

# RAPPORT PROGRAMMATIQUE ET FINANCIER DE L'OMS POUR 2014-2015

avec les états financiers  
vérifiés pour 2015



Organisation  
mondiale de la Santé

## TABLE DES MATIÈRES

### Résumé d'orientation du DIRECTEUR GÉNÉRAL

Avant-propos du Directeur général	4
Vue d'ensemble	5
<b>SECTION 1. RÉALISATIONS PAR CATÉGORIE ET SECTEUR DE PROGRAMME</b>	<b>29</b>
<b>Catégorie 1 Maladies transmissibles</b>	<b>30</b>
1.1 VIH/SIDA	32
1.2 Tuberculose	34
1.3 Paludisme	37
1.4 Maladies tropicales négligées <sup>1</sup>	40
1.5 Maladies à prévention vaccinale	42
<b>Catégorie 2 Maladies non transmissibles</b>	<b>46</b>
2.1 Maladie non transmissibles	48
2.2 Santé mentale et abus de substances psychoactives	51
2.3 Violence et traumatismes	53
2.4 Handicap et réadaptation	56
2.5 Nutrition	58
<b>Catégorie 3 Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie</b>	<b>61</b>
3.1 Santé et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent <sup>2</sup>	62
3.2 Vieillesse et santé	65
3.3 Intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits de l'homme	68
3.4 Déterminants sociaux de la santé	70
3.5 Santé et environnement	72
<b>Catégorie 4 Systèmes de santé</b>	<b>76</b>
4.1 Politiques, stratégies et plans de santé nationaux	78
4.2 Services de santé intégrés centrés sur la personne	80
4.3 Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires	83
4.4 Informations et données factuelles sur les systèmes de santé	85
<b>Catégorie 5 Préparation, surveillance et intervention</b>	<b>88</b>
5.1 Capacités d'alerte et d'intervention	90
5.2 Maladies à tendance épidémique et pandémique	91
5.3 Gestion des crises et des risques associés aux urgences	93
5.4 Sécurité sanitaire des aliments	95
5.5 Éradication de la poliomyélite	97
5.6 Interventions en cas d'épidémies ou de crises	100
<b>Catégorie 6 Services institutionnels/fonctions d'appui</b>	<b>102</b>
6.1 Leadership et gouvernance	103
6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques	106
6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et établissement des rapports	109
6.4 Gestion et administration	111
6.5 Communication stratégique	114

<sup>1</sup> Y compris le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

<sup>2</sup> Y compris le Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.

<b>SECTION 2. RAPPORT FINANCIER ET ÉTATS FINANCIERS VÉRIFIÉS</b>	<b>117</b>
Certification des états financiers pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2015	118
Lettre d'envoi	119
Opinion du Commissaire aux comptes	120
États financiers	
État I. État de la situation financière	120
État II. État de la performance financière	122
État III. État des variations de l'actif net/situation nette	123
État IV. Tableau des flux de trésorerie	124
État V. Exposé de la comparaison des montants budgétaires et des montants réels	125
Notes concernant les états financiers	126
1. Base de préparation et de présentation des états financiers	
2. Principales méthodes comptables	127
3. Note sur le retraitement des soldes	128
4. Informations à l'appui de l'état de la situation financière	136
5. Informations à l'appui de l'état de la performance financière	137
6. Informations à l'appui des variations de l'actif net/situation nette	155
7. Informations à l'appui de l'état de la comparaison des montants budgétaires et des montants réels	148
8. Informations sectorielles	163
9. Montants passés par profits et pertes et versements à titre gracieux	164
10. Informations relatives aux parties liées et aux principaux dirigeants	166
11. Événements postérieurs à la date de reporting	166
12. Passifs éventuels, engagements et actifs éventuels	167
Tableau I – État de la performance financière par fonds	168
Tableau II. Charges par bureau – Fonds général seulement	169

Les informations relatives aux contributions par fonds et par contributeur pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2015 sont disponibles sur le portail Web de l'OMS relatif au budget programme et sur le site Internet de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/en>.

## ANNEXES

<b>Annexe 1</b>	Budget programme 2014-2015. Méthodologie d'appréciation de l'exécution	170
<b>Annexe 2</b>	Glossaire	172

## RÉSUMÉ D'ORIENTATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

### AVANT-PROPOS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL



Cette année l'OMS présente, pour la première fois, un document unique où figurent à la fois le rapport financier pour 2014-2015 et l'appréciation de la performance de l'Organisation au cours de l'exercice biennal. Cela correspond à une évolution logique alors que l'OMS traverse une période de réformes et que le contexte du développement sanitaire privilégie la transparence, la redevabilité et les résultats mesurables. En rassemblant des informations qui étaient auparavant publiées dans des rapports distincts, ce document permet au lecteur de savoir comment les ressources financières demandées par l'OMS sont utilisées en vue d'atteindre les résultats escomptés.

Les informations sont présentées en deux parties. La première partie commence par une vue d'ensemble des principaux problèmes sanitaires survenus pendant l'exercice biennal et expose comment l'OMS y a fait face. Elle comprend aussi une appréciation de la performance de l'Organisation par rapport aux six priorités de leadership qui figurent dans le programme général de travail 2014-2019. Les échecs et les succès y sont exposés clairement. La section la plus longue présente certaines activités pour illustrer chaque domaine programmatique, dans les six catégories d'activités. Ces exemples permettent au lecteur de savoir ce que fait concrètement l'OMS. Ainsi, elle a expédié 1,5 milliard de doses de médicaments contre les maladies tropicales négligées en un an seulement, elle a mis en place un système de profilage nutritionnel pour constituer une base de données factuelles dans le but de limiter la commercialisation des aliments et des boissons mauvais pour la santé destinés aux enfants et elle a soutenu des travaux de recherche sur les possibilités d'améliorer la survie des prématurés. D'autres exemples montrent comment l'OMS, dans le cadre de ses fonctions normatives, met sur pied des initiatives, souvent soutenues par des partenaires, qui donnent des résultats dans les pays. Chaque profil d'activités programmatiques est accompagné d'un tableau présentant en détail le budget et les dépenses pour le Siège et pour les six bureaux régionaux.

La deuxième partie comporte le rapport financier pour l'exercice biennal et les états financiers vérifiés pour 2015. Le portail Web relatif au budget programme donne davantage d'informations sur les prestations définies ainsi que les problèmes et les obstacles rencontrés pendant l'exercice biennal. Au cours du dialogue sur le financement instauré dans le cadre de la réforme de l'OMS, les États Membres ont accueilli avec satisfaction les informations disponibles sur le portail Web relatif au budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé,<sup>1</sup> mais ils ont également demandé davantage de précisions concernant les programmes. Dans un souci de transparence, les États Membres disposent donc de deux moyens pour accéder aux informations dont ils ont besoin.

Ce premier rapport doit être considéré comme faisant partie d'un processus évolutif, alors que l'OMS continue à mettre en œuvre les réformes demandées par ses États Membres. Le renforcement de l'intégration des informations financières et des informations programmatiques se poursuivra lors des prochains exercices et s'accompagnera d'améliorations dans la mise en évidence des liens entre les travaux dans les domaines programmatiques, d'une part, et les réalisations et l'impact, d'autre part.

Je soumetts aux États Membres ce document, qui est un instrument supplémentaire pour que l'OMS puisse répondre de l'utilisation des ressources investies dans ses activités.

---

<sup>1</sup> Voir <http://extranet.who.int/programmebudget/> (consulté le 4 avril 2016).

## VUE D'ENSEMBLE

La moitié des 10 cibles d'impact mondiales<sup>1</sup> du douzième programme général de travail, 2014-2019, auxquelles l'OMS contribue, étaient alignées sur les cibles de 2015 des objectifs du Millénaire pour le développement. Parmi elles, la cible consistant à réduire de 25 % les décès imputables au sida a été dépassée, mais celles visant à réduire de 50 % et de 75 %, respectivement, les décès dus à la tuberculose et au paludisme n'ont pas encore été atteintes. Depuis l'année de référence statistique de 1990, la mortalité de l'enfant a baissé de 53 % et la mortalité maternelle de 44 %. Même si ces chiffres restent inférieurs aux baisses des deux tiers et des trois quarts qui étaient escomptées, il s'agit néanmoins de réalisations importantes. Une autre cible d'impact ayant 2015 comme date butoir était l'éradication de la dracunculose.<sup>2</sup> Celle-ci n'est pas achevée, mais on peut s'attendre à ce qu'aucun nouveau cas ne soit observé dans trois pays d'endémie restants sur quatre. Les cibles d'impact pour 2015 seront actualisées de façon à les aligner sur les cibles des objectifs de développement durable lorsque le cadre de suivi sera arrêté.

Au niveau des réalisations, qui donnent une idée plus juste de la contribution de l'OMS, le tableau est plus contrasté. Concernant le VIH/sida, par exemple, une cible de réalisation initiale consistant à mettre 15 millions de personnes sous traitement antirétroviral a déjà été atteinte.<sup>3</sup> Les cibles de réalisation pour le VIH/sida du budget programme 2016-2017 ont donc été révisées. Dans de nombreux autres secteurs de programme, il est trop tôt pour évaluer les réalisations. Par conséquent, pour chaque secteur de programme, on trouvera dans la première partie du rapport un résumé des progrès accomplis au regard des produits escomptés et, dans la mesure du possible, une *illustration* de la manière dont les produits contribuent aux réalisations.

En l'absence d'autre moyen de mesure agrégé des résultats, une approche différente a été retenue dans la présente vue d'ensemble. Cette partie s'appuie sur les rapports détaillés présentés par catégorie et par réseau de secteur de programme, mais examine également certaines activités de l'OMS d'un point de vue plus général. Le douzième programme général de travail sert de point de départ : il s'agit d'apprécier les progrès accomplis pendant la première période biennale des six années qu'il recouvre. Cette vue d'ensemble est plus particulièrement l'occasion d'évaluer, essentiellement sur le plan qualitatif : a) la façon dont l'OMS a répondu à certains *défis* mondiaux présentés au chapitre 1 du douzième programme général de travail ; b) la mesure dans laquelle l'OMS s'est acquittée de son rôle de *leadership* pour les priorités recensées au chapitre 3 ; et c) la mesure dans laquelle les réformes de la gouvernance et de la gestion (et en particulier du financement) présentées aux chapitres 4 et 5 ont renforcé l'efficacité et la performance organisationnelles.

### 1. RÉPONDRE À L'ÉVOLUTION RAPIDE DE L'ENVIRONNEMENT MONDIAL

#### a) De nouvelles réalités politiques, économiques et sociales

##### *Géographie de la pauvreté*

Le douzième programme général de travail relève que, si les pays à revenu intermédiaire abritent une part importante des personnes en situation de pauvreté absolue, de nombreuses personnes dans ce cas vivent encore dans les pays les plus instables et les plus fragiles – lesquels demeurent tributaires de l'aide technique et financière extérieure. Dans quelle mesure l'OMS a-t-elle suivi les autres donateurs en concentrant de plus en plus son financement sur les pays les plus pauvres ? Comment a-t-elle adapté ses activités aux problèmes rencontrés par les pauvres ou les autres personnes défavorisées dans les pays à revenu intermédiaire ou élevé ?

- Deux tendances se dégagent en matière de financement. Premièrement, les dépenses de l'OMS au niveau des pays ont augmenté en valeur absolue (passant de US \$1,7 milliard en 2010-2011 à US \$2,3 milliards en 2014-2015) et en valeur relative (passant de 46 % à 52 % du total des charges entre 2010-2011 et 2014-2015). Cependant, les données disponibles tendent à indiquer que cette augmentation globale ne traduit pas une évolution systématique de l'emploi des ressources, mais tient plutôt, d'une part, à des financements très ciblés de Gavi, l'Alliance du Vaccin et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme dans plusieurs pays, et, d'autre part, aux dépenses consacrées à la lutte contre la poliomyélite et aux situations d'urgence et aux catastrophes dans un nombre de pays plus restreint.

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe sur les cibles d'impact du douzième programme général de travail 2014-2019.

<sup>2</sup> Voir le secteur de programme 1.4, Maladies tropicales négligées.

<sup>3</sup> Voir le secteur de programme 1.1, VIH/sida.

- Avec le progrès économique, les besoins des pays et leurs demandes à l'égard de l'OMS changent. Si le soutien à la mise en œuvre des programmes a été une priorité dans le passé, l'accent est actuellement porté davantage sur la sensibilisation aux problèmes de santé négligés et au profit des populations négligées, la fourniture de conseils en matière de politiques et stratégies sanitaires, et la facilitation des échanges de données d'expérience entre pays situés à des niveaux de développement semblables. Ces évolutions ont des conséquences sur la dotation en personnel et l'éventail de compétences requises. Une évaluation indépendante récente de la présence dans les pays indique que des changements commencent à être mis en œuvre en ce sens dans certaines Régions (en particulier la Région du Pacifique occidental). Cependant, aucun processus *systématique* n'est encore en place pour adapter les capacités des bureaux de pays à l'évolution des besoins.

### ***Incertitude économique : des dépenses publiques sous pression dans les pays donateurs***

Les prévisions du douzième programme général de travail sur les conséquences de la crise économique et financière ont été bien souvent confirmées. L'aide au développement dans le domaine de la santé, qui a été multipliée par trois en 10 ans, a cessé d'augmenter d'année en année. Il était plus difficile de prévoir que les budgets d'aide, déjà restreints, serviraient à financer de nouvelles priorités – notamment la sécurité sanitaire – et des mesures face à des problèmes majeurs pour les pays donateurs eux-mêmes, comme les migrations. Cela a notamment compliqué le financement sur ressources extérieures des nouvelles priorités au niveau des pays (par exemple la lutte contre les maladies non transmissibles). Les progrès dépendront donc du financement intérieur.

Parallèlement, nombre de pays ont bénéficié d'une croissance économique constante et n'ont donc plus besoin d'un financement à des conditions de faveur (ou ne remplissent plus les conditions voulues pour en bénéficier). Même si le financement extérieur continuera de jouer un rôle majeur (dans moins de pays cependant), l'action de l'OMS doit s'adapter aux tendances ci-dessous.

- Il apparaît de plus en plus important de veiller à ce que l'aide soit utilisée efficacement dans les 20-30 pays qui sont encore tributaires de l'assistance financière extérieure. À cette fin, le Partenariat international pour la santé<sup>1</sup> concentre désormais son action sur ces pays, tout en élargissant ses activités en vue de coordonner les travaux sur la couverture sanitaire universelle.
- Alors que l'admissibilité aux fonds extérieurs se fonde sur les seules tendances économiques, rien ne garantit que les indicateurs sanitaires et les autres indicateurs sociaux progresseront systématiquement en fonction de la croissance économique. À titre de mesure de protection, il s'est donc avéré important de veiller à ce que ces pays aient un accès continu à des prix abordables pour les principaux produits, notamment les vaccins. L'OMS travaille avec Gavi, l'Alliance du Vaccin, pour élaborer des plans d'action de transition, qui aident à déterminer si les pays peuvent continuer de bénéficier des prix de Gavi. Les pays qui ne remplissent plus les conditions voulues peuvent consulter des conseils en ligne sur les prix du marché et les procédures d'achat, par l'intermédiaire de l'initiative de l'OMS sur la transparence des prix.
- La mesure la plus importante prise dans ce domaine est le fait que l'OMS s'affirme de plus en plus comme une source d'informations et de conseils sur les *dépenses de santé nationales*. Ce changement d'orientation, dont l'origine remonte au *Rapport sur la santé dans le monde 2010*, est désormais bien ancré, de sorte qu'un nombre croissant de programmes s'intéresse moins aux US \$28 milliards de dollars de financements extérieurs affectés à la santé qu'aux US \$6500 milliards de dépenses de santé financées essentiellement par les ressources intérieures.

### ***Évolution du pouvoir relatif de l'État, du secteur privé et de la société civile***

Ce rapport présentera de nombreux exemples de la manière dont l'OMS a travaillé de façon productive avec le secteur privé et la société civile, avec des bienfaits concrets pour la santé de la population. Citons notamment la négociation du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (Cadre PIP), la mise au point de nouveaux vaccins et les récents travaux sur la sécurité routière.

Si le douzième programme général de travail souligne que, face aux grands défis auxquels le monde est confronté (y compris en matière de santé), il est difficile d'envisager des progrès significatifs sans la participation du secteur privé et de la société civile, les principaux interlocuteurs de l'OMS restent les gouvernements nationaux.

---

<sup>1</sup> Voir <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/>.

- Les États Membres restent profondément divisés sur la question de l'élargissement des interactions de l'OMS avec les autres parties prenantes qui ont une influence sur les résultats sanitaires. Tous s'entendent sur la nécessité de maintenir et de préserver l'intégrité des travaux normatifs de l'OMS, mais les progrès dans la définition des règles de collaboration avec les acteurs non étatiques ont été bien plus lents que prévu.

### ***Évolution rapide des technologies***

Les progrès technologiques sont abordés en lien avec de nombreux secteurs de programme traités dans le présent rapport. Le douzième programme général de travail relève néanmoins tout spécialement l'importance croissante des technologies de l'information et de la communication, et le rôle majeur joué par les médias sociaux.<sup>1</sup>

- Au début de la période biennale, l'OMS comptait 1,4 million d'abonnés sur deux médias sociaux. Deux années plus tard, ce chiffre est passé à 5,3 millions pour ces deux réseaux, dont 2,7 millions rien que sur Twitter. Au total, on dénombre aujourd'hui 6,74 millions d'abonnés sur 11 canaux de médias sociaux : les messages de santé de l'OMS touchent ainsi chaque jour des millions de personnes dans le monde.
- L'innovation s'est poursuivie dans la conception, le ciblage et la diffusion des messages, en particulier lors des situations d'urgence et des flambées épidémiques. Par ailleurs, un organisme externe a déclaré qu'en 2015, l'Organisation a utilisé Twitter plus efficacement que toute autre organisation internationale à Genève.

## **b) Des problèmes de santé plus complexes**

### ***Des objectifs du Millénaire pour le développement aux objectifs de développement durable***

Ces quatre dernières années, la négociation du nouvel ensemble d'objectifs de développement mondiaux a été au cœur des préoccupations de la communauté mondiale de la santé. Le résultat final de ces efforts met la santé en première ligne, et le douzième programme général de travail avait anticipé la plupart des nouvelles priorités liées aux objectifs de développement durable. De surcroît, plusieurs cibles mondiales en matière de santé sont issues du programme inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement, et de nombreuses critiques dirigées contre les objectifs de développement durable dans leur ensemble (relatives notamment à la faisabilité, à la précision et à la mesurabilité) peuvent être facilement contrecarrées pour l'objectif sanitaire, même si le programme est désormais plus ambitieux.

Dans le même temps, il est important de reconnaître la large portée du nouveau programme : non seulement l'objectif de l'action sanitaire est de permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge, mais il est aussi admis que la santé et ses déterminants influencent d'autres objectifs et cibles et sont influencés par eux, en cela qu'ils font partie intégrante du développement durable.

- L'OMS a engagé un dialogue sur ce qu'impliquent les objectifs de développement durable pour la manière dont l'Organisation soutient les pays. Le texte de la déclaration – *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030* – fournit un point de départ intéressant en faisant de la couverture sanitaire universelle une cible dont dépendent de nombreuses autres cibles et qui contribue à atteindre celles-ci.

*« Pour favoriser la santé et le bien-être physique et mental et pour allonger l'espérance de vie, nous devons assurer la couverture maladie universelle et l'accès de tous à des soins de qualité. Personne ne doit être laissé pour compte ... »*

- Une publication récente de l'OMS<sup>2</sup> offre une représentation schématique de cette relation (voir Figure 1). Elle fait valoir également que les méthodes traditionnelles ne permettront pas d'atteindre les nouvelles cibles en matière de santé. Un des problèmes reconnus de l'ère des objectifs du Millénaire pour le développement était la fragmentation des systèmes de santé nationaux, imputable à l'existence de programmes distincts, chacun étant doté de ses propres cibles et tenant peu compte de l'impact sur l'ensemble.

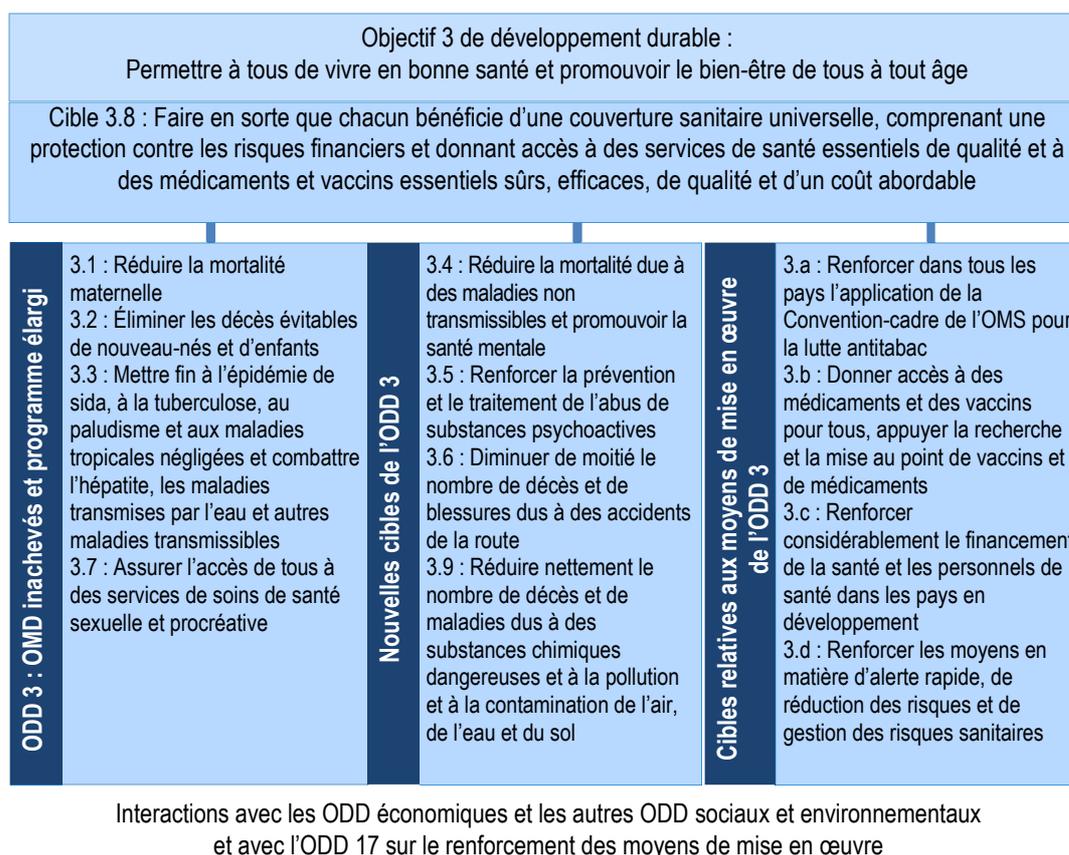
---

<sup>1</sup> Voir le secteur de programme 6.5, Communication stratégique.

<sup>2</sup> *Health in 2015: from MDGs to SDGs*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

- Alors que l'on compte 13 cibles sanitaires couvrant la plupart des problématiques de santé nationales, toute approche du développement sanitaire national sera contre-productive si elle envisage les programmes de façon individuelle. Il est de plus en plus largement admis que, pour s'adapter au nouveau processus général de développement durable, les différents secteurs de programme doivent contribuer au plan ou à la stratégie sanitaire globaux du pays, et fonctionner dans ce cadre.

**Figure 1.** Cadre pour l'objectif 3 de développement durable (santé et bien-être) du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et ses cibles



### ***Les problèmes complexes appellent des solutions intersectorielles***

Si la couverture sanitaire universelle est un instrument permettant de fédérer le secteur de la santé, les objectifs de développement durable se distinguent fortement des objectifs du Millénaire pour le développement en cela qu'ils sont davantage axés sur des problèmes de santé qui ne se prêtent pas à des solutions purement techniques et ne relèvent pas d'un seul secteur. C'est particulièrement vrai du programme de lutte contre les maladies non transmissibles, qui est abordé plus en détail ci-dessous dans les priorités de leadership. Néanmoins, la déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs de développement durable, adoptée dans la résolution 70/1,<sup>1</sup> n'accorde que peu d'attention à deux problèmes intersectoriels particulièrement urgents pour la santé dans le monde. La résistance aux antimicrobiens est bien évoquée dans le paragraphe relatif à la santé, mais on pourrait presque croire que cette mention a été ajoutée après coup et ce thème est absent des cibles. De même, les défis sanitaires associés au vieillissement de la population sont seulement cités dans les objectifs 2, sur la nutrition, et 11, sur les villes (environnements plus sûrs), et n'apparaissent pas dans la section sur la santé.

- Ces deux dernières années, pourtant, le vieillissement en bonne santé et la résistance aux antimicrobiens se sont affirmés comme des grandes priorités pour l'OMS.

<sup>1</sup> Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Voir [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=F](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=F) (consulté le 7 avril 2016).

- *Le Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*<sup>1</sup> (résumé disponible en français) rappelle l'importance du maintien des capacités fonctionnelles, principal indicateur du « bien vieillir ». Il souligne combien les liens entre les politiques de santé, d'emploi, et de retraite, d'une part, et les soins de santé et les services sociaux, d'autre part, sont déterminants. Les stratégies présentées dans le rapport formeront l'assise d'une nouvelle stratégie et d'un nouveau plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé, que la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé examinera en 2016 en vue de son adoption.<sup>2</sup>
- Depuis que ce problème a été mis en exergue dans le douzième programme général de travail, l'OMS a dirigé les débats sur la résistance aux antimicrobiens avec le concours de partenaires d'autres secteurs, notamment la FAO et l'OIE. Un Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens a été adopté par l'Assemblée de la Santé en 2015 ;<sup>3</sup> la résistance aux antimicrobiens figurait parmi les trois priorités sanitaires citées dans le communiqué de la réunion de 2015 du G7 ; un document conjoint de l'OMS, de la FAO et de l'OIE a été établi pour guider l'élaboration des plans nationaux ; et il est prévu que la résistance aux antimicrobiens soit abordée à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2016.

### ***Une importance accrue accordée aux moyens d'obtenir de meilleurs résultats***

Les objectifs du Millénaire pour le développement étaient principalement centrés sur les résultats d'ensemble. Avec un programme toujours plus complexe, il faut s'intéresser davantage aux moyens permettant de les obtenir. C'est pourquoi le douzième programme général de travail a insisté bien davantage sur le renforcement des systèmes de santé (question abordée plus en détail dans la section sur les priorités de leadership) et les valeurs fondamentales sur lesquelles se fonde l'action de l'OMS.

- Dans tous les secteurs de programme, les activités de l'OMS continuent de s'inscrire dans une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits humains.<sup>4</sup> L'OMS s'est engagée à mettre en œuvre le Plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes au sein de l'Organisation elle-même et au sein des politiques et programmes qu'elle soutient. Par exemple, étant donné la prédominance des femmes dans les personnels de santé partout dans le monde, la problématique hommes-femmes a figuré en bonne place parmi les thèmes abordés en 2014 dans le cadre du suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé et dans la stratégie mondiale subséquente sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030, qui sera présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2016.
- Par ailleurs, les données ventilées de l'Observatoire mondial de la santé<sup>5</sup> aident à suivre les progrès accomplis vers une plus grande équité en santé. Ces trois éléments – genre, équité et droits – vont rester des préoccupations essentielles à mesure que le monde se tournera vers les objectifs de développement durable et adoptera l'idée selon laquelle personne ne doit être laissé pour compte.

### **c) Santé et action humanitaire**

La riposte engagée par l'OMS et le monde face à l'épidémie d'Ebola a été largement commentée. Il ne s'agit pas ici de répéter ce qui a été dit ou écrit. Le but est plutôt de mettre en exergue les facteurs qui influenceront l'efficacité du travail de l'OMS face aux crises futures.

Une leçon importante mérite d'être soulignée. Dans la section sur les défis futurs, le douzième programme général de travail met l'accent sur le lien entre sécurité sanitaire et action humanitaire. Or, c'est bien ce lien ou, plus précisément, l'incapacité à l'établir de façon suffisamment rapide ou efficace, qui est l'un des principaux enseignements de cette crise.

La grippe pandémique et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) étaient avant tout des crises *sanitaires*. Même si elles ont eu des répercussions économiques majeures, elles n'ont pas causé de catastrophes humanitaires, sauf quelques exceptions. Parallèlement à l'épidémie de maladie à virus Ebola, la République arabe syrienne était en crise et des conflits aigus ou chroniques ont touché plusieurs autres pays. Il s'agit là avant

---

<sup>1</sup> Voir le secteur de programme 3.2, Vieillesse et santé.

<sup>2</sup> Document A69/17.

<sup>3</sup> Voir la résolution WHA68.7.

<sup>4</sup> Voir le secteur de programme 3.3, Intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits humains.

<sup>5</sup> Voir <http://www.who.int/gho/fr/>.

tout de crises *humanitaires*. Elles ont, bien sûr, des conséquences majeures sur la santé des populations, mais le secteur de la santé, s'il fait partie intégrante de la riposte, ne joue pas ici un rôle de chef de file.

- En 2014, cependant, dès que la maladie à virus Ebola s'est propagée aux villes d'Afrique de l'Ouest, la crise s'est révélée simultanément sanitaire *et* humanitaire. Elle a pourtant été traitée principalement comme un problème sanitaire. Une grande part des critiques formulées au lendemain de la crise portait, d'une part, sur l'incapacité à mobiliser les moyens d'action du secteur humanitaire et à reconnaître la nécessité d'une action mondiale aux plus hauts niveaux de la puissance publique, dans les pays touchés et au-delà, et, d'autre part, sur l'idée selon laquelle l'épidémie d'Ebola serait avant tout un problème sanitaire nécessitant seulement les processus et procédures habituels de l'OMS. En revanche, lorsque l'OMS a su tirer parti de ses atouts traditionnels pour fédérer les meilleurs acteurs du monde scientifique afin de produire des produits de diagnostic et des vaccins avec une rapidité extraordinaire, son succès a été largement applaudi.<sup>1</sup>
- Les propositions de réforme actuelles s'expliquent par la nécessité de renforcer l'efficacité de l'OMS en tant qu'acteur humanitaire. Il est entendu que l'OMS ne doit pas tout faire, et qu'une organisation unique n'est pas souhaitable. L'impératif est plutôt que l'OMS possède des liens solides et institutionnalisés avec les autres grands acteurs humanitaires des Nations Unies et du système international au sens large.
- Face aux urgences futures, néanmoins, l'OMS a également besoin de systèmes et de procédures permettant une riposte rapide et cohérente, avec des chaînes de commandement et de contrôle claires pour un déploiement rapide des ressources humaines, financières et matérielles.<sup>2</sup> Certains ont donc plaidé pour une « organisation au sein de l'organisation », une structure autonome capable de prendre pleinement le relais en cas de crise. Cependant, une approche plus nuancée est sans doute requise : une démarche qui reconnaisse plus explicitement les moyens d'action dont les différents niveaux de l'OMS disposent face à une situation donnée, et qui définisse plus clairement les frontières et les limites de la notion d'« autorité compétente pour les situations d'urgence » lors des différents types de crises, en particulier dans les pays chroniquement confrontés à des urgences humanitaires.

---

#### *Enseignements financiers de l'épidémie de maladie à virus Ebola*

**En 2015, l'OMS a dépensé US \$240 millions pour la riposte à l'épidémie d'Ebola, en plus des US \$72 millions engagés en 2014. Les leçons tirées de cette crise font actuellement l'objet d'une analyse dans le cadre de l'examen des capacités de l'OMS à répondre aux futures urgences sanitaires de grande ampleur. Dans certains bureaux, la mauvaise compréhension des procédures en vigueur a contribué à retarder la mise en œuvre et/ou à accroître le risque opérationnel. Une leçon plus fondamentale (qui ressortait déjà au lendemain de la pandémie de virus H1N1) était la nécessité, pour l'Organisation, de disposer d'une source de financement souple pour un décaissement rapide dès le début de chaque crise. Alors qu'ils avaient rejeté une proposition semblable en 2011, les organes directeurs de l'OMS sont convenus de créer un nouveau fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence (décision WHA68(10)). La capitalisation cible est de US \$100 millions et plusieurs promesses de contributions ont été faites. Cependant, le solde des fonds disponibles et des contributions annoncées est actuellement de US \$25 millions.**<sup>3</sup>

---

#### **d) De nouveaux défis pour la gouvernance de l'action sanitaire**

Le douzième programme général de travail résume ainsi les principaux défis pour la gouvernance de l'action sanitaire :

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

---

<sup>1</sup> Voir le secteur de programme 1.5, Maladies à prévention vaccinale.

<sup>2</sup> Voir le secteur de programme 5.6, Interventions en cas d'épidémies ou de crises.

<sup>3</sup> Voir [http://www.who.int/about/who\\_reform/emergency-capacities/contingency-fund/en/](http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/en/).

Ces défis ont été manifestes tout au long de la période biennale : lors de la négociation d'une série de nouvelles stratégies mondiales au sein de l'Assemblée de la Santé, lors des débats sur la réforme de l'« architecture sanitaire mondiale » et pour la formulation et la négociation des objectifs de développement durable.

- Des résolutions ont été adoptées dans plusieurs grands domaines ces deux dernières années. Les stratégies relatives à la tuberculose, à l'hépatite et au paludisme ainsi que le Plan d'action « Chaque nouveau-né »<sup>1</sup> ont été importants en tant que tels, mais aussi comme moyen de fixer, pour l'après-2015, de nouvelles cibles pouvant être intégrées au cadre de suivi des objectifs de développement durable et à la couverture sanitaire universelle.
- Quatre résolutions relatives à différents aspects des services de santé intégrés centrés sur la personne ont fourni une assise solide pour la démarche tendant à inscrire la prestation des services dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Les activités menées pendant la période biennale sur une nouvelle stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030,<sup>2</sup> plutôt que de porter exclusivement sur les pays confrontés à des pénuries majeures, adoptent un point de vue authentiquement *mondial* et multisectoriel, considérant les questions de ressources humaines pour la santé davantage sous l'angle de la dynamique mondiale du marché de l'emploi et comme une question importante pour l'équité entre les sexes. Cette approche a ouvert la voie à la nouvelle Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique, de durée limitée, nommée par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et présidée par les chefs d'État de la France et de l'Afrique du Sud. Suivant l'exemple d'efforts précédents dans le domaine des maladies non transmissibles, cette Commission montre une nouvelle fois que l'OMS peut faire en sorte qu'un problème jusqu'alors considéré exclusivement comme une question sanitaire devienne une question de politique étrangère intéressant les plus hauts niveaux de l'État.
- Dans la période récente, la communauté mondiale a accordé une grande attention aux structures et systèmes permettant de renforcer la sécurité sanitaire. Toutefois, la réduction de la fragmentation et des doublons dans le secteur de la santé, en particulier dans les pays qui comptent de nombreux partenaires de développement, reste une préoccupation majeure pour nombre d'États Membres. En effet, l'idée d'un plan, d'un budget et d'un système de suivi-évaluation uniques est loin d'être concrétisée dans nombreux pays où cela serait le plus nécessaire. Au niveau mondial, des initiatives telles que le projet « Defeating AIDS – Advancing global health » de l'ONUSIDA et de la Commission du Lancet, auquel l'OMS a contribué, ont aidé à recenser les grandes problématiques, mais leur impact sur le comportement organisationnel a été limité. Le lancement en 2015 du mécanisme de financement mondial,<sup>3</sup> lequel vise à utiliser les financements extérieurs comme un levier à l'appui des ressources nationales affectées à la santé reproductive et maternelle et à la santé du nouveau-né et de l'enfant, pourrait (avec le concours du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant) contribuer à renforcer la cohérence dans un domaine où coexistent de nombreux partenaires différents. Cet outil ne permet néanmoins pas de répondre à la nécessité de politiques et stratégies sectorielles couvrant la totalité des programmes plutôt qu'un sous-ensemble de ceux-ci. Le Partenariat international pour la santé poursuit ses activités dans un nombre restreint de pays et (comme noté ci-dessus) se concentrera de plus en plus sur ceux où la situation est la plus difficile.
- Pour de nombreux professionnels de la santé, la diplomatie sanitaire est une compétence nouvelle. De même, les diplomates qui négocient au nom de leur pays doivent comprendre les spécificités du secteur de la santé. La formation à la diplomatie sanitaire, désormais obligatoire pour tous les représentants de l'OMS, est donc un domaine d'activité d'importance croissante. Au niveau régional (par exemple dans la Région de la Méditerranée orientale) et au niveau des pays (par exemple en Chine), l'OMS dirige désormais des formations pour les hauts fonctionnaires participant aux réunions de l'OMS sur la gouvernance et aux réunions des Nations Unies consacrées à la santé.
- La gouvernance de l'action sanitaire (une fonction de sensibilisation et de politique publique dont l'objet est d'influencer la gouvernance dans d'autres secteurs en vue d'obtenir des effets positifs sur la santé) occupe une place croissante dans les activités de l'OMS. La principale préoccupation ces deux dernières années a été de faire en sorte que la santé figure en bonne position dans les objectifs de développement durable. Comme noté ci-dessus, les résultats ont été fructueux et la plupart des problèmes recensés dans le

---

<sup>1</sup> Voir le secteur de programme 3.1, Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

<sup>2</sup> Voir le secteur de programme 4.2, Services de santé intégrés centrés sur la personne.

<sup>3</sup> Voir <http://www.who.int/pmnch/gff/en/> (consulté le 7 avril 2016).

douzième programme général de travail se retrouvent dans la nouvelle génération d'objectifs et de cibles. De surcroît, l'interdépendance entre les différents objectifs renforce encore la légitimité de l'OMS à plaider pour qu'une plus grande attention soit accordée aux questions sanitaires.

- Si l'OMS intervient de plus en plus activement dans les principaux processus mondiaux ayant une incidence sur la santé, il est toujours difficile de déterminer son influence de façon certaine, compte tenu du nombre d'acteurs en concurrence. Néanmoins, pour ne citer qu'un exemple, la tenue de réunions d'information à l'intention des Directeurs régionaux de l'OMS a aidé le personnel des bureaux régionaux et des bureaux de pays à user de leurs bons offices pour informer les gouvernements des États Membres de l'impact que le Partenariat transpacifique, un accord commercial plurilatéral, pourrait avoir sur l'accès aux médicaments.<sup>1</sup> Le texte final tend à indiquer que les pays en développement ont atteint un nombre significatif de leurs objectifs déclarés. De la même manière, à la vingt-et-unième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, le but était de montrer les nombreuses répercussions positives qu'un accord environnemental peut avoir sur la santé (moyennant, par exemple le transport durable et la réduction de la pollution de l'air).<sup>2</sup> Si les différents secteurs ne sont pas mentionnés, il faut relever que le document final s'appuie sur le droit à la santé pour justifier les mesures prises pour lutter contre les changements climatiques.
- Le communiqué de la Présidence allemande de la réunion de 2015 du G7 comportait une partie sur la santé abordant non seulement Ebola et la sécurité sanitaire, mais aussi la résistance aux antimicrobiens, la recherche-développement en matière de maladies tropicales négligées et les efforts visant à mettre un terme aux décès d'enfants évitables et à améliorer la santé maternelle partout dans le monde. Une initiative (Healthy Systems, Healthy Lives) sera poursuivie dans le cadre de la Présidence japonaise du G7, en 2016.
- La diplomatie sanitaire s'inscrit le plus souvent dans un cadre mondial, mais les accords régionaux prennent une importance croissante. Aux termes du récent accord que le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est et le Bureau régional du Pacifique occidental ont conclu conjointement avec l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (pour la période 2014-2017), les deux parties s'engagent à collaborer dans toute une série de domaines liés aux priorités de leadership de l'OMS, notamment : les maladies infectieuses émergentes, la protection de la santé aux frontières, la résistance aux antimicrobiens, l'accès aux médicaments et aux technologies et les déterminants sociaux de la santé.

## 2. PRIORITÉS DE LEADERSHIP DE L'OMS

Les six priorités de leadership du douzième programme général de travail orientent les activités de l'OMS. Elles correspondent à des domaines dans lesquels l'action de sensibilisation de l'OMS et son rôle de chef de file technique pourraient façonner le débat mondial, mobiliser les pays et guider la façon dont opère l'Organisation, en intégrant les efforts de tous les niveaux de l'OMS et entre les différents niveaux. Cette section présente sous cet angle de brèves observations concernant chacune des priorités. Pour obtenir des informations plus détaillées sur les composantes programmatiques propres aux différentes priorités de leadership, voir les secteurs de programme traités à la section 1 du présent rapport.

### a) Faire progresser la couverture sanitaire universelle

S'appuyant sur les bases jetées dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2010*, un nombre croissant de pays ont adopté la couverture sanitaire universelle comme stratégie unifiée pour le secteur de la santé, ce qui doit donc beaucoup à l'OMS. De même, l'intégration de la couverture sanitaire universelle parmi les cibles de l'objectif 3 de développement durable tient au puissant soutien qu'ont apporté à ce concept un grand nombre de gouvernements et, fait significatif, de groupes de la société civile.

Même si les progrès accomplis à ce jour ont été encourageants, la couverture sanitaire universelle devrait rester une priorité de leadership de l'OMS dans les années qui viennent. Beaucoup reste à faire et il faut encore trancher plusieurs sujets de controverse.

---

<sup>1</sup> Voir le secteur de programme 4.3, Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires.

<sup>2</sup> Voir le secteur de programme 3.5, Santé et environnement.

- La couverture sanitaire universelle intéresse les pays à tous les stades de développement. Du point de vue conceptuel, ses éléments constitutifs sont clairs : la réalisation progressive de l'accès universel à tous les services nécessaires et la protection contre les répercussions financières négatives. En pratique, cependant, l'instauration de la couverture sanitaire universelle présente aussi une importante dimension régionale. La Région européenne, par exemple, avec sa multiplicité de systèmes de financement et de prestation de services, offre une grande diversité d'expériences que l'on peut comparer et dont les autres Régions peuvent s'inspirer. Dans les Amériques, la couverture sanitaire universelle est considérée comme une question hautement politique, et, dans nombre de pays, comme un moyen d'endiguer la progression des inégalités. Dans d'autres parties du monde, et en particulier dans la Région de la Méditerranée orientale, où bien des pays sont englués dans des situations d'urgence chroniques, elle représente une aspiration, l'espoir d'un avenir meilleur. Selon toute vraisemblance, une partie de cet « ADN régional » continuera de façonner les évolutions futures et l'OMS se servira de ses structures régionales pour adapter les orientations mondiales aux différents contextes.
- Lors des négociations sur les objectifs de développement durable, la volonté de convaincre les pays les plus sceptiques de l'intérêt de la couverture sanitaire universelle s'est notamment heurtée à la difficulté de démontrer que les progrès dans ce domaine peuvent être mesurés. Une réalisation majeure de la période biennale est l'établissement d'un cadre assorti d'un nombre restreint d'indicateurs pour suivre l'accès aux services et la protection financière, fruit de la collaboration entre l'OMS et la Banque mondiale. Cependant, des travaux sont encore nécessaires pour harmoniser pleinement les moyens de mesure utilisés pour le suivi des objectifs de développement durable avec ceux convenus pour la couverture sanitaire universelle, en particulier dans le domaine de la protection financière.
- Une autre question controversée est celle de savoir dans quelle mesure la couverture sanitaire universelle est un concept fédérateur pour atteindre les cibles des objectifs de développement durable relatives à la santé. Si la définition que donne l'OMS de la couverture sanitaire universelle inclut l'accès à des services influant sur les déterminants sociaux de la santé, de nombreuses personnes voient surtout en elle une stratégie pour le secteur de la santé et les services de santé. Alors que les pays commencent à concevoir des stratégies pour atteindre les nouveaux objectifs, c'est là un domaine où une plus grande clarté sera nécessaire. La couverture sanitaire universelle pourrait bien constituer un concept fédérateur, comme tend à l'indiquer la Figure 1 ci-dessus. Cependant, compte tenu de l'importance croissante de la gouvernance de l'action sanitaire (la « santé dans toutes les politiques »<sup>1</sup>), elle ne permet pas d'appréhender l'ensemble du champ couvert par les nouveaux objectifs de développement durable.
- S'agissant des aspects financiers de la couverture sanitaire universelle, l'accent a jusqu'à aujourd'hui été mis sur la protection financière et, en particulier, dans nombre de pays à faible revenu, la réduction de la charge des paiements directs en tant que facteur d'appauvrissement potentiel. Ces travaux restent essentiels, mais il faut aussi s'attacher à accroître l'efficacité et l'efficace des dépenses intérieures en s'intéressant davantage à la manière dont les incitations financières (liées à l'obtention des résultats) peuvent servir à améliorer la performance.

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

Plusieurs raisons expliquent pourquoi le travail inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement figure parmi les priorités de leadership. Premièrement, des pays à tous les niveaux de revenu ont insisté sur le fait que le débat sur la nouvelle génération d'objectifs de développement ne devait pas éclipser les travaux en cours. Il a de surcroît semblé important que les leçons tirées des objectifs du Millénaire pour le développement viennent éclairer la formulation des objectifs de développement durable. Deuxièmement, considérés ensemble avec la lutte contre les maladies tropicales négligées et l'éradication de la poliomyélite, les programmes relevant de cette priorité sont l'un des nombreux moyens pour l'OMS de contribuer à la réduction de la pauvreté. Troisièmement, le programme des objectifs du Millénaire pour le développement, selon la formule retenue dans le douzième programme général de travail « rassemble sous une priorité unique plusieurs aspects de l'activité de l'OMS : en particulier le besoin de construire des systèmes de santé solides et des établissements de santé efficaces ».

---

<sup>1</sup> Voir le secteur de programme 3.4, Déterminants sociaux de la santé.

- La première raison de faire du programme des objectifs du Millénaire pour le développement une priorité a été clairement, et sans grande difficulté, traduite dans les faits : les objectifs de développement durable s'appuient sur l'héritage de leurs prédécesseurs et fixent des cibles plus ambitieuses encore en matière de santé. En outre, les maladies tropicales négligées<sup>1</sup> ont désormais trouvé leur place dans le programme des objectifs de développement durable. L'éradication de la poliomyélite n'est pas spécifiquement mentionnée, mais relève implicitement de la cible 3.3 relative aux maladies transmissibles.<sup>2</sup>
- Il est également de plus en plus largement reconnu que les maladies tropicales négligées ne sauraient le rester, en partie en raison de leur impact potentiel sur la sécurité sanitaire, mais aussi, car elles sont une manifestation de la pauvreté absolue et un obstacle à toute conception fondée du développement durable.
- Le troisième élément – le programme des objectifs du Millénaire pour le développement en tant que force d'intégration au sein de l'OMS – mérite une réflexion plus poussée. Il y a des signes positifs, par exemple l'accord obtenu sur une liste mondiale de référence de 100 indicateurs sanitaires de base.<sup>3</sup> Néanmoins, cette liste, qui fournit des informations concises sur la situation et les tendances sanitaires, va bien au-delà des objectifs du Millénaire pour le développement et inclut les facteurs de risque des maladies non transmissibles et une évaluation de l'efficacité du système de santé. En outre, dans leur documentation respective, y compris les stratégies mondiales, tous les programmes de l'OMS relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement font maintenant référence à leur rôle en tant qu'éléments essentiels de la couverture sanitaire universelle.
- Même si certains grands donateurs de l'OMS considèrent le programme inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement comme une priorité de financement de l'Organisation, plusieurs questions méritent examen. Cette priorité de financement remplit-elle son objectif initial du point de vue de l'intégration organisationnelle ? La couverture sanitaire universelle constituerait-elle désormais une structure d'intégration tout aussi efficace voire plus puissante et pertinente ? Étant donné la structure budgétaire et de planification actuelle, dans laquelle chaque programme est un centre budgétaire distinct et potentiellement concurrent, quelles autres mesures sont nécessaires pour favoriser une plus grande intégration programmatique ?

**c) Relever le défi des maladies non transmissibles, de la santé mentale, de la violence, des traumatismes et du handicap**

La priorité de leadership relative aux maladies non transmissibles coïncide avec la catégorie 2 du budget programme, dont elle recouvre les cinq secteurs de programme. Elle a été retenue principalement en raison des conséquences sociales et économiques dévastatrices qui seront observées à défaut d'une action plus efficace contre les maladies non transmissibles.

- L'OMS a incontestablement joué un rôle majeur pour élever le rang de priorité donné à la lutte contre les maladies non transmissibles aux niveaux mondial et régional. Alors qu'au début de cette décennie, l'importance du problème faisait l'objet d'un déni, en particulier dans nombre de pays à faible revenu, ce thème figure aujourd'hui en bonne place dans le programme mondial d'action sanitaire, et il apparaît clairement dans les cibles des objectifs de développement durable.<sup>4</sup>
- La principale stratégie de leadership a consisté à porter le défi des maladies non transmissibles à l'attention des chefs d'État et de gouvernement aux Nations Unies. Deux réunions de haut niveau successives de l'Assemblée générale des Nations Unies ont permis de sensibiliser des responsables politiques puissants, ce qui, fait significatif, a résulté en une série d'engagements assortis d'échéances portant sur des cibles nationales, des plans d'action multisectoriels, la réduction des risques moyennant les options les plus rentables et la mise en place de systèmes de santé plus efficaces.

---

<sup>1</sup> Voir le secteur de programme 1.4, Maladies tropicales négligées.

<sup>2</sup> Voir la Figure 1, Cadre pour l'objectif de développement durable 3 (santé et bien-être) du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et ses cibles.

<sup>3</sup> Voir le secteur de programme 4.4, Informations et données factuelles sur les systèmes de santé.

<sup>4</sup> Voir le secteur de programme 2.1, Maladies non transmissibles.

- Ces dernières années, les engagements pris à l'Assemblée générale des Nations Unies ont orienté l'action en matière de sécurité routière,<sup>1</sup> de nutrition<sup>2</sup> et de handicap. Il s'est néanmoins avéré plus difficile de trouver des défenseurs prêts à plaider à haut niveau pour une action en matière de santé mentale, même si les problèmes de la démence et des troubles du spectre autistique, de plus en plus patents, ont capté l'attention.
- La prise de conscience s'est accompagnée, de la part des pays, d'une demande croissante d'appui technique à laquelle l'OMS seule n'a pas été en mesure de répondre comme il se doit. La nouvelle Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles fournit un mécanisme mondial de coordination des partenaires des Nations Unies qui pourrait contribuer à l'action au niveau des pays. En pratique cependant, la collaboration au niveau des pays est rendue plus difficile lorsque les autres organismes des Nations Unies n'ont pas d'enveloppes budgétaires pour un problème avant tout considéré comme d'ordre sanitaire.
- Le défi des maladies non transmissibles est un défi de gouvernance de l'action sanitaire. Or, au niveau mondial, les États Membres restent profondément divisés sur la question de la collaboration avec le secteur privé. Au niveau des pays, des progrès majeurs ont été accomplis dans la lutte antitabac. Par ailleurs, à la Conférence des Nations Unies sur le financement du développement, en 2015, l'application de prélèvements supplémentaires sur les ventes a été reconnue comme une stratégie de mobilisation des ressources pour les gouvernements.
- Les progrès accomplis dans les autres domaines ont été lents au niveau national. Le dialogue récent sur le rôle de la coopération internationale dans la lutte contre les maladies non transmissibles a montré que les principaux organismes de développement sont peu disposés à débloquer une aide financière importante. Les progrès seront donc tributaires des ressources intérieures. Néanmoins, alors que de nombreux pays ont élaboré des plans multisectoriels ambitieux, nombre de gouvernements n'ont toujours pas pris l'initiative d'instaurer l'environnement stratégique et institutionnel nécessaire à l'action intersectorielle, et s'appuient encore sur les départements des maladies non transmissibles des ministères de la santé, des services aux ressources insuffisantes.
- Compte tenu de ces défis, les maladies non transmissibles devraient rester une priorité de leadership de l'OMS. De nouvelles orientations prometteuses ont été prises, notamment la sélection de 12 pays aux progrès plus rapides par rapport aux cibles qui seront examinées à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2018, et l'attention accrue donnée à la collaboration avec les municipalités étant donné l'importance de l'urbanisation rapide dans la chaîne de causalité des maladies non transmissibles. Au sein de l'OMS, la difficulté consiste à renforcer la collaboration entre les programmes qui composent la catégorie 2 et à nouer une coopération plus étroite avec les départements chargés des systèmes de santé au Siège et dans les bureaux régionaux, le but étant que le renforcement des systèmes de santé tienne mieux compte des caractéristiques que ces systèmes doivent posséder si l'on veut mieux prévenir et combattre les maladies non transmissibles.

#### **d) Mettre en œuvre les dispositions du Règlement sanitaire international (2005)**

Dans le rapport qu'il a publié en 2011 sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009, le Comité d'examen a conclu que le monde était mal préparé pour faire face à une grave pandémie ou à toute autre urgence de santé publique mondiale prolongée. Il est donc apparu logique, au moment de l'élaboration du douzième programme général de travail, de faire de la mise en œuvre des dispositions du Règlement sanitaire international (2005) une priorité de leadership. Les événements qui ont suivi ont souligné l'importance vitale du Règlement, mais aussi mis en lumière les carences dans le respect, par les États Membres, de ce document juridiquement contraignant, ainsi que les faiblesses de l'approche suivie pour l'application du Règlement.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Voir le secteur de programme 2.3, Violence et traumatismes.

<sup>2</sup> Voir le secteur de programme 2.5, Nutrition.

<sup>3</sup> Voir <http://www.who.int/ihr/about/fr/>.

- Le rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola fournit un résumé succinct du problème : « La crise d'Ebola a mis en lumière des lacunes au niveau de cet instrument et de son application par les États et par le Secrétariat de l'OMS. En effet, on constate que : i) les États Membres ont largement négligé la mise en œuvre des capacités essentielles requises au titre du Règlement sanitaire international (2005), en particulier dans le domaine de la surveillance et de la collecte des données ; ii) en violation du Règlement, près d'un quart des États Membres de l'OMS ont institué des interdictions de voyage et d'autres mesures non préconisées par l'OMS, qui ont significativement perturbé les voyages internationaux, entraînant des conséquences politiques, économiques et sociales négatives pour les pays touchés ; et iii) un retard important et injustifiable s'est produit dans la déclaration par l'OMS d'une urgence de santé publique de portée internationale ». <sup>1</sup>
- Dans le passé, les activités de l'OMS étaient centrées sur le renforcement des capacités, souvent avec des ressources insuffisantes, les rapports établis prenant la forme d'une autoévaluation par les pays. <sup>2</sup> Il est aujourd'hui proposé que l'approche globale du renforcement des capacités soit consolidée autour d'une nouvelle alliance forgée avec l'Initiative pour la sécurité sanitaire dans le monde. Cette nouvelle alliance réalisera des évaluations conjointes d'un plus large éventail de capacités, mobilisera des ressources pour les pays et instituera une approche plus rigoureuse de l'établissement des rapports.
- Avant les crises sanitaires des deux dernières années, les travaux concernant les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) au niveau des pays étaient conduits indépendamment de ceux sur le renforcement des systèmes de santé. L'expérience récente a démontré qu'une telle démarche n'est plus tenable. « La plupart des pays les moins avancés et des pays en développement dotés de systèmes de santé peu efficaces sont très vulnérables et mal équipés pour répondre aux catastrophes naturelles, aux crises politiques, sociales et économiques ainsi qu'aux épidémies, à la pollution et aux autres menaces. » <sup>3</sup> L'édification de systèmes de santé résilients est donc une bonne chose en soi, et un élément essentiel du renforcement de la sécurité mondiale et nationale.
- Si le renforcement des capacités reste nécessaire pour améliorer l'efficacité du Règlement, c'est loin d'être suffisant. Il est évident qu'il faut déployer davantage d'efforts pour que les pays s'acquittent de leurs responsabilités au titre du Règlement sanitaire international (2005). Le rapport intérimaire présente une série de recommandations, soulignant notamment qu'il faudrait examiner l'opportunité d'éventuels mécanismes de financement (par exemple par l'intermédiaire de l'assurance) en vue d'atténuer les incidences économiques négatives et d'inciter à la notification rapide des risques de santé publique. Il note également que des efforts pourraient être engagés en vue de dissuader les pays de prendre des mesures nuisant au commerce ou à la fourniture d'une assistance matérielle aux pays touchés.
- Enfin, le Règlement sanitaire international (2005) est bien reconnu dans les milieux de la santé, mais moins au-delà. Conformément à ce qui a été dit plus haut concernant le lien entre la santé et l'action humanitaire, le respect du Règlement doit aussi être une préoccupation pour les organismes humanitaires.

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

L'équité en santé publique dépend de l'accès aux technologies médicales, médicaments, vaccins et produits de diagnostic essentiels, qui doivent être de qualité et financièrement abordables. S'agissant d'un domaine dans lequel l'OMS a toujours eu un avantage comparatif, l'accès aux produits médicaux a été intégré au douzième programme général de travail comme une priorité de leadership de portée particulièrement concrète. Ces activités relèvent principalement du Département Médicaments essentiels et produits de santé, au Siège, et des services équivalents dans les bureaux régionaux, mais s'appuient aussi sur l'élaboration des politiques vaccinales. En outre, l'amélioration de l'accès aux médicaments et aux produits de diagnostic figure parmi les produits de plusieurs secteurs de programme.

- L'accès aux médicaments essentiels et aux vaccins est désormais explicitement reconnu comme un élément essentiel de la couverture sanitaire universelle au titre de la cible 3.8 des objectifs de développement durable.

---

<sup>1</sup> Voir [http://www.who.int/about/who\\_reform/emergency-capacities/fr/](http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/fr/).

<sup>2</sup> Voir le secteur de programme 5.1, Capacités d'alerte et d'intervention.

<sup>3</sup> *Health systems for universal health coverage and health security: a country and global agenda*. Document établi pour la réunion d'experts de la santé du G7 tenue les 18 et 19 février 2016 à Tokyo (Japon).

- Les activités de l’OMS sont centrées sur la spécification, la mise au point et l’évaluation des *produits* (médicaments, vaccins, produits de diagnostic et autres technologies) et *processus* (par exemple élaboration des listes de médicaments essentiels, bonnes pratiques de fabrication, préqualification et renforcement des capacités pour les fonctions de réglementation) qui contribuent à améliorer l’accès.
- Concernant les produits, un axe de travail important a été la liste dressée par la Commission des Nations Unies sur les produits d’importance vitale pour les femmes et les enfants. L’OMS a également travaillé avec UNITAID et d’autres partenaires en vue de mettre au point une nouvelle association thérapeutique à dose fixe pour les enfants atteints de la tuberculose,<sup>1</sup> produit auquel les pays ont désormais accès par l’intermédiaire du Service pharmaceutique mondial. Alors que les donateurs ont réalisé des investissements importants pour diffuser plus largement les produits d’importance vitale, on ne dispose pas pour l’instant de données consolidées permettant de suivre l’évolution de l’accès.
- Le même problème se pose pour la plupart des travaux normatifs de l’OMS sur les produits. Même si la demande est en augmentation pour les dénominations communes internationales, les normes pour produits biologiques et pharmaceutiques et les produits eux-mêmes, il reste difficile de démontrer que, tout considéré, ces activités contribuent bien à améliorer l’accès.
- Dans le même temps, il importe de reconnaître que la théorie du changement qui oriente les travaux normatifs de l’OMS dans ce domaine possède plusieurs composantes. L’une d’elles est le lien direct entre la mise au point de produits et l’amélioration de l’accès sur le terrain. En outre, l’inscription d’un nouveau médicament sur la liste des médicaments essentiels (révisée en 2015) ou la préqualification d’un médicament ou d’un vaccin peuvent avoir des répercussions supplémentaires sur les prix, la capacité de fabrication dans les pays producteurs et les politiques d’achat des principaux donateurs. Ainsi, il est essentiel de tenir compte des « effets de réseau » des travaux normatifs de l’OMS, souvent négligés lors des examens de l’aide multilatérale par les donateurs, non seulement en ce qui concerne les médicaments, mais aussi dans bien d’autres domaines (en particulier les directives thérapeutiques).
- Les succès récents montrent que, face à une menace mondiale, il est possible d’accélérer les avancées technologiques. Au début de l’épidémie, aucun vaccin contre le virus Ebola n’avait jamais été essayé sur l’homme. Dès juillet 2015, soit un an et demi plus tard, des résultats préliminaires étaient publiés montrant qu’il est possible d’endiguer la maladie par ce moyen. L’histoire de la mise au point du vaccin contre le virus Ebola est relatée intégralement à la section 1 du rapport. En plus des travaux sur les vaccins, le programme de préqualification a permis d’évaluer 16 tests diagnostiques en vue d’un usage sur le terrain, dont l’un s’est avéré de qualité adéquate. De nombreuses maladies peuvent entraîner le chaos et la souffrance humaine. Les leçons de l’épidémie de maladie à virus Ebola ont été prises en compte lors de l’élaboration du schéma directeur sur la recherche-développement pour la prévention des épidémies (blueprint).
- Même s’il n’est pas le seul facteur qui influence l’accès, le prix reste un problème important pour les autorités nationales et les personnes qui payent leurs médicaments. Le suivi des prix a repris dans plusieurs pays et des solutions fondées sur les technologies de l’information sont actuellement mises au point pour améliorer les capacités sur ce plan. Si l’accent était mis dans le passé sur le coût des médicaments contre les maladies transmissibles, en particulier le VIH/sida, celui des médicaments (et des vaccins) contre les maladies non transmissibles fait aujourd’hui l’objet d’une attention croissante.
- Début 2016, le Secrétaire général de l’Organisation des Nations Unies, Ban Ki-moon, a formé un groupe de haut niveau sur l’accès aux médicaments. L’objectif qu’il lui est proposé de poursuivre est « d’examiner et d’évaluer des propositions et de recommander des solutions pour remédier à l’incohérence des politiques entre les droits justifiables des inventeurs, le droit international des droits de l’homme, les règles commerciales et la santé publique dans le contexte des technologies sanitaires ». Le groupe de haut niveau devrait compléter et élargir la portée des activités menées par l’OMS sous les auspices de la Stratégie et plan d’action mondiaux pour la santé publique, l’innovation et la propriété intellectuelle, qui étaient principalement centrés sur les maladies de type 2 et de type 3, lesquelles touchent principalement les pays à faible revenu.

---

<sup>1</sup> Voir le secteur de programme 1.2, Tuberculose.

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

Le douzième programme général de travail a relevé que les travaux sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé ne sont pas nouveaux et remontent à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Au fil du temps, les travaux sur les déterminants sociaux ont bénéficié d'un regain d'attention dont témoignent le mouvement en faveur de la santé dans toutes les politiques, la conception selon laquelle la promotion de la santé devrait passer par les politiques menées dans les autres secteurs, la notion de « gouvernance pour la santé », les travaux influents de la Commission des déterminants sociaux de la santé, et la suite donnée à la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, qui, tenue au Brésil en 2011, reliait l'idée de déterminants à l'instauration de l'équité en santé.

- Le fait est que l'OMS, à différents niveaux et dans différentes parties de l'Organisation, possède un large portefeuille d'activités reflétant cette priorité de leadership. Nombre d'entre elles ont déjà été abordées dans la présente vue d'ensemble. Par exemple, une grande partie des travaux sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles traite d'un vaste éventail de déterminants économiques, sociaux et politiques ; de même, les activités de l'OMS en matière de VIH/sida et de tuberculose tiennent dûment compte des contraintes sociales et économiques qui entraînent l'exclusion de certains groupes de population de l'accès aux soins et au traitement. Également, les travaux menés sur les liens entre la santé et le changement climatique et entre la santé et la pollution de l'air mettent en lumière la façon dont les déterminants environnementaux influencent les résultats sanitaires.<sup>1</sup> De même, l'accès aux médicaments essentiels dépend en partie des accords commerciaux et des aspects économiques de la production locale, deux thèmes de travail de l'OMS. Dans le même ordre d'idées, si l'on veut résoudre la grave pénurie de personnels de santé, il faut agir sur les aspects politiques du marché du travail et des migrations. L'universalité de la couverture sanitaire suppose par ailleurs de traiter les problèmes de ceux qui n'ont pas la citoyenneté du pays concerné. Enfin, il faut noter que la santé est la première victime des conflits civils et que les pays les plus durement touchés par les foyers de maladie ou les épidémies sont toujours les plus pauvres.
- La vaste portée de ce programme soulève des questions intéressantes. Pour évaluer la performance de l'OMS, il serait sans doute plus révélateur de s'appuyer sur une théorie du changement qui examine la contribution que les travaux sur les déterminants apportent aux résultats de chaque secteur de programme, plutôt que seulement sur l'objectif d'impact du douzième programme général de travail, qui est de réduire les différences entre zones urbaines et rurales pour la mortalité des enfants de moins de cinq ans.
- Deuxièmement, la gamme d'activités que recouvre cet intitulé soulève des questions quant au rôle que peut jouer un secteur de programme spécifique, qui porte actuellement sur un ensemble restreint de problèmes de fond (essentiellement les déterminants environnementaux en rapport avec le logement et les taudis) et fonctionne de manière distincte des autres programmes.
- Le caractère prioritaire des travaux sur les déterminants de la santé a été largement reconnu lors de l'élaboration du douzième programme général de travail. Cela soulève une troisième question : celle de savoir si les travaux sur les déterminants doivent encore être considérés comme une priorité distincte, ou s'ils font partie intégrante de la façon dont l'OMS aborde la santé et l'équité en santé. Une future évaluation de la performance pourrait aider à répondre à cette question en rendant plus systématiquement compte de la diversité et de l'efficacité des activités de l'OMS en matière de déterminants de la santé.

---

<sup>1</sup> Voir le secteur de programme 3.5, Santé et environnement.

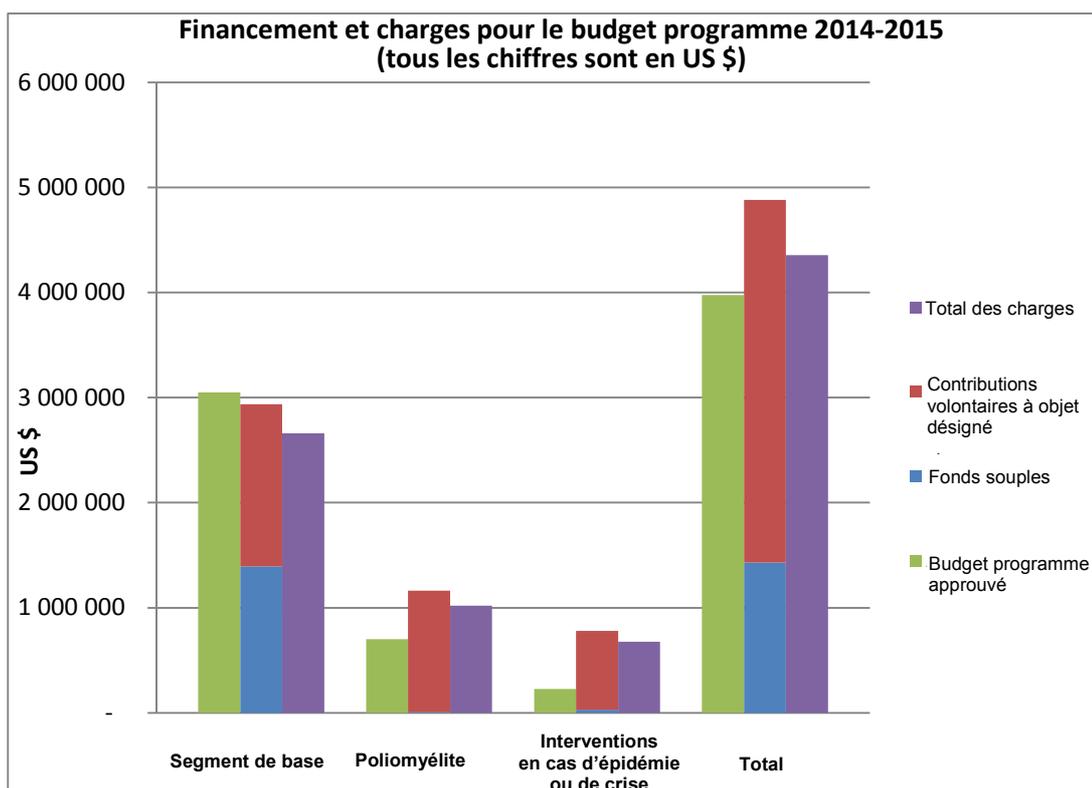
### 3 GOUVERNANCE, FINANCEMENT ET GESTION

Le chapitre 4 du douzième programme général de travail recense une série de défis pour la gouvernance de l'action sanitaire qui ont déjà été abordés plus haut dans la présente vue d'ensemble, y compris les relations de l'OMS avec les acteurs non étatiques. Au moment de l'établissement de ce rapport, les négociations se poursuivent pour rationaliser le mode de gouvernance de l'Organisation par les États Membres.

Cette section s'attache donc d'abord à présenter le financement de l'OMS pendant les deux premières années du douzième programme général de travail, notant par exemple comment les tendances prévues dans ce document se sont traduites dans les faits. Deuxièmement, elle recense une série de mesures complémentaires qui ont permis des améliorations sur le plan de la gestion en 2014-2015. Celles-ci visaient principalement à accroître l'efficacité et à renforcer collectivement la transparence, la responsabilisation et le respect des règles.

#### a) Panorama du financement

Les fonds disponibles pour l'exercice biennal étaient de US \$4,882 milliards, soit plus que le budget approuvé par l'Assemblée de la Santé (US \$3,997 milliards). Cette différence est exclusivement imputable aux deux segments du budget de l'OMS relatifs aux situations d'urgence (l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et les interventions en cas de crises), pour lesquels US \$1,943 milliard était disponible au total. Le segment de base du budget programme, dont le budget était de US \$3,049 milliards (catégories 1 à 6, exclusion faite de la poliomyélite et des interventions en cas d'épidémies ou de crises) était financé à hauteur de US \$2,939 milliards (96 %).



Sur les fonds disponibles, 29 % étaient souples, le solde étant affecté au budget programme (fonds à objet spécifié). Les fonds souples comprennent des contributions fixées, le compte des contributions volontaires de base et des recettes au titre du soutien administratif. Les contributions volontaires souples restent relativement faibles, mais stables d'un exercice biennal à l'autre.

**Répartition des contributions volontaires souples par contributeur (en millions de US \$)**

	Total 2015	Total 2014	Total 2014-2015
Australie	18,55	15,67	34,22
Belgique	9,92	9,92	19,84
Danemark	5,30	5,12	10,42
Espagne	0,81		0,81
Finlande	7,52	5,96	13,48
France	2,34	1,91	4,25
Irlande	1,54	1,09	2,63
Koweït	0,72		0,72
Luxembourg	2,21	1,94	4,15
Monaco	0,04	0,03	0,07
Norvège	9,17	5,59	14,76
Pays-Bas	5,98	5,98	11,96
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	24,25	21,90	46,14
Suède	24,42	23,93	48,35
Suisse	3,33	3,59	6,91
Kurozumi Medical Foundation	0,01		0,01
Legs de la succession de feu John McInnes	0,18		0,18
<b>Produits financiers – contributions volontaires souples</b>	<b>116,29</b>	<b>102,62</b>	<b>218,91</b>

Le segment de base du budget programme (qui représente 47 % du budget programme) est largement tributaire des fonds souples et il était le seul segment du budget à ne pas être pleinement financé. Le montant des contributions volontaires de base disponibles, y compris le solde à reporter, est resté relativement faible, à US \$247 millions pour 2014-2015. Pour mémoire, les contributions volontaires de base disponibles se montaient à US \$262 millions pour 2012-2013. Cependant, la mise en commun de tous les types de fonds souples et, plus particulièrement, leur application plus stratégique à l'échelle de la période biennale, en fonction de l'exécution, a renforcé l'alignement des fonds entre programmes et grands bureaux.

Les dépenses totales pour 2014-2015 se sont montées à US \$4,357 milliards, d'où un solde de US \$525 millions par rapport aux fonds disponibles. Cet excédent est principalement constitué de contributions volontaires à objet désigné, qui seront reportées sur 2016-2017. En ajoutant les fonds volontaires déjà réservés pour 2016-2017, d'un montant de US \$1,7 milliard, le total des fonds disponibles au début de l'exercice biennal 2016-2017 se monte à US \$2,2 milliards. Le financement intégral du budget programme 2014-2015 et les perspectives globalement positives pour 2016-2017 sont le résultat de la réforme de l'OMS, qui a fait le choix de privilégier le réalisme dans l'établissement des budgets. Des problèmes pourraient néanmoins subsister pour le financement de certaines parties du segment de base, en raison de fonds souples limités.

Les fonds disponibles en 2014-2015 incluent le report de l'exercice biennal précédent, et les produits de 2014-2015. Le tableau ci-dessous présente une vue d'ensemble des produits et charges de l'OMS, pour le budget programme et pour les fonds gérés hors budget programme.

**Situation financière globale – ensemble des fonds, 2015 et 2014 (en millions de US \$)**

	Total 2015	Total 2014	Total 2014-2015	Total 2012-2013
Contributions fixées	463	492	955	950
Contributions volontaires – budget programme	1 837	2 002	3 839	3 469
<b>Total des contributions – budget programme</b>	<b>2 300</b>	<b>2 494</b>	<b>4 794</b>	<b>4 419</b>
Produits hors budget programme	45	78	123	319
Contributions volontaires de biens et services	130	50	180	110
<b>Total des produits (toutes sources confondues)</b>	<b>2 475</b>	<b>2 622</b>	<b>5 097</b>	<b>4 848</b>
Charges – budget programme	2 466	1 891	4 357	3 729
Charges – biens et services	126	49	175	84
Charges hors budget programme	147	376	523	513
<b>Total des charges (toutes sources confondues)</b>	<b>2 739</b>	<b>2 316</b>	<b>5 055</b>	<b>4 326</b>
<b>Produits financiers</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>44</b>
<b>Solde net</b>	<b>(243)</b>	<b>313</b>	<b>70</b>	<b>566</b>

**b) Produits**

Le total des produits pour le budget programme 2014-2015 était de US \$4,794 milliards, incluant les contributions fixées des États Membres (US \$955 millions<sup>1</sup>) et les contributions volontaires (US \$3,839 milliards). Les produits hors budget programme étaient de US \$123 millions en 2014-2015, ce qui représente une diminution par rapport à l'exercice biennal précédent et fait suite à la fermeture ou au départ de plusieurs partenariats. Les contributions volontaires de biens et services correspondent à des dons de fournitures médicales, à des locations de bureaux et à des frais de personnel. Une liste complète de l'ensemble des contributions volontaires, par donateur et par fonds, est disponible sur le nouveau portail Web du budget programme de l'OMS.

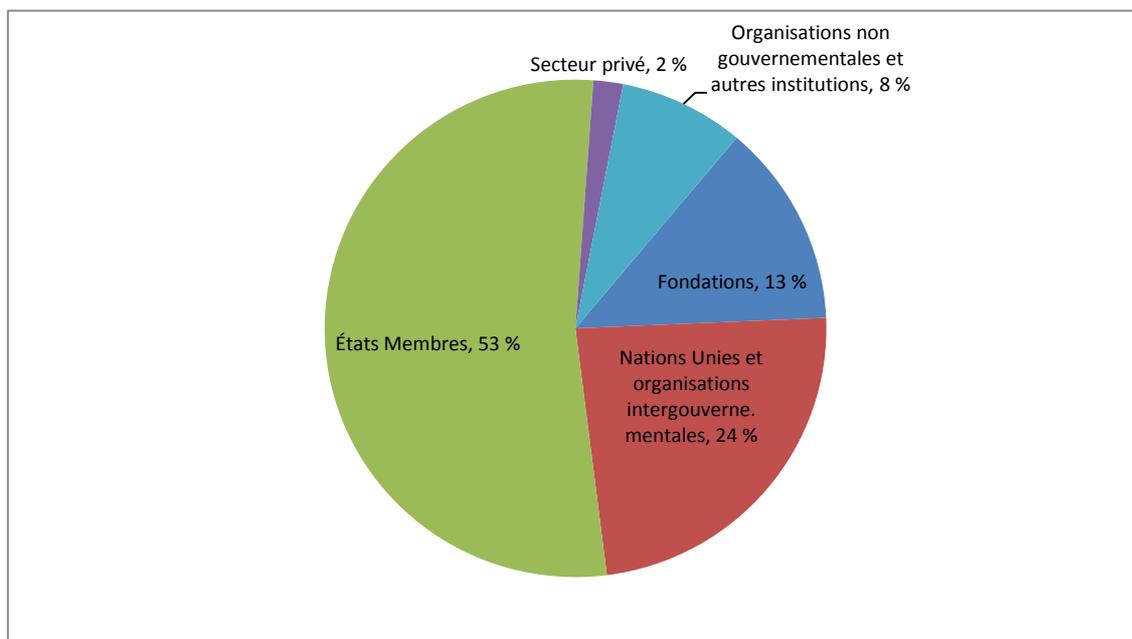
Les produits correspondant à des contributions volontaires ont augmenté de 11 % entre 2012-2013 et 2014-2015. La principale hausse a été enregistrée pour le segment « interventions en cas d'épidémies ou de crises », en particulier en rapport avec la lutte contre la maladie à virus Ebola. Les contributions aux programmes de base sont restées relativement stables.

Les contributions volontaires souples ont reculé de 7 % entre 2012-2013 et 2014-2015, tandis que les contributions volontaires à objet désigné ont augmenté de 12 % sur la même période. Une grande partie des contributions volontaires à objet désigné était destinée à un usage très précis, affectée à ce titre à différents projets faisant l'objet de rapports distincts, dans le cadre des résultats prévus du budget programme.

**Les États Membres demeurent la principale source de contributions volontaires. Ils représentent ainsi 53 % du total des contributions non fixées (volontaires).** Les pourcentages relatifs sont semblables à ceux de l'exercice biennal précédent, la principale évolution étant le recul de la part des fondations, en raison de la baisse de certaines contributions à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

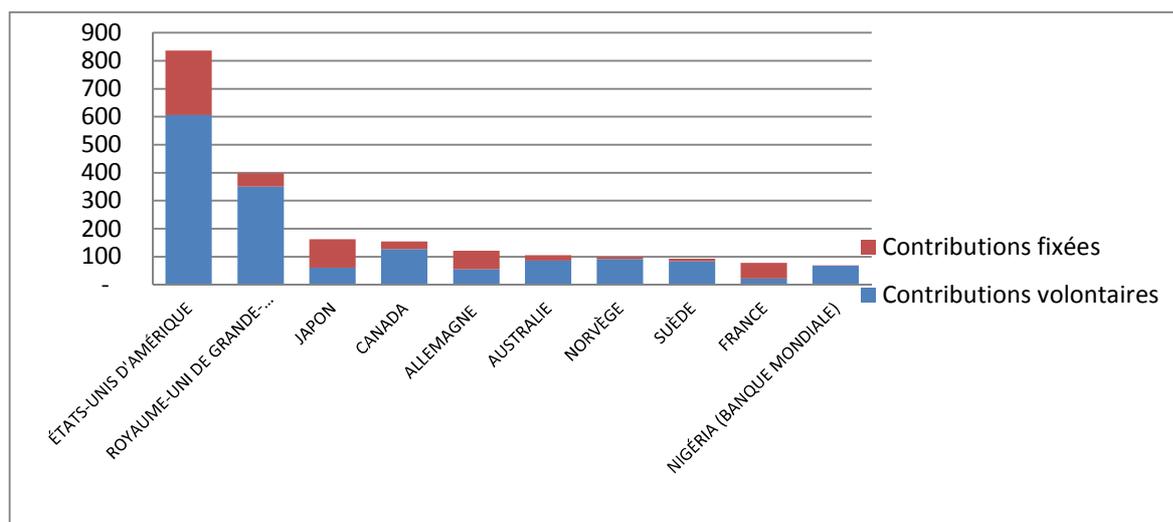
<sup>1</sup> Les produits au titre des contributions fixées, de US \$955 millions pour 2014-2015, incluent les sommes collectées pour le fonds de péréquation des impôts. Les fonds disponibles pour le budget programme 2014-2015 restent de US \$929 millions.

**Produits correspondant à des contributions volontaires, 2014-2015, par source**



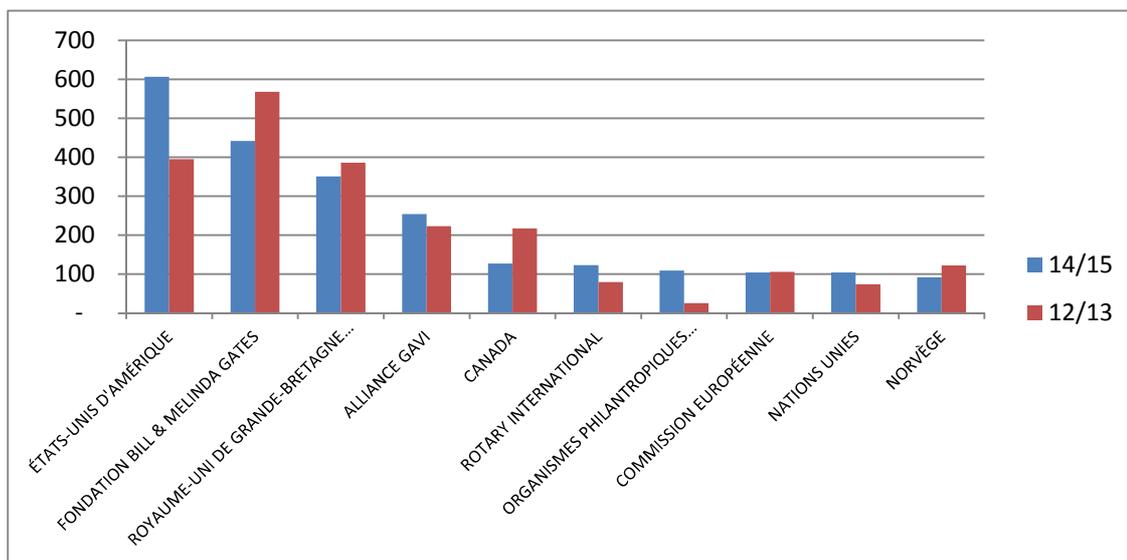
Le total des contributions des États Membres au budget programme (contributions volontaires et contributions fixées) était de US \$3 milliards pour 2014-2015, contre US \$2,743 milliards pour 2012-2013. En 2014-2015, il représente 63 % du total des contributions volontaires et fixées. Les 10 principaux contributeurs au budget programme parmi les États Membres sont présentés ci-dessous. Ils ont représenté au total US \$2,119 milliards, soit 71 % du total des contributions des États Membres ou 44 % du total des contributions toutes sources confondues.

**Dix principaux États Membres contributeurs au budget programme 2014-2015, contributions fixées et contributions volontaires confondues (en millions de US \$)**



Les principaux contributeurs volontaires pour 2014-2015 sont recensés ci-dessous en les comparant à ceux pour 2012-2013. La liste inclut les États Membres et les autres contributeurs. Les 10 principaux contributeurs volontaires représentent 60 % du total des contributions volontaires au budget programme.

**Dix principaux contributeurs volontaires aux budgets programmes 2014-2015 et 2012-2013 (en millions de US \$)**

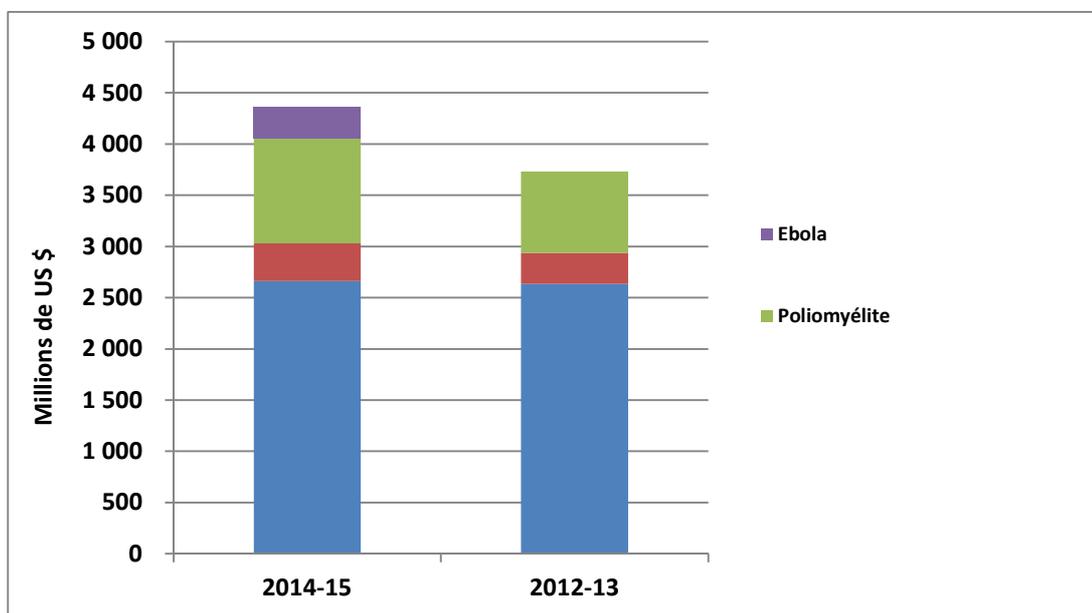


**c) Charges**

Le total des charges de 2014-2015 pour l'exécution du budget programme s'établissait à US \$4,357 milliards (US \$3,729 milliards en 2012-2013), soit une hausse de US \$627 millions, ou 14 %, par rapport à 2012-2013. Les charges sont comptabilisées au moment de la réception des biens ou de la prestation des services, pas au moment où l'engagement est pris ou le paiement effectué. La hausse des charges en 2014-2015 s'explique surtout par l'augmentation de dépenses pour les situations d'urgence, notamment pour l'épidémie d'Ebola (US \$312 millions) et par l'élargissement des activités de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

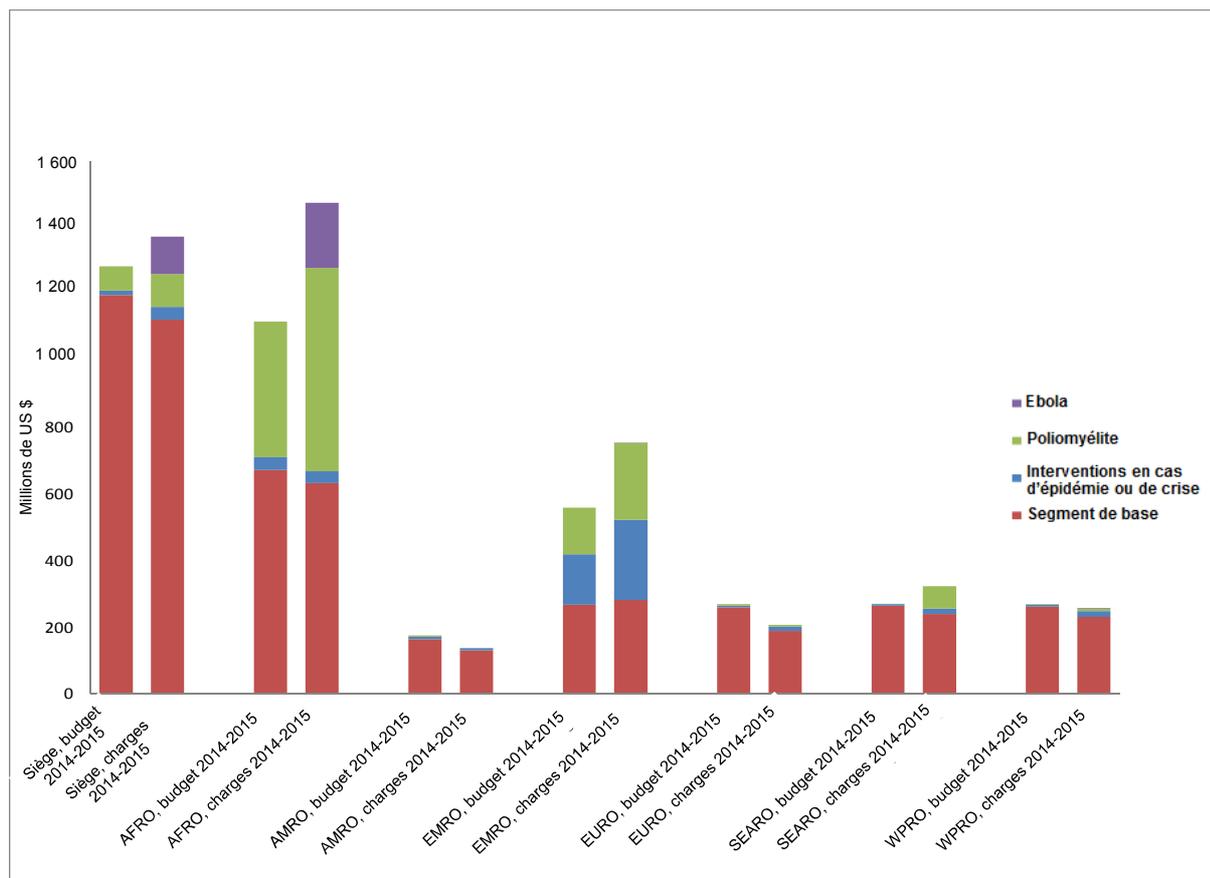
La part des dépenses relatives aux programmes de base, à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, à l'épidémie d'Ebola et aux autres activités du segment « interventions en cas d'épidémies ou de crises » est présentée ci-dessous. Le pourcentage du total des charges affecté au segment des programmes de base était de 61 % en 2014-2015, contre 71 % en 2012-2013. Le pourcentage correspondant aux autres segments a augmenté. Ainsi, en 2014-2015, les dépenses affectées à la lutte contre la poliomyélite, à la lutte contre Ebola et aux autres interventions en cas d'épidémies ou de crises ont représenté respectivement 23 %, 7 % et 9 % du total des charges.

**Charges au titre du budget programme, par segment, pour 2014-2015 et 2012-2013 (en millions de US \$)**



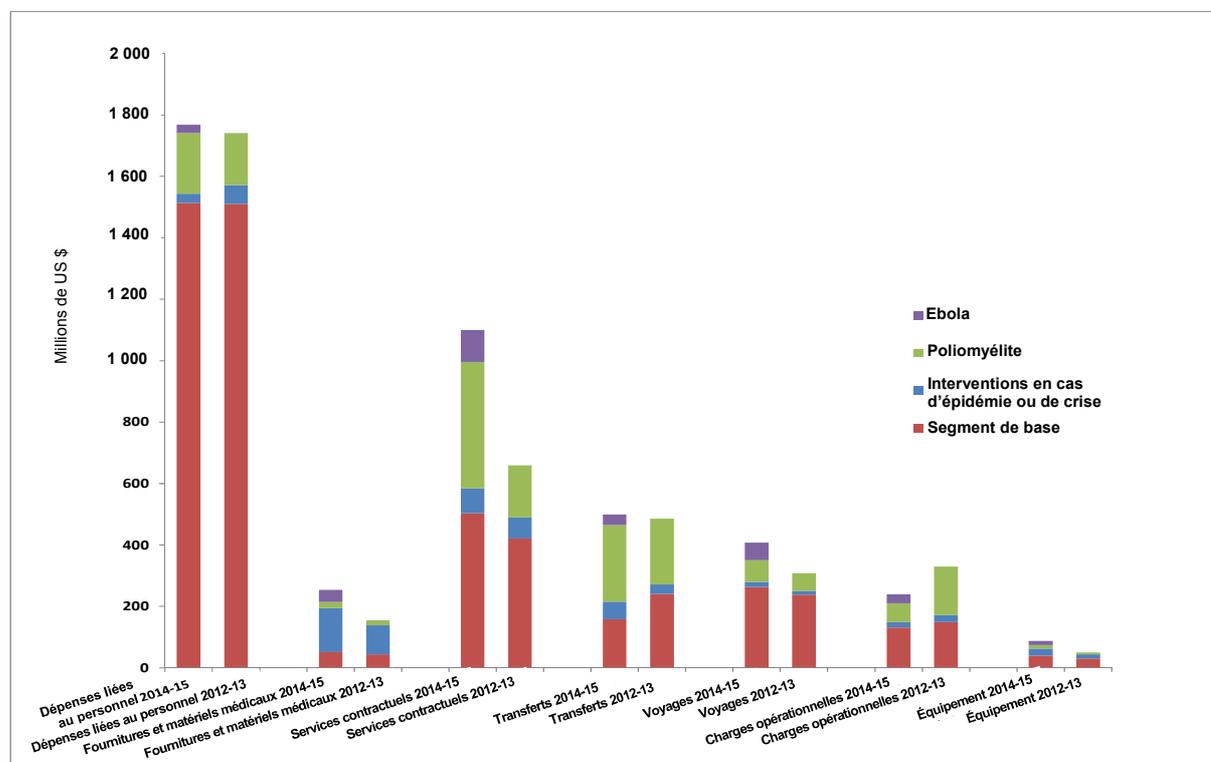
Le diagramme ci-dessous compare les charges pour 2014-2015 au budget programme approuvé par l'Assemblée de la Santé, par grand bureau. Dans la Région africaine, les principales augmentations étaient liées à la lutte contre Ebola et contre la poliomyélite. Dans la Région de la Méditerranée orientale, elles étaient imputables à la lutte contre la poliomyélite et aux situations d'urgence touchant la République arabe syrienne, l'Iraq, le Yémen, le Soudan et l'Afghanistan.

**Comparaison entre les charges du budget programme et le budget approuvé par l'Assemblée de la Santé, par grand bureau, en 2014-2015 et 2012-2013 (en millions de US \$)**



La Figure ci-dessous donne un aperçu des charges au titre du budget programme, par type, pour 2014-2015 et 2012-2013.

**Charges au titre du budget programme, par type, pour 2014-2015 et 2012-2013 (en millions de US \$)**



Les **dépenses liées au personnel** ont constitué le principal poste de dépenses et représenté 41 % du total des charges encourues au titre du budget programme 2014-2015. Ces dépenses correspondent au coût total de l'emploi du personnel (traitement de base, ajustement de poste et tous les autres types de prestations – par exemple pensions et assurances – payés par l'Organisation). Par rapport à 2012-2013, le total des dépenses liées au personnel est resté stable dans toute l'Organisation. Les dépenses de personnel de base sont restées stables dans l'ensemble des segments, tandis que les dépenses de personnel relatives à la lutte contre la poliomyélite ont augmenté pour passer de US \$169 millions en 2012-2013 à US \$197 millions en 2014-2015, principalement en raison des augmentations observées dans la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale. Les dépenses de personnel liées à Ebola ont été de US \$27 millions en 2014-2015.

Les **services contractuels** ont représenté 25 % du total des charges et constitué le deuxième poste de dépenses. Ils correspondent au coût des contrats passés avec des experts et des prestataires de services qui aident l'Organisation à atteindre ses objectifs tels qu'ils sont planifiés. Les dépenses au titre des services contractuels ont augmenté de US \$441 millions entre 2012-2013 et 2014-2015. Elles correspondent principalement à des accords pour l'exécution de travaux, à des contrats pour la mise en œuvre directe d'activités et à des accords de services spéciaux passés avec des personnes physiques chargées de mener à bien des activités pour le compte de l'Organisation. Les bourses, la formation et les dépenses de sécurité relèvent également des services contractuels. Au sein des services contractuels, la lutte contre la poliomyélite, la riposte à Ebola et les autres interventions en cas d'épidémies ou de crises étaient les domaines où les plus fortes hausses ont été enregistrées entre 2012-2013 et 2014-2015.

Les **transferts et les subventions** ont représenté 11 % des charges totales, les montants les plus importants allant à la Région africaine et à la Région de la Méditerranée orientale. Ces dépenses correspondaient à des contrats signés avec des entités nationales (ministères de la santé et organisations non gouvernementales, principalement) pour mener à bien des activités conformes au budget programme (coopération financière directe). Près de 50 % des montants comptabilisés comme transferts et subventions sont liés à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Les politiques et les procédures entourant l'utilisation des arrangements de coopération financière directe ont été renforcées en 2014-2015 dans le but de renforcer la transparence dans l'utilisation des fonds.

**Les charges opérationnelles générales** correspondent aux frais de maintenance et aux coûts opérationnels d'exploitation, y compris pour les services essentiels et les autres frais de bureau. Ces frais sont principalement engagés au niveau local et ont représenté, en 2014-2015, 6 % des charges pour le budget programme (contre 9 % en 2012-2013).

**Les charges relatives aux voyages** ont représenté 9 % des charges totales de l'Organisation au titre du budget programme en 2014-2015, pour un total de US \$408 millions (contre US \$308 millions en 2012-2013). Elles englobent le coût des billets d'avion, les indemnités journalières de subsistance et les autres coûts liés aux voyages pour les membres du personnel et les autres personnes. L'augmentation du total de ces dépenses tient à la progression des déplacements effectués par des personnes qui ne font pas partie du personnel dans le cadre des situations d'urgence (Ebola et autres) et de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. La proportion du total des frais de voyage du personnel a elle baissé, passant de 52 % en 2012-2013 à 46 % en 2014-2015.

Les charges relatives aux **fournitures et matériels médicaux** correspondent principalement à des fournitures médicales achetées et distribuées par l'Organisation pour la mise en œuvre des programmes, et à de la littérature médicale. Elles représentaient 6 % des charges totales en 2014-2015 (4 % en 2012-2013). Les principales hausses en valeur absolue ont été enregistrées dans la Région africaine et dans la Région de la Méditerranée orientale et s'expliquent par les fournitures médicales d'urgence destinées à la lutte contre le virus Ebola, aux crises en Lybie et en République arabe syrienne et aux activités d'éradication de la poliomyélite.

#### **d) Risques financiers**

L'Organisation gère plusieurs risques financiers découlant de sa structure de financement et de son fonctionnement décentralisé. Le Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance examine ces risques à haut niveau et formule des recommandations. Certains risques ont particulièrement attiré l'attention des États Membres.

Le principal risque pour l'OMS est **l'incertitude qui entoure le financement à long terme**. Les réunions du dialogue sur le financement ont été l'occasion d'examiner les prévisions globales de financement de l'Organisation et l'alignement du financement sur le budget de l'OMS. Si le dialogue sur le financement a permis d'améliorer le financement à court terme du budget, garantissant un financement presque intégral de l'ensemble des programmes en 2014-2015, et d'ores et déjà un financement presque intégral de l'exercice biennal 2016-2017, des risques demeurent à long terme. Ainsi, le financement de l'Organisation reste tributaire d'une base de donateurs relativement restreinte.

Le financement de **l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite**, qui représente un volume important, s'arrêtera après 2019. En 2014-2015, 23 % du total des dépenses inscrites dans le budget programme étaient alloués à cette Initiative. D'autres sources de financement doivent être trouvées pour les membres du personnel que l'Organisation entend conserver au-delà de la période de financement de la lutte antipoliomyélique, au titre de la planification de la transmission des acquis. S'agissant du personnel financé au titre de la lutte antipoliomyélique que l'Organisation n'entend pas conserver, une réserve a été constituée, et sera encore renforcée, afin de disposer de fonds suffisants pour les indemnités à la cessation de service.

Les principales **obligations à long terme à l'égard du personnel** correspondent aux coûts de l'assurance-maladie après la cessation de service. D'après la dernière évaluation actuarielle, le passif global au titre de l'assurance-maladie de l'OMS était estimé à US \$1,523 milliard, y compris le coût futur estimé des prestations après la cessation de service. Le financement actuel de l'OMS est de US \$609 millions, ce qui laisse un déficit net de US \$914 millions. Pour financer ce déficit, l'Organisation dispose d'un mécanisme budgétaire intégré, reposant sur son modèle de calcul des coûts de personnel, afin de garantir un juste partage de la charge entre l'ensemble des contributeurs de l'OMS.

Le régime d'assurance-maladie rembourse, selon des règles strictes et dans certaines limites, les frais médicaux des membres du personnel en activité et retraités et des personnes à leur charge. L'Assurance-maladie du personnel couvre également d'autres entités (à savoir, l'OPS, l'ONUSIDA, UNITAID, le CIRC et le Centre international de calcul) et établit ses propres états financiers. Afin de mettre en place un mécanisme de longue durée pour garantir, à terme, le financement total de ce passif, une modification du taux de contribution à l'Assurance-maladie a été approuvée en 2011 ; elle a une incidence tant sur l'Organisation que sur les participants et concerne l'ensemble des entités couvertes. Selon la dernière évaluation actuarielle, le financement total du régime sera assuré en 2037. D'autres mesures de maîtrise des coûts sont également prévues.

L'Organisation perçoit des contributions et effectue des paiements dans d'autres monnaies que le dollar des États-Unis et elle est donc exposée à un **risque en raison des fluctuations des taux de change**. La couverture du risque de change vis-à-vis des monnaies autres que le dollar des États-Unis et la gestion des flux de trésorerie à court terme se font au moyen de contrats à terme sur les devises. Ces mesures de gestion des risques de change ont permis de protéger efficacement le budget actuel de l'Organisation de la volatilité des taux de change à court terme. L'Organisation est également exposée à des risques d'**investissement** liés aux fonds à court terme détenus pour les activités programmatiques et aux fonds à long terme servant à financer les passifs à plus long terme. Le Comité consultatif sur les placements examine régulièrement les politiques de placement, la performance des placements et les risques pour chaque portefeuille.

En plus des besoins exprimés dans ses budgets biennaux, l'Organisation a des **besoins à long terme en matière d'infrastructures**, notamment pour ses bâtiments et ses systèmes informatiques. Le plan-cadre d'équipement décrit l'ensemble des besoins liés aux bâtiments, et il est financé par le fonds immobilier. Le plus grand projet couvert par le plan-cadre est une stratégie globale de rénovation du Siège, qui a été proposée séparément à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,<sup>1</sup> pour approbation, conjointement à une proposition de financement. Par ailleurs, un fonds spécial a été créé pour la gestion des principales infrastructures de technologies de l'information. Les informations relatives au financement et aux dépenses pour le fonds immobilier et le fonds pour les technologies de l'information sont présentées à l'Assemblée de la Santé dans le présent rapport.

#### e) **Transparence, responsabilisation et respect des règles**

Suivant l'approbation du budget programme 2014-2015, un élément essentiel de la réforme de l'OMS (qui est aussi une recommandation du dialogue sur le financement de 2013) a été mis en place. Il consiste en une allocation plus stratégique et une gestion systématique des ressources souples mises en commun, le but étant d'assurer un financement adapté de l'ensemble des secteurs de programme et de garantir les capacités opérationnelles des différentes entités aux trois niveaux de l'Organisation. En pratique, des ressources souples sont débloquées plusieurs fois pendant l'exercice biennal après avoir effectué un suivi et un examen attentifs, à l'échelle de l'Organisation, des ressources disponibles, des déficits de financement, des produits escomptés et des taux d'exécution prévus. S'appuyant sur l'expérience acquise en 2014-2015, la distribution stratégique des fonds souples sera progressivement affinée au cours de l'exercice biennal 2016-2017.

Ce mécanisme a déjà permis un meilleur alignement des fonds à l'échelle des programmes et des grands bureaux. Cela a eu pour effet de réduire, par rapport à 2012-2013, l'écart entre les programmes/bureaux les moins bien financés et les mieux financés. Les contributions volontaires souples, qui proviennent d'un nombre limité de donateurs, restent indispensables pour continuer d'améliorer l'alignement.

Le lancement du portail Web du budget programme de l'OMS a fortement amélioré la transparence financière. Celui-ci fournit des informations détaillées sur les sources de financement et sur les flux de ressources dans toute l'Organisation, jusqu'au niveau des pays. La manière dont il fonctionne et dont les informations y sont présentées a été adaptée à la lumière des contributions apportées par les États Membres et les autres partenaires lors du dialogue de financement. Au fil du temps, le portail Web deviendra le principal répertoire d'informations programmatiques, un rôle qu'il assume à titre d'essai pendant cette évaluation globale des performances.

D'autres initiatives ont été lancées en matière de transparence, y compris l'élaboration d'une série de tableaux de bord contenant des informations détaillées pour évaluer si la gestion est conforme à une série d'indicateurs clés de performance. Cet outil sera important non seulement pour établir des comparaisons entre les centres budgétaires ou les autres entités gestionnaires, mais aussi pour suivre les améliorations de certaines entités au fil du temps.

L'élaboration d'un pacte de responsabilisation entre le Directeur général et les Sous-Directeurs généraux est un autre exemple des efforts accomplis par l'OMS pour définir plus clairement et de façon plus transparente ce qui est attendu des hauts fonctionnaires de l'Organisation. La lettre de représentation annuelle et la liste de contrôle interne pour l'autoévaluation, qui sont des déclarations internes établies par chaque Directeur régional et Sous-Directeur général sur l'utilisation des ressources, ont également été mises en place avec succès.

---

<sup>1</sup> Voir documents A69/56 et EB138/2016/REC/1, résolution EB138.R7.

Pour améliorer la responsabilisation dans toute l'OMS, il est essentiel de prendre des mesures aux trois niveaux de l'Organisation. Une attention particulière a été accordée à la façon dont l'OMS gère la coopération financière directe au niveau des pays. Une plus grande vigilance et des changements dans les politiques ont permis une amélioration sensible, dont témoigne notamment la réduction de 65 % du nombre de rapports en souffrance sur la coopération financière directe entre fin 2013 et fin 2015.

Plusieurs processus complémentaires ont permis d'améliorer la responsabilisation au niveau des pays : audits du vérificateur intérieur des comptes et du commissaire aux comptes ; examens combinés des aspects administratifs, financiers et programmatiques ; et évaluation externe indépendante de la présence de l'OMS dans les pays. Tous les bureaux régionaux sont désormais dotés d'unités distinctes chargées du respect des règles et les Directeurs régionaux prennent régulièrement des mesures sur la base de leurs conclusions, afin d'assurer la responsabilisation aux niveaux régional et national.

Depuis 2014, année du lancement du registre des risques institutionnels, la gestion des risques est devenue partie intégrante des processus opérationnels de l'OMS. Avec l'adoption de la politique globale de gestion des risques en novembre 2015, la gestion des risques est désormais intégrée à la planification opérationnelle. Il incombe désormais à chaque centre budgétaire de l'OMS de recenser les risques, de les signaler à la haute administration (en fonction de leur degré de gravité) et de recommander des mesures d'atténuation. Un mécanisme de contrôle centralisé a été mis en place pour faciliter ces opérations et effectuer un suivi régulier. La gestion des risques fournit des informations utiles pour la prise de décisions à l'OMS. La planification stratégique et opérationnelle se fonde sur les données collectées sur les risques lors de l'exercice pour élaborer le budget programme de l'OMS et en suivre l'exécution.

Le maintien en Malaisie, où les coûts de personnel sont plus faibles qu'à Genève, de services institutionnels pour les finances, les ressources humaines et les technologies de l'information continue d'engendrer des économies. Il est à noter que les technologies de l'information harmonisées et partagées à l'échelle mondiale ont été mises en place en 2014-2015, avec à la clé une fourniture de services améliorée, une productivité des utilisateurs accrue sur l'ensemble des sites de l'OMS, une réduction des doublons et des gains d'efficacité financiers. Tous les bureaux régionaux ont également pris des mesures d'économie, par exemple en réduisant les voyages et en utilisant davantage la vidéo. Certaines Régions se sont efforcées de réduire la quantité de documents imprimés pour les réunions régionales de gouvernance et les autres grandes réunions. Fruit en partie de ces initiatives, le total des charges pour la catégorie 6 au titre de l'exercice biennal 2014-2015 (qui comprend les fonctions de l'Organisation en matière de gestion et d'infrastructures et sur le plan administratif) a été inférieur de 7,5 % au budget prévu.

**SECTION 1. RÉALISATIONS PAR CATÉGORIE  
ET SECTEUR DE PROGRAMME**

## Catégorie 1

# MALADIES TRANSMISSIBLES



L'objectif général de cette catégorie est de réduire la charge des maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les maladies tropicales négligées et les maladies à prévention vaccinale.

Au cours de l'exercice biennal, des résultats encourageants et d'importantes réalisations, dépassant même les cibles originales des objectifs du Millénaire pour le développement pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, ont été enregistrés. On a notamment observé d'importantes augmentations de la couverture par des interventions clés, par exemple s'agissant du nombre de personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral, des patients souffrant de tuberculose multirésistante rapidement diagnostiqués et placés sous traitement approprié, et du nombre accru d'enfants de moins de cinq ans qui, en Afrique subsaharienne, dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide. L'action de l'OMS dans cette catégorie a contribué à ces résultats.

L'hépatite virale ne figurait pas parmi les objectifs du Millénaire pour le développement, ce qui témoignait d'une absence générale de volonté politique et de financement. Toutefois, pendant l'exercice 2014-2015, l'OMS a entrepris d'accroître l'importance accordée à l'hépatite dans les programmes d'action mondiaux, ce qui a débouché sur le premier Sommet mondial sur l'hépatite en 2015. L'OMS a publié des lignes directrices qui peuvent aider les pays à élaborer des programmes nationaux complets contre l'hépatite. Elle a élaboré la première stratégie mondiale du secteur de la santé sur l'hépatite virale 2016-2021, qui expose un plan pour éliminer l'hépatite d'ici 2030. Un projet de stratégie est actuellement soumis pour examen à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.<sup>1</sup> Toutefois, le développement du traitement conformément à ce plan dépendra des réductions majeures obtenues sur les prix des médicaments contre l'hépatite.

Afin de progresser dans la lutte contre les maladies tropicales négligées, une approche intégrée axée sur les populations pauvres, rurales et marginalisées a été utilisée avec succès au cours de la période biennale.

---

<sup>1</sup> Voir le document A69/32.

De nouvelles cibles ambitieuses concernant le VIH, la tuberculose et le paludisme ont été fixées par l'OMS et l'ONUSIDA. Par ailleurs, les objectifs de développement durable vont bien au-delà des objectifs du Millénaire pour le développement et élargissent la portée de l'action pour inclure spécifiquement les maladies tropicales négligées et l'hépatite virale.

L'OMS a hébergé le Secrétariat qui a recueilli des données sur les progrès accomplis eu égard aux buts et aux objectifs stratégiques du Plan d'action mondial pour les vaccins, facilité l'examen indépendant, dans le cadre du Groupe consultatif stratégique d'experts en 2014 et 2015, et rend compte à l'Assemblée de la Santé. Malgré les progrès observés dans plusieurs domaines, au niveau mondial, les cibles à moyen terme ne sont pas en voie de réalisation.

## RÉCAPITULATIF FINANCIER D'ENSEMBLE POUR LA CATÉGORIE 1, 2014-2015 (EN MILLIERS DE US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	266 700	19 500	107 400	30 600	89 900	71 500	255 200	840 800
Fonds disponibles au 31 décembre 2015								
Fonds souples	60 967	14 902	21 326	4053	11 365	11 990	31 852	156 455
Contributions volontaires à objet désigné	199 914	18 270	64 289	30 447	37 890	51 265	242 883	644 985
<b>Total</b>	<b>260 881</b>	<b>33 172</b>	<b>85 615</b>	<b>34 500</b>	<b>49 255</b>	<b>63 255</b>	<b>274 735</b>	<b>801 440</b>
Fonds disponibles en % du budget	98 %	170 %	80 %	113 %	55 %	88 %	108 %	95 %
Dépenses en personnel	82 042	18 939	26 906	13 471	16 771	28 323	137 902	324 354
Dépenses en activités	144 005	11 677	52 912	17 758	29 885	31 145	105 433	392 815
<b>Dépenses totales</b>	<b>226 047</b>	<b>30 616</b>	<b>79 818</b>	<b>31 229</b>	<b>46 656</b>	<b>59 468</b>	<b>243 335</b>	<b>717 169</b>
Dépenses en % du budget approuvé	85 %	157 %	74 %	102 %	52 %	83 %	95 %	85 %
Dépenses en % des fonds disponibles	87 %	92 %	93 %	91 %	95 %	94 %	89 %	89 %
Dépenses en personnel par grand bureau	25 %	6 %	8 %	4 %	5 %	9 %	43 %	100%

## 1.1 VIH/SIDA

### RÉALISATION 1.1 ÉLARGISSEMENT DE L'ACCÈS AUX INTERVENTIONS ESSENTIELLES POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

#### **Des données factuelles à l'action : l'expérience de l'OMS en matière de VIH/sida utile pour la lutte contre l'hépatite**

En 2015, grâce à un effort multisectoriel sans précédent, la propagation du VIH a commencé à s'inverser, montrant que la cible mondiale de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement sur le VIH/sida pouvait être atteinte.

La Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida 2011-2015 a été décisive dans l'effort mondial et a fourni une orientation stratégique pour l'action du secteur de la santé. Grâce à elle, 16 millions<sup>1</sup> de personnes vivant avec le VIH ont désormais accès au traitement antirétroviral ; on a observé une augmentation massive des programmes de prévention complets du VIH – dont 10 millions de circoncisions médicales en Afrique orientale et australe ; et des progrès significatifs ont été faits en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis.

L'un des rôles de l'OMS consiste à agir comme force d'entraînement, en assurant la direction technique d'une coalition mondiale de pays, de partenaires du développement et de la société civile :

- au début de l'exercice, en 2014, le nombre de nouvelles infections à VIH est tombé à 2 millions, contre 3,1 millions en 2000, soit une baisse de 35 % ;
- d'un pic en 2004, les décès liés au VIH ont diminué de 42% en 2014. Cela signifie également que le nombre de personnes vivant avec le VIH est passé selon les estimations de 9 millions en 1990 à 36,9 millions en 2014, les taux de survie s'étant améliorés du fait du traitement ;
- le nombre de nouvelles infections annuelles chez les jeunes de 15 à 19 ans a diminué de 37 % entre 2000 et 2014, principalement en raison de changements de comportement, et notamment d'une utilisation accrue du préservatif, de la diminution du nombre de partenaires sexuels et d'un âge des premiers rapports plus tardif ;
- l'utilisation d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH a été couronnée de succès et l'élimination est désormais un objectif réaliste ; l'OMS est à la tête du processus de validation de l'élimination dans les pays. Plus de 80 pays notifient désormais moins de 50 nouvelles infections à VIH chez les enfants chaque année. En juin 2015, Cuba est devenu le premier pays à être certifié comme ayant éliminé les nouvelles infections à VIH chez les enfants.

Un autre aspect du rôle de leadership de l'OMS consiste à traduire les résultats de la recherche clinique et opérationnelle, les données factuelles et les données d'expérience provenant du terrain et des meilleures pratiques internationales en politiques claires et en recommandations cliniques et opérationnelles.

Au cours de la période biennale, les lignes directrices ont été rédigées sur la base d'une approche visant à « traiter tout le monde ». Elles fournissent une justification technique solide en faveur de l'accès universel au traitement antirétroviral pour toutes les personnes vivant avec le VIH, des informations stratégiques pour mieux orienter les ripostes tout le long de la chaîne des services anti-VIH ; et prévoient la diversification des méthodes de dépistage du VIH et des services afin de mieux connaître le statut sérologique, des services complets visant à réduire l'exclusion de certaines populations ; et des informations stratégiques visant à mieux suivre et orienter les programmes anti-VIH.

D'autres orientations normatives, de politique générale et opérationnelles se sont concentrées sur l'autodépistage du VIH, la circoncision médicale volontaire, la prophylaxie préexposition à l'infection à VIH, l'achat de médicaments, et la prestation de services concernant le VIH, en particulier pour les populations clés.

---

<sup>1</sup> La cible initiale était de placer sous traitement antirétroviral 15 millions de personnes.

Le soutien de l'OMS aux pays a contribué à l'application des données factuelles. Le soutien a été intensifié particulièrement dans un ensemble de 58 pays cibles. Il en est résulté une réduction importante du décalage entre la publication, l'adoption et la mise en œuvre des nouvelles recommandations.

Grâce à sa présence, à sa connaissance locale du terrain et à sa compréhension du contexte des pays, l'OMS a aidé 74 pays à se procurer les ressources nécessaires auprès d'autres partenaires – soit à travers une assistance technique pour l'évaluation des programmes nationaux contre le VIH soit à travers l'élaboration de notes de synthèse sur le VIH par le Fonds mondial.

L'amélioration des données pour la prise de décisions a été au centre de l'appui de l'OMS aux pays. Utilisées de manière optimale, des données de qualité aident les pays à comprendre l'évolution constante de l'épidémie et à réagir stratégiquement. C'est particulièrement important lorsque les ressources manquent et qu'il faut rentabiliser les investissements. Les données ventilées selon la situation géographique et les populations clés sont désormais utilisées à l'appui des décisions prises aux niveaux mondial, national et local, et l'OMS a accru ses investissements dans les enquêtes en population et la surveillance de la maladie. Résultat : les programmes mènent des interventions à fort impact dans les populations et les lieux qui en ont le plus besoin, et la notification aux niveaux national et mondial est en même temps améliorée.

En 2014-2015, les programmes VIH et hépatite virale de l'OMS ont uni leurs forces pour relancer les efforts mondiaux contre un problème en grande partie négligé, celui de l'hépatite virale. Moyennant des interventions de prévention et de traitement de l'hépatite très efficaces (y compris la vaccination contre le virus de l'hépatite B, des normes concernant la sécurité des injections et la sécurité transfusionnelle et des services connexes, la réduction des risques pour les consommateurs de drogues par injection, le traitement de l'hépatite B chronique et un nouveau traitement curatif pour l'infection chronique par l'hépatite C), l'élimination de l'hépatite B et de l'hépatite C en tant que menaces de santé publique est désormais possible.

L'OMS a accéléré l'examen des données et l'élaboration de directives afin d'exploiter ces possibilités et de répondre aux besoins des pays. De nouvelles lignes directrices ont été rédigées, notamment sur le dépistage, les soins et le traitement pour les personnes infectées par l'hépatite C ; la prévention, les soins et le traitement pour les personnes infectées par l'hépatite B ; et la reconnaissance, l'étude et la maîtrise des flambées d'hépatite E à transmission hydrique. Elles ont été complétées par des recommandations sur l'élaboration de programmes contre l'hépatite et l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs normalisé sur l'hépatite pour le suivi et l'évaluation des politiques et des services.

Les considérations ci-dessus illustrent les activités menées dans ce secteur de programme (VIH/sida) et montrent la contribution de l'OMS à l'usage accru des antirétroviraux et à la réduction de la transmission mère-enfant pendant la grossesse et l'accouchement.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>1</sup>

		(✓) Pleinement réalisés (!) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) Sans objet						
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
1.1.1	Mise en œuvre et suivi de la stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015 à travers le dialogue politique et la fourniture d'un appui technique aux niveaux mondial, régional et national	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
1.1.2	Adaptation et mise en œuvre des normes et des principes les plus récents en matière de prévention et de traitement de l'infection à VIH chez l'enfant et chez l'adulte, intégration des programmes relatifs au VIH et des autres programmes de santé et réduction des inégalités	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/155> (consulté le 7 avril 2016).

## Budget et dépenses par grand bureau, 2014–2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	45 900	4 000	14 200	5 800	9 600	10 100	41 900	131 500
Fonds disponibles au 31 décembre 2015								
Fonds souples	16 645	5 250	4 751	956	2 282	3 843	5 520	39 247
Contributions volontaires à objet désigné	29 394	2 602	10 802	5 651	5 600	8 081	40 842	102 972
<b>Total</b>	<b>46 039</b>	<b>7 852</b>	<b>15 553</b>	<b>6607</b>	<b>7 882</b>	<b>11 924</b>	<b>46 362</b>	<b>142 219</b>
Fonds disponibles en % du budget								
	100 %	196 %	110 %	114 %	82 %	118 %	111 %	108 %
Dépenses en personnel								
	22 388	4 775	5 713	3 133	3 760	7 139	23 914	70 822
Dépenses en activités								
	19 825	1 338	7 935	2 893	3 865	4 464	18 798	59 118
<b>Dépenses totales</b>	<b>42 213</b>	<b>6 113</b>	<b>13 648</b>	<b>6 026</b>	<b>7 625</b>	<b>11 603</b>	<b>42 712</b>	<b>129 940</b>
Dépenses en % du budget approuvé								
	92 %	153 %	96 %	104 %	79 %	115 %	102 %	99 %
Dépenses en % des fonds disponibles								
	92 %	78 %	88 %	91 %	97 %	97 %	92 %	91 %
Dépenses en personnel par grand bureau								
	32 %	7 %	8 %	4 %	5 %	10 %	34 %	100 %

## 1.2 TUBERCULOSE

### RÉALISATION 1.2 AUGMENTATION DU NOMBRE DE PATIENTS TUBERCULEUX TRAITÉS AVEC SUCCÈS

#### Progrès accomplis dans l'élargissement de l'accès aux outils de diagnostic rapide – étape critique pour surmonter la crise de la tuberculose multirésistante

Joe, Sud-Africain, vit avec le VIH depuis plus de cinq ans. Lors d'un récent contrôle à son centre de santé local, un médecin a remarqué que Joe présentait une toux persistante et perdait du poids. Soupçonnant une tuberculose, elle prescrit un test de dépistage de la tuberculose qui donne des résultats exacts en à peine deux heures. Les résultats précisaient que la souche incriminée était résistante à la rifampicine – le médicament de première intention le plus puissant et marqueur de la tuberculose multirésistante (tuberculose MR). Joe a ainsi pu recevoir rapidement un traitement dont le médecin espérait qu'il le guérirait de la tuberculose MR.

Il y a à peine quelques années, cette histoire ne se serait pas aussi bien terminée. Au moyen des méthodes classiques de dépistage de la tuberculose, les crachats de Joe auraient d'abord été colorés et examinés au microscope. Si le bacille de la tuberculose avait été observé (souvent il n'y en a pas assez pour être décelé au microscope, surtout lorsque l'échantillon provient d'une personne infectée par le VIH ou d'un enfant) – Joe aurait reçu un traitement standard de six mois qui n'aurait peut-être pas été efficace contre sa souche de tuberculose. Après l'échec du traitement, il aurait été placé sous un autre traitement standard. Si le médecin avait accès au dépistage de la résistance aux médicaments, un échantillon aurait été envoyé à un laboratoire centralisé de haute sécurité et à un personnel spécialement formé, et aurait été mis en culture. Des semaines, voire des mois plus tard, les résultats auraient enfin permis à Joe de recevoir le traitement qui l'aurait guéri.

Ce qui a changé les choses pour Joe, c'est le Xpert MTB/RIF, test rapide de dépistage de la tuberculose et de la résistance à la rifampicine (marqueur de la tuberculose-MR). Le test a été recommandé pour la première fois par l'OMS en décembre 2010 suite à un examen complet des données disponibles. Le test Xpert MTB/RIF a ensuite été rapidement adopté par les pays comme outil efficace de dépistage rapide de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante aux premiers échelons du système de santé. À compter de 2015, 119 pays à revenu faible ou intermédiaire étaient en mesure de pratiquer le test Xpert MTB/RIF grâce à 4672 machines et 6,2 millions de cartouches de test achetées dans le secteur public partout dans le monde. L'OMS a facilité ce déploiement en fournissant une assistance technique aux pays, en élaborant des conseils pratiques, en réunissant partenaires et donateurs pour mettre en commun les meilleures pratiques, et en coordonnant les efforts. Un financement et un soutien technique substantiels provenant de sources telles que le Fonds mondial, l'Agency for International Development des États-Unis d'Amérique (USAID), la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID), le Plan d'urgence du Président des États-Unis en matière de lutte contre le sida, FIND, TB REACH et Médecins sans frontières ont également rendu cela possible pour les pays.

Ce renforcement des capacités des pays pour le dépistage rapide de la tuberculose a contribué aux avancées contre l'épidémie de tuberculose MR. En 2012, l'OMS a appelé à considérer la tuberculose multirésistante comme une crise de santé publique. Au niveau mondial, en 2014, selon les estimations de l'OMS, 480 000 personnes ont contracté une tuberculose MR et l'on a enregistré 190 000 décès connexes. Au total, 123 000 patients atteints de tuberculose MR ont été dépistés et notifiés au cours de la même année. Cela représente une augmentation de 130 % par rapport à 2010, date à laquelle le test Xpert MTB/RIF a été introduit. Le développement des capacités de diagnostic dans les pays, permettant de dépister les personnes atteintes de tuberculose résistante aux médicaments, est une première étape essentielle dans la lutte contre cette forme de tuberculose. Allié à un accès amélioré à un traitement et à des soins de qualité, ce dépistage complète la chaîne qui permet aux personnes atteintes de tuberculose MR de recevoir les soins dont elles ont besoin. Bien que cela ne soit pas encore suffisant, en 2014, davantage de patients tuberculeux ont été testés pour rechercher une résistance aux médicaments que toute autre année auparavant. Au niveau mondial, 58 % des patients précédemment traités et 12 % des nouveaux cas ont été testés, contre 17 % et 8,5 % respectivement en 2013. Cette amélioration est due principalement à l'adoption des tests moléculaires rapides.

Entre 2013 et 2016, le projet TBXpert lancé par le Programme mondial OMS de lutte antituberculeuse avec un financement de US \$25,9 millions de l'UNITAID, a joué un rôle clé en élargissant l'accès aux tests rapides. Le projet a fourni 237 machines et 1,4 million de cartouches de test à 21 pays à forte charge de morbidité. Cela a permis de renforcer sensiblement les capacités de dépistage de la tuberculose et de recherche d'une résistance à la rifampicine pour permettre le dépistage de la tuberculose chez 230 000 personnes et de la tuberculose résistante aux médicaments chez 61 000 personnes.

Par ailleurs, en 2014, l'OMS a publié des lignes directrices actualisées comportant des recommandations élargies quant à l'utilisation du test Xpert MTB/RIF. Outre qu'il est fortement recommandé pour dépister la tuberculose chez les personnes exposées à une forme résistante aux médicaments et à la tuberculose associée au VIH, le test est désormais recommandé pour dépister la tuberculose chez l'enfant, pour dépister la tuberculose extrapulmonaire et, lorsque les ressources le permettent, pour dépister la tuberculose chez toutes les personnes chez qui elle est soupçonnée.

En 2014, la plupart des pays à forte charge de morbidité ont déclaré avoir tenu compte des recommandations de l'OMS dans les politiques nationales de dépistage de la tuberculose chez les personnes exposées à la tuberculose résistante aux médicaments (69 %) et chez les personnes présentant une tuberculose associée au VIH (60 %). De nombreux pays ont également adopté les recommandations de l'OMS concernant son utilisation pour le dépistage de la tuberculose chez l'enfant (50 %) et celui de la tuberculose extrapulmonaire (41 %).

Afin d'élargir encore l'accès aux tests rapides de dépistage de la tuberculose et de la tuberculose résistante aux médicaments, l'OMS s'emploie :

- à évaluer les données factuelles sur la performance des nouveaux outils diagnostiques pour l'élaboration de recommandations quant à leur utilisation ;
- à guider les pays à élaborer des algorithmes de diagnostic efficaces pour élargir l'accès des patients ;
- à fournir et coordonner une assistance technique aux pays pour permettre une utilisation optimale des technologies disponibles.

À partir de 2016, l'objectif mondial a évolué, il ne s'agit plus de maîtriser la tuberculose mais bien de mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose. Tel est l'objectif de la stratégie OMS Mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030, qui figure également parmi les cibles des objectifs de développement durable. La Stratégie Mettre fin à la tuberculose souligne l'importance du diagnostic précoce et du traitement rapide de toutes les personnes, de tous âges et atteintes d'une forme quelconque de tuberculose, sensible ou résistante aux médicaments.

L'OMS travaille en étroite collaboration avec les pays et ses partenaires pour faire en sorte que les tests de diagnostic rapide de la tuberculose et de sensibilité aux médicaments soient mis à disposition de tous ceux qui en ont besoin. Parallèlement à cet effort pour développer les capacités de diagnostic, l'OMS aide également les pays à renforcer leur capacité de fournir des traitements et des soins efficaces. Grâce à cet élan, mettre fin à la crise de la tuberculose MR de même qu'à l'épidémie de tuberculose, est à notre portée.

L'exposé ci-dessus illustre les activités en rapport avec le secteur de programme Tuberculose. L'action de l'OMS pour élargir l'accès au diagnostic rapide de la tuberculose a contribué à l'indicateur de réalisation concernant le nombre de patients tuberculeux chez qui la tuberculose MR a été confirmée placés sous traitement.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>1</sup>

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
1.2.1	Intensification de la mise en œuvre de la Stratégie Halte à la tuberculose pour développer la prise en charge et la lutte, en mettant l'accent sur la couverture des populations vulnérables, sur le renforcement de la surveillance et sur un meilleur alignement avec les plans du secteur de la santé	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.2.2	Mise à jour des orientations politiques et des directives techniques sur la tuberculose associée au VIH, sur les soins aux patients atteints de tuberculose multirésistante, sur les méthodes de diagnostic de la tuberculose, sur le dépistage dans les groupes à haut risque et sur la prise en charge intégrée de la tuberculose au niveau des communautés	✓	!	✓	✓	!	✓	✓

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	16 900	1 100	30 400	11 000	20 900	14 400	36 200	130 900
Fonds disponibles au 31 décembre 2015								
Fonds souples	7 639	1 094	2 821	1 653	1 814	2 453	3 772	21 246
Contributions volontaires à objet désigné	17 539	1 061	19 674	11 595	3 541	8 670	34 400	96 480
<b>Total</b>	<b>25 178</b>	<b>2 155</b>	<b>22 495</b>	<b>13 248</b>	<b>5 355</b>	<b>11 123</b>	<b>38 172</b>	<b>117 726</b>
Fonds disponibles en % du budget	149 %	196 %	74 %	120 %	26 %	77 %	105 %	90 %
Dépenses en personnel	11 181	1 212	5 893	5 129	3 276	6 237	25 556	58 484
Dépenses en activités	10 694	762	15 501	6 024	1 774	4 252	11 633	50 640
<b>Dépenses totales</b>	<b>21 875</b>	<b>1 974</b>	<b>21 394</b>	<b>11 153</b>	<b>5 050</b>	<b>10 489</b>	<b>37 189</b>	<b>109 124</b>
Dépenses en % du budget approuvé	129 %	179 %	70 %	101 %	24 %	73 %	103 %	83 %
Dépenses en % des fonds disponibles	87 %	92 %	95 %	84 %	94 %	94 %	97 %	93 %
Dépenses en personnel par grand bureau	19 %	2 %	10 %	9 %	6 %	11 %	44 %	100 %

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/156> (consulté le 7 avril 2016).

## 1.3 PALUDISME

### RÉALISATION 1.3 ÉLARGISSEMENT DE L'ACCÈS AU TRAITEMENT ANTIPALUDIQUE DE PREMIÈRE INTENTION POUR LES CAS CONFIRMÉS DE PALUDISME

#### La stratégie technique mondiale – cadre pour la lutte antipaludique et l'élimination du paludisme

Depuis le début du Millénaire, on observe une diminution spectaculaire de la charge mondiale du paludisme. Entre 2000 et 2015, les taux de mortalité par paludisme ont diminué de 60 %, soit 6,2 millions de vie sauvées. Le taux de nouveaux cas de paludisme (incidence) a diminué de 37 %. La cible concernant le paludisme des objectifs du Millénaire pour le développement adoptée en 2000, qui appelait à stopper et commencer à inverser l'incidence du paludisme d'ici à 2015, a été atteinte.

Les progrès mondiaux sont dus en grande partie au déploiement massif de moyens de lutte antipaludique efficaces. Près d'un milliard de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées en Afrique subsaharienne depuis 15 ans. Des tests de diagnostic rapide ont permis de distinguer plus facilement et plus rapidement le paludisme des fièvres non paludéennes, permettant un traitement rapide et adapté. Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine largement introduites au cours des 10 dernières années, ont été très efficaces contre *P. falciparum*, le parasite le plus fréquent et mortel du paludisme qui touche l'homme.

Toutefois, des défis majeurs subsistent. Près de 3,2 milliards de personnes – près de la moitié de la population mondiale – restent exposées au paludisme. En 2015, on comptait 214 millions de nouveaux cas de paludisme et environ 438 000 décès. L'Afrique subsaharienne continue de subir la plus lourde charge de la maladie. En 2015, cette région a concentré à elle seule environ 90 % du nombre total de cas et de décès dus au paludisme.

Dans de nombreux pays, les progrès sont menacés par le développement rapide et la propagation d'une résistance du moustique aux insecticides. La résistance aux médicaments pourrait également compromettre les acquis récents de la lutte antipaludique. À ce jour, la résistance du parasite à l'artémisinine – principal composé des meilleurs médicaments antipaludiques disponibles – a été décelée dans cinq pays de la sous-région du Bassin du Mékong.

Pour combler les lacunes qui subsistent en matière de lutte antipaludique et d'élimination du paludisme, l'Assemblée de la Santé a adopté en mai 2015 la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030.<sup>1</sup> Le calendrier 2016-2030 est aligné sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030, approuvé l'année dernière par l'ensemble des États Membres de l'Organisation des Nations Unies.

La Stratégie technique mondiale, élaborée et dirigée par l'OMS, est la première stratégie antipaludique approuvée par l'Assemblée de la Santé depuis 1993. C'est le fruit d'un long processus auquel ont participé plus de 400 experts du paludisme de 70 pays et de consultations qui ont eu lieu dans sept régions. Ces buts, basés sur l'analyse des données, sont ambitieux mais réalisables :

- réduire les taux d'incidence (nouveaux cas de paludisme) d'au moins 90 % ;
- réduire les taux de mortalité par paludisme d'au moins 90 % ;
- éliminer le paludisme dans au moins 35 pays ;
- empêcher la résurgence du paludisme dans tous les pays exempts de la maladie.

L'OMS s'est engagée à soutenir les États Membres pour leur permettre d'atteindre les cibles de la Stratégie technique mondiale. Depuis son lancement en mai 2015, l'Organisation aligne les stratégies régionales sur ce cadre mondial et fournit un soutien technique aux pays afin qu'ils adaptent leur stratégie nationale en conséquence.

Le développement des efforts de lutte antipaludique ces dernières années, allié à des investissements importants dans la recherche, ont permis la mise au point de nouveaux outils et l'élaboration de nouvelles stratégies visant à renforcer l'action de lutte antipaludique. Il en est résulté un besoin croissant pour l'OMS d'examiner rapidement les éléments factuels nouveaux et d'actualiser ses recommandations techniques.

---

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA68.2.

Depuis 2010, le Programme mondial OMS de lutte antipaludique a entamé un examen approfondi du processus d'élaboration des politiques de lutte antipaludique et d'élimination du paludisme. Le but était d'établir un processus plus rigoureux, plus efficace et plus transparent qui permettrait d'apporter des réponses rapides aux problèmes auxquels continuent d'être confrontés les programmes nationaux de lutte antipaludique. Suite à la recommandation d'un groupe consultatif extérieur, un Comité consultatif pour les politiques relatives au paludisme a été créé en 2011 et chargé de fournir des avis indépendants à l'OMS dans tous les domaines des politiques relatives à la lutte contre le paludisme et à son élimination. Le Comité consultatif, composé de 15 experts du paludisme reconnus, se réunit deux fois par an. Cette structure renforcée d'élaboration des politiques a redonné à l'OMS sa place d'autorité de santé publique internationale la plus crédible en matière de politiques relatives au paludisme, d'orientation et de soutien technique dans les pays d'endémie. Au cours de l'exercice 2014-2015, le Comité consultatif a orienté l'élaboration de la Stratégie technique mondiale et fourni des avis stratégiques au Programme mondial OMS de lutte antipaludique concernant une série de questions techniques,<sup>1</sup> allant de recommandations sur le recours à la distribution massive de médicaments aux risques associés au recul de la lutte antivectorielle.

Parmi les autres documents d'orientation importants sur le paludisme publiés par l'OMS au cours de l'exercice écoulé figure une actualisation des principes directeurs pour le traitement du paludisme (élaborés en collaboration avec le Comité d'examen des directives) ; une fiche technique sur la lutte contre le paludisme à *P. vivax* et son élimination ; et des recommandations sur le diagnostic du paludisme dans les milieux à faible transmission.

Avec le personnel technique de tous les pays d'endémie palustre, l'OMS occupe une position unique et est bien placée pour faire avancer la lutte contre la maladie. Au cours de la période biennale écoulée, l'Organisation n'a cessé de fournir un soutien aux pays d'endémie qui procédaient à des analyses de leurs lacunes et pour l'établissement de propositions de subvention au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Les experts techniques de l'OMS ont également apporté un appui aux pays de toutes les Régions pour la mise en œuvre des plans stratégiques nationaux et la conduite d'examens des programmes.

Afin de combattre la propagation de la résistance aux médicaments antipaludiques, en 2013, l'OMS a lancé une action d'urgence contre la résistance à l'artémisinine (ERAR) dans la sous-région du Bassin du Mékong. L'Organisation a depuis fourni un soutien technique aux pays touchés de cette région grâce à ses bureaux de pays et à un centre régional ERAR au Cambodge. Une stratégie OMS pour l'élimination du paludisme dans la sous-région du Bassin du Mékong 2015-2030 lancée en 2015 a été élaborée en s'inspirant de la Stratégie technique mondiale.

Dans le cadre de son mandat, le Programme mondial OMS de lutte antipaludique tient un journal indépendant des progrès mondiaux dans la lutte contre le paludisme. Sa publication annuelle phare, le rapport mondial sur le paludisme, contient les données les plus récentes sur la lutte contre le paludisme et son élimination partout dans le monde. Le dernier rapport, publié en décembre 2015, note que le financement mondial de la lutte antipaludique est passé de US \$960 millions en 2005 à US \$2,5 milliards en 2014. Pour atteindre les buts de la Stratégie technique mondiale, les crédits devront encore augmenter substantiellement pour passer à US \$8,7 milliards par an d'ici à 2030.

Pour accélérer les progrès futurs de la lutte antipaludique, il faudra, outre un financement solide, mettre au point de nouveaux outils et innover dans la prestation de services, ainsi qu'une volonté politique forte et une collaboration multisectorielle accrue.

Cet exemple tiré du secteur de programme Paludisme montre l'intérêt d'une stratégie unique fondée sur des données factuelles, approuvée par les États Membres, à partir de laquelle une multitude de parties prenantes peuvent contribuer activement à atteindre le résultat escompté, à savoir un accès accru au traitement antipaludique de première intention pour les cas confirmés.

---

<sup>1</sup> Des notes d'information et d'orientation sont publiées conformément aux recommandations du Comité consultatif ; elles peuvent être consultées sur le site du Programme mondial OMS de lutte antipaludique à l'adresse <http://www.who.int/malaria/mpac/policyrecommendations/en/>.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>1</sup>

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
1.3.1	Nombre de pays mis en mesure d'appliquer leur plan stratégique de lutte antipaludique, en mettant l'accent sur l'amélioration du diagnostic et du traitement et sur la surveillance et le suivi de l'efficacité thérapeutique grâce à un renforcement des capacités	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.3.2	Mise à jour des recommandations politiques et des directives stratégiques et techniques relatives à la lutte antivectorielle, aux tests de diagnostic, aux traitements antipaludiques, à la prise en charge intégrée des affections fébriles, à la surveillance, à la détection des épidémies et à la riposte	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	21 300	500	13 400	1 100	13 800	12 600	28 900	91 600
Fonds disponibles au 31 décembre 2015								
Fonds souples	8 484	2 638	2 685	454	2 464	1 876	4 850	23 451
Contributions volontaires à objet désigné	20 304	1 393	9 032	601	4 479	10 503	28 893	75 205
<b>Total</b>	<b>28 788</b>	<b>4 031</b>	<b>11 717</b>	<b>1 055</b>	<b>6 943</b>	<b>12 379</b>	<b>33 743</b>	<b>98 656</b>
Fonds disponibles en % à objet désigné	135 %	806 %	87 %	96 %	50 %	98 %	117 %	108 %
Dépenses en personnel	12 555	2 327	4 514	405	3 031	6 274	16 700	45 806
Dépenses en activités	10 880	1 505	6 883	644	3 554	5 276	9 731	38 473
<b>Dépenses totales</b>	<b>23 435</b>	<b>3 832</b>	<b>11 397</b>	<b>1 049</b>	<b>6 585</b>	<b>11 550</b>	<b>26 431</b>	<b>84 279</b>
Dépenses en % du budget approuvé	110 %	766 %	85 %	95 %	48 %	92 %	91 %	92 %
Dépenses en % des fonds disponibles	81 %	95 %	97 %	99 %	95 %	93 %	78 %	85 %
Dépenses en personnel par grand bureau	27 %	5 %	10 %	1 %	7 %	14 %	36 %	100 %

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/157> (consulté le 7 avril 2016).

## 1.4 MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES

### RÉALISATION 1.4 ÉLARGISSEMENT ET MAINTIEN DE L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS ESSENTIELS CONTRE LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES

#### Les responsables nationaux et les partenaires efficaces dans la lutte contre les maladies tropicales négligées

Les maladies tropicales négligées sévissent à l'état endémique dans 149 pays. Elles touchent plus d'un milliard de personnes qui vivent dans la pauvreté, à proximité immédiate des vecteurs et du bétail, et n'ont qu'un accès limité à l'eau potable et aux soins de santé de base. Dans la plupart des cas, une personne est touchée simultanément par plusieurs de ces maladies, ce qui a un impact sur la productivité, la grossesse, la croissance et le développement de l'enfant, et qui atteint les individus en pleine force de l'âge.

Un leadership national fort, un engagement accru des partenaires et la disponibilité de médicaments offerts expliquent les progrès accomplis en 2014-2015. De nombreux pays sont parvenus à mettre en œuvre avec succès des programmes de lutte, certains atteignant les cibles d'élimination avant l'heure. Des mesures telles que les contributions intérieures en vue d'élargir les programmes existants et la participation intersectorielle ont été mises en place et ont permis d'associer davantage les communautés, les organisations non gouvernementales et le secteur privé.

Une approche multisectorielle plus large soutenue par des partenaires a permis d'améliorer la coordination et la gestion des programmes au niveau national, avec pour résultat la fourniture de plus d'un milliard de traitements à 853 millions de personnes pour au moins une maladie en 2014, contre 791 millions en 2013. Dans le même contexte, l'OMS a coordonné l'expédition d'1,3 milliard de comprimés offerts aux États Membres en 2014 et 1,5 milliard en 2015. Une telle montée en puissance exige le renforcement des capacités des pays pour accroître d'autant l'exécution. Au cours des deux dernières années et en définissant des priorités, plusieurs programmes de formation à l'intention des administrateurs de programmes nationaux ont été organisés, lesquels ont à leur tour formé des dispensateurs de soins de santé aux niveaux du district et de la périphérie.

Des progrès sans précédent ont également été réalisés en ce qui concerne l'éradication de la dracunculose. Seuls quatre pays (l'Éthiopie, le Mali, le Soudan du Sud et le Tchad) notifiant des cas, 22 cas humains seulement ont été signalés en 2015 – soit le niveau le plus bas jamais enregistré – contre 126 en 2014 et 148 en 2013. Ce progrès est en grande partie dû à une forte baisse du nombre de cas au Soudan du Sud, qui rapproche le monde de l'objectif de la feuille de route de l'OMS, qui est d'interrompre la transmission mondiale. A l'heure actuelle, la surveillance est à son plus haut niveau dans les quatre pays mais aussi dans tous les pays exposés au risque de réintroduction de la maladie.

Des progrès substantiels ont aussi été faits en ce qui concerne les maladies qui demandent une prise en charge individuelle des cas, dont deux exemples sont significatifs : la trypanosomiase humaine africaine et la leishmaniose viscérale. En ce qui concerne la trypanosomiase humaine africaine, 3796 nouveaux cas seulement ont été signalés en 2014 – soit le niveau le plus bas enregistré depuis le début de la collecte mondiale systématique de données il y a 75 ans. C'est un progrès par rapport aux 6314 cas notifiés en 2013 et une baisse de près de 40 % rien qu'en un an. Des progrès continus signifient que l'élimination de la leishmaniose viscérale en tant que problème de santé publique pourrait être réalisée en Asie du Sud-Est d'ici à 2020. En 2014, le Bangladesh, a atteint la cible d'élimination dans environ 98 % de ses sous-districts (*upazillas*) et l'Inde dans près de 82 % des blocs d'endémie (sous-districts). Le Népal a maintenu la cible d'élimination dans ses 12 districts.

Renforcer les capacités d'écologie et de gestion des vecteurs est apparu comme une priorité absolue pour l'OMS car les vecteurs sont devenus extrêmement sensibles aux variables climatiques. Les maladies transmises par des insectes étant en augmentation en raison de l'urbanisation rapide et anarchique, des mouvements de population et des changements environnementaux, l'OMS a soutenu une étude sur l'estimation de la charge de morbidité due à la dengue dans cinq pays et une étude de sa charge économique dans trois pays en 2014-2015. La dengue est désormais présente dans plus de 150 pays et la propagation du chikungunya, et plus récemment de la maladie due au virus Zika, par le même vecteur que celui de la dengue, a encore accru les difficultés au niveau mondial. Les programmes actuels reposant essentiellement sur la lutte contre les populations de moustiques, la nécessité d'une lutte antivectorielle intégrée est devenue urgente et des outils et approches innovants sont nécessaires. Dans ce contexte, l'OMS soutient une initiative qui vise à favoriser le développement d'outils innovants de lutte antivectorielle destinés à être utilisés à large échelle.

Au cours des deux dernières années, l’OMS a également exploité les enseignements tirés de la lutte contre la rage comme modèle pour promouvoir des programmes de lutte contre d’autres zoonoses négligées. L’une des principales stratégies consiste à fournir un accès accru à des produits de santé vétérinaire de qualité assurée et d’un coût abordable et à favoriser une large collaboration intersectorielle impliquant tous les segments des secteurs de la santé humaine et de la santé animale.

L’OMS a par ailleurs renforcé son action centrée sur une meilleure intégration des services d’approvisionnement en eau, d’assainissement et d’hygiène (WASH) et des autres interventions de santé publique. En 2015, elle a lancé une stratégie mondiale assortie d’un programme d’action de cinq ans, témoignant d’engagements mondiaux pour rassembler les efforts en faveur de l’approvisionnement en eau, de l’assainissement et de l’hygiène et les efforts en faveur de la santé publique, en particulier au profit des communautés les plus pauvres qui en ont le plus besoin.

La résolution WHA66.12 adoptée par l’Assemblée de la Santé en 2013 a appelé à élargir les interventions pour atteindre les cibles prévues dans la feuille de route d’ici à 2020 grâce à une appropriation continue des programmes par les pays et à une planification programmatique et financière efficace. Le troisième rapport de l’OMS sur les maladies tropicales négligées (2015)<sup>1</sup> insiste sur la nécessité de susciter des investissements intérieurs innovants afin de lutter durablement contre les inégalités sociales et en matière de santé. Les arguments en faveur d’investissements intérieurs plus rationnels sont solides et réalistes car ils ne représentent actuellement que 0,1 % des dépenses intérieures actuelles en santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire touchés pour la période 2015-2030.

La lutte contre les maladies tropicales négligées doit devenir partie intégrante des plans et des budgets nationaux de santé si l’on veut atteindre la couverture universelle comme le prévoit la cible 3.3 des objectifs de développement durable. Les mesures nécessaires pour atteindre cette cible ont déjà été prises dans plusieurs pays. La lutte contre les maladies tropicales négligées et leur élimination sont un test pour la couverture sanitaire universelle et le succès dans la lutte collective contre ces maladies pourrait servir d’indicateur d’équité dans les progrès vers l’instauration de la couverture sanitaire universelle (cible 3.8), et l’accès universel à l’eau potable (cible 6.1) et à l’assainissement (cible 6.2).

Comme indiqué ci-dessus, il est évident qu’une approche multisectorielle porte ses fruits. La contribution de l’OMS à la coordination des dons de médicaments contre les maladies tropicales négligées est directement liée à la réalisation d’un accès accru et durable aux médicaments essentiels contre ces maladies.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d’ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l’appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>2</sup>

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
1.4.1	La mise en œuvre et le suivi de la feuille de route de l’OMS sur les maladies tropicales négligées sont facilités	✓	!	✓	s.o.	!	✓	✓
1.4.2	La mise en œuvre et le suivi des interventions de lutte contre les maladies tropicales négligées sont facilités par des directives techniques fondées sur des bases factuelles et la fourniture d’un appui technique	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓
1.4.3	De nouvelles connaissances, de nouvelles solutions et de nouvelles stratégies de mise en œuvre répondant aux besoins des pays d’endémie sont développées grâce à un renforcement de la recherche et de la formation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	✓

<sup>1</sup> Investir pour réduire l’impact mondial des maladies tropicales négligées : troisième rapport de l’OMS sur les maladies tropicales négligées 2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152781/1/9789241564861\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152781/1/9789241564861_eng.pdf?ua=1) (consulté le 29 mars 2016).

<sup>2</sup> Disponible à l’adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/157> (consulté le 7 avril 2016).

## Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	19 400	4 600	8 600	400	6 300	8 300	92 400	140 000
Fonds disponibles au 31 décembre 2015								
Fonds souples	10 968	2 687	7 248	148	1 634	1 858	10 980	35 523
Contributions volontaires à objet désigné	26 615	2 403	5 434	228	1 860	3 846	79 934	120 320
<b>Total</b>	<b>37 583</b>	<b>5 090</b>	<b>12 682</b>	<b>376</b>	<b>3 494</b>	<b>5 704</b>	<b>90 914</b>	<b>155 843</b>
Fonds disponibles en % du budget	194 %	111 %	147 %	94 %	55 %	69 %	98 %	111 %
Dépenses en personnel	9 475	2 628	5 345	116	717	1 592	41 370	61 243
Dépenses en activités	20 838	2 274	6 705	268	2 339	3 858	40 141	76 423
<b>Dépenses totales</b>	<b>30 313</b>	<b>4 902</b>	<b>12 050</b>	<b>384</b>	<b>3 056</b>	<b>5 450</b>	<b>81 511</b>	<b>137 666</b>
Dépenses en % du budget approuvé	156 %	107 %	140 %	96 %	49 %	66 %	88 %	98 %
Dépenses en % des fonds disponibles	81 %	96 %	95 %	102 %	87 %	96 %	90 %	88 %
Dépenses en personnel par grand bureau	15 %	4 %	9 %	0 %	1 %	3 %	68 %	100 %

## 1.5 MALADIES À PRÉVENTION VACCINALE

### RÉALISATION 1.5 EXTENSION DE LA COUVERTURE VACCINALE POUR LES POPULATIONS ET COMMUNAUTÉS DIFFICILES À ATTEINDRE

#### Mise au point et test d'un vaccin contre le virus Ebola

En juillet 2015 – à peine un an et demi après le début de l'épidémie dévastatrice d'Ebola en Afrique de l'Ouest – les résultats préliminaires concernant la possibilité de maîtriser la propagation de la maladie au moyen d'un vaccin étaient publiés. Au début de l'épidémie, aucun vaccin anti-Ebola n'avait jamais été testé chez l'homme. La rapidité avec laquelle l'efficacité a été démontrée – étape critique dans la mise au point de tout vaccin, qui ouvre les perspectives de son utilisation universelle – a été sans précédent.

Tout d'abord, l'OMS avait un rôle fédérateur à jouer en coordonnant l'élaboration d'un programme de recherche-développement sur les vaccins anti-Ebola à la fois complet et associant des chercheurs, des spécialistes de l'éthique, des organes de réglementation, des organismes partenaires de santé publique et de mise au point de vaccins, l'industrie et des organismes de financement du monde entier. Le Directeur général de l'OMS a déclaré l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest urgence de santé publique de portée internationale le 8 août 2014. L'étendue de la flambée et la difficulté de son endiguement rendait évidente l'urgente nécessité d'un vaccin. À la mi-août, grâce à des discussions avec les chercheurs en Afrique, en Europe et en Amérique du Nord, l'OMS avait obtenu la création d'un groupe chargé de tester les deux vaccins candidats lors d'essais de phase I (c'est-à-dire des études visant à évaluer l'innocuité d'un vaccin chez l'homme et la capacité d'un vaccin d'induire une réponse immunitaire). L'OMS a également contacté des donateurs potentiels pour vérifier que des ressources étaient disponibles pour financer ces études. Les groupes de recherche ont publié les premiers résultats de ces essais de phase I en novembre 2014.

Au début et à la fin de septembre 2014, l'OMS a convoqué deux consultations qui seraient les premières d'une série destinée à évaluer les efforts en cours pour financer, évaluer, produire et utiliser les vaccins contre le virus Ebola. Les réunions de septembre 2014 ont conclu que les essais de phase I devraient être accélérés et leurs

résultats largement diffusés pour faciliter une progression rapide vers la phase II (études qui apportent des preuves supplémentaires qu'un vaccin peut induire une immunité à une infection). De plus, ces réunions ont également conclu que trois essais de phase IIb (études visant à montrer qu'un vaccin protège les personnes vaccinées contre la maladie) devraient être conduits parallèlement dans les pays touchés par la maladie à virus Ebola, y compris parmi les personnels de première ligne ou les membres des communautés dans lesquelles des cas d'Ebola s'étaient produits.

D'autres réunions de haut niveau sur l'accès aux vaccins anti-Ebola et leur financement ont été organisées en octobre 2014, janvier 2015 et mai 2015. Ces initiatives ont abouti à l'élaboration d'une stratégie mondiale et d'un plan de préparation visant à assurer que la recherche-développement ciblée peut renforcer la riposte d'urgence en amenant les technologies médicales aux patients pendant les épidémies. Ce canevas de recherche-développement sera présenté aux États Membres à l'Assemblée de la Santé en mai 2016.

Deuxièmement, l'OMS a joué un rôle de leadership en constituant un groupement chargé de concevoir un essai sur l'efficacité du vaccin (phase III) et de le réaliser en Guinée. À la réunion sur le vaccin anti-Ebola d'octobre 2014, il est apparu que malgré l'intérêt des autorités nationales, aucune institution de recherche internationale n'était intéressée par des essais du vaccin en Guinée. L'OMS a immédiatement rassemblé une équipe de chercheurs, qui ont élaboré une conception innovante permettant de tester l'efficacité du vaccin en s'inspirant de l'expérience de l'initiative pour l'éradication de la variole dans les années 1960 à 1970. Cet essai reposait sur la vaccination de grappes de personnes (« anneaux ») qui avaient potentiellement été en contact avec de nouveaux malades d'Ebola. Bien que logistiquement onéreuse à exécuter car elle exige le déploiement rapide d'équipes de vaccination chaque fois qu'un nouveau cas est signalé, cette méthode se révélerait très efficace car elle permettait d'évaluer l'efficacité du vaccin même dans un contexte de transmission du virus fortement diminuée.

Sur la base des critères établis lors d'une précédente consultation sur le vaccin contre le virus Ebola, le vaccin expérimental rVSV-ZEBOV (mis au point à l'origine par l'Agence de la santé publique du Canada et actuellement par le fabricant de vaccin Merck) a été retenu pour l'essai en Guinée. Après l'obtention des approbations nécessaires des comités d'éthique et la préparation du personnel et de la logistique pour la mise en œuvre sur le terrain, plus de 8000 personnes ont été vaccinées dans plus de 100 anneaux entre mars et octobre 2015. Les résultats préliminaires publiés en juillet 2015 ont montré que le vaccin rVSV-ZEBOV était efficace à 100 % et que son utilisation dans le cadre d'une stratégie de vaccination en anneau était très certainement efficace au niveau de la population. À la date de février 2016, ces résultats sont les seuls dont on dispose sur l'efficacité d'un vaccin expérimental contre Ebola et sont déterminants pour conduire à l'homologation du vaccin rVSV-ZEBOV. Dans l'ensemble, l'essai de vaccin anti-Ebola guinéen en anneau démontre la capacité de l'OMS, en collaboration avec des experts, à concevoir des approches innovantes de la recherche et des interventions en santé et de les mettre en œuvre efficacement même pendant des situations d'urgence dans les conditions les plus difficiles.

Le groupement chargé de l'essai conduit par l'OMS et composé du Ministère de la santé guinéen, de Médecins sans frontières, d'EPICENTRE et de l'Institut norvégien de la santé publique. L'essai est financé par l'OMS avec le soutien des organismes suivants : Wellcome Trust, Department for International Development du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Ministère norvégien des affaires étrangères à l'Institut norvégien de santé publique par l'intermédiaire du Conseil de la recherche de Norvège, Gouvernement canadien (par l'intermédiaire de l'Agence de la santé publique du Canada, des Instituts de recherche en santé du Canada, du Centre international de recherche sur le développement et du Département des affaires étrangères, du commerce et du développement) et Médecins sans frontières.

Parallèlement à la mise au point clinique d'un vaccin anti-Ebola, l'OMS a également joué un rôle critique dans l'élaboration de recommandations et le développement des capacités en vue du déploiement potentiel d'un vaccin. Sous la direction de l'OMS, l'Équipe mondiale de mise en œuvre du vaccin anti-Ebola (GEVIT) a été créée en février 2015 pour aider les pays touchés à planifier l'introduction du vaccin à grande échelle conformément aux recommandations de l'OMS. L'Équipe rassemble actuellement les pays de l'Afrique de l'Ouest les plus touchés par l'épidémie d'Ebola 2014-2015 et des partenaires clés – la Fondation Bill & Melinda Gates, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique, l'Alliance GAVI, l'UNICEF, l'AID des États-Unis d'Amérique et l'OMS. Supervisée par un groupe d'orientation, l'Équipe est organisée en trois groupes de travail : i) mise en œuvre dans les pays ; ii) suivi, surveillance et évaluation de l'impact ; et iii) approvisionnement, distribution et achat du vaccin.

L'Équipe mondiale de mise en œuvre du vaccin anti-Ebola a élaboré des recommandations à l'intention des pays pour les activités de vaccination pendant l'épidémie d'Ebola 2014-2015 et en cas de futures flambées d'autres maladies infectieuses pouvant donner lieu à des épidémies, ainsi que des indications pour les activités de suivi au cours du déploiement du vaccin. Mais, tout aussi important, le processus et la mise en place de l'Équipe a également conduit à l'élaboration de modèles pour les capacités d'approvisionnement et la programmation de la mise à disposition sur la base de différents scénarios possibles, à la création d'un groupe international de coordination pour un stock mondial d'urgence de vaccin anti-Ebola, et à la définition des modalités d'achat du vaccin. En raison de l'interruption de la transmission du virus Ebola, l'Équipe s'est désormais réorientée sur la mise au point de plans d'urgence génériques en cas de futures épidémies.

Enfin, l'OMS met également à profit son rôle traditionnel de formulation de recommandations mondiales en matière de vaccination, sur lesquelles reposent les politiques de vaccination, plus spécifiquement à travers le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) de la vaccination. Créé en 1999, ce Groupe est le principal groupe consultatif de l'OMS en matière de vaccins et de vaccination. Il est chargé de conseiller l'OMS sur les politiques et stratégies mondiales d'ensemble, allant des vaccins et de la technologie à la recherche-développement, en passant par la vaccination elle-même et ses liens avec d'autres interventions sanitaires. Le Groupe consultatif stratégique d'experts a été tenu au courant de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest et de la mise au point du vaccin lors de ses réunions d'octobre 2014 et d'avril 2015. En octobre 2015, il a examiné de façon approfondie les aspects suivants : les données disponibles sur l'épidémiologie, les facteurs de risque et les modes de transmission de la maladie à virus Ebola ; l'état de la mise au point du vaccin ; les résultats préliminaires pour les vaccins candidats les plus avancés ; les préparatifs pour le déploiement de vaccin ; et les projections de l'impact de la vaccination selon différents scénarios épidémiologiques. Sur la base de ces données, il a formulé quatre recommandations provisoires en matière de vaccination qui ne sont pas spécifiques à un vaccin particulier contre Ebola en cours de mise au point et qui seront révisées lorsque l'on disposera de données supplémentaires. Le Groupe a également défini 10 domaines supplémentaires pour l'examen des données ou la recherche.

Dans l'ensemble, ces activités de mise au point de vaccins ont été sans précédent en termes de rapidité et ont montré que l'OMS était capable de réunir et d'orienter un grand nombre de partenaires extérieurs ainsi que plusieurs départements internes dans la même direction.

Ce qui précède illustre les activités entreprises dans le secteur de programme des maladies à prévention vaccinale. Il s'agit d'un exemple solide d'une des six fonctions fondamentales de l'OMS, à savoir : « Fournir un leadership concernant les questions essentielles en matière de santé et encourager des partenariats lorsqu'une action commune est nécessaire. »

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>1</sup>

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
1.5.1.	La mise en œuvre et le suivi du Plan d'action mondial pour les vaccins dans le cadre de la Décennie de la vaccination ont été renforcés en insistant sur l'accès aux populations non vaccinées et sous-vaccinées	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.5.2.	Une intensification de la mise en œuvre et du suivi concernant l'élimination de la rougeole et de la rubéole, et les stratégies de lutte contre l'hépatite B ont été facilitées	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.5.3.	Définition de profils de produits cibles pour de nouveaux vaccins et autres technologies en rapport avec la vaccination et entente sur les priorités de la recherche en vue de mettre au point des vaccins importants pour la santé publique et de surmonter les obstacles à la vaccination.	✓	!	✓	s.o.	✓	✓	✓

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/159> (consulté le 7 avril 2016).

**Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)**

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	163 200	9 300	40 800	12 300	39 300	26 100	55 800	346 800
Fonds disponibles au 31 décembre 2015								
Fonds souples	17 231	3 233	3 821	842	3 171	1 960	6 730	36 988
Contributions volontaires à objet désigné	106 062	10 811	19 347	12 372	22 410	20 165	58 814	250 008
<b>Total</b>	<b>123 293</b>	<b>14 044</b>	<b>23 168</b>	<b>13 214</b>	<b>25 581</b>	<b>22 125</b>	<b>65 544</b>	<b>286 996</b>
Fonds disponibles en % du budget	76 %	151 %	57 %	107 %	65 %	85 %	117 %	83 %
Dépenses en personnel	26 443	7 997	5 441	4 688	5 987	7 081	30 362	87 999
Dépenses en activités	81 768	5 798	15 888	7 929	18 353	13 295	25 130	168 161
<b>Dépenses totales</b>	<b>108 211</b>	<b>13 795</b>	<b>21 329</b>	<b>12 617</b>	<b>24 340</b>	<b>20 376</b>	<b>55 492</b>	<b>256 160</b>
Dépenses en % du budget approuvé	66 %	148 %	52 %	103 %	62 %	78 %	99 %	74 %
Dépenses en % des fonds disponibles	88 %	98 %	92 %	95 %	95 %	92 %	85 %	89 %
Dépenses en personnel par grand bureau	30 %	9 %	6 %	5 %	7 %	8 %	35 %	100 %

## Catégorie 2

# MALADIES NON TRANSMISSIBLES



Avec l'adoption des objectifs de développement durable, on assiste à un regain d'efforts pour lutter contre les maladies non transmissibles, qui y figurent en tant que cible distincte (réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles) parmi d'autres cibles liées à la santé. Cet accent accru mis sur les maladies non transmissibles s'inscrit dans une démarche commencée avec la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles adoptée à l'Assemblée générale en 2011.

En 2013, l'Assemblée de la Santé a approuvé le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2030. En 2014, au cours de la deuxième Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles, les gouvernements ont défini comme prioritaires quatre engagements limités dans le temps pour 2015 et 2016 en prévision de la troisième réunion qui doit se tenir en 2018.

Afin de suivre la mise en œuvre de ces quatre engagements par ses 194 États Membres, l'OMS a publié un premier WHO Noncommunicable Diseases Progress Monitor en septembre 2015, qui comporte 18 mesures concrètes destinées à permettre aux gouvernements de tenir les promesses faites en 2014. Malgré le niveau actuel sans précédent de renforcement des mesures nationales contre les maladies non transmissibles, cette publication a montré que si le niveau actuel de renforcement était simplement maintenu, les progrès ne seraient pas suffisants pour remplir les engagements pris par les gouvernements en 2014.

Les considérations ci-dessus illustrent le fait que, s'il existe une volonté politique pour accélérer l'action contre les maladies non transmissibles, dans de trop nombreux pays, les engagements de 2014 ne se traduisent malheureusement pas par des mesures concrètes.

L'OMS a indiqué à son Conseil exécutif en janvier 2016 que la probabilité de décéder entre les âges de 30 et 70 ans d'une des principales maladies non transmissibles a commencé à baisser depuis 2011, de même que l'exposition à certains facteurs de risque, par exemple la prévalence de la consommation de tabac parmi les personnes âgées de 18 ans et plus, la prévalence de l'hypertension artérielle parmi les personnes âgées de 18 ans et plus et la consommation d'alcool par habitant. De même, le nombre de pays dotés d'une unité opérationnelle de lutte contre les maladies non transmissibles au sein de leur ministère de la santé a commencé à augmenter.

Ces progrès ont incité l'OMS à affirmer que la cible mondiale tendant à réduire d'un tiers d'ici à 2030 la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles pouvait être atteinte. Au cours des deux prochaines années, l'action contre les maladies non transmissibles devra tenir compte des conclusions figurant dans le WHO Noncommunicable Disease Monitor 2015, en s'efforçant d'atteindre les pays qui ont pris du retard et d'exploiter les possibilités offertes par les objectifs de développement durable. Ces objectifs chargent les gouvernements de tirer l'action contre les maladies non transmissibles de son isolement et d'en libérer le potentiel afin d'étendre cette action collective mondiale et la collaboration également aux domaines de la santé mentale et de l'abus de substances psychoactives, de la prévention de la violence, des traumatismes et du handicap et de la nutrition.

Pour relever ce défi au niveau des pays, l'OMS met au point un cadre d'accélération pour offrir aux États Membres un moyen systématique d'élaborer leurs propres plans d'action dans ces domaines, sur la base des plans et processus existants, pour pouvoir atteindre les priorités et cibles nationales. Le cadre repose sur des données factuelles concernant les obstacles au progrès et contient des suggestions sur la façon de les surmonter. Ces données révèlent qu'il existe toute une gamme de politiques éprouvées qui, adaptées au contexte national, garantiront des progrès s'il existe un leadership, des capacités, un financement et une coordination multisectorielle et entre partenaires.

Les États Membres ont une fenêtre d'opportunité – de 24 mois ou moins – au cours de laquelle développer leur action avant la Réunion de haut niveau des Nations Unies de 2018. Agir maintenant permettra de réaliser à l'avenir des économies de ressources et de sauver des vies.

## RÉCAPITULATIF FINANCIER D'ENSEMBLE POUR LA CATÉGORIE 2, 2014-2015 (EN MILLIERS DE US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	56 500	21 700	21 800	32 800	23 500	42 100	119 500	317 900
Fonds disponibles au 31 décembre 2015								
Fonds souples	28 991	12 061	14 370	9 427	12 393	16 624	51 265	145 131
Contributions volontaires à objet désigné	21 056	3 787	3 612	12 490	2 827	16 764	53 243	114 600
<b>Total</b>	<b>50 047</b>	<b>15 848</b>	<b>17 982</b>	<b>21 917</b>	<b>15 220</b>	<b>33 388</b>	<b>104 508</b>	<b>259 731</b>
Fonds disponibles en % du budget	89 %	73 %	82 %	67 %	65 %	79 %	87 %	82 %
Dépenses en personnel								
Dépenses en personnel	23 127	7 877	6 755	9 713	6 222	12 182	60 843	126 719
Dépenses en activités	22 263	7 741	10 154	10 570	9 003	20 216	30 931	110 878
<b>Dépenses totales</b>	<b>45 390</b>	<b>15 618</b>	<b>16 909</b>	<b>20 283</b>	<b>15 225</b>	<b>32 398</b>	<b>91 774</b>	<b>237 597</b>
Dépenses en % du budget approuvé								
Dépenses en % du budget approuvé	80 %	72 %	78 %	62 %	65 %	77 %	77 %	75 %
Dépenses en % des fonds disponibles								
Dépenses en % des fonds disponibles	91 %	99 %	94 %	93 %	100 %	97 %	88 %	91 %
Dépenses en personnel par grand bureau								
Dépenses en personnel par grand bureau	18 %	6 %	5 %	8 %	5 %	10 %	48 %	100 %

## 2.1 MALADIES NON TRANSMISSIBLES

### RÉALISATION 2.1 ACCÈS AMÉLIORÉ AUX INTERVENTIONS VISANT À PRÉVENIR ET À PRENDRE EN CHARGE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET LEURS FACTEURS DE RISQUE

#### Empêcher les gens de mourir trop jeunes de maladies non transmissibles

La Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles adoptée en 2000 et qui a fait date continue d'être une source d'inspiration. Au niveau mondial, la probabilité de mourir prématurément d'une des quatre principales maladies non transmissibles a diminué de 15 % entre 2000 et 2012. Les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires standardisés selon l'âge ont diminué de 16 % entre 2000 et 2012 et baissé dans toutes les Régions. Les taux de mortalité par cancer standardisés selon l'âge ont baissé de 6 % pendant la même période. Les progrès en matière de maladies respiratoires chroniques ont été impressionnants avec une diminution de 26 % des taux de mortalité standardisés selon l'âge, selon les estimations, entre 2000 et 2012. La prévalence mondiale du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans et plus est passée de 27 % en 2000 à 21 % en 2013. Des baisses particulièrement importantes ont été enregistrées dans les pays de l'OCDE à revenu élevé.

Ces progrès ont incité les responsables mondiaux à décider en 2011, à une Réunion de haut niveau organisée sous les auspices de l'OMS à l'Assemblée générale des Nations Unies, que l'on pouvait faire beaucoup plus pour atteindre les personnes laissées pour compte dans d'autres pays et réduire la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles. La Déclaration politique sur les maladies non transmissibles adoptée à la Réunion de haut niveau est un engagement ambitieux des dirigeants mondiaux négocié par l'intermédiaire de l'OMS afin de créer un monde très différent de celui que nous connaissons aujourd'hui. Dans ce monde, les maladies non transmissibles ne seront plus cachées, mal comprises et sous-notifiées ; toutes les personnes qui en ont besoin recevront les médicaments et les conseils nécessaires pour éviter les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux ; toutes les personnes, quel que soit leur niveau de revenu, auront accès à des médicaments et à des technologies sûrs, abordables, efficaces et de qualité pour diagnostiquer et traiter le cancer et le diabète ; les jeunes seront protégés des risques et des conséquences du tabagisme ; tous les individus, où qu'ils vivent et quels qu'ils soient, ont accès à des produits alimentaires d'un coût abordable conformes à une alimentation saine et à des normes nutritionnelles et d'étiquetage, comportant notamment des informations sur la teneur en sucres, en sel, en graisses et en acides gras trans.

Depuis l'adoption de la Déclaration en 2011, l'OMS a contribué à rallier les ministères, les organismes des Nations Unies et les organisations de la société civile à ces engagements en faveur d'un monde où personne ne soit laissé pour compte. En 2014 et 2015, l'OMS a mis à profit son expérience en matière de programmation dans le domaine des maladies non transmissibles pour aider de nombreux pays à élaborer leur riposte nationale aux maladies non transmissibles. À Samoa, l'OMS a apporté son soutien au Ministère de la santé, au service de santé national et à des associations de femmes pour mettre en œuvre l'ensemble d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles dans les villages du pays. Cet ensemble s'articule autour de trois grands axes : le dépistage précoce des maladies non transmissibles, la prise en charge des maladies non transmissibles et une sensibilisation accrue de la communauté, et s'appuie sur les structures communautaires existantes. En Mongolie, l'OMS et la Millenium Challenge Corporation des États-Unis d'Amérique ont aidé la Division de la nutrition du Centre national de santé publique à mettre en place un projet destiné à réduire l'utilisation du sel dans l'industrie alimentaire. Grâce à l'opération baptisée *Salt Pinch* (pincée de sel), les habitants ont réduit leur consommation quotidienne de sel d'environ 2 g. En Argentine, l'OMS a aidé le ministère de la santé à négocier un partenariat public-privé du même type avec la Fédération argentine des industries des produits de boulangerie. À la Barbade, l'OMS a soutenu l'élaboration d'un plan sur la prévention de l'obésité de l'enfant et instauré une taxe de 10 % sur les boissons sucrées. Au Sénégal, l'OMS a aidé les ministères de la santé et des télécommunications à mettre en place un service gratuit de messagerie sur téléphone mobile, qui aide les diabétiques à éviter les complications déclenchées par le jeûne et des repas copieux pendant le Ramadan. L'OMS a soutenu des initiatives analogues utilisant la technologie mobile, en particulier des messages textes et des applications pour le sevrage tabagique et la lutte contre le cancer du col de l'utérus au Costa Rica et en Zambie. Des cadres et des stratégies nationaux ont été mis au point par les Bureaux régionaux de l'OMS de l'Europe et de la Méditerranée orientale.

Au Bénin, en Jordanie et en République démocratique du Congo, l'OMS a soutenu la mise en œuvre des mesures MPOWER<sup>1</sup> conformément aux dispositions de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, ce qui a conduit à la création de dispositifs nationaux de coordination. En Gambie, l'OMS a apporté un appui au Ministère des finances pour réformer la politique fiscale, ce qui a conduit à des augmentations importantes des impôts indirects sur les produits du tabac en 2015. En Chine, l'OMS a aidé à réformer la politique fiscale sur les cigarettes, ce qui a entraîné une augmentation de prix des marques les moins chères, pouvant aller jusqu'à 20 %. Cette réforme a également été importante car elle a établi un précédent selon lequel les augmentations de taxes sur les cigarettes devraient être répercutées sur le prix au détail, pour faciliter l'impact voulu sur la santé publique en réduisant la consommation de tabac. Au Kenya, l'OMS a apporté un soutien au Gouvernement pour réformer la structure des taxes sur le tabac et élever celles-ci, avec pour résultat une diminution de la consommation de 16 % et une augmentation des recettes fiscales de 29 %.

Inspirés par ces succès, et s'appuyant sur les quatre engagements percutants assortis d'une date butoir, auxquels les ministres de la santé et des affaires étrangères ont souscrit à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2014 pour accélérer les mesures nationales contre les maladies non transmissibles, les dirigeants mondiaux ont affirmé en 2015 qu'une cible mondiale des objectifs de développement durable tendant à réduire d'un tiers d'ici à 2030 la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles pouvait être atteinte. Leur décision de ne laisser personne sur le bord de la route dans leur action aura des répercussions profondes sur la vie de millions de personnes dans le monde, pendant des générations. Le monde d'après-2030 sera très différent de celui que nous connaissons aujourd'hui – et l'OMS aura contribué à son avènement.

En Inde, l'OMS a aidé le Gouvernement à devenir le premier au monde à élaborer des cibles nationales spécifiques pour les maladies non transmissibles, à atteindre en 2025, et à élaborer un plan d'action multisectoriel national pour atteindre ces cibles, y associant des partenaires de l'ensemble du Gouvernement, des organisations non gouvernementales, la société civile et le secteur privé. Au Népal, l'OMS a aidé le Gouvernement à continuer à prendre en charge les patients diabétiques et cardiaques dans les établissements touchés par le tremblement de terre. Au Bhoutan, l'OMS a apporté un soutien au Ministère de la santé pour lutter contre l'hypertension, les maladies cardiaques et le diabète chez les femmes des villages de montagne. En Jordanie, l'OMS a soutenu le Ministère de la santé et les organisations non gouvernementales pour permettre au système de santé de répondre aux besoins de santé des réfugiés enregistrés présentant des maladies non transmissibles en provenance de République arabe syrienne et hébergés en Jordanie. Au Mexique, l'OMS a aidé le Gouvernement à élaborer un programme pour traiter toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Nous n'avons jamais eu davantage de possibilités de mobiliser un dynamisme pour accélérer la riposte contre les maladies non transmissibles au cours des deux prochaines années : une cible ambitieuse concernant les maladies non transmissibles adoptée par les dirigeants mondiaux et placée au centre du nouveau programme de développement durable, quatre engagements assortis d'une date butoir pris par les ministres en 2014, les bases politiques d'une action décisive convenues par les dirigeants mondiaux en 2011, l'apparition d'institutions politiques et d'un leadership régional et national concernant les maladies non transmissibles depuis lors, et la décision de tenir la troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles en 2018 pour examiner les progrès accomplis et décider d'un nouvel ensemble de cibles prioritaires pour la prochaine étape sur la voie de 2030.

Le compte à rebours pour 2018 a commencé. Un monde libéré de la charge évitable des maladies non transmissibles – dans lequel personne n'est oublié – est possible.

Les activités décrites ci-dessus illustrent ce qui a été fait au titre du secteur de programme des maladies non transmissibles. L'appui que l'OMS fournit à un grand nombre de pays pour aider à mettre œuvre des interventions bien documentées et fondées sur des données factuelles apporte une contribution substantielle à la réalisation des indicateurs concernant les maladies non transmissibles liés à la réduction de l'usage nocif de l'alcool, de la consommation de tabac, de l'hypertension, de la consommation de sel, du diabète et de l'obésité.

---

<sup>1</sup> *Monitor* surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention, *Protect* protéger la population contre la fumée du tabac, *Offer* offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac, *Warn* mettre en garde contre les dangers du tabagisme, *Enforce* faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, *Raise* augmenter les taxes sur les produits du tabac.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>1</sup>

(✓) Pleinement réalisés (!) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) Sans objet								
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
2.1.1	Élaboration facilitée de politiques et plans nationaux multisectoriels pour la mise en œuvre des interventions de lutte contre les maladies non transmissibles	✓	!	✓	✓	!	✓	✓
2.1.2	Une priorité élevée est donnée à la lutte contre les maladies non transmissibles dans les processus nationaux de planification sanitaire et dans les programmes de développement	✓	!	✓	✓	!	✓	✓
2.1.3	Un cadre de suivi est mis en place pour faire rapport sur les progrès accomplis au regard des engagements de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020)	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	48 000	13 200	15 900	16 400	16 300	28 200	54 100	192 100
Fonds disponibles au 31 décembre 2015								
Fonds souples	24 052	6 103	9 753	4 917	7 616	11 094	27 420	90 955
Contributions volontaires à objet désigné	5 830	1 407	2 529	6 861	1 071	8 636	16 852	43 186
<b>Total</b>	<b>29 882</b>	<b>7 510</b>	<b>12 282</b>	<b>11 778</b>	<b>8 687</b>	<b>19 730</b>	<b>44 272</b>	<b>134 141</b>
Fonds disponibles en % du budget	62 %	57 %	77 %	72 %	53 %	70 %	82 %	70 %
Dépenses en personnel	18 646	4 244	4 496	5 339	3 797	7 397	25 506	69 425
Dépenses en activités	9 889	3 226	6 969	5 095	4 816	11 678	13 663	55 336
<b>Dépenses totales</b>	<b>28 535</b>	<b>7 470</b>	<b>11 465</b>	<b>10 434</b>	<b>8 613</b>	<b>19 075</b>	<b>39 169</b>	<b>124 761</b>
Dépenses en % du budget approuvé	59 %	57 %	72 %	64 %	53 %	68 %	72 %	65 %
Dépenses en % des fonds disponibles	95 %	99 %	93 %	89 %	99 %	97 %	88 %	93 %
Dépenses en personnel par grand bureau	27 %	6 %	6 %	8 %	5 %	11 %	37 %	100 %

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/160> (consulté le 7 avril 2016).

## 2.2 SANTÉ MENTALE ET ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

### RÉALISATION 2.2 ACCÈS AMÉLIORÉ AUX SERVICES PORTANT SUR LES TROUBLES MENTAUX ET SUR LES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

#### Des lignes directrices à la réalité dans les pays

Au niveau mondial, 14 % de la charge globale de morbidité peut être attribuée aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'abus de substances psychoactives. Si une personne sur 10 souffre d'un trouble de santé mentale, 1 % seulement des personnels de santé mondiaux sont employés dans le domaine de la santé mentale. Afin de fournir des orientations et des outils normatifs et de faciliter le développement des soins pour les troubles mentaux, neurologiques et liés dans l'abus de substances dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'OMS a mis en place le programme d'action : Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP).

Le programme d'action consiste en interventions visant à prévenir et prendre en charge les affections mentales, neurologiques et liées à l'abus de substances psychoactives définies comme prioritaires, sur la base de la charge de morbidité et des coûts économiques élevés qu'elles représentent ou en raison de leur association à des violations des droits de l'homme. Ces problèmes prioritaires sont la dépression, les psychoses, le suicide, l'épilepsie, la démence, les troubles liés à l'usage de l'alcool, les troubles liés à l'usage de drogues illicites et les troubles mentaux chez les enfants.

Les lignes directrices à bases factuelles mhGAP, mises au point en suivant la méthodologie OMS d'élaboration des directives, constituent le noyau technique du guide d'intervention (mhGAP-IG). Le programme a été élaboré avec la participation d'institutions et de tableaux d'experts internationaux possédant une expertise pluridisciplinaire et provenant de toutes les Régions de l'OMS. Les lignes directrices ont été élaborées en 2009 et ont été régulièrement actualisées (dernière révision en 2015). Le public cible est composé de dispensateurs de soins de santé non spécialisés travaillant au premier et au second niveaux des soins de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il peut s'agir principalement de médecins, d'infirmières et d'autres membres des personnels de santé.

À l'heure actuelle, le programme mhGAP est utilisé dans 90 pays de l'ensemble des Régions de l'OMS et les matériels connexes ont été traduits dans 19 langues, y compris dans les six langues officielles de l'Organisation des Nations Unies.

La mise au point et l'application du programme mhGAP est un exemple de meilleure pratique dans la répartition des tâches entre les trois niveaux de l'Organisation. Si le Siège de l'OMS a fourni des orientations et des outils normatifs, les bureaux régionaux et de pays ont, quant à eux dirigés leur adaptation régionale et leur mise en œuvre à grande échelle.

Voici quelques exemples de l'utilisation actuelle du programme d'action :

- Développement des services de santé mentale et réduction des écarts en matière de traitement – en Éthiopie, le programme constitue un élément essentiel de la stratégie nationale de santé mentale 2012-2016 et est utilisé pour fournir des services communautaires complets et intégrés, par exemple dans le district de Sodo, zone de Gurage. Grâce à la formation de 119 infirmières et 92 agents de santé à l'utilisation du guide d'intervention, la couverture des services pour les personnes souffrant de troubles psychotiques atteint désormais 80 % dans ces régions. Un programme visant à réduire les écarts en matière de traitement de l'épilepsie est actuellement mis en œuvre au profit de milliers de bénéficiaires au Ghana, au Mozambique, au Myanmar et au Viet Nam. Au Ghana, le projet couvre environ 1,2 million de personnes dans 10 districts. Les écarts de traitement de l'épilepsie ont été réduits de 30 % au cours des quatre dernières années. Au Myanmar, avec une couverture du projet de 1,4 million de personnes dans huit townships, les écarts de traitement de l'épilepsie ont été réduits en moyenne de 38 % au cours des trois dernières années.
- Utilisation du programme mhGAP pour l'élaboration des programmes d'études des professionnels de la santé – le programme a été utilisé pour actualiser la formation universitaire des médecins au Mexique, à l'initiative de l'Université de Madrid ; pour créer un diplôme supérieur en soins de santé mentale primaires en Libye (en collaboration avec le Centre national de lutte contre les maladies de Tripoli et le Bureau de l'OMS en Libye) ; et pour actualiser les programmes d'études universitaires en Somalie (Université Amoud et Hargeisa en collaboration avec le King's College de Londres).

- Collaboration et partenariats de mise en œuvre – ce ne sont pas seulement les ministères de la santé qui utilisent le programme d’action pour développer les soins de santé mentale ; toute une gamme d’autres parties prenantes, y compris les centres collaborateurs de l’OMS, des organismes des Nations Unies, des associations professionnelles et des organisations non gouvernementales et fondations nationales et internationales utilisent les orientations et outils mhGAP. L’Union européenne a financé la mise en œuvre du programme sur plusieurs sites, notamment en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza, au Nigéria et en Éthiopie. Grands Défis Canada a financé 13 projets en utilisant les matériels mhGAP dans 11 pays de quatre Régions OMS. Le programme pour l’amélioration des soins de santé mentale (PRIME), soutenu par le Department for International Development du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d’Irlande du Nord vise à améliorer la couverture du traitement des troubles mentaux prioritaires en appliquant et en évaluant les directives mhGAP dans cinq pays (Afrique du Sud, Éthiopie, Inde, Népal et Ouganda).
- Utilisation du programme mhGAP dans les situations d’urgence. Dans les situations d’urgence, les besoins en services de la population peuvent dépasser les capacités et ressources existantes. Pendant et après l’urgence de santé publique provoquée par l’épidémie de maladie à virus Ebola, le programme a été utilisé pour développer les services en faveur des survivants d’Ebola et des soignants par les bureaux de l’OMS en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. Aux Philippines, le programme a été utilisé pour intégrer les soins de santé mentale dans tous les services de santé dans une région comptant quatre millions d’habitants sévèrement touchés par le typhon Haiyan. En République arabe syrienne, suite au renforcement des capacités de plus de 500 professionnels de santé, le programme est maintenant utilisé pour fournir des services au niveau des soins de santé primaires dans plus de 10 gouvernorats syriens, y compris dans les régions les plus touchées par le conflit en cours. En 2015, 18 % des centres de soins de santé primaires et secondaires en activité en République arabe syrienne proposaient des soins de santé mentale pour la première fois grâce au programme mhGAP.

La description de la mise en œuvre des lignes directrices mhGAP fait apparaître clairement les étapes d’un programme, de l’élaboration de normes à l’action dans les pays. Elle précise également la contribution particulière de chacun des trois échelons de l’Organisation. Les résultats de la mise en œuvre du programme d’action contribuent aux indicateurs de réalisation avec une prestation de services accrue pour les personnes souffrant de troubles mentaux sévères et la réduction du nombre de suicides.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d’ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l’appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>1</sup>

(✓) Pleinement réalisés (!) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) Sans objet								
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
2.2.1	La capacité des pays a été renforcée pour l’élaboration et la mise en œuvre de politiques et de plans nationaux conformes au Plan d’action mondial pour la santé mentale 2013-2020	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
2.2.2	Les services de promotion, de prévention, de traitement et de rétablissement en santé mentale sont améliorés au moyen de la sensibilisation, de conseils améliorés et d’outils favorisant leur intégration	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.2.3	Des moyens sont disponibles pour l’extension et le renforcement des stratégies de pays, systèmes et interventions relatifs aux troubles liés à l’alcool et à la consommation de substances	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓

<sup>1</sup> Disponible à l’adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/161> (consulté le 7 avril 2016).

## Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	2 300	2 600	1 400	7 200	2 800	4 300	18 600	39 200
Fonds disponibles au 31 décembre 2015								
Fonds souples	1 765	1 741	1 190	2 606	1 998	2 131	7 775	19 206
Contributions volontaires à objet désigné	624	16	305	1 660	0	1 117	11 124	14 846
<b>Total</b>	<b>2 389</b>	<b>1 757</b>	<b>1 495</b>	<b>4 266</b>	<b>1 998</b>	<b>3 248</b>	<b>18 899</b>	<b>34 052</b>
Fonds disponibles en % du budget	104%	68%	107%	59%	71%	76%	102%	87%
Dépenses en personnel	661	1 028	557	2 172	869	1 228	11 246	17 761
Dépenses en activités	1 006	736	915	1 980	1 116	1 868	5 444	13 065
<b>Dépenses totales</b>	<b>1 667</b>	<b>1 764</b>	<b>1 472</b>	<b>4 152</b>	<b>1 985</b>	<b>3 096</b>	<b>16 690</b>	<b>30 826</b>
Dépenses en % du budget approuvé	72%	68%	105%	58%	71%	72%	90%	79%
Dépenses en % des fonds disponibles	70%	100%	98%	97%	99%	95%	88%	91%
Dépenses en personnel par grand bureau	4%	6%	3%	12%	5%	7%	63%	100%

## 2.3 VIOLENCE ET TRAUMATISMES

### RÉALISATION 2.3. RÉDUCTION DES FACTEURS DE RISQUE DE VIOLENCE ET DE TRAUMATISMES, L'ACCENT ÉTANT MIS SUR LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE, LES TRAUMATISMES CHEZ L'ENFANT ET LA VIOLENCE À L'ENCONTRE DES ENFANTS, DES FEMMES ET DES JEUNES

#### Les objectifs de développement durable encouragent une intervention d'urgence en matière de sécurité routière

Les accidents de la circulation, qui entraînent 1,25 million de décès chaque année et de 20 à 50 millions de traumatismes non mortels, et qui coûtent aux gouvernements entre 3 % et 5 % de leur produit intérieur brut, se voient enfin assigner le rang de priorité plus élevé qu'ils méritent. L'année 2015 a été une année particulièrement importante pour la sécurité routière, à la fois en raison du nombre d'activités à forte visibilité organisées et parce qu'elle représente l'aboutissement d'efforts concertés de plus d'une décennie pour sauver des vies sur les routes du monde. Depuis la publication du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation* par l'OMS et la Banque mondiale en 2004, les perceptions ont changé, les accidents de la circulation étant désormais considérés à juste titre comme une préoccupation majeure pour la santé et le développement.

Cette prise de conscience a été suivie d'effets et a donné lieu à un certain optimisme. Après plus d'un siècle de hausse de la mortalité, le *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2015* fait apparaître un plateau dans le nombre de décès dus aux accidents de la route dans le monde par rapport aux trois années précédentes. La Région africaine continue à enregistrer le taux le plus élevé de décès dus à la circulation routière, alors que les taux les plus faibles sont observés dans la Région européenne. Malgré des progrès, le rapport souligne la nécessité de traiter la question selon une approche globale basée sur des « systèmes sûrs », en se concentrant non seulement sur le comportement des usagers mais également sur d'autres composantes du système, à savoir des infrastructures et des véhicules sûrs. Étant donné que près de la moitié des décès surviennent hors d'un véhicule, touchant par exemple les piétons, les cyclistes et les motocyclistes, il conviendrait de s'employer surtout à repenser en particulier l'aménagement urbain afin de mieux protéger ces usagers de la route vulnérables.

En septembre 2015, une autre étape a été franchie. S'appuyant sur les efforts de l'OMS et de nombreux partenaires, des cibles en rapport avec la sécurité routière ont été incluses dans deux des objectifs de développement durable – l'objectif 3 sur la santé et l'objectif 11 sur des villes et des communautés durables. La cible 3.6 – diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route – est très ambitieuse et est l'une des quelques cibles seulement à être assorties de la date butoir de 2020. Cela signifie qu'en cinq ans, environ 600 000 décès devront être évités dans le monde. Cela exigera des efforts concertés et substantiellement accrus de la part des organismes multisectoriels, des gouvernements, des organismes internationaux, de la société civile et du secteur privé. Dans ce contexte, l'OMS travaille avec ses partenaires internationaux à mettre au point un ensemble d'interventions essentielles qui aideront les États Membres à mettre en place des stratégies à la fois efficaces et rentables pour s'attaquer plus rapidement au problème.

La Deuxième Conférence de haut niveau sur la sécurité routière accueillie par le Gouvernement brésilien et coparrainée par l'OMS en novembre 2015 a été l'occasion d'associer des responsables de l'élaboration des politiques au plus haut niveau pour définir des moyens d'atteindre la cible ambitieuse fixée dans les objectifs de développement durable. La Déclaration de Brasilia, qui appelle tous les pays à développer leurs activités de sécurité routière, a été adoptée. Une résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies ainsi qu'une résolution de l'Assemblée de la Santé devraient entériner en 2016 les recommandations contenues dans cette déclaration.

Alors que ces processus politiques aident à mobiliser l'action, le véritable test de leur efficacité réside dans leur aptitude à susciter un changement dans les pays. Cela se manifeste par l'adoption et l'application d'une législation concernant la vitesse, la conduite en état d'ébriété et le port du casque pour les motocyclistes, des ceintures de sécurité et des dispositifs de retenue pour enfant ; les améliorations de la sécurité des routes et des véhicules, et les améliorations dans les soins traumatologiques. Au cours du présent exercice et du précédent, l'OMS, en collaboration avec ses partenaires, a été en mesure d'aider à réaliser et mettre en évidence des progrès substantiels dans les pays. Il s'agit notamment de la réduction de la vitesse et de l'augmentation du port de la ceinture de sécurité en Fédération de Russie et en Turquie ; et de la réduction de la conduite en état d'ébriété et de l'augmentation du port du casque pour les motocyclistes au Cambodge et au Viet Nam, notamment.

Sous l'égide de la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020, déclarée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2010, l'OMS se concentrera sur la fourniture d'un appui technique aux États Membres afin d'appliquer et de suivre les bonnes pratiques en matière de sécurité routière, tout en continuant à agir en tant que coordonnateur de la sécurité routière au sein du système des Nations Unies aux côtés des commissions régionales des Nations Unies.

L'exposé ci-dessus illustre les activités entreprises au titre de ce secteur de programme sur la violence et les traumatismes. Toutes les activités mises en œuvre au fil des ans par l'OMS et ses partenaires pour alerter l'opinion au problème de la sécurité routière peuvent désormais être considérées, comme en témoigne le *Rapport de situation de l'OMS sur la sécurité routière dans le monde 2015*, comme contribuant à la baisse de la mortalité due aux accidents de circulation.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/162> (consulté le 7 avril 2016).

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale	Siège
2.3.1	Élaboration et mise en œuvre de plans et de programmes multisectoriels de prévention des traumatismes, l'accent étant mis sur la réalisation des cibles de la Décennie d'action pour la sécurité routière (2011-2020)	!	!	✓	✓	✓	✓	!
2.3.2	Les pays et les partenaires ont la capacité d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes et des plans de prévention des traumatismes chez l'enfant	✓	s.o.	✓	✓	✓	✓	!
2.3.3	Élaboration et mise en œuvre facilitées des politiques et des programmes de lutte contre les violences à l'encontre des femmes, des jeunes et des enfants	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	1 400	2 200	900	6 700	1 000	4 200	14 700	31 100
Fonds disponibles au 31 décembre 2015								
Fonds souples	789	1 383	1 732	1 093	820	1 350	4 920	12 087
Contributions volontaires à objet désigné	1 136	1 686	710	2 316	193	3 191	9 516	18 748
<b>Total</b>	<b>1 925</b>	<b>3 069</b>	<b>2 442</b>	<b>3 409</b>	<b>1 013</b>	<b>4 541</b>	<b>14 436</b>	<b>30 835</b>
Fonds disponibles en % du budget	138 %	140 %	271 %	51 %	101 %	108 %	98 %	99 %
Dépenses en personnel	590	1 532	954	1 340	583	1 179	9 604	15 782
Dépenses en activités	1 010	1 504	1 229	2 073	348	3 216	3 842	13 222
<b>Dépenses totales</b>	<b>1 600</b>	<b>3 036</b>	<b>2 183</b>	<b>3 413</b>	<b>931</b>	<b>4 395</b>	<b>13 446</b>	<b>29 004</b>
Dépenses en % du budget approuvé	114 %	138 %	243 %	51 %	93 %	105 %	91 %	93 %
Dépenses en % des fonds disponibles	83 %	99 %	89 %	100 %	92 %	97 %	93 %	94 %
Dépenses en personnel par grand bureau	4 %	10 %	6 %	8 %	4 %	7 %	61 %	100 %

## 2.4 HANDICAP ET RÉADAPTATION

### RÉALISATION 2.4 AMÉLIORER L'ACCÈS DES PERSONNES HANDICAPÉES AUX SERVICES

#### Établir le leadership de l'OMS dans le domaine des soins auditifs : étude de cas

« Matthew Brady écoutait de la musique dans ses écouteurs en courant sur son tapis roulant tous les jours. Ignorant les répercussions du volume sonore sur ses oreilles, il montait le volume au point que ses parents un étage plus bas pouvaient entendre la musique. Lorsqu'il a commencé à avoir du mal à entendre les personnes qui parlaient autour de lui, il a commencé à s'inquiéter. Le problème était considérablement plus marqué dans des lieux où le bruit de fond était fort, comme dans les restaurants. Pour compenser sa perte d'audition, il a commencé à parler plus fort. Après avoir consulté des professionnels pendant des mois, il s'est vu diagnostiquer une perte d'audition permanente, conséquence des dommages causés aux fines structures de son oreille par le volume élevé de la musique. Aujourd'hui, Matthew a appris à vivre avec cette perte d'audition et a appris à lire sur les lèvres. Il a changé ses habitudes pour éviter d'aggraver les dommages causés à son oreille et milite pour la prévention de la perte d'audition par la sensibilisation et des pratiques d'écoute plus sûres. ».

Matthew a raconté son histoire lors d'une consultation de l'OMS en octobre 2015. Elle met en lumière le risque que courent plus d'un milliard d'adolescents et de jeunes adultes en raison de leur exposition régulière ou prolongée à des volumes élevés dans des lieux de loisirs ou en raison d'une mauvaise utilisation de leurs systèmes audio personnels (chaines et écouteurs/casques).

Au niveau mondial, 360 millions de personnes (soit près de 5 % de la population mondiale) vivent avec une perte d'audition incapacitante, dont 32 millions d'enfants. La perte d'audition peut être due à diverses causes, dont beaucoup sont évitables. Il s'agit des infections à prévention vaccinale, des complications à la naissance, de l'utilisation de médicaments ototoxiques et de l'exposition au bruit, tant dans des cadres professionnels que récréatifs. En 2014-2015, l'OMS a notamment appelé l'attention sur les dangers posés par l'exposition au bruit dans un cadre récréatif chez les jeunes.

Afin d'anticiper efficacement et de parer à la menace croissante de la perte d'audition due au bruit, l'OMS a lancé en mars 2015 l'initiative Écouter sans risque, dont elle a fait avec ses partenaires dans le monde, le thème de la Journée mondiale de l'audition. Dans le cadre d'un séminaire, ainsi que dans des matériels de sensibilisation innovants, et par son action auprès des médias, l'OMS a mis en lumière l'épidémie qui menace et fait passer le message Écouter sans risque à tous les partenaires, y compris les utilisateurs, fabricants et professionnels d'appareils audio. Les organisations partenaires et la presse du monde entier ont repris ce thème et s'en sont fait l'écho dans les réseaux sociaux, des communiqués de presse, des émissions de radio et de télévision et lors d'activités de sensibilisation.

Conformément à sa fonction essentielle de direction et de collaboration à des partenariats, l'OMS a invité toutes les parties prenantes à convenir d'une approche pour la promotion d'une écoute sans risque. Les professionnels du secteur de la santé auditive, des ingénieurs du son, des représentants des organisations professionnelles, des fabricants de systèmes audio individuels et des représentants de la société civile se sont réunis à Genève en octobre 2015 pour mettre au point une stratégie cohérente et multiforme sur la question.

Pour donner suite à cette initiative, l'OMS s'emploie :

- à fixer des normes pour des dispositifs d'écoute sans risque : l'OMS a collaboré avec l'Union internationale des télécommunications afin de définir de nouvelles normes mondiales pour les systèmes audio personnels conformément aux recommandations pour une écoute sans risque. Les dispositifs fabriqués conformément à ces normes internationales devraient limiter l'exposition au son des utilisateurs. Elles fourniront également des informations et des messages destinés à promouvoir des pratiques d'écoute sans risque chez les utilisateurs ;
- à développer une application informatique pour l'écoute sans risque (« Safe listening app ») : Ce lecteur média permettra aux utilisateurs d'écouter de la musique tout en surveillant le volume et le temps d'utilisation. Ils pourront également mesurer leur dose quotidienne de son et recevront des avertissements lorsqu'ils dépasseront les niveaux de sécurité ;
- à élaborer un protocole normalisé de dépistage de la perte auditive induite par le bruit récréatif : ce protocole fournira aux chercheurs un outil standardisé de collecte des données sur la perte d'audition due à l'exposition à des volumes élevés dans des cadres récréatifs et servira d'outil pour le suivi des tendances futures ;
- à élaborer des messages concernant l'écoute sans risque communiqués au moyen d'une interface dispositif-utilisateur et qui préconiseront des changements dans les habitudes d'écoute.

Dans l'ensemble, les activités de l'OMS dans le domaine de la prévention de la surdité et de la perte d'audition ont pour but de minimiser les pertes d'audition dues à des causes évitables et à faire en sorte que les personnes présentant des pertes d'audition inévitables puissent atteindre leur plein potentiel grâce à la réadaptation, à l'éducation et à l'autonomisation. Cette action est axée sur la sensibilisation à la perte d'audition et aux maladies de l'oreille, sur la mise au point d'outils techniques à bases factuelles et sur la fourniture d'un soutien technique aux États Membres.

La description ci-dessus illustre les activités mises en œuvre au titre du secteur de programme Handicap et réadaptation. L'accent mis sur les soins auditifs en 2014-2015 est le début d'un processus dans le cadre duquel plusieurs des fonctions fondamentales de l'OMS entreront en jeu pour l'élaboration de normes et la définition d'options politiques pour fournir un soutien technique aux pays. Dans l'ensemble, au cours de la période couverte par le douzième programme général de travail, cela contribuera à la réalisation d'un accès accru aux services des personnes présentant une déficience auditive.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>1</sup>

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
2.4.1	Mise en œuvre des recommandations du Rapport mondial sur le handicap et de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le handicap et le développement	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓
2.4.2	Les pays sont en mesure de renforcer la fourniture des services visant à réduire les handicaps imputables aux déficiences visuelles et à la perte auditive, grâce à des politiques plus efficaces et à l'intégration des services	✓	!	✓	s.o.	✓	✓	✓

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	900	900	600	500	400	2 300	9 900	15 500
Fonds disponibles au 31 décembre 2015								
Fonds souples	542	514	326	37	604	525	2 872	5 420
Contributions volontaires à objet désigné	909	90	23	832	274	2 995	6 549	11 672
<b>Total</b>	<b>1 451</b>	<b>604</b>	<b>349</b>	<b>869</b>	<b>878</b>	<b>3 520</b>	<b>9 421</b>	<b>17 092</b>
Fonds disponibles en % du budget	161 %	67 %	58 %	174 %	220 %	153 %	95 %	110 %
Dépenses en personnel	566	271	51	227	364	1 372	3 851	6 702
Dépenses en activités	464	283	352	614	427	2 145	2 672	6 957
<b>Dépenses totales</b>	<b>1 030</b>	<b>554</b>	<b>403</b>	<b>841</b>	<b>791</b>	<b>3 517</b>	<b>6 523</b>	<b>13 659</b>
Dépenses en % du budget approuvé	114 %	62 %	67 %	168 %	198 %	153 %	66 %	88 %
Dépenses en % des fonds disponibles	71 %	92 %	115 %	97 %	90 %	100 %	69 %	80 %
Dépenses en personnel par grand bureau	8 %	4 %	1 %	3 %	5 %	20 %	57 %	100 %

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/163> (consulté le 7 avril 2016).

## 2.5 NUTRITION

### RÉALISATION 2.5 RÉDUCTION DES FACTEURS DE RISQUE NUTRITIONNELS

#### Recentrer le débat sur la nutrition – un programme ambitieux

L'Assemblée de la Santé a défini la portée de ses ambitions en matière de nutrition en s'engageant à atteindre, d'ici à 2025, six cibles mondiales, à savoir réduire le retard de croissance et de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, stopper la progression de l'obésité, réduire l'anémie maternelle et l'insuffisance pondérale à la naissance et développer l'allaitement au sein. Nous savons désormais que le monde souffre de plusieurs formes de malnutrition, que pratiquement aucun pays n'est épargné, et que l'impact de celles-ci sur la santé et le développement est considérable. Une mauvaise alimentation et une mauvaise nutrition de la mère et du nourrisson sont des facteurs déterminants dans la charge mondiale de morbidité.

La Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2) convoquée conjointement par la FAO et l'OMS en 2014, a indiqué un dysfonctionnement des systèmes alimentaires et les gouvernements se sont engagés à prendre d'urgence des mesures correctrices pour faire en sorte que la fourniture d'aliments sains tout au long de la vie devienne un des principaux objectifs des politiques et des programmes qui conditionnent la production, la distribution et la consommation des aliments.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 tient compte de ces approches et s'attache à assurer l'accès de tous à des aliments sûrs, nutritifs et en quantité suffisante tout au long de l'année, à mettre fin à toutes les formes de malnutrition et à prendre en compte les besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes et des mères allaitantes ainsi que des personnes âgées. Ces notions sont solidement inscrites dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030, et dans les activités en matière de nutrition du Comité de la sécurité alimentaire mondiale.

L'impact de ce changement d'orientation politique commence à se faire sentir. Dans toutes les Régions et au Siège, les activités de l'OMS en matière de nutrition couvrent désormais entièrement la double charge de la malnutrition. Les Bureaux régionaux des Amériques, de l'Europe et du Pacifique occidental ont récemment actualisé leurs plans régionaux en matière de nutrition et les Bureaux régionaux de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont également entamé ce processus. Les États Membres ont fixé leurs propres cibles et engagements nationaux en matière de nutrition, qui reflètent tout l'éventail des problèmes de malnutrition ainsi que les recommandations de la CIN2.

L'OMS conseille les pays en ce qui concerne les politiques et les programmes susceptibles de les aider à relever les nombreux défis en matière de nutrition et de définir clairement ce qu'est une alimentation saine. L'OMS a publié des lignes directrices sur les apports en sel et en sucres et a élaboré une méthodologie pour évaluer l'impact sur la santé des aliments en fonction de leur teneur en nutriments (profil de nutriments). Un système de profil de nutriments a été mis au point au Bureau régional de l'Europe et d'autres sont actuellement mis au point dans les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, comme base pour la mise au point de mesures visant à limiter le marketing des aliments auprès des enfants.

L'OMS a également élaboré des orientations en vue de la réalisation des six cibles nutritionnelles mondiales et recensé les mesures efficaces que les services de santé devraient prendre. La base de données mondiale de l'OMS sur la mise en œuvre de l'action nutritionnelle contient désormais plus de 1500 documents de politique générale et plus de 2500 programmes pour permettre une analyse de la riposte aux problèmes de la malnutrition dans tous les pays.

Il importe de suivre les différents aspects de la malnutrition ainsi que l'existence et l'impact des politiques afin d'orienter la riposte. L'Assemblée de la Santé a approuvé un cadre mondial de suivi de la nutrition et l'OMS a mis au point des mécanismes d'appui pour la mise en œuvre de celui-ci, y compris un groupe consultatif technique d'experts (conjointement avec l'UNICEF).

Comment ces différentes initiatives se traduisent-elles dans la pratique dans les pays ? Dans la Région africaine, l'OMS a soutenu le renforcement des services de suivi nutritionnel pour plus de 17 % des districts dans 11 pays et formé plus de 1600 agents de santé dans neuf pays aux divers aspects de la surveillance nutritionnelle, couvrant pratiquement 23 millions de femmes en âge de procréer et 12 millions d'enfants de moins de cinq ans. L'OMS a par ailleurs soutenu des activités de surveillance nutritionnelle dans la Région européenne et dans la Région du Pacifique occidental. Dans la première, une initiative à résonance mondiale de surveillance de l'obésité de l'enfant a été mise en place, qui permet de recueillir des données chiffrées représentatives au plan national et comparables au niveau international sur le surpoids et l'obésité chez les écoliers dans 31 États Membres.

Dans tous les grands bureaux, les programmes nutritionnels adoptent des approches fondées sur les différences entre les sexes, l'équité et les droits humains. Les groupes vulnérables, y compris les femmes, les filles et les enfants, ont été particulièrement pris en compte pour assurer l'équité et le respect des droits fondamentaux dans tous les domaines et programmes cibles, conformément à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et à l'article 11 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. On citera l'exemple de la Région du Pacifique occidental, où une supplémentation hebdomadaire en fer et en acide folique en République démocratique populaire lao a été particulièrement conçue pour cibler les plus vulnérables, et en Chine, où un rapport sur la situation nutritionnelle des enfants défavorisés a été rédigé, contenant des recommandations pour améliorer la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans dans la province de Shaanxi.

Faisant progresser l'action d'ensemble en faveur de la nutrition, les objectifs de développement durable offrent des occasions sans précédent pour les pays d'agir au niveau multisectoriel et de lancer une dynamique importante pour promouvoir la nutrition au niveau mondial. Pour que l'OMS puisse pleinement exercer son rôle dans ce programme ambitieux, une action concertée de tous les domaines techniques et l'engagement des trois échelons de l'Organisation seront nécessaires.

Les activités en matière de nutrition en 2014-2015, avec la définition et l'accord sur six cibles mondiales, ont jeté les bases d'un meilleur suivi et d'une meilleure évaluation des progrès réalisés concernant les indicateurs relatifs aux facteurs de risque nutritionnels. La définition de normes et le suivi des tendances sanitaires dans le temps, qui figurent parmi les fonctions fondamentales de l'OMS, restent un fondement solide pour les activités de l'OMS.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>1</sup>

(✓) Pleinement réalisés (!) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) Sans objet								
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
2.5.1	Les pays ont acquis la capacité d'élaborer, de mettre en œuvre et de suivre leurs plans d'action en se fondant sur le plan d'application exhaustif relatif à la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant	✓	!	✓	✓	✓	!	✓
2.5.2	Mise à jour des normes sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, sur les buts en matière d'alimentation de la population et sur l'allaitement maternel, et élaboration d'options de politique générale visant à engager des mesures nutritionnelles efficaces contre les retards de croissance, l'émaciation et l'anémie	✓	!	✓	✓	✓	!	✓

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/164> (consulté le 7 avril 2016).

**Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)**

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	3 900	2 800	3 000	2 000	3 000	3 100	22 200	40 000
Fonds disponibles au 31 décembre 2015								
Fonds souples	1 843	2 320	1 369	774	1 355	1 524	8 278	17 463
Contributions volontaires à objet désigné	12 557	588	45	821	1 289	825	9 202	26 148
<b>Total</b>	<b>14 000</b>	<b>2 908</b>	<b>1 414</b>	<b>1 595</b>	<b>2 644</b>	<b>2 349</b>	<b>17 480</b>	<b>43 611</b>
Fonds disponibles en % du budget								
Fonds disponibles en % du budget	369 %	104 %	47 %	80 %	88 %	76 %	79 %	109 %
Dépenses en personnel								
Dépenses en personnel	2 664	802	697	635	609	1 006	10 636	17 049
Dépenses en activités								
Dépenses en activités	9 894	1 992	689	808	2 296	1 309	5 310	22 298
<b>Dépenses totales</b>	<b>12 558</b>	<b>2 794</b>	<b>1 386</b>	<b>1 443</b>	<b>2 905</b>	<b>2 315</b>	<b>15 946</b>	<b>39 347</b>
Dépenses en % du budget approuvé								
Dépenses en % du budget approuvé	322 %	100 %	46 %	72 %	97 %	75 %	72 %	98 %
Dépenses en % des fonds disponibles								
Dépenses en % des fonds disponibles	87 %	96 %	98 %	90 %	110 %	99 %	91 %	90 %
Dépenses en personnel par grand bureau								
Dépenses en personnel par grand bureau	16 %	5 %	4 %	4 %	5 %	6 %	62 %	100 %

### Catégorie 3

## PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE



La catégorie 3 regroupe les stratégies de promotion de la santé et du bien-être de l'individu depuis le stade de la conception jusqu'à celui de la vieillesse. Transversale par nature, elle vise à répondre aux besoins des populations, l'accent étant mis sur les principaux stades de l'existence. Le fait d'envisager l'existence dans sa totalité permet de tenir compte de l'interaction de déterminants multiples et de leur influence sur la santé.

Les activités menées dans cette catégorie sont directement liées aux objectifs internationaux convenus tels que les objectifs du Millénaire pour le développement 4 (Réduire la mortalité de l'enfant) et 5 (Améliorer la santé maternelle) et contribuent à leur réalisation. Bien que de nombreux progrès aient été obtenus, il reste encore d'énormes obstacles à surmonter, et l'action de l'OMS s'inscrit dans le cadre du nouveau programme mondial de développement.

Un ensemble complet de cibles a été adopté au titre des objectifs de développement durable pour améliorer la santé et le bien-être de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Des cibles ambitieuses ont été fixées pour mettre fin aux décès évitables chez les femmes et les enfants et parvenir à l'accès universel aux services de santé reproductive.

La nouvelle Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent du Secrétaire général des Nations Unies, 2016-2030, propose un cadre multipartite pour la mise en œuvre, le suivi et le contrôle des progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles correspondantes.

Les objectifs de développement durable comprennent plusieurs cibles relatives à la préservation de l'environnement et à la santé humaine. Dans l'optique de la réduction de la pauvreté, la prise en compte du fait que les risques environnementaux, tels que l'utilisation des combustibles solides et une qualité de l'eau et un assainissement insuffisants, touchent de manière disproportionnée les populations défavorisées est particulièrement importante.

## RÉCAPITULATIF FINANCIER D'ENSEMBLE POUR LA CATÉGORIE 3, 2014-2015 (EN MILLIERS DE US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	92 000	32 200	23 500	40 100	23 100	21 600	156 000	388 500
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	29 219	15 489	12 780	12 234	12 668	6 844	32 815	122 049
Contributions volontaires à objet désigné	63 046	2 225	8 725	18 273	9 521	13 613	140 458	255 861
<b>Total</b>	<b>92 265</b>	<b>17 714</b>	<b>21 505</b>	<b>30 507</b>	<b>22 189</b>	<b>20 457</b>	<b>173 273</b>	<b>377 910</b>
Fonds disponibles en % du budget	100 %	55 %	92 %	76 %	96 %	95 %	111 %	97 %
Dépenses en personnel	32 508	10 241	7 687	19 044	8 204	8 098	77 613	163 395
Dépenses en activités	50 550	7 431	11 987	9 988	11 845	11 278	73 210	176 289
<b>Dépenses totales</b>	<b>83 058</b>	<b>17 672</b>	<b>19 674</b>	<b>29 032</b>	<b>20 049</b>	<b>19 376</b>	<b>150 823</b>	<b>339 684</b>
Dépenses en % du budget approuvé	90 %	55 %	84 %	72 %	87 %	90 %	97 %	87 %
Dépenses en % des fonds disponibles	90 %	100 %	91 %	95 %	90 %	95 %	87 %	90 %
Dépenses en personnel par grand bureau	20 %	6 %	5 %	12 %	5 %	5 %	48 %	100 %

### 3.1 Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

#### RÉALISATION 3.1 ÉLARGISSEMENT DE L'ACCÈS AUX INTERVENTIONS VISANT À AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA FEMME, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

##### Réduire les décès néonataux pouvant être évités

Près de 3 millions de nouveau-nés, filles et garçons, rendent leur dernier souffle avant d'atteindre l'âge d'un mois, ces décès représentant environ la moitié (45 %) de la mortalité chez les moins de cinq ans au niveau mondial. En outre, les mortinaissances sont au nombre de 2,6 millions (soit un nombre quasi identique), près de la moitié d'entre elles survenant au cours du travail et de l'accouchement.

La majeure partie des décès néonataux surviennent au cours de la première semaine de vie. Bon nombre d'entre eux pourraient être évités, notamment si la mère et le nouveau-né bénéficiaient de soins de qualité appropriée au cours de l'accouchement, suivis de soins postnatals efficaces conformes aux recommandations, en particulier au cours de la première semaine de vie. Il existe des interventions et des techniques efficaces qui permettent de protéger la vie des nouveau-nés. Parmi celles qui sont les plus abordables pour que les nouveau-nés survivent et s'épanouissent figurent les soins dispensés par un personnel qualifié pendant l'accouchement, les soins essentiels au nouveau-né (sécher soigneusement le nouveau-né, veiller au maintien du contact peau contre peau du nouveau-né et de sa mère dès la naissance, mettre le nouveau-né au sein le plus tôt possible, par exemple), la réanimation néonatale, l'allaitement exclusif, les soins supplémentaires pour les nourrissons petits (méthode kangourou) et la prise en charge des nouveau-nés présentant des signes d'infection grave. Ces interventions ne sont pas accessibles à tous. Pourtant, chaque enfant nouveau-né a droit à la santé et au bien-être, quel que soit le lieu de sa naissance.

Le Plan d'action « Chaque nouveau-né », élaboré sous la conduite de l'OMS et de l'UNICEF, avec le soutien de plus de 40 partenaires dans le monde, a été mis au point à partir de la base. Établi moyennant un recensement systématique des difficultés extrêmes auxquelles sont confrontés les pays où la charge de morbidité est la plus élevée, et étayé par les données scientifiques les plus récentes sur les interventions essentielles, le Plan d'action donne des orientations réalistes pour permettre aux plans d'action nationaux de fournir une couverture universelle par des soins de qualité au cours de la période qui entoure la naissance. Le Plan veille à ce que les systèmes de santé soient équipés des produits d'importance vitale et dotés d'agents de santé bénéficiant des compétences et du soutien nécessaires pour fournir des soins de qualité à la naissance, y compris des soins obstétricaux d'urgence et des soins postnatals efficaces et dispensés en temps voulu, notamment pour les nouveau-nés petits et malades.

Le Plan d'action « Chaque nouveau-né » a été approuvé par 194 pays lors de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2014. C'est ensuite que le plus gros du travail a commencé, consistant à traduire les mots en actes dans chaque communauté, établissement et système de santé de chaque pays à forte charge de morbidité. L'OMS, l'UNICEF et plusieurs partenaires ont contribué à la mise en œuvre du Plan d'action pour sauver les nouveau-nés moyennant un soutien aux pays, la communication des données les plus récentes et les plus utiles pour orienter l'action, et l'évaluation de l'impact sur le terrain. Les 18 pays où la charge de morbidité est la plus élevée ont pris des mesures concrètes pour protéger la santé des nouveau-nés, et 41 pays ont utilisé les recommandations figurant dans le Plan d'action soit pour renforcer les plans d'action nationaux sur la santé de la mère et du nouveau-né, soit pour élaborer de nouveaux plans.

L'OMS a complété ces mesures en révisant les guides de pratique clinique pour la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, des soins post-partum et des soins aux nouveau-nés, en élaborant de nouvelles lignes directrices sur le traitement des infections bactériennes graves potentielles lorsque l'orientation vers un hôpital spécialisé est impossible, en actualisant les lignes directrices sur les soins pour améliorer les issues des naissances avant terme et les outils à l'appui de soins obstétricaux de qualité, et en menant à bien des études pour évaluer l'effet de la supplémentation en vitamine A sur la survie du nourrisson, la première phase du projet « *Better Outcomes in Labour Difficulty* » (Améliorer l'issue des accouchements difficiles), une étude de cohorte sur la mortalité et la morbidité de la mère et du nouveau-né, et quatre nouveaux travaux de recherche visant à rechercher des solutions en vue d'améliorer la survie des nouveau-nés prématurés. Des initiatives régionales, telles que « *First Embrace* » (Premier baiser) dans la Région du Pacifique occidental, sont aussi une source de progrès.

L'OMS, en collaboration avec l'UNICEF et ses partenaires, vient aussi de lancer une initiative mondiale pour améliorer la qualité des soins, qui porte à la fois sur la fourniture et l'expérience des soins au cours de la période qui entoure la naissance. L'OMS a mis au point des normes qui guideront le personnel obstétrical et les cadres de la santé qui sont en première ligne pour que des soins de qualité soient dispensés lors de l'accouchement.

Les communautés ont un rôle essentiel à jouer pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, de nombreux décès et problèmes de santé pouvant être évités moyennant une action au sein des foyers et des villages. L'OMS et ses partenaires ont mis au point un cours de formation pour guider la mobilisation communautaire ; celui-ci complète la formation OMS/UNICEF à l'intention des agents de santé communautaires intitulée « *Caring for newborns and children in the community* » (Les soins aux nouveau-nés et aux enfants au sein de la communauté) qui se compose de modules pour la prestation à domicile de soins aux nouveau-nés. Un examen des données relatives aux groupes de femmes qui utilisent le processus d'apprentissage actif et d'action participative, mené par l'OMS, a montré que la mortalité des nouveau-nés avait largement diminué dans les populations rurales où elle est élevée et a abouti à la formulation de recommandations de portée mondiale.

Mais il reste encore beaucoup à faire. Dans de nombreux lieux, les nouveau-nés ne reçoivent toujours pas les services dont ils ont besoin. Le traitement des nourrissons petits et malades reste un problème majeur. Les gouvernements n'ont pas tous fait de la santé des nouveau-nés une priorité et les systèmes de santé vulnérables peuvent s'écrouler en cas de crise. Lorsque la maladie à virus Ebola a frappé l'Afrique de l'Ouest, les décès de mères et de nouveau-nés après l'accouchement ont été plus nombreux que ceux provoqués par l'épidémie elle-même du fait de l'interruption des services de santé maternels.

Et de nouvelles menaces peuvent surgir. L'épidémie due au virus Zika dans les Amériques s'est propagée à un rythme inquiétant et est associée à une augmentation soudaine du nombre des nouveau-nés atteints de graves malformations cérébrales, sans doute dues à une infection en début de grossesse. L'OMS coordonne l'action internationale pour maîtriser cette épidémie due à un virus transmis par les moustiques et protéger les femmes enceintes dans les 39 pays touchés. Un travail de longue haleine dans les domaines de la surveillance, de l'analyse des données et du diagnostic, pour la mise au point de vaccins candidats et l'élaboration de lignes directrices à l'intention des agents de santé a été entrepris.

L'élan créé dans les pays par le Plan d'action « Chaque nouveau-né », élaboré sous la conduite de l'OMS et de l'UNICEF, peut contribuer de manière significative aux indicateurs de produits de ce secteur de programme – et plus particulièrement aux indicateurs relatifs à l'accouchement en présence de personnel qualifié, aux soins postnatals pour les mères et les enfants et à l'allaitement.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme. 1

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
3.1.1	L'accès aux interventions efficaces réalisées antérieurement à la grossesse et jusqu'au post-partum a été élargi, en privilégiant la période de 24 heures qui entoure la naissance, et la qualité de ces interventions a été améliorée	✓	!	✓	✓	✓	!	✓
3.1.2	La capacité des pays à appliquer plus largement les interventions de grande qualité qui améliorent la santé de l'enfant et le développement du jeune enfant et préviennent les décès d'enfants pouvant être évités, y compris ceux imputables à la pneumonie et à la diarrhée, a été renforcée	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
3.1.3	Les pays ont acquis la capacité d'appliquer des interventions efficaces et d'en suivre les résultats pour répondre aux besoins non satisfaits en matière de santé sexuelle et reproductive et pour réduire les comportements à risque chez l'adolescent	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
3.1.4	Des recherches ont été entreprises et des données ont été recueillies et synthétisées pour concevoir des interventions clés en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que des interventions dirigées contre d'autres affections et problèmes dans ce domaine	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	68 900	12 100	14 200	7 000	14 600	12 100	103 900	232 800
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	20 053	6 892	7 075	3 469	7 729	3 283	13 538	62 039
Contributions volontaires à objet désigné	56 682	1 772	4 070	3 153	7 774	61 82	114 504	194 137
<b>Total</b>	<b>76 735</b>	<b>8 664</b>	<b>11 145</b>	<b>6 622</b>	<b>15 503</b>	<b>9 465</b>	<b>128 042</b>	<b>256 176</b>
Fonds disponibles en % du budget	111 %	72 %	78 %	95 %	106 %	78 %	123 %	110 %

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/165> (consulté le 7 avril 2016).

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale	Siège	Total
Dépenses en personnel	24 905	4 441	4 179	3 036	4 860	3 502	49 332	94 255
Dépenses en activités	44 417	4 083	5 806	3 320	8 603	5 346	59 944	131 519
<b>Dépenses totales</b>	<b>69 322</b>	<b>8 524</b>	<b>9 985</b>	<b>6 356</b>	<b>13 463</b>	<b>8 848</b>	<b>109 276</b>	<b>225 774</b>
Dépenses en % du budget approuvé	101 %	70 %	70 %	91 %	92 %	73 %	105 %	97 %
Dépenses en % des fonds disponibles	90 %	98 %	90 %	96 %	87 %	93 %	85 %	88 %
Dépenses en personnel par grand bureau	26 %	5 %	4 %	3 %	5 %	4 %	52 %	100 %

## 3.2 VIEILLISSEMENT ET SANTÉ

### RÉALISATION 3.2 AUGMENTATION DE LA PROPORTION DES PERSONNES ÂGÉES CAPABLES DE MENER UNE VIE INDÉPENDANTE

#### Stratégies aidant à vieillir en restant en bonne santé

Aujourd'hui, pour la première fois de l'histoire, la plupart des gens peuvent espérer vivre au-delà de 60 ans. Cette augmentation de l'espérance de vie, lorsqu'elle est associée à une baisse des taux de fécondité, conduit à un vieillissement rapide des populations partout dans le monde. Et le rythme du changement est beaucoup plus rapide qu'il ne l'était dans le passé.

Une vie plus longue est un bien extraordinairement précieux. Elle offre la possibilité de voir sous une nouvelle perspective non seulement les années de vieillesse, mais aussi le déroulement tout entier de nos vies. Toutefois, la portée des possibilités qui s'offrent à nous du fait de ces années gagnées dépendra très largement d'un facteur clé : la santé. Si les personnes qui les vivent jouissent d'une bonne santé, leur capacité à faire les choses qu'elles apprécient différera peu de celle de personnes plus jeunes. En revanche, si ces années supplémentaires sont dominées par une baisse des capacités physiques et intellectuelles, les conséquences pour les personnes âgées et pour la société seront beaucoup plus négatives.

Bien que l'on suppose fréquemment qu'une longévité accrue s'accompagne d'une plus longue période de bonne santé, les données attestant que les personnes âgées profitent aujourd'hui d'une meilleure santé que leurs parents au même âge sont très limitées. Une action de santé publique cohérente et ciblée qui englobe de multiples secteurs et parties prenantes est de toute urgence nécessaire. Elle a jusqu'à présent fait largement défaut. Pour remédier à cette lacune manifeste, en 2013, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a défini le vieillissement comme un domaine d'action prioritaire pour l'OMS.

Ce domaine a été marqué par les idées fausses, largement répandues, et des lacunes majeures dans les connaissances, et un cadre stratégique clair en vue d'une action de santé publique lui a fait défaut. De plus, bien que l'action de nombreuses unités à tous les niveaux de l'Organisation ait un lien direct ou indirect avec la santé des personnes âgées, les activités ont traditionnellement été entreprises séparément les unes des autres. Pour que l'OMS puisse jouer le rôle directeur dont on avait clairement besoin dans ce domaine, un certain nombre de mesures essentielles étaient requises pour jeter les bases d'un mouvement efficace et durable.

La première étape a consisté pour l'OMS à mettre en place, au début de 2014, le forum de coordination sur le vieillissement et la santé pour encourager une action à l'échelle de l'ensemble de l'Organisation dans ce domaine. Le forum se réunit régulièrement, rassemblant des représentants des départements clés et assurant la liaison avec les points focaux de chaque bureau régional. Le forum a permis de construire une vision commune de ce qu'il convenait de faire.

Cette vision commune a été décrite de manière détaillée dans le rapport mondial 2015 sur le vieillissement et la santé. Le rapport s'est inspiré de 19 documents de travail pour résumer ce que l'on sait actuellement sur le vieillissement. Il a aussi remis en cause de nombreuses perceptions erronées fréquentes et défini un nouveau

cadre d'action en santé publique reposant sur des données factuelles. Au centre de ce cadre figure la nouvelle conception du vieillissement en bonne santé s'appuyant sur le renforcement et le maintien des capacités fonctionnelles à toutes les étapes de la vie.

Le rapport recense quatre stratégies essentielles pour favoriser le vieillissement en bonne santé : l'adaptation des systèmes de santé aux populations les plus âgées qu'ils sont amenés à servir de plus en plus fréquemment, la mise au point de systèmes de soins à long terme, la création d'environnements adaptés aux aînés, et un renforcement de l'évaluation, du suivi et de la recherche. Le rapport a reçu un accueil favorable et dans les deux mois qui ont suivi sa publication, plus de 20 000 exemplaires ont été téléchargés.

Pour affermir l'engagement des États Membres et canaliser les contributions de toutes les parties prenantes, en 2014, la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a appelé l'OMS à élaborer une stratégie mondiale et un plan d'action sur le vieillissement et la santé. S'appuyant sur le cadre tracé dans le rapport et s'inspirant d'une large consultation qui a permis d'obtenir 600 contributions sur le Web et de réunir plus de 70 États Membres et 200 participants dans le cadre d'une réunion traditionnelle, un projet de stratégie a été présenté pour examen à la cent trente-huitième session du Conseil exécutif en janvier 2016.

Pour contribuer à combler les lacunes dans les connaissances concernant la santé et les besoins des personnes âgées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'OMS a entrepris, avec le soutien de l'institut national du vieillissement des États-Unis d'Amérique, une étude longitudinale détaillée portant sur plus de 40 000 personnes âgées en Chine, en Inde, au Ghana, en Afrique du Sud, au Mexique et en Fédération de Russie. Les premières conclusions de ces travaux ont été rendues publiques au cours du présent exercice.

Ces initiatives stratégiques ont été complétées par un soutien régulier apporté à de nombreux États Membres par les bureaux régionaux et les bureaux de pays pour contribuer à recenser les besoins des personnes âgées en soins de meilleure qualité et à y répondre. En Chine et au Ghana, des projets d'utilisation pratique des connaissances se sont efforcés de concevoir des approches novatrices susceptibles de bénéficier le plus efficacement possible du soutien de tous les niveaux de l'Organisation pour aider les pays à mettre au point des politiques sur la base des données factuelles. L'OMS a aussi continué à soutenir directement les municipalités mobilisées dans le cadre du Réseau mondial OMS des villes et communautés amies des aînés, qui compte désormais plus de 300 membres.

L'exercice 2014-2015 a ainsi été une période cruciale pour redéfinir l'action mondiale dans le domaine du vieillissement. Le solide et vaste appui dont ont bénéficié le rapport mondial sur le vieillissement et la santé ainsi que la stratégie mondiale et le plan d'action sur le vieillissement et la santé confirme le rôle directeur joué au niveau mondial par l'OMS sur le sujet, et les fondations ont désormais été posées pour permettre à l'Organisation d'élaborer une réponse durable et ciblée. La vision stratégique et le cadre d'action sont désormais en place, ainsi qu'un mécanisme pour tirer parti de l'ensemble des ressources de l'Organisation de manière coordonnée.

Les travaux normatifs accomplis sur le vieillissement au cours de l'exercice 2014-2015 (le rapport mondial sur le vieillissement et la santé ainsi que la stratégie mondiale) contribuent directement à l'indicateur du secteur de programme qui appelle à la mise au point d'indicateurs mondiaux en tant que mécanisme de suivi du vieillissement. Ces travaux témoignent aussi de la capacité d'un petit département de l'OMS à mobiliser l'ensemble de l'Organisation sur une question transversale commune.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/165> (consulté le 7 avril 2016).

(✓) Pleinement réalisés (!) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) Sans objet								
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
3.2.1	Les pays ont acquis la capacité d'élaborer des politiques et des stratégies qui aident à vieillir en restant actif et en bonne santé, qui facilitent l'accès aux soins chroniques, au long cours et palliatifs, et leur coordination	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.2.2	Recommandations techniques et innovations qui déterminent les besoins des personnes âgées en soins de santé et qui aident à y répondre	!	✓	✓	✓	✓	✓	!
3.2.3	Un dialogue politique a été noué avec les pays et des conseils techniques leur ont été donnés concernant la santé des femmes qui ne sont plus en âge de procréer	X	!	✓	✓	s.o.	✓	✓

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	700	1 100	300	1 500	1 000	200	4 700	9 500
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	182	903	408	514	465	234	3 502	6 208
Contributions volontaires à objet désigné	143	0	67	558	0	367	783	1 918
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>903</b>	<b>475</b>	<b>1 072</b>	<b>465</b>	<b>601</b>	<b>4 285</b>	<b>8 126</b>
Fonds disponibles en % du budget	46 %	82 %	158 %	71 %	47 %	301 %	91 %	86 %
Dépenses en personnel	410	436	166	731	211	276	3 043	5 273
Dépenses en activités	231	451	326	257	229	317	1 135	2 946
<b>Dépenses totales</b>	<b>641</b>	<b>887</b>	<b>492</b>	<b>988</b>	<b>440</b>	<b>593</b>	<b>4 178</b>	<b>8 219</b>
Dépenses en % du budget approuvé	92 %	81 %	164 %	66 %	44 %	297 %	89 %	87 %
Dépenses en % des fonds disponibles	197 %	98 %	104 %	92 %	95 %	99 %	98 %	101 %
Dépenses en personnel par grand bureau	8 %	8 %	3 %	14 %	4 %	5 %	58 %	100 %

### **3.3 INTÉGRATION D'UNE DÉMARCHE ANTISEXISTE, SOUCIEUSE DE L'ÉQUITÉ ET RESPECTUEUSE DES DROITS DE L'HOMME**

#### **RÉALISATION 3.3 INTÉGRATION DES QUESTIONS DE L'ÉGALITÉ HOMMES-FEMMES, DE L'ÉQUITÉ ET DES DROITS DE L'HOMME DANS LES POLITIQUES ET PROGRAMMES DE L'OMS ET DES PAYS**

##### **Passer de la réflexion abstraite aux exemples concrets dans les pays**

L'ensemble de l'action de l'OMS a pour objectif général d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités dans le domaine de la santé. Une amélioration durable du bien-être physique, mental et social appelle une action dans les domaines des droits de l'homme et de leurs principes, de l'égalité entre les sexes et des déterminants sociaux de la santé. Réduire les inégalités en santé dans les pays et d'un pays à l'autre est un principe inscrit dans la Constitution de l'OMS qui trouve aussi son illustration dans l'une des six priorités de leadership du douzième programme général de travail, 2014-2019. Qui plus est, les objectifs de développement durable intègrent la réduction des inégalités en tant que but transversal de tous les objectifs, et dans l'objectif 10, l'équité apparaît comme une fin en soi. En 2014-2015, les activités au titre du secteur de programme 3.3 ont été doubles.

Au sein de l'Organisation, les activités en 2014-2015 ont consisté à orienter et faciliter l'intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité, respectueuse des droits de l'homme et tenant compte des déterminants sociaux. L'intégration d'une telle démarche à l'OMS signifie que tous les niveaux et bureaux de l'Organisation doivent considérer l'égalité entre les sexes, les droits de l'homme, l'équité et les déterminants sociaux de la santé comme prioritaires et les intégrer dans leurs programmes. Des changements ont progressivement été introduits dans la culture institutionnelle, les processus de gestion et de travail. Cette démarche nécessite aussi une nouvelle évaluation par les secteurs de programme de la manière dont la santé et les difficultés de mise en œuvre sont considérées et analysées ; dont les décisions sont prises ; des recommandations formulées en matière de politiques et d'interventions ; et de la manière dont la mise en œuvre est menée à bien et ses progrès suivis.

Pour garantir l'homogénéité de l'approche dans l'ensemble de l'OMS, les différents niveaux de l'Organisation se sont réunis et sont convenus d'un ensemble de sept critères d'intégration essentiels : ventilation des données ; analyse des spécificités de chaque sexe ; analyse de l'équité ; souci de l'équité entre les sexes ; amélioration de l'équité ; mise en œuvre des principes de disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité (AAAQ) ; et utilisation des approches participatives pour surmonter les obstacles à l'intégration. Sept courts modules d'apprentissage interactifs ont été mis au point par le personnel de l'OMS pour améliorer les compétences nécessaires pour mettre en œuvre ces sept critères. Les nouveaux membres du personnel ont bénéficié d'une introduction aux concepts de l'égalité entre les sexes, des droits de l'homme, de l'équité et des déterminants sociaux de la santé dans le cadre du programme proposé lors de l'entrée en fonctions et de cours de formation classiques organisés dans plusieurs Régions. Pour garantir que les critères d'intégration de l'OMS soient incorporés aux orientations normatives au niveau mondial, un nouveau chapitre a été inclus dans l'édition révisée du manuel de l'OMS pour l'élaboration de lignes directrices, ainsi que dans le manuel de mise au courant des chefs de bureau de pays. Même si un petit nombre de programmes travaillaient déjà selon ces principes, ils n'étaient pas toujours bien intégrés dans les processus statutaires de planification et d'évaluation de l'OMS. Lors de l'élaboration du budget programme 2016-2017, des mesures ont été prises pour leur donner plus de visibilité et dans le cadre du processus d'appréciation de l'exécution pour 2014-2015, les secteurs de programme sont tenus de donner des exemples concrets d'une intégration efficace.

Au cours de l'exercice 2014-2015, des mesures remarquables ont été prises dans les six Régions de l'OMS et, en conséquence, 46 pays ont fait en sorte que leurs politiques, plans et législations soient plus équitables, soucieux de l'égalité hommes-femmes et alignés sur les droits de l'homme. Les méthodes adoptées et les points d'entrée varient en fonction du contexte national mais, au cours de l'exercice, les concepts abstraits de l'égalité entre les sexes, des droits de l'homme, de l'équité et des déterminants sociaux ont été mis en pratique dans les pays, sous la forme d'exemples concrets. Ainsi, le Ministère de la santé du Cambodge a mis au point une stratégie et un plan d'action pour intégrer une démarche soucieuse d'équité entre les sexes. La République de Moldova a commencé à travailler pour intégrer l'égalité entre les sexes, l'équité et les droits de l'homme dans sa stratégie nationale pour l'enfant et l'adolescent. Le suivi des inégalités en santé est un catalyseur puissant pour agir au niveau des pays. Une analyse solide des données sanitaires permet aux parties prenantes au niveau national de comprendre les contextes sociaux dans lesquels les programmes sanitaires sont mis en place et peut engendrer une compréhension plus juste des paramètres qu'il convient de modifier pour parvenir à une meilleure santé pour tous – qui ne laisse personne sur le bord du chemin. Trente-cinq pays ont bénéficié d'un soutien technique de l'OMS pour renforcer la collecte de données ventilées. Le Bureau régional de l'Afrique a participé à la révision de l'indicateur sexospécifique de développement humain, coordonné par la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique. Pour qu'il soit plus largement diffusé et utilisé, les Bureaux régionaux de la Méditerranée orientale et des Amériques ont traduit le manuel de l'OMS sur le suivi des inégalités en santé en arabe et en espagnol.

Les activités menées en 2014-2015 pour intégrer l'égalité entre les sexes, les droits de l'homme, l'équité et les déterminants sociaux au sein de l'OMS sont directement liées à l'indicateur de réalisation qui, sous la réalisation 3.3, vise à garantir la mise en place de processus d'évaluation pour déterminer dans quelle mesure l'égalité hommes-femmes, l'équité et les droits de l'homme sont respectés dans les programmes du Secrétariat.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme. Il existe aussi un résumé des expériences acquises dans l'intégration des différents programmes techniques ainsi qu'un rapport de situation concernant les progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles du plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies.<sup>1</sup>

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
3.3.1	Il est tenu compte de l'égalité hommes-femmes, de l'équité et des droits de l'homme dans la planification stratégique et opérationnelle et le suivi courants des programmes de l'OMS	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.3.2	La capacité des pays à intégrer les questions de l'égalité hommes-femmes, de l'équité et des droits de l'homme dans leurs politiques de santé et à suivre ces questions a été renforcée	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	2 300	2 000	500	1 300	1 200	200	6 400	13 900
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	221	1 483	1 362	826	525	204	2 958	7 579
Contributions volontaires à objet désigné	1 368	117	142	119	568	927	1 301	4 542
<b>Total</b>	<b>1 589</b>	<b>1 600</b>	<b>1 504</b>	<b>945</b>	<b>1 093</b>	<b>1 131</b>	<b>4 259</b>	<b>12 121</b>
Fonds disponibles en % du budget	69 %	80 %	301 %	73 %	91 %	566 %	67 %	87 %
Dépenses en personnel	260	1 017	338	679	211	331	2 696	5 532
Dépenses en activités	1 249	678	770	252	818	782	1 545	6 094
<b>Dépenses totales</b>	<b>1 509</b>	<b>1 695</b>	<b>1 108</b>	<b>931</b>	<b>1 029</b>	<b>1 113</b>	<b>4 241</b>	<b>11 626</b>
Dépenses en % du budget approuvé	66 %	85 %	222 %	72 %	86 %	557 %	66 %	84 %
Dépenses en % des fonds disponibles	95 %	106 %	74 %	99 %	94 %	98 %	100 %	96 %
Dépenses en personnel par grand bureau	5 %	18 %	6 %	12 %	4 %	6 %	49 %	100 %

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/167> (consulté le 7 avril 2016).

### **3.4 DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ**

#### **RÉALISATION 3.4 AMÉLIORATION DE LA COORDINATION INTERSECTORIELLE DES POLITIQUES POUR AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ**

##### **Expliquer l'approche visant à intégrer la santé dans toutes les politiques**

Dans de nombreuses villes à l'expansion galopante, les enfants risquent bien souvent leur vie en traversant la rue. Dans ces contextes, eux comme leurs parents sont exposés à des risques importants allant des accidents de la circulation dus à la mauvaise conception des routes et des passages piétons à l'exposition à une lourde pollution imputable aux émissions nocives des camions et des bus qui brûlent du carburant diesel polluant sans contrôles antipollution efficaces.

De tels problèmes sont au cœur de l'approche visant à intégrer la santé dans toutes les politiques – afin de faire progresser simultanément la santé, l'équité et la réalisation des objectifs de développement durable aux niveaux local, national et régional.

Intégrer la santé dans toutes les politiques signifie tenir compte de l'impact sur la santé des décisions prises dans d'autres secteurs, de sorte que les risques pour la santé puissent être réduits au minimum et les synergies permettant d'améliorer la santé renforcées. Cette approche est implicite pour bon nombre des nouveaux objectifs et cibles de développement durable. Ainsi, deux cibles de l'objectif 11 (villes et communautés durables) visent à garantir que les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées aient accès à « des systèmes de transport sûrs, accessibles et viables, à un coût abordable » (cible 11.2) et à « des espaces verts et des espaces publics sûrs » (cible 11.7) et accessibles à tous. Ces cibles reconnaissent les synergies que de telles politiques peuvent créer pour réduire la pollution de l'air et les accidents de la circulation, et encourager l'exercice physique pour une meilleure santé, ainsi que leurs incidences, notamment, sur la santé des groupes les plus vulnérables.

Appliquer l'approche visant à intégrer la santé dans toutes les politiques aux questions de santé et de développement durable peut contribuer à assurer le suivi des objectifs de développement durable qui favorise une compréhension transversale des liens importants existant d'un objectif et d'une cible à l'autre. L'approche visant à intégrer la santé dans toutes les politiques représente un outil essentiel pour le secteur de la santé afin d'identifier les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et de s'engager auprès d'autres secteurs dans le cadre des efforts visant à « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » selon le libellé de l'objectif 3 (Bonne santé et bien-être).

Un autre thème transversal de l'approche visant à intégrer la santé dans toutes les politiques est celui de la réduction des inégalités entre les différents groupes de population dans les pays et d'un pays à l'autre. Cette thématique est aussi au cœur de l'objectif 10, qui est de réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre. L'amélioration de la gouvernance est aussi un élément central de cette approche visant à intégrer la santé dans toutes les politiques, sachant que dans le cadre des objectifs de développement durable, on souligne l'importance critique d'une action intersectorielle et d'une approche mobilisant tous les secteurs du gouvernement pour assurer la réalisation de ces objectifs, et que la santé et l'équité en santé sont considérées comme des indicateurs clés pour mesurer plus largement les progrès dans le domaine du développement durable.

Consciente de telles synergies, l'OMS a accéléré la formation aux approches relatives à l'intégration de la santé dans toutes les politiques, moyennant une série d'ateliers de formation aux niveaux national, régional et mondial. On peut notamment citer un atelier de formation des formateurs organisé au niveau mondial à Genève en mars 2015, qui a été suivi de sept ateliers et cours de formation aux niveaux régional et infrarégional tenus en 2015 en Afrique du Sud, au Brésil, en Finlande, en Inde, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Suriname – et couvrant cinq des six Régions de l'OMS. Les ateliers et cours ont utilisé un nouveau manuel de formation à la santé dans toutes les politiques, élaboré par l'OMS. Ce manuel est un outil qui peut être adapté pour renforcer les capacités et favoriser la mobilisation, la collaboration et les échanges en faveur de la santé dans toutes les politiques.

La diversité de ces manifestations – en termes de participants ciblés, d'objectifs et de structures des réunions – démontre, d'une part, que la demande en outils concrets et pratiques et en orientations dans le domaine de la santé dans toutes les politiques est considérable et, d'autre part, que le manuel peut être adapté et qu'il s'applique aisément à différents contextes et thèmes.

Ces manifestations ont trouvé un écho dans le domaine politique. Par exemple, l'atelier organisé au Suriname en mai 2015 a permis de rendre plus visibles sur le plan politique les inégalités en santé et les déterminants sociaux de la santé dans le pays et de poser les fondations de discussions stratégiques au niveau national sur ce thème,

sous la direction du Gouvernement du Suriname et avec le soutien de l’OMS. La principale réalisation a été un examen complet et intersectoriel de la santé dans toutes les politiques pour réduire les inégalités en matière de santé dans le pays. Il a ainsi été constaté que la prévalence des maladies rénales chroniques était plus de 2,5 fois plus élevée dans le district de Saramacca, proche de Paramaribo, la capitale, que dans le district plus rural de Coronie. Au niveau national, la prévalence du diabète de type 2 était près de trois fois supérieure dans les quintiles de population les plus pauvres que dans les plus riches ; et on a pu observer que la prévalence du tabagisme était trois à quatre fois supérieure dans les deux quintiles les plus pauvres que dans le plus riche.

La compréhension de l’action dans le domaine des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et de l’équité en santé et l’engagement politique en faveur de celle-ci se sont régulièrement améliorés. L’approche visant à intégrer la santé dans toutes les politiques a été reconnue et approuvée au niveau mondial, notamment par l’intermédiaire de la Déclaration d’Adélaïde de 2010 sur l’intégration de la santé dans toutes les politiques, du document final de la Conférence Rio+20 de 2012 intitulé « L’avenir que nous voulons », de la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé en 2013 – qui était axée sur la santé dans toutes les politiques – et de la Déclaration d’Helsinki à laquelle elle a abouti, ainsi que de la résolution WHA67.12 adoptée ultérieurement, qui appelle à établir un cadre d’action intersectorielle dans les pays pour la santé et l’équité en santé.

La nécessité d’intégrer, outre le secteur de la santé, de nombreux autres secteurs à la lutte pour une société en meilleure santé est aussi, depuis longtemps, une priorité de l’action de l’OMS dans le domaine de la santé environnementale. Des mesures dans les secteurs de l’énergie, du transport, du logement et de l’eau, notamment, sont essentielles pour lutter contre les causes environnementales et sociales profondes de la mauvaise santé, qui échappent au contrôle direct du secteur de la santé.

Au cours de l’exercice 2016-2017, l’OMS prévoit de nouveaux ateliers nationaux et régionaux ainsi qu’une adaptation du manuel sur la santé dans toutes les politiques afin de mettre l’accent sur certains facteurs de risque sanitaires, secteurs et maladies tels que la pollution de l’air, le logement et les maladies non transmissibles. Les efforts porteront aussi sur le renforcement de l’alignement stratégique entre le manuel sur la santé dans toutes les politiques et de nouveaux outils et orientations en cours de mise au point par l’OMS qui contribuent aux objectifs de développement durable. Il s’agit notamment de l’approche novatrice de l’OMS visant à revoir les programmes de santé nationaux, les lignes directrices de l’OMS sur le logement et la santé, et les recommandations pour mesurer et évaluer l’action dans le domaine des déterminants sociaux de la santé.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme 3.4 sur les déterminants sociaux de la santé. L’action de l’OMS pour intégrer la santé dans toutes les politiques contribue à améliorer les capacités en vue d’une action intersectorielle et d’une participation sociale dans les pays, qui contribuent à leur tour à la réalisation des cibles, en permettant de combler les lacunes en matière d’équité dans l’accès aux services de santé, et la fourniture de ces services, pour les communautés pauvres et défavorisées.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d’ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l’appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>1</sup>

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
3.4.1	La capacité des pays à appliquer une approche qui intègre la santé dans toutes les politiques, à mener une action intersectorielle et à favoriser la participation sociale pour agir sur les déterminants sociaux de la santé a augmenté	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.4.2	Des conseils utiles ont été donnés aux pays pour intégrer les déterminants sociaux de la santé dans tous les programmes de l’OMS	✓	s.o.	✓	✓	✓	✓	✓

<sup>1</sup> Disponible à l’adresse <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/167> (consulté le 7 avril 2016).

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	7 300	4 200	1 500	7 600	1 200	1 400	7 100	30 300
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	4 364	3 691	894	2 934	921	403	3 346	16 553
Contributions volontaires à objet désigné	181	47	30	3 612	33	13	697	4 613
<b>Total</b>	<b>4 545</b>	<b>3 738</b>	<b>924</b>	<b>6 546</b>	<b>954</b>	<b>416</b>	<b>4 043</b>	<b>21 166</b>
Fonds disponibles en % du budget	62 %	89 %	62 %	86 %	80 %	30 %	57 %	70 %
Dépenses en personnel								
Dépenses en personnel	3 536	2 793	479	3 652	422	356	2 571	13 809
Dépenses en activités	865	1 054	466	2 347	522	60	815	6 129
<b>Dépenses totales</b>	<b>4 401</b>	<b>3 847</b>	<b>945</b>	<b>5 999</b>	<b>944</b>	<b>416</b>	<b>3 386</b>	<b>19 938</b>
Dépenses en % du budget approuvé	60 %	92 %	63 %	79 %	79 %	30 %	48 %	66 %
Dépenses en % des fonds disponibles								
Dépenses en % des fonds disponibles	97 %	103 %	102 %	92 %	99 %	100 %	84 %	94 %
Dépenses en personnel par grand bureau								
Dépenses en personnel par grand bureau	26 %	20 %	3 %	26 %	3 %	3 %	19 %	100 %

## 3.5 SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

### RÉALISATION 3.5 RÉDUCTION DES MENACES ENVIRONNEMENTALES QUI PÈSENT SUR LA SANTÉ

#### Santé, pollution de l'air et changement climatique – de nouvelles connaissances

Jusqu'à il y a peu, les liens entre l'augmentation vertigineuse à l'échelle mondiale des maladies non transmissibles et le brouillard qui obscurcit fréquemment le ciel de nos villes étaient mal compris.

De même, rares étaient les personnes à comprendre les multiples façons dont l'exposition à la fumée des poêles à bois ou à charbon accroît les taux de pneumonie parmi les jeunes enfants ainsi que les risques de contracter des affections pulmonaires chroniques chez les femmes chargées de s'occuper du foyer et de préparer les repas pour leur famille, jour après jour, dans les ménages d'Afrique, d'Amérique centrale et d'Asie du Sud-Est.

Les travaux récents menés par l'OMS pour évaluer la charge de morbidité liée à la pollution de l'air, ainsi que les liens entre les polluants atmosphériques nocifs pour la santé et les polluants atmosphériques à courte et longue durée de vie, ont franchi une étape majeure. Nous comprenons désormais que la pollution atmosphérique est une cause majeure non seulement des affections respiratoires aiguës et chroniques, mais aussi d'une part importante de la mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux, aux cardiopathies et aux cancers. L'OMS a joué un rôle directeur pour que cette étape dans les connaissances soit franchie – en dirigeant les travaux sur la charge de morbidité imputable à la pollution de l'air, en effectuant la synthèse des données relatives aux interventions efficaces, et également en élaborant des lignes directrices sur les limites d'émissions et de concentrations ambiantes sûres des émissions les plus nocives, en particulier des particules fines (PM<sub>2,5</sub>).

L'une des étapes clés les plus récentes a été la publication par l'OMS en 2014 des données actualisées sur la charge mondiale de morbidité due aux polluants atmosphériques (ambiants) à l'intérieur et à l'extérieur des habitations. Ces estimations ont montré que la pollution de l'air était la cause d'un décès prématuré sur huit dans le monde et représentait le plus important risque sanitaire environnemental aujourd'hui. Conjointement, quelque 3,7 millions de décès ont été attribués à la pollution de l'air atmosphérique en 2012, dernière année pour laquelle

les données ont été évaluées, et quelque 4,3 millions de décès aux sources de pollution de l'air à l'intérieur des habitations, c'est-à-dire essentiellement aux poêles au charbon ou au bois qui fument et fonctionnent mal.

En outre, une base de données mise à jour des expositions à la pollution de l'air urbain, incluant des données issues de quelque 1600 grandes villes du monde, a été publiée. Ces données ont montré que 12% seulement de la population incluse dans les données disponibles vivaient dans des villes où les niveaux de pollution atmosphérique étaient conformes aux lignes directrices de l'OMS pour les particules fines (PM<sub>2,5</sub>). De nombreuses villes à revenu faible ou intermédiaire, ainsi que certaines villes à revenu élevé, souffrent de niveaux de pollution de l'air qui sont deux à cinq fois supérieurs aux limites préconisées par les lignes directrices.

En novembre 2014, de nouvelles lignes directrices concernant l'utilisation de combustibles et la qualité de l'air à l'intérieur des habitations ont été publiées, fournissant pour la première fois des recommandations sanitaires sur les combustibles et technologies propres pour la cuisson, le chauffage et l'éclairage dans les foyers. Cette évaluation scientifique approfondie recense les énergies propres dans les habitations et les niveaux d'émission qui représentent un risque sanitaire, et souligne qu'il est essentiel d'éviter la combustion de kérosène, de charbon, de bois et d'autres combustibles solides à l'intérieur des habitations pour protéger la santé publique.

En mai 2015, les États Membres de l'OMS ont fait un important pas en avant dans la lutte contre les problèmes de pollution de l'air en adoptant la résolution WHA68.8 (Santé et environnement : agir face aux conséquences sanitaires de la pollution de l'air). Plus récemment, un projet de feuille de route pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé a été examiné par le Conseil exécutif de l'OMS, et sera présenté à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

L'OMS a par ailleurs intensifié à la fois ses travaux techniques et ses activités de sensibilisation autour de la pollution de l'air et des liens avec le climat, et elle a dirigé une analyse scientifique des liens entre les polluants climatiques à courte durée de vie, les polluants atmosphériques et la santé, qui a abouti à l'élaboration du rapport intitulé *Reducing global health risks through mitigation of short-lived climate pollutants* (Réduire les risques pour la santé mondiale en limitant les polluants climatiques à courte durée de vie), en collaboration avec la Coalition pour le climat et l'air pur (CCAC). Le rapport a analysé les avantages sanitaires de l'atténuation de la pollution de l'air et des polluants climatiques sous un seul angle, mettant en lumière l'intérêt pour le secteur de la santé d'une mobilisation transsectorielle active et d'un ralentissement du changement climatique. La croissance rapide des populations urbaines et les multiples sources de pollution de l'air dans les zones urbaines ont conduit à une aggravation de la qualité de l'air dans les villes des pays en développement. L'OMS met actuellement au point une nouvelle initiative pour la santé dans les villes, afin de renforcer les capacités du secteur de la santé et de tester des approches visant à une action du secteur de la santé contre les polluants atmosphériques et climatiques dans les environnements urbains en développement, en collaboration avec le Gouvernement norvégien et de nombreux autres partenaires – Nations Unies, gouvernements, organismes de développement et société civile – au sein de la CCAC.

Moyennant une étroite collaboration avec l'initiative Énergie durable pour tous, dirigée par le Secrétaire général des Nations Unies, l'OMS travaille pour assurer que les changements en faveur de sources d'énergie plus propres dans les foyers et le secteur de la santé soient pris en compte dans les mécanismes de suivi de l'initiative. Des projets visant à favoriser un meilleur accès à l'énergie propre dans les établissements de santé et au sein des foyers sont proposés et lancés en coopération avec les partenaires de l'initiative. Ils permettront de soutenir les pays afin de répondre au manque criant d'accès à une énergie propre dans les établissements de santé de l'Afrique sub-saharienne, en décrivant comment un accès à une énergie plus fiable pourrait contribuer à réduire la mortalité maternelle, à améliorer la santé du nouveau-né et de l'enfant, et à contribuer au maintien en poste des agents de santé, tout en aidant à mettre en œuvre les recommandations pour une énergie propre au sein des foyers qui figurent dans les lignes directrices de l'OMS sur la qualité de l'air à l'intérieur des habitations.

S'agissant du programme de développement pour l'après-2015, l'OMS a contribué à veiller à ce que les indicateurs – pertinents pour la santé – relatifs à l'exposition à la pollution de l'air ambiant et de l'air à l'intérieur des habitations et à la charge de morbidité puissent être intégrés au système officiel des indicateurs des objectifs de développement durable. Le suivi de la pollution de l'air, de ses sources et de ses incidences sur la santé est essentiel pour évaluer l'efficacité des interventions et les progrès accomplis. L'OMS a créé une plateforme mondiale partagée avec les organismes des Nations Unies, les organismes gouvernementaux et les instituts de recherche pour assurer l'accès aux informations sur l'exposition de l'homme aux polluants de l'air, et la qualité de ces informations, en utilisant les données provenant de la télédétection par satellite, des inventaires des émissions et du suivi des polluants. Cela a permis d'améliorer les modèles et d'effectuer une validation croisée des données.

Ce n'est toutefois que le début. Il reste de nombreux défis à relever pour obtenir des données plus précises, au niveau local notamment, sur les niveaux d'exposition à la pollution de l'air et ses incidences sur la santé. Le rôle du secteur de la santé dans la lutte contre la pollution de l'air doit aussi s'appuyer sur des définitions plus rigoureuses et un renforcement marqué des capacités est nécessaire. Rares sont les ministères de la santé qui comptent des spécialistes de la pollution de l'air parmi leurs employés.

L'exemple de l'action de l'OMS dans le domaine de la pollution de l'air illustre un certain nombre des fonctions essentielles de l'Organisation, à savoir : établir les priorités de la recherche et encourager la production, l'application et la diffusion de connaissances dignes d'intérêt ; fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application. Le travail dans ce domaine contribue à l'indicateur de réalisation relatif à la proportion de la population qui cuisine essentiellement à l'aide de combustibles solides.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats par produit, veuillez consulter le portail Web du budget programme.<sup>1</sup>

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale	Siège
3.5.1	La capacité des pays à évaluer les risques pour la santé, à élaborer et à appliquer des politiques, des stratégies ou une réglementation pour éviter, atténuer et maîtriser les conséquences des risques environnementaux sur la santé a été renforcée	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
3.5.2	Normes, critères et lignes directrices pour définir les risques et les bienfaits, sur les plans de l'hygiène du milieu et de la santé au travail, associés à la qualité de l'air, aux produits chimiques, à l'eau et à l'assainissement, aux rayonnements, aux nanotechnologies et aux changements climatiques	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.5.2	Les questions de santé publique ont été intégrées dans les accords et conventions multilatéraux sur l'environnement et le développement durable	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓

<sup>1</sup> <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Programme/Overview/169> (consulté le 7 avril 2016).

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	12 800	12 800	700	22 700	5 100	7 700	33 900	102 000
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	4 399	2 520	3 041	4 491	3 028	2 720	9 471	29 670
Contributions volontaires à objet désigné	4 672	289	4 416	10 831	1 146	6 124	23 173	50 651
<b>Total</b>	<b>9 071</b>	<b>2 809</b>	<b>7 457</b>	<b>15 322</b>	<b>4 174</b>	<b>8 844</b>	<b>32 644</b>	<b>80 321</b>
Fonds disponibles en % du budget	71 %	22 %	107 %	67 %	82 %	115 %	96 %	79 %
Dépenses en personnel	3 397	1 554	2 525	10 946	2 500	3 633	19 971	44 526
Dépenses en activités	3 788	1 165	4 619	3 812	1 673	4 773	9 771	29 601
<b>Dépenses totales</b>	<b>7 185</b>	<b>2 719</b>	<b>7 144</b>	<b>14 758</b>	<b>4 173</b>	<b>8 406</b>	<b>29 742</b>	<b>74 127</b>
Dépenses en % du budget approuvé	56 %	21 %	102 %	65 %	82 %	109 %	88 %	73 %
Dépenses en % des fonds disponibles	79 %	97 %	96 %	96 %	100 %	95 %	91 %	92 %
Dépenses en personnel par grand bureau	8 %	3 %	6 %	25 %	6 %	8 %	45 %	100 %

## Catégorie 4 SYSTÈMES DE SANTÉ



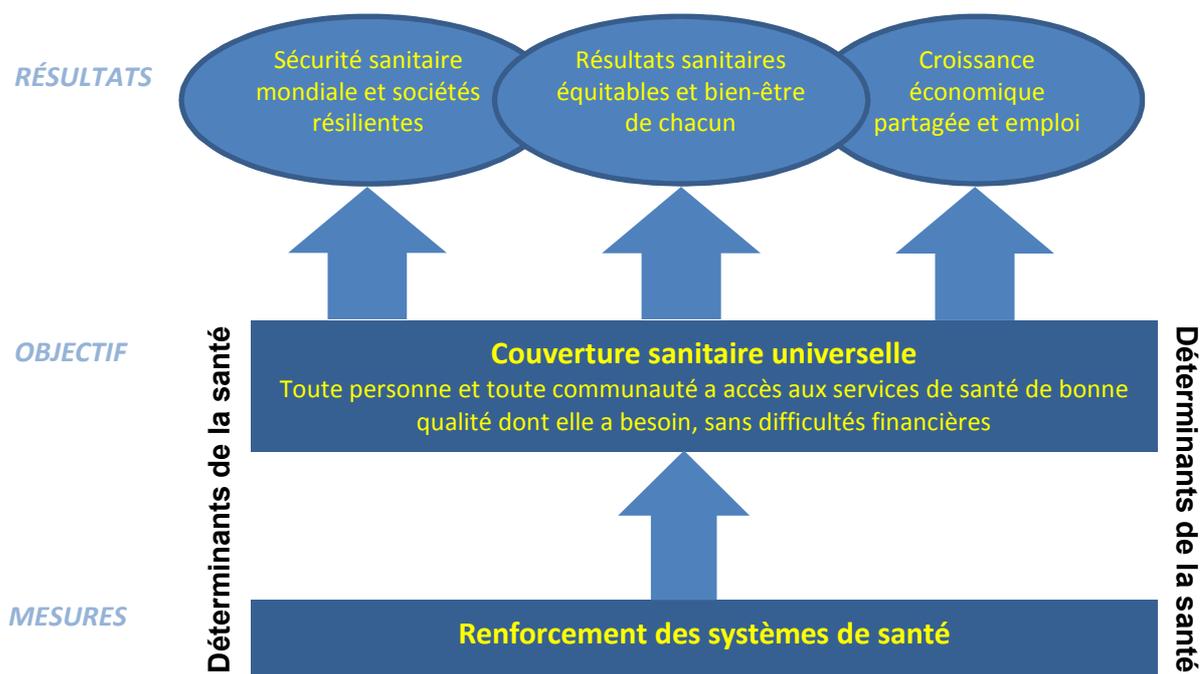
La catégorie 4 regroupe les activités de l'OMS relatives au renforcement des systèmes de santé, qui sous-tendent une grande partie du travail de l'Organisation sur la couverture sanitaire universelle.

Elle englobe les activités qui concernent les politiques, stratégies et plans de santé nationaux, financement de la santé compris ; les services de santé intégrés centrés sur la personne, domaine qui comprend les ressources humaines pour la santé ; l'accès aux médicaments et aux technologies sanitaires, qui recouvre notamment le renforcement des moyens de réglementation ; les informations et les données factuelles sur les systèmes de santé.

Les exemples ci-après illustrent le travail effectué dans chacun de ces quatre secteurs de programme. Ils peuvent rendre compte de la très vaste gamme d'activités que l'OMS consacre aux systèmes de santé, mais ils montrent certains des aspects les plus novateurs du travail accompli ces deux dernières années.

Les activités de renforcement des systèmes de santé contribuent de manière essentielle aux réalisations en matière de promotion de la santé à toutes les étapes de la vie et de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, qui sont des composantes de la couverture sanitaire universelle. Des systèmes de santé solides sont également essentiels pour assurer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale. Comme l'ont clairement illustré les récentes situations d'urgence sanitaire comme la flambée épidémique de maladie à virus Zika et l'épidémie de virus Ebola, les systèmes de santé doivent également être en mesure de garantir la sécurité sanitaire des populations et la résilience des sociétés. Leur renforcement suppose de mobiliser des ressources financières (ou de mieux en hiérarchiser l'affectation) et de tenir compte de différents contextes économiques, budgétaires et politiques. Fait important, c'est aussi une méthode (à savoir, une série d'approches, d'outils, de politiques et de mesures) de première importance pour instaurer la couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs de développement durable. Réciproquement, la concrétisation de ces buts contribuera de façon déterminante à la sécurité sanitaire mondiale et à la résilience des sociétés, à des résultats sanitaires équitables et au bien-être, ainsi qu'à une croissance économique partagée. Le diagramme ci-dessous illustre cette dynamique.

## Cadre pour la couverture sanitaire universelle au titre des objectifs de développement durable



## RÉCAPITULATIF FINANCIER D'ENSEMBLE POUR LA CATÉGORIE 4, 2014-2015 (EN MILLIERS DE US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	71 300	30 700	44 900	44 800	43 000	54 200	242 200	531 100
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	29 839	19 715	32 415	22 723	25 930	24 000	63 716	218 338
Contributions volontaires à objet désigné	49 266	3 111	12 466	19 413	16 858	21 132	178 592	301 586
<b>Total</b>	<b>79 105</b>	<b>22 826</b>	<b>44 881</b>	<b>42 136</b>	<b>42 788</b>	<b>45 132</b>	<b>242 308</b>	<b>519 924</b>
Fonds disponibles en % du budget	111 %	74 %	100 %	94 %	100 %	83 %	100 %	98 %
Dépenses en personnel	34 398	16 608	17 461	18 074	18 679	19 880	142 831	267 931
Dépenses en activités	36 782	6 604	25 458	21 538	20 011	22 926	66 867	200 186
<b>Dépenses totales</b>	<b>71 180</b>	<b>23 212</b>	<b>42 919</b>	<b>39 612</b>	<b>38 690</b>	<b>42 806</b>	<b>209 698</b>	<b>468 117</b>
Dépenses en % du budget approuvé	100 %	76 %	96 %	88 %	90 %	79 %	87 %	88 %
Dépenses en % des fonds disponibles	90 %	102 %	96 %	94 %	90 %	95 %	87 %	90 %
Dépenses en personnel par grand bureau	13 %	6 %	7 %	7 %	7 %	7 %	53 %	100 %

## **4.1 POLITIQUES, STRATÉGIES ET PLANS DE SANTÉ NATIONAUX**

### **RÉALISATION 4.1 TOUS LES PAYS DISPOSENT DE POLITIQUES, STRATÉGIES ET PLANS DE SANTÉ NATIONAUX COMPLETS ACTUALISÉS AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES**

#### **Processus participatifs de planification et d'évaluation pour l'élaboration des politiques de santé**

D'après les données rassemblées dans les pays avancés et les pays en développement, la collaboration avec les particuliers, les familles, les communautés, les organisations de la société civile, les parlementaires et les médias peut avoir un effet positif sur les connaissances en santé, le vécu des patients, l'utilisation des services, le coût des soins et les résultats sanitaires. L'une des interventions les plus efficaces est la prise de décisions en commun, suivie par des bilans multipartites.

#### **Le dialogue sociétal en Tunisie : l'OMS soutient la participation de la population à l'élaboration des politiques de santé**

En décembre 2010, la Tunisie a fait les gros titres lorsqu'un mouvement populaire s'est levé dans le pays. Les politiques engagées depuis lors se sont attachées à enrayer le chômage et la corruption, à améliorer les conditions de vie et à permettre aux citoyens de s'exprimer.

Dans ce contexte et compte tenu des changements survenus dans la société tunisienne, une complète réorientation du secteur de la santé s'imposait à bref délai. Une consultation étendue de la population était indispensable pour connaître le point de vue, les besoins et les difficultés quotidiennes des Tunisiens. Un programme baptisé « dialogue sociétal » a été mis sur pied en 2012 avec l'appui technique de l'OMS, dans le cadre du partenariat Union européenne/Luxembourg-OMS pour la couverture sanitaire universelle, l'accent étant mis sur le terme « sociétal » pour souligner combien il était important que tous les acteurs de la société prennent part au processus de réforme. Il était clair alors que la faisabilité et l'acceptabilité des réformes dans le contexte politique et social du moment dépendaient beaucoup de la participation populaire. La consultation de la population tunisienne a par conséquent été organisée dans le double objectif de connaître l'opinion des gens et de leur offrir la possibilité de s'exprimer comme ils n'avaient jamais pu le faire auparavant.

Inédits dans l'histoire du pays, des « rendez-vous de la santé » ont été organisés dans chaque gouvernorat pour recenser les principaux problèmes du secteur de la santé et mettre en lumière les valeurs et les conceptions sur lesquelles devrait se fonder la réforme. Parallèlement, des groupes de discussion ont été organisés pour les populations vulnérables dans différentes parties du pays. Des analyses de la littérature scientifique et des études techniques sont ensuite venues compléter ces rendez-vous citoyens et groupes de discussion. Plusieurs grands axes nécessitant une réforme de toute urgence ont commencé à se faire jour. L'étape suivante a consisté à tirer au sort une centaine de personnes dans chaque gouvernorat pour former des « jurys citoyens » pour la santé. Ces jurys ont été chargés de se prononcer sur des questions précises tournant autour des thèmes suivants :

- solidarité et mécanismes de financement du système de santé ;
- services de santé de proximité, coordination et intégration des soins ;
- promotion de la santé et culture en matière de santé ;
- confiance et redynamisation du secteur de la santé.

Ces consultations populaires ont reçu un accueil extrêmement favorable. Leur grand succès a conduit le Gouvernement à recommander expressément la méthode à d'autres secteurs comme ceux de l'éducation et des services sociaux. De plus, ces consultations ont aidé les groupes de citoyens à se concentrer sur les questions essentielles et à renforcer leurs propres capacités.

---

#### *Consultation de la population en Tunisie : quelques chiffres*

- **96 personnes tirées au sort pour former les « jurys citoyens » dans 24 gouvernorats ;**
  - **120 heures d'enregistrement audio et vidéo témoignant des préoccupations des citoyens ;**
  - **3424 citoyens ayant participé aux rendez-vous de la santé ;**
  - **20 556 kilomètres parcourus par les animateurs des consultations populaires.**
-

Les différents types de consultation organisés ont abouti à un « livre blanc », tout premier diagnostic vraiment complet du secteur de la santé. Il a servi de base au plan de santé national devant couvrir les cinq prochaines années, qui est actuellement en cours d'examen et de parachèvement.

La consultation de la population est un des meilleurs moyens de connaître ses besoins et ses attentes et d'amener les communautés à participer activement au processus de planification. Tous les grands acteurs doivent être consultés, y compris les médias et les parlementaires ainsi que les organisations de la société civile et organisations non gouvernementales. Une consultation organisée pendant le cycle de planification de la santé peut rendre compte des demandes de la population et de ses opinions sur les questions de santé et, de cette façon, contribuer à améliorer la planification et à mieux adapter le système de santé aux besoins et aux attentes des gens.

Les consultations du type de celle qui a eu lieu en Tunisie renseignent donc sur les besoins de la population tout en renforçant son adhésion aux politiques qui seront adoptées par la suite. De même, elles contribuent à la responsabilisation et à la transparence. Les consultations peuvent aussi aider à rallier un soutien en faveur des mécanismes de suivi et d'évaluation normalement prévus dans une stratégie ou un plan de santé national. À long terme, des consultations organisées à intervalles réguliers selon des méthodes rigoureuses peuvent servir de point de départ pour mettre en place des processus de participation institutionnalisés (bilans annuels conjoints du secteur de la santé, par exemple).

La Tunisie est peut-être unique à certains égards, mais il existe d'autres exemples où l'OMS a soutenu des processus analogues. Ainsi, en République de Moldova, au titre du partenariat Union européenne/Luxembourg-OMS pour la couverture sanitaire universelle, un tout premier forum national de la santé s'est tenu en 2012, rassemblant un vaste ensemble de parties prenantes qui ne s'étaient jamais réunies auparavant. Au Togo, l'OMS a fourni une aide déterminante au Ministère de la santé pour réaliser une analyse de la situation plus approfondie, plus participative et plus clairement pilotée par les parties prenantes que les années précédentes, laquelle a débouché sur un plan de santé national pour 2012-2015.

Beaucoup d'autres exemples montrent l'importance des organisations de la société civile à cet égard. La « Coalition 15 % » par exemple, réseau de 18 organisations de la société civile créé en 2009, actif au Cameroun et en Guinée-Bissau et qui devrait bientôt s'implanter au Bénin, au Congo et en République démocratique du Congo, a fait campagne pour que l'engagement de 15 % pris dans la Déclaration d'Abuja (consacrer 15 % des dépenses publiques à la santé) soit honoré. Parmi ses nombreuses activités, la coalition cartographie les dépenses publiques et les contributions des donateurs et plaide pour une augmentation des budgets de la santé. Elle mobilise aussi autour de la Journée de la couverture sanitaire universelle, profitant de cet événement pour informer les citoyens sur l'accès aux soins de santé et la protection financière et pour mieux faire connaître le droit à la santé.

Actuellement, l'OMS soutient plus de 70 pays pour ce qui est du dialogue sur la politique de santé, du financement de la santé et de la planification nationale en matière de santé, 27 de ces pays bénéficiant d'un plus vaste soutien au titre du partenariat Union européenne/Luxembourg-OMS. L'objectif, compte tenu de la forte demande et des bons résultats obtenus, est de fournir un soutien accru à un plus grand nombre de pays.

Les exemples donnés plus haut illustrent le travail accompli dans le secteur de programme « politiques, stratégies et plans de santé nationaux ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
4.1.1	Plaidoyer et dialogue politique pour seconder les pays dans l'élaboration de politiques, stratégies et plans de santé nationaux complets	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.1.2	Capacité des pays d'élaborer et d'appliquer des cadres législatifs, réglementaires et financiers, renforcée par la production et l'utilisation de données factuelles, de normes et de critères, et par un système solide de suivi et d'évaluation	✓	!	✓	✓	!	✓	✓

## Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	15 200	14 500	12 600	17 600	11 100	15 400	39 300	125 700
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	7 094	4 833	9 739	5 528	4 960	8 786	6 910	47 850
Contributions volontaires à objet désigné	18 053	1 317	2 600	9 550	9 086	6 322	28 694	75 622
<b>Total</b>	<b>25 147</b>	<b>6 150</b>	<b>12 339</b>	<b>15 078</b>	<b>14 046</b>	<b>15 108</b>	<b>35 604</b>	<b>123 472</b>
Fonds disponibles en % du budget								
Fonds disponibles en % du budget	165 %	42 %	98 %	86 %	127 %	98 %	91 %	98 %
Dépenses en personnel								
Dépenses en personnel	7 039	4 441	7 029	6 928	4 830	8 413	19 522	58 202
Dépenses en activités	11 317	1 655	4 232	7 178	6 751	5 950	11 712	48 795
<b>Dépenses totales</b>	<b>18 356</b>	<b>6 096</b>	<b>11 261</b>	<b>14 106</b>	<b>11 581</b>	<b>14 363</b>	<b>31 234</b>	<b>106 997</b>
Dépenses en % du budget approuvé								
Dépenses en % du budget approuvé	121 %	42 %	89 %	80 %	104 %	93 %	79 %	85 %
Dépenses en % des fonds disponibles								
Dépenses en % des fonds disponibles	73 %	99 %	91 %	94 %	82 %	95 %	88 %	87 %
Dépenses en personnel par grand bureau								
Dépenses en personnel par grand bureau	12 %	8 %	12 %	12 %	8 %	14 %	34 %	100 %

## 4.2 SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

### RÉALISATION 4.2 MISE EN PLACE DES POLITIQUES, DU FINANCEMENT ET DES RESSOURCES HUMAINES NÉCESSAIRES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

#### Garantir l'accès universel aux agents de santé

Les agents de santé ont figuré au premier plan des reportages sur les questions de santé internationales en 2014-2015. Le magazine *Time* a choisi comme « personnalités de l'année » en 2014 les agents de santé luttant contre le virus Ebola et, à l'Assemblée de la Santé en mai 2015, de nombreux hommages ont été rendus aux 513 agents de santé qui ont succombé au virus. L'Assemblée de la Santé de 2015 a aussi rendu hommage aux agents de santé victimes de violences dans plus de 17 pays touchés par des conflits ou des troubles civils depuis janvier 2014.

Au Libéria, le renforcement des effectifs est une des grandes priorités du plan d'investissement pour des systèmes de santé résilients adopté par le Ministère de la santé pour la période 2015-2021, qui prévoit la création d'emplois et l'amélioration des conditions de travail pour favoriser le recrutement et la fidélisation des personnels de santé. Cette démarche part de l'idée que la reconstruction du système de santé suppose de remédier aux problèmes fondamentaux qui affectent les ressources humaines. Le principe selon lequel la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire mondiale passent par l'accès universel aux agents de santé est à la base même de l'approche que l'OMS suit depuis 10 ans en matière de personnels de santé. Cette politique a retenu l'attention et incité à élaborer des directives normatives et à rassembler des données factuelles sur les problématiques essentielles que sont le manque d'agents de santé, le recrutement et la fidélisation dans les zones rurales et éloignées, la formation des professionnels de la santé et la migration internationale des personnels de santé. Elle a permis de rassembler les différents acteurs du secteur de la santé au sein de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé et dans d'autres structures à des fins de cohérence, de dialogue et de collaboration.

L'adoption du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé en mai 2010 par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a marqué une étape importante : c'était la première fois en 30 ans que l'OMS se prévalait de son autorité constitutionnelle pour élaborer un code de la sorte. Le bilan du Code présenté en 2015 à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a montré que cet instrument restait d'actualité, mais que tous les acteurs devaient renforcer les moyens institutionnels existants pour bien l'appliquer et en tirer tout le parti possible. Malheureusement, le Code n'a guère fait évoluer le point de vue selon lequel les agents de santé sont une charge pour les finances publiques. Investir dans les personnels de santé et les stratégies pour l'emploi profite à l'économie, mais dans nombre de pays, ces investissements ont diminué et des restrictions ont été imposées à l'embauche malgré l'importance des besoins sanitaires et sociaux non satisfaits.

L'expérience l'a bien montré : continuer comme avant ne suffira pas. Les données factuelles réunies sous l'impulsion de la toute récente Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique<sup>1</sup> et la dynamique politique qu'elle a créée font clairement des personnels de santé une question de politique économique et internationale. Ce n'est pas une question à laquelle seuls les ministères de la santé doivent s'atteler, mais qui intéresse tout autant les chefs d'État et les ministres des finances, de l'éducation, des affaires étrangères et du travail. Le chômage concerne tous les pays. Étant donné la jeunesse de la population en Afrique, ce continent comptera plus de personnes en âge de travailler en 2045 que la Chine ou l'Inde ; dans les 34 pays de l'OCDE, quelque 42 millions de personnes étaient sans emploi en mai 2015, soit 10 millions de plus qu'avant la crise financière.<sup>2</sup> Le taux de chômage des jeunes dans l'Union européenne était au moins deux fois supérieur au taux de chômage global, avec plus de 4,4 millions de jeunes de moins de 25 ans sans emploi.<sup>3</sup> Pourtant, la plupart des emplois créés dans les pays de l'OCDE après la crise financière l'ont été dans le secteur des services, et l'emploi s'est davantage développé dans le secteur médico-social que dans d'autres, contribuant pour une part importante à la croissance économique mondiale (10,3 % du produit intérieur brut mondial). La moitié environ des nouveaux emplois créés dans le secteur privé aux États-Unis d'Amérique entre 2001 et 2012 l'ont été dans le secteur de la santé. Dans l'Union européenne, le secteur médico-social emploie 20 millions de personnes (10 % de la population active totale). Le personnel de santé est principalement féminin et de plus en plus féminisé dans beaucoup de pays. La croissance de l'emploi dans le domaine de la santé offre donc aux femmes de nouvelles possibilités d'avoir un travail décent. Les liens entre la baisse du chômage, une plus grande cohésion sociale et une plus grande stabilité étant évidents, peut-on attendre de l'emploi dans le secteur médico-social un triple bénéfice alliant travail décent, sécurité sanitaire mondiale et meilleure santé ?

D'après les prévisions de la Banque mondiale, l'économie mondiale devrait générer une demande de 40 millions d'emplois supplémentaires dans le secteur de la santé, principalement dans les pays à revenu intermédiaire ou élevé. Par contraste, les déséquilibres et les pénuries s'aggravent dans les pays à revenu faible ou de la tranche intermédiaire inférieure et entravent la mise en place de la couverture sanitaire universelle. Un schéma directeur et des investissements dans l'emploi en santé pourraient-ils accélérer la réalisation des objectifs de développement durable en améliorant la santé et la sécurité sanitaire mondiale, en constituant un capital humain compétent, en créant des emplois de qualité et en contribuant à résorber la pauvreté ?

En créant la Commission, l'ONU a ouvert la voie à un débat et à des propositions d'intervention qui dépassent les limites d'un programme d'action sanitaire classique et qui définissent un nouveau programme que l'OIT, l'OCDE et l'OMS sont convenues de soutenir ensemble. Le nouveau programme pour les personnels de santé reflète les ambitions interdépendantes des objectifs de développement durable. Les activités de l'OMS en 2016-2017 – regroupées dans la nouvelle stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé soumise à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé – tiennent compte des corrélations entre les personnels de santé et les questions plus générales de croissance économique partagée, de lutte contre le chômage, de multiplication des possibilités de travail décent, de droits de l'homme, de protection sociale et de main-d'œuvre qualifiée. Le nouveau programme de l'OMS pour l'emploi et le travail décent dans le domaine de la santé veut amorcer le changement de modèle nécessaire pour concevoir et appliquer des solutions grâce auxquelles combler les inégalités croissantes observées parmi les personnels de santé et orienter les marchés de façon à exploiter les possibilités d'emploi en santé pour atteindre les objectifs de développement durable.

---

<sup>1</sup> Pour plus d'informations sur la Commission, voir <http://www.who.int/hrh/com-heeg/fr/> (consulté le 6 avril 2016).

<sup>2</sup> Scarpette S. Editorial: Time is running out to help workers move up the jobs ladder. Dans : OECD Economic Outlook 2015. Paris, OECD Publishing, 2015 ([http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/oecd-employment-outlook-2015\\_empl\\_outlook-2015-en#page13](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/oecd-employment-outlook-2015_empl_outlook-2015-en#page13), consulté le 6 avril 2016).

<sup>3</sup> Unemployment statistics. Dans : Eurostat statistics explained [website]. Luxembourg, European Commission (Eurostat), 2016 ([http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment_statistics), consulté le 6 avril 2016).

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « services de santé intégrés centrés sur la personne ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
4.2.1	Options de politique générale, outils et appui technique fournis aux pays pour la prestation de services intégrés, équitables et centrés sur la personne et pour le renforcement des approches en matière de santé publique	X	s.o.	✓	✓	!	✓	!
4.2.2	Capacité donnée aux pays de planifier et d'appliquer des stratégies conformes à la stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé et au Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé	✓	!	✓	✓	!	✓	✓
4.2.3	Lignes directrices, outils et appui technique fournis aux pays pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des services et pour autonomiser les patients	!	✓	✓	!	✓	✓	✓

#### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	30 000	6 000	22 300	11 700	15 400	23 900	42 200	151 500
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	13 193	7 066	11 710	6 655	9 376	8 401	12 571	68 972
Contributions volontaires à objet désigné	12 058	561	7 187	7 205	3 244	5 411	16 049	51 715
<b>Total</b>	<b>25 251</b>	<b>7 627</b>	<b>18 897</b>	<b>13 860</b>	<b>12 620</b>	<b>13 812</b>	<b>28 620</b>	<b>120 687</b>
Fonds disponibles en % du budget	84 %	127 %	85 %	118 %	82 %	58 %	68 %	80 %
Dépenses en personnel	15 245	5 800	5 417	4 252	5 390	5 219	19 606	60 929
Dépenses en activités	11 100	2 058	13 705	8 408	6 784	7 955	8 429	58 439
<b>Dépenses totales</b>	<b>26 345</b>	<b>7 858</b>	<b>19 122</b>	<b>12 660</b>	<b>12 174</b>	<b>13 174</b>	<b>28 035</b>	<b>119 368</b>
Dépenses en % du budget approuvé	88 %	131 %	86 %	108 %	79 %	55 %	66 %	79 %
Dépenses en % des fonds disponibles	104 %	103 %	101 %	91 %	96 %	95 %	98 %	99 %
Dépenses en personnel par grand bureau	25 %	10 %	9 %	7 %	9 %	9 %	32 %	100 %

### **4.3 ACCÈS AUX MÉDICAMENTS ET AUX TECHNOLOGIES SANITAIRES ET RENFORCEMENT DES MOYENS RÉGLEMENTAIRES**

#### **RÉALISATION 4.3 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS À DES MÉDICAMENTS ET À DES TECHNOLOGIES SANITAIRES SÛRS, EFFICACES ET DE QUALITÉ, ET UTILISATION PLUS RATIONNELLE DE CES MÉDICAMENTS ET TECHNOLOGIES**

##### **Renforcer le principe de médicaments essentiels moyennant un prix équitable**

Depuis une quinzaine d'année, la société civile milite pour un plus large accès aux médicaments dans les pays en développement en invoquant le concept de médicaments essentiels mis au point par l'OMS – un ensemble de médicaments qui doivent être de qualité garantie, d'un coût abordable et disponibles à tout moment dans le système de santé pour faire face aux problèmes de santé d'une population donnée. Habituellement, l'accès aux médicaments essentiels est vu sous l'angle de la dualité riche/pauvre et les slogans dénoncent le fait que les médicaments sont mis au point et leur prix fixé pour les marchés riches, et que la recherche-développement pharmaceutique privilégie très souvent les maladies les plus répandues dans les régions aisées.

Aujourd'hui, un nouveau dilemme se pose. Le prix des médicaments de dernière génération contre l'hépatite C, qui atteint US \$1000 par comprimé pour certains, a suscité des débats passionnés dans les pays développés comme dans les pays en développement car il est économiquement impossible de les fournir durablement à tous ceux qui en ont besoin. Le coût des nouveaux médicaments anticancéreux a contraint certains services de santé nationaux, au Royaume-Uni par exemple, à exclure certains médicaments de la liste des produits remboursés par la sécurité sociale ou à rationner les traitements. La question de savoir quels sont les groupes prioritaires a donné lieu à des débats épineux sur l'éthique et a mobilisé les parlementaires, les partisans de l'accès à ces produits et les médias.

Comme cela s'était passé il y a 15 ans avec l'inclusion d'antirétroviraux sous brevet à la liste des médicaments essentiels, l'OMS a inscrit en mai 2015 tous les nouveaux médicaments contre l'hépatite C et six nouveaux traitements anticancéreux d'un prix élevé sur la liste modèle des médicaments essentiels

À l'occasion de cette décision historique, le Directeur général de l'OMS a déclaré : « Lorsque de nouveaux médicaments efficaces apparaissent pour traiter des maladies graves et répandues en toute sécurité, il est fondamental de garantir que toutes les personnes ayant besoin de ces médicaments puissent les obtenir. Le fait de les inscrire sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS est un premier pas dans cette direction ». <sup>1</sup> Le message était clair : l'innovation et les avancées en santé publique devraient être accessibles à tous et il appartient désormais aux pouvoirs publics, aux régimes d'assurance et aux fabricants de rendre les médicaments accessibles.

Les fabricants de ces médicaments font valoir que le coût de la recherche-développement à haut risque financier et surtout l'intérêt de ces produits pour la santé justifient leur prix. Mais peu d'éléments valident le coût invoqué de la recherche-développement et une grande part de la recherche initiale pour la mise au point de médicaments est effectuée par des organismes financés par l'État.

Un prix abordable est l'un des nombreux déterminants de l'accès aux médicaments. Mais il devient évident que le niveau actuel des prix est l'un des plus gros problèmes auxquels les systèmes de santé du monde entier sont confrontés aujourd'hui, quel que soit le revenu des pays.

À l'autre extrémité se pose le problème des pénuries de médicaments et des ruptures de stocks de produits tombés dans le domaine public. Les fabricants de génériques ne sont guère incités à garantir la qualité de médicaments vendus à très bas prix. Il existe plusieurs produits – benzathine-pénicilline, médicaments déjà anciens contre le sida ou encore sérum antivenin – dont les fabricants quittent le marché ou dont la qualité a beaucoup baissé.

---

<sup>1</sup> L'OMS améliore l'accès aux médicaments d'importance vitale contre l'hépatite C, la tuberculose pharmacorésistante et les cancers (communiqué de presse). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 8 mai 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/new-essential-medicines-list/fr/>, consulté le 4 avril 2016).

Face à ces problèmes concomitants, le débat sur le prix des médicaments ne se limite plus à la sphère commerciale et s'étend à l'action de santé publique désormais nécessaire. Le principe d'équité est au cœur du débat. Qu'est-ce qu'un profit équitable pour une société commerciale fondée sur la recherche-développement et quel est le prix équitable que doit payer le système de santé pour progresser vers la couverture sanitaire universelle ?

Parallèlement aux nouveaux efforts qu'elle entreprend pour faire valoir la liste des médicaments essentiels comme une solution performante, l'OMS a monté une initiative de prix équitables pour aider les pays à élaborer des politiques efficaces en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle. Une série d'états des lieux est prévue tout au long de 2016, avec pour point d'orgue un forum ouvert à tous les principaux groupes concernés par la mise au point, l'achat et la consommation de médicaments. Le but est de dégager les options et les stratégies les plus prometteuses pour réduire le coût des nouveaux médicaments tout en veillant à ce qu'il reste suffisamment d'incitations à la recherche et à l'innovation, et à ce que les médicaments génériques ne disparaissent pas du marché.

L'OMS a pour mission de résoudre le problème que constitue le prix des médicaments pour la santé publique. De par son pouvoir fédérateur qui lui permet de rassembler tous les acteurs de la santé publique, aussi bien nationaux qu'internationaux, elle offre une structure mondiale unique pour y parvenir.

Dans le Programme pour le développement durable à l'horizon 2030, l'objectif général en matière de santé est de permettre à tous de vivre en bonne santé et de faire en sorte que, grâce à la couverture sanitaire universelle, tout un chacun, où qu'il se trouve, puisse accéder financièrement aux services de santé dont il a besoin. La revue *The Lancet* a récemment souligné que les médicaments essentiels étaient déterminants pour instaurer la couverture sanitaire universelle dans les pays, et que l'accès à ces produits serait un objectif majeur du programme de développement pour l'après-2015.<sup>1</sup> Le moment est venu de recommander aux responsables de l'action sanitaire internationale de participer plus largement au dialogue politique sur le prix des médicaments et de chercher des solutions réalistes pour améliorer l'accès aux médicaments en les rendant plus abordables économiquement.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
4.3.1	Capacité donnée aux pays d'élaborer ou d'actualiser, de mettre en œuvre, de suivre et d'évaluer des politiques nationales visant à améliorer l'accès aux technologies sanitaires, ainsi qu'à en renforcer la sélection fondée sur des données factuelles et l'utilisation rationnelle	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
4.3.2	Mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle	!	✓	✓	✓	s.o.	✓	!
4.3.3	Aide fournie pour renforcer les autorités nationales de réglementation ; mise au point de normes, critères et lignes directrices pour les produits médicaux ; et qualité, sécurité et efficacité des technologies sanitaires garanties par la préqualification	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

<sup>1</sup> A new Lancet Commission on Essential Medicines. *The Lancet*. 2014, 384(9955):1642. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62017-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62017-1).

**Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)**

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	11 600	5 700	4 700	7 000	7 300	8 900	100 300	145 500
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	3 817	2 834	5 933	1 944	4 651	3 419	13 227	35 825
Contributions volontaires à objet désigné	9 298	611	1 394	1 763	2 437	4 096	98 854	119 201
<b>Total</b>	<b>13 115</b>	<b>3 445</b>	<b>7 327</b>	<b>3 707</b>	<b>7 088</b>	<b>7 515</b>	<b>112 081</b>	<b>155 026</b>
Fonds disponibles en % du budget	113 %	60 %	156 %	53 %	97 %	84 %	112 %	107 %
Dépenses en personnel	5 522	2 520	2 608	1 817	3 655	3 432	66 184	85 738
Dépenses en activités	6 466	1 023	4 167	1 850	2 681	3 843	36 163	56 193
<b>Dépenses totales</b>	<b>11 988</b>	<b>3 543</b>	<b>6 775</b>	<b>3 667</b>	<b>6 336</b>	<b>7 275</b>	<b>102 347</b>	<b>141 931</b>
Dépenses en % du budget approuvé	103 %	62 %	144 %	52 %	87 %	82 %	102 %	98 %
Dépenses en % des fonds disponibles	91 %	103 %	92 %	99 %	89 %	97 %	91 %	92 %
Dépenses en personnel par grand bureau	6 %	3 %	3 %	2 %	4 %	4 %	77 %	100 %

#### 4.4 INFORMATIONS ET DONNÉES FACTUELLES SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ

##### RÉALISATION 4.4 TOUS LES PAYS SONT DOTÉS DE SYSTÈMES D'ENREGISTREMENT DES DONNÉES D'ÉTAT CIVIL ET DE STATISTIQUES D'ÉTAT CIVIL QUI FONCTIONNENT CORRECTEMENT

##### Rationaliser le suivi : une liste mondiale de référence répertoriant 100 indicateurs sanitaires

Jusqu'à une date récente, certains pays devaient communiquer des chiffres pour plus de 800 indicateurs sanitaires parce que les investissements consentis par de nombreux organismes internationaux dans les programmes de suivi et d'évaluation pour des maladies ou des programmes définis n'étaient pas coordonnés. De ce fait, il y a pléthore d'indicateurs, leur définition varie, la fréquence de notification aussi, la collecte de données est morcelée et les initiatives de renforcement de la capacité institutionnelle nationale ne sont pas coordonnées. Résultat : une charge inutile pour les pays et un manque d'efficacité du travail de renforcement des systèmes d'information sanitaire des pays.

Lors d'une réunion informelle tenue à New York (États-Unis d'Amérique) en septembre 2013, les dirigeants d'organismes mondiaux œuvrant pour la santé ont décidé de créer un groupe de points focaux haut placés dans ces institutions pour recenser les principaux rapports que chacune d'entre elles exige des pays, dans le but d'alléger la tâche que constitue la notification. Le Directeur général de l'OMS a présidé le groupe de travail interinstitutions sur les indicateurs et la charge de la notification, qui a procédé à une évaluation rapide de la charge que représentent les indicateurs et les rapports exigés. Dans son rapport d'évaluation,<sup>1</sup> le groupe de travail analyse la situation au niveau mondial et au niveau des pays.

<sup>1</sup> *A rapid assessment of the burden of indicators and reporting requirements for health monitoring*. Report prepared for the Interagency Working Group on Indicators and Reporting Burden by the WHO Department of Health Statistics and Information Systems. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.

L'une des mesures prioritaires préconisées par le groupe de travail est que les organismes internationaux harmonisent et rentabilisent leurs investissements en rationalisant leurs exigences en matière de notification, allégeant ainsi la charge que représente l'établissement de rapports pour les pays. Dans ce but, l'OMS a collaboré avec des partenaires internationaux et multilatéraux et avec les pays pour convenir d'une liste de 100 indicateurs sanitaires. L'idée est que tous les organismes considèrent ces indicateurs comme prioritaires pour suivre les évolutions aux niveaux mondial et national, pour déterminer si un appui aux programmes est nécessaire et pour inciter à débloquer des ressources et des financements. La liste s'inspire de celles recommandées jusqu'ici par les organes directeurs d'organisations et d'instances internationales, par des initiatives mondiales et régionales, et des groupes et programmes techniques de référence.

Cette collaboration intensive entre 20 organismes mondiaux œuvrant pour la santé a débouché sur la Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base pour le suivi des résultats. Il s'agit d'un ensemble standard de 100 indicateurs jugés prioritaires par la communauté mondiale pour fournir des informations concises sur la situation et les tendances sanitaires, y compris l'action menée aux niveaux national et mondial. La Liste comprend des indicateurs utiles pour rendre compte de la situation aux niveaux national, régional et mondial concernant l'ensemble des priorités sanitaires mondiales définies dans les cibles des objectifs de développement durable relatives à la santé. Elles englobent les objectifs du Millénaire pour le développement et de nouvelles priorités comme les maladies non transmissibles, la couverture sanitaire universelle et d'autres axes du programme de développement pour l'après-2015.

**La Liste mondiale de référence a été établie dans le but** d'alléger la tâche que constitue la notification, de faciliter l'harmonisation avec un système de suivi des résultats dirigé par les pays qui serve de base à la notification d'informations au niveau mondial, et d'encourager à investir dans ce système.<sup>1</sup> La Liste mondiale de référence tend à la rationalisation et incite les parties prenantes à ne tenir compte que des indicateurs les plus importants et les plus déterminants.

**La Liste mondiale de référence** est un moyen et non une fin en soi. Les principaux objectifs sont les suivants :

- guider le suivi des résultats sanitaires aux niveaux national et mondial ;
- réduire le nombre de rapports exigés et ceux faisant double emploi ;
- rentabiliser les investissements consentis dans la collecte de données dans les pays ;
- améliorer la disponibilité et la qualité des données sur les résultats ; et
- une plus grande transparence et une plus grande responsabilisation.

Lors d'une réunion organisée le 24 septembre 2015, les dirigeants des organismes mondiaux œuvrant pour la santé se sont entendus sur une déclaration qui place la Liste mondiale de référence dans un contexte plus général. Depuis lors, la Liste a été utilisée pour concevoir le cadre de suivi de différentes stratégies et plans d'action mondiaux dans plusieurs pays.

La Liste sera actualisée par le dispositif de collaboration sur les données (Health Data Collaborative), initiative multipartite qui sera mise sur les rails en mai 2016 et administrée par un petit secrétariat à l'OMS et du personnel dans plusieurs autres organismes des Nations Unies, organismes bilatéraux et coalitions de la société civile. Le but de cette initiative est de rendre plus efficaces et plus efficaces les investissements consacrés aux données sanitaires pour renforcer les systèmes d'information sanitaire dirigés par les pays, dans le cadre des objectifs de développement durable.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « Informations et données factuelles sur les systèmes de santé ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

---

<sup>1</sup> Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales. Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

(✓) Pleinement réalisés ( ) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) Sans objet								
Produits	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	
4.4.1 Suivi d'ensemble de la situation, des tendances et des déterminants de la santé aux niveaux mondial, régional et national, au moyen de normes mondiales, et rôle directeur dans la production de nouvelles données et dans l'analyse des priorités sanitaires	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
4.4.2 Capacité donnée aux pays de planifier, d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de cybersanté	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.4.3 Mise au point de politiques, d'outils, de réseaux et de ressources de gestion des connaissances, pleinement exploités par l'OMS et par les pays pour renforcer la capacité de produire, d'échanger et d'appliquer des connaissances	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.4.4 Fourniture d'options de politique générale, d'outils et d'un appui pour définir et promouvoir les priorités de la recherche et pour traiter les questions d'éthique prioritaires concernant la santé publique et la recherche pour la santé	✓	✓	✓	✓	✓		!	!

#### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	14 500	4 500	5 300	8 500	9 200	6 000	60 400	108 400
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	5 735	4 982	5 033	8 596	6 943	3 394	31 008	65 691
Contributions volontaires à objet désigné	9 857	622	1 285	895	2 091	5 303	34 995	55 048
<b>Total</b>	<b>15 592</b>	<b>5 604</b>	<b>6 318</b>	<b>9 491</b>	<b>9 034</b>	<b>8 697</b>	<b>66 003</b>	<b>120 739</b>
Fonds disponibles en % du budget	108 %	125 %	119 %	112 %	98 %	145 %	109 %	111 %
Dépenses en personnel	6 592	3 847	2 407	5 077	4 804	2 816	37 519	63 062
Dépenses en activités	7 899	1 868	3 354	4 102	3 795	5 178	10 563	36 759
<b>Dépenses totales</b>	<b>14 491</b>	<b>5 715</b>	<b>5 761</b>	<b>9 179</b>	<b>8 599</b>	<b>7 994</b>	<b>48 082</b>	<b>99 821</b>
Dépenses en % du budget approuvé	100 %	127 %	109 %	108 %	93 %	133 %	80 %	92 %
Dépenses en % des fonds disponibles	93 %	102 %	91 %	97 %	95 %	92 %	73 %	83 %
Dépenses en personnel par grand bureau	10 %	6 %	4 %	8 %	8 %	4 %	59 %	100 %

## Catégorie 5

# PRÉPARATION, SURVEILLANCE ET INTERVENTION



Cette catégorie met l'accent sur le renforcement des capacités des pays en matière de prévention, de préparation, d'intervention et de relèvement pour tous les types de risques et de situations d'urgence menaçant la santé humaine.

En 2014-2015, le nombre de crises sanitaires a été sans précédent, l'OMS étant tenue de répondre simultanément à de multiples flambées de maladies et à d'autres situations d'urgence. La flambée de maladie à virus Ebola a été la plus importante et la plus complexe des flambées de maladie dues à ce virus depuis sa découverte.

La flambée de maladie à virus Ebola, ainsi que d'autres flambées de maladie et catastrophes naturelles, telles que le typhon Haiyan, ont clairement montré que les méthodes de prise en charge des situations d'urgence ne sont pas efficaces si elles sont fragmentées et à courte vue. Une approche coordonnée ciblant de multiples risques et incluant des éléments essentiels tels qu'une meilleure prévention, la réduction des risques liés aux situations d'urgence, la préparation, la surveillance, l'intervention et le relèvement rapide, constitue un moyen plus efficace de relever ce type de défis.

Le Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030 vise à réduire de manière significative les risques et les pertes par des mesures intégrées et multisectorielles. L'OMS s'est fait le champion de l'intégration de la santé dans le Cadre d'action de Sendai. Le Cadre met la santé au cœur de la politique et de l'action mondiale visant à réduire les risques de catastrophe, adopte une approche englobant tous les risques, et sa portée s'étend aux épidémies et aux pandémies. Dans cette optique, l'OMS a travaillé avec les États Membres et les autres parties prenantes à la mise au point d'un cadre d'action pour la gestion sanitaire des risques de catastrophe et des situations d'urgence, qui est destiné à servir de stratégie globale quel que soit le type de risque.

L'OMS doit être en mesure de jouer un rôle de leader dans de multiples secteurs dans les situations d'urgence de santé publique de grande ampleur et doit disposer de systèmes et de structures internes permettant de soutenir les efforts déployés de manière efficace et économique.

La réforme de l'action d'urgence de l'OMS tiendra compte des enseignements tirés au cours de l'exercice 2014-2015 ainsi que des recommandations issues du rapport du Groupe de haut niveau du Secrétaire général des Nations Unies sur l'action mondiale face aux crises sanitaires.<sup>1</sup>

## RÉCAPITULATIF FINANCIER D'ENSEMBLE POUR LA CATÉGORIE 5, 2014–2015 (EN MILLIERS DE US \$)

### BASE

#### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	55 500	16 200	16 600	13 700	17 200	29 400	138 400	287 000
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	23 284	7 420	7 690	5 417	11 641	7 110	49 354	111 916
Contributions volontaires à objet désigné	28 415	3 928	11 187	9 147	23 112	18 867	72 732	167 399
<b>Total</b>	<b>51 699</b>	<b>11 348</b>	<b>18 877</b>	<b>14 564</b>	<b>34 753</b>	<b>25 977</b>	<b>122 086</b>	<b>279 315</b>
Fonds disponibles en % du budget	93 %	70 %	114 %	106 %	202 %	88 %	88 %	97 %
Dépenses en personnel	22 647	5 569	8 908	7 509	17 651	10 978	86 929	160 191
Dépenses en activités	25 874	5 385	8 709	6 547	16 576	14 166	28 279	105 536
<b>Dépenses totales</b>	<b>48 521</b>	<b>10 954</b>	<b>17 617</b>	<b>14 056</b>	<b>34 227</b>	<b>25 144</b>	<b>115 208</b>	<b>265 727</b>
Dépenses en % du budget approuvé	87 %	68 %	106 %	103 %	199 %	86 %	83 %	93 %
Dépenses en % des fonds disponibles	94 %	97 %	93 %	97 %	98 %	97 %	94 %	95 %
Dépenses en personnel par grand bureau	14 %	3 %	6 %	5 %	11 %	7 %	54 %	100 %

### SITUATIONS D'URGENCE

#### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	447 500	11 100	74 800	9 000	291 300	6 900	87 300	927 900
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	9 157	16	2 480	31	3 830	170	21 434	37 118
Contributions volontaires à objet désigné	926 883	8 120	92 619	20 877	524 029	27 867	273 195	1 906 413
<b>Total</b>	<b>936 040</b>	<b>8 136</b>	<b>95 099</b>	<b>20 908</b>	<b>527 859</b>	<b>28 037</b>	<b>294 629</b>	<b>1 943 531</b>
Fonds disponibles en % du budget	209 %	73 %	127 %	232 %	181 %	406 %	337 %	209 %
Dépenses en personnel	140 196	782	5 048	3 764	43 193	2 824	59 305	255 112
Dépenses en activités	699 669	6 753	77 667	13 521	429 833	23 955	189 653	1 441 051
<b>Dépenses totales</b>	<b>839 865</b>	<b>7 535</b>	<b>82 715</b>	<b>17 285</b>	<b>473 026</b>	<b>26 779</b>	<b>248 958</b>	<b>1 696 163</b>
Dépenses en % des fonds disponibles	90 %	93 %	87 %	83 %	90 %	96 %	84 %	87 %
Dépenses en personnel par grand bureau	55 %	0 %	2 %	1 %	17 %	1 %	23 %	100 %

<sup>1</sup> Voir le document A/70/723 de l'Assemblée générale des Nations Unies (disponible à l'adresse [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/70/723](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723), consulté le 14 avril 2016).

## **5.1 CAPACITÉS D'ALERTE ET D'INTERVENTION**

### **RÉALISATION 5.1. TOUS LES PAYS ONT, POUR L'ENSEMBLE DES RISQUES, LES PRINCIPALES CAPACITÉS D'ALERTE ET D'INTERVENTION REQUISES À TITRE MINIMUM PAR LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)**

#### **Renforcer les compétences pour parvenir à la sécurité sanitaire**

S'appuyant sur les acquis du cours de mise en œuvre (2010-2012) du Règlement sanitaire international (2005), élaboré pour faciliter la compréhension et l'application du Règlement par le personnel de l'OMS et les points focaux dans les pays, l'OMS a mis au point une approche globale de la formation et du développement des ressources humaines dans le domaine de la sécurité sanitaire dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005), visant à la fois les niveaux individuel et institutionnel. Cette approche a pour objectif d'accroître le nombre de professionnels partageant une approche commune de l'interprétation et de l'application du cadre ; de soutenir les pays afin d'institutionnaliser la formation sur le Règlement sanitaire international (2005) ; et de faciliter l'adaptation des programmes et des activités en fonction de leurs contextes nationaux respectifs.

La plateforme de formation à la sécurité sanitaire, un environnement d'apprentissage virtuel, a été conçue pour aider les États Membres à former les générations futures de responsables et de professionnels de la santé publique. Elle permet aux États Membres de concevoir et de planifier des activités d'apprentissage sur les questions de sécurité sanitaire, en utilisant et en adoptant les méthodes et matériels offerts par l'intermédiaire de la plateforme, en fonction des situations et des besoins nationaux. Plusieurs modules d'apprentissage et de formation sont disponibles, dont un module de formation destiné aux équipes nationales d'intervention rapide qui a été essentiel pour la préparation aux flambées épidémiques.

En septembre 2014, pour soutenir la riposte à la flambée de maladie à virus Ebola, et la collaboration avec les équipes techniques pertinentes, l'équipe de formation de l'OMS a encore élargi la portée de ses activités et élaboré des formations complètes spécifiques pour la maladie à virus Ebola, dispensées en face à face ou en ligne, allant de la sécurité professionnelle avant le déploiement, à la lutte contre l'infection, et à la prise en charge des cas de maladie à virus Ebola dans les ports et aéroports.

En 2015, pour renforcer son appui à la préparation à la maladie à virus Ebola et aux autres flambées majeures dans les États Membres, l'équipe chargée du développement et de la formation des ressources humaines à l'OMS a mis au point une formation complète destinée aux équipes nationales d'intervention rapide, composée d'outils et de ressources de formation sous forme de modules permettant aux institutions de formation pertinentes dans les Régions et les États Membres de l'OMS d'organiser, de mener et d'évaluer un cours de formation de huit jours, adapté aux besoins spécifiques des pays.

La formation destinée aux équipes d'intervention rapide vise à renforcer les capacités et compétences de ces équipes multidisciplinaires et de leurs membres pris individuellement afin d'améliorer la détection précoce des événements de santé publique, la maîtrise de ces événements et la riposte face à ceux-ci dans le cadre d'un système de gestion coordonnée des événements. Outre les compétences techniques, le cours de formation contribue à la coordination nationale des ripostes aux situations d'urgence et vise à renforcer la cohésion des équipes. Un forum permettant une formation continue une fois le cours achevé a également été créé.

Ces activités se poursuivront en 2016 sous la forme de cours de formation de formateurs et, en collaboration avec les partenaires, de l'éventuelle élaboration d'un cadre de compétences pour les équipes d'intervention rapide.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « capacités d'alerte et d'intervention », témoignant de la contribution du Secrétariat à l'une des six priorités de leadership du douzième programme général de travail, à savoir veiller à ce que tous les pays puissent satisfaire aux prescriptions en matière de capacités prévues par le Règlement sanitaire international (2005).

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

(✓) Pleinement réalisés (⚠) Partiellement réalisés (✗) Non réalisés (s.o.) Sans objet								
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
5.1.1	Les pays ont acquis les principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005)	✓	✓	⚠	⚠	⚠	✓	⚠
5.1.2	L'OMS est en mesure de fournir en temps voulu et sur la base de données factuelles des recommandations d'ordre général, une évaluation des risques, un service de gestion de l'information et de communication pour toutes les urgences de santé publique aiguës	✓	⚠	✓	✓	⚠	✓	⚠

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014–2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	8 400	6 300	6 000	7 500	5 000	15 100	49 700	98 000
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	5 248	2 051	3 371	1 575	2 800	2 828	18 716	36 589
Contributions volontaires à objet désigné	4 587	0	4 427	3 788	5 747	9 775	21 492	49 816
<b>Total</b>	<b>9 835</b>	<b>2 051</b>	<b>7 798</b>	<b>5 363</b>	<b>8 547</b>	<b>12 603</b>	<b>40 208</b>	<b>86 405</b>
Fonds disponibles en % du budget	117 %	33 %	130 %	72 %	171 %	83 %	81 %	88 %
Dépenses en personnel	3 156	1 612	4 059	2 677	2 224	5 395	29 214	48 337
Dépenses en activités	5 884	469	2 865	2 496	5 223	7 128	7 793	31 858
<b>Dépenses totales</b>	<b>9 040</b>	<b>2 081</b>	<b>6 924</b>	<b>5 173</b>	<b>7 447</b>	<b>12 523</b>	<b>37 007</b>	<b>80 195</b>
Dépenses en % du budget approuvé	108 %	33 %	115 %	69 %	149 %	83 %	74 %	82 %
Dépenses en % des fonds disponibles	92 %	101 %	89 %	96 %	87 %	99 %	92 %	93 %
Dépenses en personnel par grand bureau	7 %	3 %	8 %	6 %	5 %	11 %	60 %	100 %

## 5.2 MALADIES À TENDANCE ÉPIDÉMIQUE ET PANDÉMIQUE

### RÉALISATION 5.2. TOUS LES PAYS ONT AMÉLIORÉ LEUR CAPACITÉ DE RENFORCER LEUR RÉSILIENCE ET D'ACQUÉRIR UNE PRÉPARATION APPROPRIÉE AFIN D'INTERVENIR DE FAÇON RAPIDE, PRÉVISIBLE ET EFFICACE EN CAS D'ÉPIDÉMIE OU DE PANDÉMIE DE GRANDE AMPLIEUR

#### Lutte contre le choléra

Le choléra est un problème de santé publique majeur dans de nombreux pays confrontés à la pauvreté, à une croissance rapide de la population et à l'instabilité. Les flambées sont dévastatrices et touchent les populations vulnérables qui n'ont pas accès, ou un accès limité, à l'eau potable et à l'assainissement.

Bien que la maladie puisse être évitée et traitée, on continue à compter entre 1,4 et 4,3 millions de cas de choléra chaque année dans le monde, et entre 28 000 et 142 000 décès imputables à la maladie, selon les estimations. Nombreux sont les cas qui ne sont pas signalés. En 2014, 190 549 cas de choléra et 2231 décès ont été rapportés par 42 pays, 55 % de ces cas étant signalés en Afrique, 30 % en Asie et 15 % en République dominicaine et en Haïti.

Conformément au budget programme 2014-2015, dans le cadre du secteur de programme 5.2 relatif aux maladies à tendance épidémique et pandémique, des approches complètes et multidisciplinaires ont été mises en place et des mécanismes établis au niveau mondial pour s'attaquer à la dimension internationale du choléra, aux trois niveaux de l'Organisation, afin de parvenir sur une période de six ans au produit suivant : « Tous les pays ont amélioré leur capacité de renforcer leur résilience et d'acquérir une préparation appropriée afin d'intervenir de façon rapide, prévisible et efficace en cas d'épidémie ou de pandémie de grande ampleur » et à l'impact de la catégorie 5 libellé comme suit : « Prévention des décès, pathologies et incapacités imputables aux situations d'urgence ».

Pour résoudre ce problème récurrent, l'OMS a adopté deux stratégies majeures, en faisant participer et en mobilisant les communautés internationales afin d'obtenir des fonds et un soutien, et en introduisant de nouveaux outils de prévention et de lutte, sans toutefois abandonner les interventions multisectorielles globales ni les stratégies de lutte.

Le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra a été réactivé avec succès en 2014 ; il réunit plus de 30 partenaires parmi lesquels des organismes des Nations Unies, des organisations non gouvernementales, et des établissements universitaires et de recherche. Une coordination efficace du réseau a été mise au point, et le partenariat mondial a été renforcé par la tenue d'une deuxième réunion en 2015, et la création de six groupes de travail visant à intégrer l'ensemble des activités de prévention et de lutte contre la maladie, telles que la surveillance épidémiologique et en laboratoire, les soins aux patients, la vaccination, la formation, la mobilisation sociale, la sensibilisation, et l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

Les interventions mises en place, incluant la constitution et la gestion d'un stock de vaccin anticholérique oral, ainsi qu'un soutien et des opérations dans les pays, permettent de sauver des vies. Des campagnes de vaccination et des interventions préventives judicieusement ciblées ont été mises en œuvre pour réduire la charge du choléra qui pèse sur les populations dans les zones à haut risque et au cours des crises humanitaires et des flambées de la maladie. Depuis sa création en juillet 2013, le stock de vaccin anticholérique oral a été déployé pour 21 campagnes de vaccination de masse, permettant d'atteindre près de 3,5 millions de personnes au cours du seul exercice 2014-2015, dans 11 pays (Cameroun, Éthiopie, Guinée, Haïti, Iraq, Malawi, Mozambique, Népal, République-Unie de Tanzanie, Soudan et Soudan du Sud).

Dans le cadre du secteur de programme 5.2, « maladies à tendance épidémique et pandémique », l'OMS veille à ce que la détermination et l'innovation dans le domaine de la prévention, de l'épidémiologie, de la vaccinologie et des produits diagnostiques liés à la maladie soient durables, que l'accès aux vaccins s'améliore et que la coordination des efforts de lutte soit renforcée par l'intermédiaire du groupe spécial mondial de lutte contre le choléra, l'ensemble de ces éléments étant essentiels pour de réels progrès à la fois dans les situations d'endémie et d'épidémie.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « maladies à tendance épidémique et pandémique ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
5.2.1	Les pays ont acquis la capacité d'élaborer et de mettre en œuvre des plans opérationnels, conformément aux recommandations de l'OMS sur le renforcement de la résilience et de la préparation au niveau national, portant sur la grippe pandémique et les maladies épidémiques et émergentes	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
5.2.2	Des conseils d'experts sont disponibles et un soutien aux systèmes est en place pour la lutte contre les maladies, la prévention, le traitement et la surveillance, l'évaluation des risques et la communication sur les risques	✓	!	✓	!	✓	✓	✓

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014–2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	4 800	3 800	3 800	1 400	3 500	8 000	43 200	68 500
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	3 057	2 644	1 144	1 075	3 854	1 657	13 267	26 698
Contributions volontaires à objet désigné	5 310	757	3 886	4 307	5 140	7 777	26 324	53 501
<b>Total</b>	<b>8 367</b>	<b>3 401</b>	<b>5 030</b>	<b>5 382</b>	<b>8 994</b>	<b>9 434</b>	<b>39 591</b>	<b>80 199</b>
Fonds disponibles en % du budget	174 %	90 %	132 %	384 %	257 %	118 %	92 %	117 %
Dépenses en personnel	5 697	1 925	1 474	2 440	3 182	4 161	26 157	45 036
Dépenses en activités	4 759	1 176	3 040	2 673	4 773	4 618	10 540	31 579
<b>Dépenses totales</b>	<b>10 456</b>	<b>3 101</b>	<b>4 514</b>	<b>5 113</b>	<b>7 955</b>	<b>8 779</b>	<b>36 697</b>	<b>76 615</b>
Dépenses en % du budget approuvé	218 %	82 %	119 %	365 %	227 %	110 %	85 %	112 %
Dépenses en % des fonds disponibles	125 %	91 %	90 %	95 %	88 %	93 %	93 %	96 %
Dépenses en personnel par grand bureau	13 %	4 %	3 %	5 %	7 %	9 %	58 %	100 %

## 5.3 GESTION DES CRISES ET DES RISQUES ASSOCIÉS AUX URGENCES

### RÉALISATION 5.3. LES PAYS ONT LA CAPACITÉ DE GÉRER LES RISQUES DE SANTÉ PUBLIQUE ASSOCIÉS AUX URGENCES

#### L'initiative pour la sécurité des hôpitaux

Les établissements de santé, et en particulier les hôpitaux, sont des biens essentiels, à la fois au quotidien et plus particulièrement pour faire face aux situations d'urgence, aux catastrophes et aux autres situations de crise. Cependant, dans les situations d'urgence, les hôpitaux subissent fréquemment de lourds dégâts et les agents de santé figurent souvent parmi les principales victimes, le résultat étant l'impossibilité de fournir des services de santé aux communautés touchées lorsque celles-ci en ont le plus besoin.

Pour garantir que les services de santé les plus essentiels sont disponibles dans ces moments où l'on en a le plus besoin, l'OMS a mis en œuvre, en collaboration avec ses partenaires aux niveaux local, national et mondial, l'initiative pour la sécurité des hôpitaux. Cette initiative a pour objectif de protéger la vie et la santé des populations lors des situations d'urgence et des catastrophes.

Le cadre global pour la sécurité des hôpitaux (Comprehensive Safe Hospitals Framework) a été élaboré et publié par l'OMS en collaboration avec d'autres partenaires pour fournir une approche systématique du renforcement de la sécurité et de la préparation des hôpitaux et des établissements de santé pour tous les types de dangers. Un indice mondial de sécurité hospitalière, inspiré de l'indice de sécurité hospitalière mis au point par l'OMS/OPS, a été conçu et appliqué sur le terrain, pour permettre aux pays d'évaluer leurs hôpitaux et leur résilience face à différents types de risque.

Plus de 77 pays ont utilisé l'indice de sécurité hospitalière pour évaluer plus de 3500 hôpitaux. Au cours des deux dernières années, de nouveaux pays ont commencé à utiliser cet instrument, parmi lesquels les Îles Salomon, le Japon et la République islamique d'Iran. La portée des activités liées à la sécurité des hôpitaux s'est élargie pour s'aligner sur des programmes apparentés tels que ceux ayant trait au changement climatique et à la santé environnementale. Dans les Caraïbes, cela s'est traduit par le concept des hôpitaux intelligents (Smart Hospital) qui réunit à la fois les notions de sécurité et de respect de l'environnement. Ce concept est désormais étendu aux États insulaires de la Région du Pacifique occidental et à certains pays de la Région de l'Asie du Sud-Est. Dans le cadre de cette initiative, de

nombreux pays ont rénové leurs hôpitaux et veillé à ce que les nouveaux établissements soient construits dans le respect des normes reconnues. Des mesures veillant à garantir le caractère fonctionnel des établissements de santé moyennant des cours de formation, la constitution de stocks des fournitures essentielles, le réseautage avec les mécanismes de coordination nationaux et internationaux pour la riposte aux catastrophes ont notamment été adoptées. Une campagne internationale en faveur de la sécurité hospitalière a suscité une large attention de la part des pays et s'est traduite par l'adoption de plusieurs résolutions aux niveaux régional et mondial.

Faire en sorte que les hôpitaux soient sûrs et résilients est une démarche qui demande des efforts de la part des partenaires traditionnels du secteur de la santé mais aussi des autres partenaires, qu'il s'agisse des architectes, des ingénieurs en structures, des électriciens et maçons, ou des agents de santé, responsables gouvernementaux et autres. La coordination avec les équipes médicales arrivantes est aussi un aspect essentiel de l'initiative.

L'impact de l'initiative pour la sécurité des hôpitaux a été constaté lors de plusieurs situations de catastrophe.

- Tremblement de terre dans l'État du Gujarat en 2001 : à la suite du tremblement de terre, l'État du Gujarat en Inde a reconstruit tous ses hôpitaux dans le respect des normes antisismiques avec le soutien technique de l'OMS.
- Tremblement de terre au Chili en 2010 : en mars 2010, un tremblement de terre de magnitude 9 sur l'échelle de Richter a frappé le Chili. Le Chili avait investi massivement pour que ses établissements de santé soient sûrs en cas de tremblement de terre. En conséquence, tous les hôpitaux sont restés opérationnels après le tremblement de terre et en mesure de dispenser des services de santé essentiels à la population touchée.
- Tremblements de terre au Népal en 2015 : Dans le cadre de la préparation à un tremblement de terre de grande ampleur, les principaux hôpitaux de la vallée de Katmandou avaient été rénovés avec le soutien technique et financier de l'OMS et des partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé. Ils ont tous résisté aux tremblements de terre de 2015 et été en mesure de dispenser après ceux-ci des soins indispensables.

Ces exemples témoignent du fait que le niveau approprié d'investissement de la part de tous les partenaires – OMS, autorités locales et nationales, partenaires internationaux et nationaux du secteur de la santé, et d'autres réseaux – a abouti à un programme qui a contribué à la réalisation de l'impact de la catégorie 5 « Prévention des décès, pathologies et incapacités imputables aux situations d'urgence », en garantissant la disponibilité des soins permettant de sauver des vies en cas de besoin.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « gestion des crises et des risques associés aux urgences ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

		(✓) Pleinement réalisés	(!) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
5.3.1	Les groupes de responsabilité sectorielle Santé ont été réformés au niveau mondial et au niveau des pays conformément au programme de transformation du Comité permanent interorganisations des Nations Unies	!	✓	✓	✓	✓	✓	!
5.3.2	La santé est un élément central des cadres multisectoriels mondiaux pour la gestion des risques associés aux urgences et aux catastrophes ; les capacités nationales de gestion de l'ensemble des risques sanitaires associés aux urgences et aux catastrophes sont renforcées	!	✓	✓	✓	✓	✓	!
5.3.3	La préparation institutionnelle en vue de mettre pleinement en œuvre le Cadre d'action d'urgence de l'OMS a été menée à bien	!	✓	✓	✓	!	✓	!
5.3.4	Dans tous les pays en situation d'urgence prolongée ciblés, un réseau d'agents qualifiés de l'OMS a élaboré et appliqué une stratégie et un plan d'action pour le secteur de la santé, et a fait rapport à leur sujet	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

**Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)**

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	37 700	3 200	6 000	3 400	7 300	4 000	26 400	88 000
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	13 563	2 038	2 928	2 051	3 354	1 431	9 855	35 220
Contributions volontaires à objet désigné	18 373	2 746	2 874	825	12 225	1 101	16 431	54 584
<b>Total</b>	<b>31 936</b>	<b>4 784</b>	<b>5 802</b>	<b>2 876</b>	<b>15 579</b>	<b>2 532</b>	<b>26 286</b>	<b>89 804</b>
Fonds disponibles en % du budget								
	85 %	150 %	97 %	85 %	213 %	63 %	100 %	102 %
Dépenses en personnel								
	13 709	1 902	3 279	1 864	11 114	1 057	22 673	55 598
Dépenses en activités								
	14 706	2 962	2 335	975	5 699	1 366	3 569	31 612
<b>Dépenses totales</b>	<b>28 415</b>	<b>4 864</b>	<b>5 614</b>	<b>2 839</b>	<b>16 813</b>	<b>2 423</b>	<b>26 242</b>	<b>87 210</b>
Dépenses en % du budget approuvé								
	75 %	152 %	94 %	84 %	230 %	61 %	99 %	99 %
Dépenses en % des fonds disponibles								
	89 %	102 %	97 %	99 %	108 %	96 %	100 %	97 %
Dépenses en personnel par grand bureau								
	25 %	3 %	6 %	3 %	20 %	2 %	41 %	100 %

**5.4 SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS****RÉALISATION 5.4. TOUS LES PAYS SONT BIEN PRÉPARÉS POUR PRÉVENIR ET ATTÉNUER LES RISQUES D'ORIGINE ALIMENTAIRE****Cinq clés pour des aliments plus sûrs – des messages simples**

Les maladies que les gens contractent en consommant des aliments contaminés sont une cause importante de morbidité, d'incapacité et de mortalité dans le monde, comme l'ont révélé les premières estimations jamais publiées par l'OMS, en décembre 2015, sur le fardeau que représentent les maladies d'origine alimentaire à l'échelle mondiale. Les populations de toutes les régions du monde sont touchées, et les enfants de moins de cinq ans comme les populations des zones à faible revenu d'autant plus durement. Les maladies d'origine alimentaire – en particulier celles qui sont causées par les bactéries, les virus, les parasites et les champignons – peuvent être évitées, et éduquer les populations à la manière de préparer et de stocker les aliments est une mesure de prévention essentielle.

Les Cinq clés pour des aliments plus sûrs ont initialement été imaginées en 2001 lorsque l'OMS a déterminé qu'il était nécessaire de faire passer des messages sanitaires simples à l'échelle mondiale afin de sensibiliser toutes les personnes qui manipulent des denrées alimentaires, notamment les consommateurs. Les pays ont immédiatement adopté les Cinq clés et, au cours des 15 dernières années, elles sont devenues une référence internationale incontournable. L'affiche des Cinq clés pour des aliments plus sûrs est désormais disponible en 90 langues.

En 2015, l'OMS a consacré sa manifestation phare – la Journée mondiale de la santé – à la sécurité sanitaire des aliments. Moyennant une campagne dont le slogan était : « Vos aliments sont-ils sûrs ? De la ferme à l'assiette, vous avez tous un rôle à jouer », l'OMS a appelé les gouvernements, le grand public et les acteurs des domaines de la santé humaine et animale, de l'agriculture, du commerce, de l'environnement et de l'éducation à unir leurs forces pour prévenir et combattre les maladies d'origine alimentaire. Outre le lancement de la campagne sur le plus grand marché de denrées alimentaires fraîches du monde, à proximité de Paris (France), de nombreuses manifestations en faveur de la sécurité sanitaire des aliments ont été organisées par les six bureaux régionaux de l'OMS et de nombreux bureaux de pays, et ont réuni des partenaires régionaux et nationaux. Les trois niveaux de

l'Organisation ont travaillé ensemble et avec des partenaires extérieurs, dont la FAO et l'OIE, pour diffuser les Cinq clés pour des aliments plus sûrs auprès du plus grand nombre de personnes possible dans le monde entier.

Pour compléter les matériels existants sur les Cinq clés, l'OMS a produit en 2015 un film d'animation éducatif pour expliquer les principes des Cinq clés au public, de neuf à 99 ans, sur un ton humoristique et accrocheur. Celui-ci a été plébiscité par les pays et est rapidement devenu l'une des vidéos les plus regardées sur le site YouTube de l'OMS. Il a été traduit dans plus de 12 langues dans les mois qui ont suivi. D'autres matériels – des tee-shirts, signets, aimants portant les messages transmis par les Cinq clés, et des illustrations tirées de la vidéo – ont aussi été conçus et adoptés par les pays et Régions. Le succès qu'ont remporté les Cinq clés et la Journée mondiale de la santé 2015 est en grande partie dû à la volonté des États Membres d'intégrer la sécurité sanitaire des aliments à l'action dans le domaine de la santé publique. Le grand nombre d'activités entreprises par les pays, allant des spots télévisuels aux démonstrations culinaires, montre l'impact et l'utilité d'un message sanitaire simple à l'échelle mondiale qui peut être facilement adopté et adapté aux contextes locaux.

L'OMS a également fait la promotion des Cinq clés en participant en 2015 à l'Expo 2015, exposition universelle tenue à Milan (Italie) dont le thème était l'alimentation. En collaboration avec le pavillon de la Suisse, l'OMS a organisé des ateliers au cours desquels les participants pouvaient apprendre à faire leur propre chocolat tout en apprenant et mettant en pratique les Cinq clés.

Au cours des 15 dernières années, moyennant des campagnes de formation et de promotion de la santé, les personnes qui manipulent les aliments et les consommateurs du monde entier ont appris comment protéger leur santé et celle de leurs familles et communautés. Parmi ces personnes figuraient sans doute des personnes, telles que les femmes des zones rurales, n'ayant pas d'autre accès possible à une éducation à la sécurité sanitaire des aliments, malgré leur rôle important dans la production d'aliments sains. Les pays ont désormais accès à tout un éventail d'outils, d'expériences et de solutions ayant fait leurs preuves pour intégrer de manière économique et efficace l'éducation à la sécurité sanitaire des aliments dans leurs programmes visant à réduire la charge mondiale de morbidité due aux maladies d'origine alimentaire.

Les Cinq clés pour des aliments plus sûrs ont d'ores et déjà contribué à la prévention des maladies d'origine alimentaire et méritent une plus large diffusion. Améliorer la sécurité sanitaire des aliments contribue à une meilleure santé des communautés et à la réalisation des objectifs de développement durable visant à réduire la mortalité de l'enfant et la pauvreté, à améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire, et à autonomiser les femmes. La participation soutenue des partenaires à la mise en œuvre des Cinq clés est indispensable pour réussir dans ces domaines et œuvrer pour le développement durable.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « sécurité sanitaire des aliments ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

		(✓) Pleinement réalisés (⚠) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) Sans objet						
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerrané e orientale	Pacifique occidental	Siège
5.4.1	Appui aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius dans le but d'élaborer et de permettre aux pays d'appliquer des normes, des lignes directrices et des recommandations en matière de sécurité sanitaire des aliments	✓	⚠	⚠	✓	✓	✓	⚠
5.4.2	Collaboration multisectorielle visant à réduire les risques pour la santé publique d'origine alimentaire, y compris ceux qui se présentent à l'interface homme-animal	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✓
5.4.3	Capacités nationales appropriées pour établir et maintenir des cadres réglementaires fondés sur les risques pour prévenir, surveiller, évaluer et maîtriser les maladies et les risques d'origine alimentaire et zoonotique	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✓

## Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	4 600	2 900	800	1 400	1 400	2 300	19 100	32 500
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	1 416	687	247	716	1 633	1 194	7 516	13 409
Contributions volontaires à objet désigné	145	425	0	227	0	214	8 485	9 498
<b>Total</b>	<b>1 561</b>	<b>1 112</b>	<b>247</b>	<b>943</b>	<b>1 633</b>	<b>1 408</b>	<b>16 001</b>	<b>22 907</b>
Fonds disponibles en % du budget	34 %	38 %	31 %	67 %	117 %	61 %	84 %	70 %
Dépenses en personnel	85	130	96	528	1 131	365	8 885	11 220
Dépenses en activités	525	778	469	403	881	1 054	6 377	10 487
<b>Dépenses totales</b>	<b>610</b>	<b>908</b>	<b>565</b>	<b>931</b>	<b>2 012</b>	<b>1 419</b>	<b>15 262</b>	<b>21 707</b>
Dépenses en % du budget approuvé	13 %	31 %	71 %	67 %	144 %	62 %	80 %	67 %
Dépenses en % des fonds disponibles	39 %	82 %	229 %	99 %	123 %	101 %	95 %	95 %
Dépenses en personnel par grand bureau	1 %	1 %	1 %	5 %	10 %	3 %	79 %	100 %

## 5.5 ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

### RÉALISATION 5.5. AUCUN CAS DE PARALYSIE DÛ À UN POLIOVIRUS SAUVAGE OU À UN POLIOVIRUS APPARENTÉ AU VIRUS VACCINAL DE TYPE 2 À L'ÉCHELLE MONDIALE

#### Poliomyélite – la phase finale

Le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale a été élaboré en réponse à la déclaration de l'Assemblée de la Santé de mai 2012, selon laquelle l'achèvement de l'éradication du poliovirus constituait une « urgence programmatique pour la santé publique mondiale ». Aujourd'hui, sur les trois souches de poliovirus sauvage – les types 1, 2 et 3 – seul le poliovirus sauvage de type 1 circule toujours, et il n'est plus endémique que dans deux pays.

Ces progrès impressionnants sur la voie de l'éradication complète de la poliomyélite peuvent en grande partie être attribués au vaccin antipoliomyélique oral – le vaccin le plus efficace de l'arsenal dont nous disposons aujourd'hui pour lutter contre le poliovirus sauvage. Toutefois, le vaccin antipoliomyélique oral étant fabriqué à partir de poliovirus vivants atténués (affaiblis), dans de très rares cas (environ 1 cas sur 2,7 millions de personnes vaccinées) il peut être à l'origine d'un cas de poliomyélite paralytique associée au vaccin. En outre, dans certaines conditions, une souche de poliovirus présente dans le vaccin antipoliomyélique oral peut se modifier et prendre une forme susceptible de causer une paralysie (poliovirus dérivé d'une souche vaccinale) chez l'être humain et a, dans ce cas, la capacité de circuler sur une durée prolongée. On parle alors de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale. Entre 2000 et 2016, le vaccin antipoliomyélique oral de type 2 a été responsable de 86 % des cas de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale et de plus de 40 cas de poliomyélite paralytique associée au vaccin. Même si le vaccin antipoliomyélique oral reste un outil essentiel dans le combat contre la poliomyélite, il est devenu de plus en plus manifeste qu'il est nécessaire de retirer la composante de type 2 du vaccin.

En septembre 2015, la Commission mondiale de certification a conclu que le poliovirus sauvage de type 2 avait été éradiqué, ouvrant ainsi la voie au retrait final du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2. L'ensemble des 155 pays et territoires qui utilisent toujours le vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 se sont engagés à cesser de l'utiliser de manière synchronisée à l'échelle mondiale en avril 2016. Dans le cadre de la préparation au retrait mondial du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, un soutien a été apporté pour permettre l'introduction d'une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les programmes de vaccination systématique de 126 des pays qui utilisaient uniquement le vaccin antipoliomyélitique oral dans le cadre de leurs programmes nationaux de vaccination systématique.

Le retrait du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 et l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé auront un impact sanitaire majeur en réduisant le nombre de cas de poliomyélite paralytique associée au vaccin et de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale, réduisant ainsi à la fois la morbidité et la mortalité.

En outre, moyennant l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les programmes de vaccination systématique et dans le cadre de la préparation au retrait mondial du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, les pays ont été en mesure de renforcer l'ensemble de leurs programmes de vaccination à l'échelle nationale. Les activités telles que les cours de recyclage, les visites de contrôle renforcées, de nouvelles cartes de vaccination et l'amélioration de la chaîne du froid ont toutes été entreprises à l'aide du financement fourni pour soutenir l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé et le retrait du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2.

À la fin de 2015, l'ensemble des 126 pays utilisant uniquement le vaccin antipoliomyélitique oral s'étaient engagés à introduire le vaccin antipoliomyélitique inactivé, et 80 pays – dont tous les pays à haut risque – avaient déjà procédé au retrait. Dans les pays restants, les retards pris dans l'introduction sont dus aux difficultés mondiales d'approvisionnement en vaccin antipoliomyélitique inactivé. Sur les 155 États Membres qui doivent retirer le vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, 140 avaient établi des plans de retrait du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, décrivant les étapes à suivre pour passer du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin bivalent dans les programmes de vaccination systématique et détruire les éventuels stocks restants de vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (c'est-à-dire ceux qui contiennent le vaccin antipoliomyélitique oral de type 2).

En outre, le personnel financé au titre de la lutte contre la poliomyélite contribue au renforcement des systèmes de santé dans de nombreux pays. Des études menées en 2014 et 2015 ont montré que, dans 10 pays d'Afrique et d'Asie disposant d'importantes équipes de personnel financé par les fonds destinés à la lutte contre la poliomyélite, ce personnel consacrait en moyenne 46 % de son temps au soutien aux activités de vaccination systématique (c'est-à-dire à l'introduction de nouveaux vaccins, aux journées consacrées à la santé de l'enfant, aux campagnes contre la rougeole, etc.) et 8 % supplémentaires au soutien du système de santé au sens large (c'est-à-dire à d'autres interventions humanitaires, aux initiatives pour la santé maternelle, etc.).

On a pu constater clairement l'impact de ces contributions lors de la riposte à la flambée de maladie à virus Ebola menée au Nigéria en 2014. Le centre d'opérations d'urgence multipartite du Nigéria, établi pour coordonner les activités d'éradication de la poliomyélite, a été en mesure de s'adapter à cette nouvelle urgence et de coordonner la riposte à la maladie à virus Ebola. Le personnel de terrain financé au titre de la lutte contre la poliomyélite a joué un rôle essentiel dans les investigations sur les cas et les activités de surveillance, un rôle auquel ils étaient formés grâce à leur travail pour l'éradication de la poliomyélite. Il a largement été reconnu que le personnel formé disponible comme l'infrastructure existante avaient joué un rôle essentiel en freinant la propagation d'Ebola et en réduisant au minimum le nombre de vies perdues au Nigéria.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « Éradication de la poliomyélite » et démontre qu'un personnel ayant une formation adéquate dans les disciplines sanitaires essentielles, telles que la surveillance, peut rapidement être redéployé en cas de crise aiguë pour lutter contre une nouvelle maladie.

Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

		(✓) Pleinement réalisés	( ) Partiellement réalisés	(X) Non réalisés	(s.o.) Sans objet			
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
5.5.1	Soutien direct en vue d'atteindre, dans les zones touchées et les zones à haut risque, les taux d'immunité de la population requis	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓
5.5.2	Consensus international sur le retrait du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 des programmes de vaccination systématique dans l'ensemble du monde	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.5.3	Mise en place de processus de gestion du risque poliomyélitique à long terme, y compris le confinement de tous les poliovirus résiduels, et certification de l'éradication de la poliomyélite dans l'ensemble du monde	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.5.4	Élaboration d'un plan de préservation des acquis de la lutte contre la poliomyélite	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	408 200	3 500	69 600	4 000	140 100	1 900	73 100	700 400
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	7 547	0	263	31	18	32	10	7 901
Contributions volontaires à objet désigné	659 723	1 282	76 587	5 447	257 643	7 741	120 812	1 154 760
<b>Total</b>	<b>667 270</b>	<b>1 282</b>	<b>76 850</b>	<b>5 478</b>	<b>257 661</b>	<b>7 773</b>	<b>120 822</b>	<b>1 162 661</b>
Fonds disponibles en % du budget	163 %	37 %	110 %	137 %	184 %	409 %	165 %	166 %
Dépenses en personnel	134 433	171	4 443	1 636	24 874	1 020	30 703	197 280
Dépenses en activités	476 912	802	62 487	2 921	206 179	5 729	67 728	822 758
<b>Dépenses totales</b>	<b>611 345</b>	<b>973</b>	<b>66 930</b>	<b>4 557</b>	<b>231 053</b>	<b>6 749</b>	<b>98 431</b>	<b>1 020 038</b>
Dépenses en % des fonds disponibles	92 %	76 %	87 %	83 %	90 %	87 %	81 %	88 %
Dépenses en personnel par grand bureau	68 %	0 %	2 %	1 %	13 %	1 %	16 %	100 %

## **5.6 INTERVENTIONS EN CAS D'ÉPIDÉMIES OU DE CRISES**

### **RÉALISATION 5.6. TOUS LES PAYS FONT FACE DE MANIÈRE APPROPRIÉE AUX MENACES ET AUX URGENCES AYANT DES CONSÉQUENCES POUR LA SANTÉ PUBLIQUE**

#### **L'exercice 2014-2015 a été marqué par un nombre sans précédent de crises sanitaires**

En 2014-2015, l'OMS a dû faire face à un nombre sans précédent de crises sanitaires et à des demandes d'intervention pour de multiples flambées et situations d'urgence simultanées de grande ampleur. À l'origine de celles-ci, on trouve des maladies infectieuses telles que celles dues au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, aux virus de la grippe aviaire A(H5N1) et A(H7N9), le choléra, la fièvre jaune et la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest ; des catastrophes naturelles telles que le typhon Haiyan dans les Philippines et le tremblement de terre au Népal ; et des situations de conflit prolongées en Iraq, en République arabe syrienne, en République centrafricaine, au Soudan du Sud et au Yémen.

La flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (dont les premiers cas ont été notifiés en mars 2014), a été la plus importante et la plus complexe des flambées dues au virus Ebola depuis la découverte du virus en 1976. Le nombre de cas et de décès au cours de cette flambée a été supérieur à celui de toutes les autres réunies. Elle s'est propagée de pays en pays, en commençant par la Guinée, puis a traversé les frontières terrestres pour pénétrer en Sierra Leone et au Libéria, avant d'atteindre par voie aérienne (un voyageur) le Nigéria et les États-Unis d'Amérique (un voyageur), puis à nouveau par voie terrestre le Sénégal (un voyageur) et le Mali (deux voyageurs).

Dans les pays les plus durement touchés, la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone, les systèmes de santé sont très fragiles, les ressources humaines comme les infrastructures font défaut, et ces pays ne sont sortis que très récemment de longues périodes de conflit et d'instabilité. La flambée a été d'une telle gravité que le Directeur général de l'OMS a déclaré que la flambée en Afrique de l'Ouest constituait une urgence de santé publique de portée internationale au titre du Règlement sanitaire international (2005). À l'échelle mondiale, on a comptabilisé 28 639 cas de maladie à virus Ebola et 11 316 décès (au 13 mars 2016).

La flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest n'est que l'une des diverses épidémies survenues récemment ; parmi les autres figurent notamment quatre flambées majeures du syndrome respiratoire du Moyen-Orient en Arabie saoudite et en République de Corée, les pandémies de grippe H1N1 et H5N1, et les flambées de syndrome respiratoire aigu sévère. Toutes nous rappellent brutalement la menace que représentent pour l'humanité les maladies transmissibles émergentes, en particulier dans les situations vulnérables ou là où les ressources sont limitées.

Les répercussions au niveau mondial de la flambée de maladie à virus Ebola ont été telles que le Secrétaire général des Nations Unies a chargé un Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, présidé par M. Jakaya Mrisho Kikwete, ex-Président de la République-Unie de Tanzanie, de formuler des recommandations pour renforcer les systèmes nationaux et internationaux de santé afin de prévenir et de gérer efficacement de futures crises sanitaires en tenant compte des leçons tirées de la riposte face à l'épidémie d'Ebola.

En outre, du fait de l'ampleur de la tâche qui incombe à l'OMS pour répondre à toutes ces crises, une session extraordinaire de l'Assemblée de la Santé a été tenue en 2015, à la suite de laquelle le Directeur général a annoncé la création d'un groupe consultatif pour lui donner des orientations sur la question de la réforme de l'action d'urgence de l'OMS. Le processus de réforme a pour objectif de renforcer et consolider les moyens dont dispose l'Organisation pour riposter et se préparer à toutes sortes de crises qui ont des conséquences sur la santé des populations et qui perturbent la bonne marche des services de santé.

Au cours de l'année 2015, sur les conseils du Groupe consultatif établi par le Directeur général, un nouveau Groupe « Flambées épidémiques et urgences sanitaires » a été créé dans le but de concevoir, construire et mettre en œuvre un nouveau programme pour l'action de l'OMS dans les situations d'urgence, sur la base des recommandations alignées formulées par les groupes consultatifs. Les éléments clés de la réforme pour ce nouveau programme de l'OMS seront considérés comme prioritaires, notamment : la gestion des risques liés aux maladies infectieuses ; la préparation des États Membres ; l'évaluation des risques et la gestion de l'information ; les partenariats opérationnels et l'état de préparation ; et les opérations d'urgence.

Un soutien politique et financier approprié, durable, pour le nouveau programme de l'OMS sur les flambées épidémiques et aux urgences sanitaires est désormais indispensable pour qu'il puisse assumer ses fonctions essentielles, notamment : évaluer rapidement les risques sanitaires pour renseigner les États Membres et le grand public ; jouer un rôle directeur sur le plan technique et donner des conseils sur l'ensemble des questions de santé ; et maintenir une présence sur le terrain pour aider les États Membres à se préparer et à répondre à toutes les urgences sanitaires.

Le fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence est conçu pour permettre à l'OMS d'évaluer les risques et d'élargir rapidement la réponse initiale apportée aux flambées et situations d'urgence dans la période critique, de courte durée, qui précède l'élaboration des plans stratégiques et leur financement, lorsqu'aucun autre flux de trésorerie n'est disponible. En outre, l'OMS collabore avec la Banque mondiale sur le mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie, destiné à apporter un financement aux États Membres et à leurs partenaires pour faire face à une urgence sanitaire déclarée.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « Interventions en cas d'épidémies ou de crises ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par produit et par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

(✓) Pleinement réalisés ( ) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) Sans objet								
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
5.6.1.	Mise en œuvre du Cadre d'action d'urgence de l'OMS dans les situations d'urgence aiguës ayant des conséquences sur la santé publique	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	39 300	7 600	5 200	5 000	151 200	5 000	14 200	227 500
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	1 610	16	2 217	0	3 812	138	21 424	29 217
Contributions volontaires à objet désigné	267 160	6 838	16 032	15 430	266 386	20 126	152 383	751 653
<b>Total</b>	<b>268 770</b>	<b>6 854</b>	<b>18 249</b>	<b>15 430</b>	<b>270 198</b>	<b>20 264</b>	<b>173 807</b>	<b>780 870</b>
Fonds disponibles en % du budget	684 %	90 %	351 %	309 %	179 %	405 %	1224 %	343 %
Dépenses en personnel	5 763	611	605	2 128	18 319	1 804	28 602	57 832
Dépenses en activités	222 757	5 951	15 180	10 600	223 654	18 226	121 925	618 293
<b>Dépenses totales</b>	<b>228 520</b>	<b>6 562</b>	<b>15 785</b>	<b>12 728</b>	<b>241 973</b>	<b>20 030</b>	<b>150 527</b>	<b>676 125</b>
Dépenses en % des fonds disponibles	85 %	96 %	86 %	82 %	90 %	99 %	87 %	87 %
Dépenses en personnel par grand bureau	10 %	1 %	1 %	4 %	32 %	3 %	49 %	100 %

## Catégorie 6

# SERVICES INSTITUTIONNELS/FONCTIONS D'APPUI



Les services institutionnels et les fonctions d'appui tendent à assurer le leadership de l'Organisation et à fournir les ressources conjointes nécessaires au maintien de l'intégrité et du fonctionnement efficace de l'OMS.

Des progrès ont été accomplis au regard des trois principaux objectifs de la réforme de l'OMS lancée en 2011, à savoir : i) une plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale ; ii) de meilleurs résultats sanitaires ; et iii) une organisation qui vise l'excellence. En 2014-2015, la plupart des produits de la réforme de l'OMS sont passés au stade de la mise en œuvre et l'élaboration d'un cadre de suivi robuste a rendu possible de suivre l'impact de la réforme au fil du temps au moyen d'un système de mesure de la performance.

La période biennale était axée sur l'efficacité organisationnelle, l'accent étant mis en particulier sur la responsabilisation gestionnaire, la transparence et la gestion des risques.

Parmi les réalisations notables figure la mise en place d'une fonction d'évaluation indépendante placée sous l'autorité directe du Directeur général. Le système de justice interne a fait l'objet d'un examen approfondi et un plan de mise en œuvre a été convenu pour appliquer les recommandations qui en sont issues.

Pendant la période biennale, un énorme travail a été mené en matière de ressources humaines avec la mise en œuvre des trois piliers de la stratégie de ressources humaines résultant, entre autres, en l'adoption d'un cadre de mobilité géographique.

Avec la création du Bureau Conformité, gestion des risques et éthique (CRE), plusieurs initiatives renforçant la responsabilisation ont été conduites pendant la période biennale, comme la politique relative à la dénonciation d'abus et la politique et le cadre de gestion des risques de l'OMS.

Le processus de planification du budget programme 2016-2017 a été révisé pour renforcer le cycle de planification et de financement de l'Organisation en vue de fournir les produits de façon plus efficace et efficiente et d'illustrer leur contribution à l'amélioration des résultats sanitaires.

Beaucoup a été fait, mais pendant la dernière année de la période biennale, les activités dans ce domaine ont été marquées par l'épidémie de maladie à virus Ebola et l'initiative qui a suivi pour réformer les activités de l'OMS lors des flambées épidémiques et des situations d'urgence, d'où des retards dans certains domaines. Ainsi, certaines initiatives de réformes relative à la gestion de l'information, ou encore l'examen prévu des partenariats hébergés, ont notamment été reportés.

## RÉCAPITULATIF FINANCIER D'ENSEMBLE POUR LA CATÉGORIE 6, 2014–2015 (EN MILLIERS DE US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	154 000	48 400	57 200	63 100	80 600	51 300	368 400	823 000
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	131 516	34 172	49 437	49 062	60 994	44 565	263 993	633 739
Contributions volontaires à objet désigné	4 429	30	339	1 112	758	2 456	10 797	19 921
Prélèvements en rapport avec l'occupation des postes	23 026	4 098	5 820	9 393	9 025	7 125	76 178	134 665
<b>Total</b>	<b>158 971</b>	<b>38 300</b>	<b>55 596</b>	<b>59 567</b>	<b>70 777</b>	<b>54 146</b>	<b>350 968</b>	<b>788 325</b>
Fonds disponibles en % du budget								
	103 %	79 %	97 %	94 %	88 %	106 %	95 %	96 %
Dépenses en personnel								
Dépenses en personnel	107 296	18 827	32 336	43 864	47 142	35 809	238 399	523 673
Dépenses en activités	42 280	19 929	21 450	14 773	21 390	17 335	100 335	237 492
<b>Dépenses totales</b>	<b>149 576</b>	<b>38 756</b>	<b>53 786</b>	<b>58 637</b>	<b>68 532</b>	<b>53 144</b>	<b>338 734</b>	<b>761 165</b>
Dépenses en % du budget approuvé								
	97 %	80 %	94 %	93 %	85 %	104 %	92 %	92 %
Dépenses en % des fonds disponibles								
	94 %	101 %	97 %	98 %	97 %	98 %	97 %	97 %
Dépenses en personnel par grand bureau								
	20 %	4 %	6 %	8 %	9 %	7 %	46 %	100 %

## 6.1 LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

### RÉALISATION 6.1 UNE PLUS GRANDE COHÉRENCE DE L'ACTION SANITAIRE MONDIALE, L'OMS JOUANT UN RÔLE DE CHEF DE FILE PERMETTANT AUX NOMBREUX ACTEURS DIFFÉRENTS DE CONTRIBUER ACTIVEMENT ET EFFICACEMENT À LA SANTÉ DE TOUS LES PEUPLES

Les efforts de leadership et de gouvernance déployés par l'OMS en vue de s'acquitter de son mandat constitutionnel, qui est d'agir en tant qu'autorité directrice et coordinatrice pour les questions internationales de santé, ont été particulièrement évidents pour les activités menées en 2014-2015 dans les domaines ci-dessous.

Face à l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, l'OMS a mis sur pied la plus vaste opération d'urgence de son histoire. Plus de 1000 membres du personnel ont été déployés sur plus de 60 sites dans les trois pays les plus touchés, la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone. Au total, l'OMS a affecté plus de 2200 experts techniques dans l'ensemble des pays d'Afrique de l'Ouest ayant connu une transmission active du virus Ebola, dont plus de 950 experts issus de partenaires de Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie. En outre, l'OMS a produit plus de 50 documents d'orientation techniques couvrant un vaste éventail de sujets de santé publique et de questions cliniques.

L'OMS a également facilité l'étude et l'examen de nombreux vaccins, médicaments, thérapies et outils diagnostiques pour le dépistage et le traitement de la maladie à virus Ebola. Des procédures d'examen accélérées ont permis de rendre rapidement disponibles plusieurs de ces produits diagnostiques et vaccins.

L'OMS a apporté un soutien à chacun des trois pays touchés pour l'élaboration de plans nationaux de relèvement et de résilience définissant des stratégies pour relancer en toute sécurité les services de santé essentiels et les fonctions du système de santé à plus long terme.

Les événements récents ont montré qu'il fallait réformer la capacité de l'OMS de répondre aux urgences sanitaires dans le cadre d'un système international renforcé pour la sécurité sanitaire mondiale et l'intervention en cas de catastrophe. Parmi les initiatives de réforme figure la création d'un nouveau programme OMS sur les flambées épidémiques et les urgences sanitaires, fondé sur une structure organisationnelle associant les trois niveaux de l'OMS et doté d'une autorité claire pour faciliter une prise de décisions et une action rapides et transparentes. Des processus et des outils de gestion rationalisés ont également été mis en place pour faciliter une riposte rapide et efficace, notamment en matière de ressources humaines, de planification et de budget, de gestion des ressources financières et de logistique.

Il faut également intensifier le soutien apporté aux pays désireux de renforcer les principales capacités prioritaires du Règlement sanitaire international (2005), en tant que partie intégrante de systèmes de santé résilients (le but étant de pouvoir rapidement détecter les flambées épidémiques et les autres aléas et d'y répondre efficacement) et de fournir des soins de santé primaires centrés sur la personne.

Pour que la réforme soit efficace, un financement international adéquat pour les pandémies et les autres urgences sanitaires doit être disponible par l'intermédiaire de plusieurs canaux, notamment le fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence, qui fait partie du système de financement international. De même, un schéma directeur en matière de recherche et développement sera élaboré pour accélérer la mise au point des produits de santé et technologies sanitaires essentiels lors des situations d'urgence.

En 2014-2015, un travail important a été mené lors des négociations internationales pour garantir que les problématiques de santé soient dûment prises en compte dans la formulation des objectifs de développement durable. En partie grâce aux efforts de l'OMS, les cibles relatives à la santé figurent en bonne place dans les objectifs de développement durable, tandis que le fait que la couverture sanitaire universelle soit au cœur de toutes ces cibles est une réalisation majeure pour la communauté de la santé.

Tout en contribuant à la mise au point définitive des objectifs de développement durable pour 2030, l'OMS est intervenue rapidement pour préparer les pays à la mise en œuvre du programme au moyen de différentes activités : renforcement des capacités de l'OMS au niveau des pays, soutien aux pays pour intégrer l'objectif relatif à la santé et ses cibles aux programmes de développement nationaux et pour suivre les progrès accomplis dans ce domaine, et échanges avec les partenaires de la santé et du développement afin qu'ils harmonisent leurs efforts avec les cibles des objectifs de développement durable relatives à la santé.

En 2014-2015, l'accent a été porté sur le renforcement du rôle de chef de file et des capacités de l'OMS dans les pays, à l'appui des priorités de santé et de développement des États Membres.

Le guide sur les stratégies de coopération avec les pays a été révisé en collaboration avec les trois niveaux de l'Organisation, en tenant compte des priorités de leadership de l'OMS, et lancé dans le cadre d'ateliers d'orientation organisés dans les Régions. En conséquence, les stratégies de coopération avec les pays qui ont été élaborées ou actualisées en 2015 sont mieux ciblées et présentent des programmes stratégiques plus réalistes et davantage conformes aux priorités de santé nationales.

Les résultats issus de la Huitième Réunion mondiale des chefs de bureaux de l'OMS ont conforté l'OMS dans ses fonctions de leadership et de direction avisée, notamment pour la gestion et la coordination des travaux aux trois niveaux de l'Organisation.

Des efforts concertés ont été engagés dans les pays où l'OMS est présente afin d'entretenir des partenariats étroits avec les autorités sanitaires concernées, les autres secteurs gouvernementaux, les organismes des Nations Unies et les autres partenaires concernés, en vue d'atteindre les résultats sanitaires prioritaires.

En 2014-2015, les travaux se sont poursuivis pour améliorer les processus et mécanismes internes de gouvernance de l'OMS et également, sur le plan extérieur, pour collaborer avec les partenaires et les parties prenantes de l'OMS qui ont un impact sur la santé publique.

L'Assemblée de la Santé, le Conseil exécutif et ses comités, ainsi que les processus intergouvernementaux mandatés par eux, ont été gérés et administrés dans les langues officielles, notamment en diffusant la documentation requise et en assurant l'interprétation. La documentation en ligne et les retransmissions sur le Web des sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé ont été plus fréquemment consultées. De même, le nombre de séances d'information préparatoires à l'intention des missions a augmenté, un accès à distance par WebEx étant assuré pour les bureaux régionaux, les bureaux de pays et les capitales. Avec l'augmentation du nombre de points à l'ordre du jour des organes directeurs, le nombre de documents à établir a augmenté et certains d'eux ont été diffusés tardivement.

Les négociations avec les États Membres se poursuivent sur le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques. Le cadre général régit la collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques et en expose la raison d'être, les principes et les limites. Ce cadre aura des conséquences importantes sur les arrangements et mécanismes opérationnels que l'OMS emploiera pour collaborer avec ces acteurs afin d'améliorer les résultats de santé publique.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « leadership et gouvernance ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

(✓) Pleinement réalisés (!) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) sans objet								
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale	Siège
6.1.1	Leadership et gestion efficaces de l'OMS	✓	!	✓	✓	!	✓	✓
6.1.2	Collaboration efficace avec les autres parties prenantes en vue de bâtir un programme sanitaire commun correspondant aux priorités des États Membres	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.1.3	Une gouvernance renforcée de l'OMS avec une supervision efficace, et des ordres du jour efficaces et harmonisés pour les réunions des organes directeurs	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
6.1.4	Intégration de la réforme de l'OMS dans les activités de l'Organisation	!	✓	✓	✓	✓	✓	!

## Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	47 500	17 700	14 300	25 300	22 800	17 100	83 000	227 700
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	40 051	4 315	13 297	24 856	16 300	15 547	73 339	187 705
Contributions volontaires à objet désigné	2 710	0	106	605	602	1 183	6 836	12 042
Prélèvements en rapport avec l'occupation des postes	0	0	0	0	0	0	150	150
<b>Total</b>	<b>42 761</b>	<b>4 315</b>	<b>13 403</b>	<b>25 461</b>	<b>16 902</b>	<b>16 730</b>	<b>80 325</b>	<b>199 897</b>
Fonds disponibles en % du budget	90 %	24 %	94 %	101 %	74 %	98 %	97 %	88 %
Dépenses en personnel	33 995	3 288	10 399	22 353	15 399	14 305	64 112	163 851
Dépenses en activités	8 124	1 105	2 965	3 019	1 082	1 912	15 186	33 393
<b>Dépenses totales</b>	<b>42 119</b>	<b>4 393</b>	<b>13 364</b>	<b>25 372</b>	<b>16 481</b>	<b>16 217</b>	<b>79 298</b>	<b>197 244</b>
Dépenses en % du budget approuvé	89 %	25 %	93 %	100 %	72 %	95 %	96 %	87 %
Dépenses en % des fonds disponibles	98 %	102 %	100 %	100 %	98 %	97 %	99 %	99 %
Dépenses en personnel par grand bureau	21 %	2 %	6 %	14 %	9 %	9 %	39 %	100 %

## 6.2 TRANSPARENCE, RESPONSABILISATION ET GESTION DES RISQUES

### RÉALISATION 6.2 L'OMS AGIT DE FAÇON RESPONSABLE ET TRANSPARENTE ET DISPOSE D'UN CADRE DE GESTION DES RISQUES ET DE CADRES D'ÉVALUATION QUI FONCTIONNENT BIEN

L'efficacité de la responsabilisation gestionnaire, de la transparence et de la gestion des risques est l'une des grandes réalisations escomptées de la réforme de l'OMS et des progrès constants ont été accomplis dans ce domaine. Cependant, comme le Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance l'a noté, l'Organisation semble pénalisée par une culture de tolérance à l'égard du non-respect des règles. Pour répondre à cette critique, les activités destinées à améliorer la responsabilisation au fil de la période biennale ont été intensifiées, comme expliqué ci-dessous.

Pour assurer le respect global des règles, l'OMS a mis en place dans les Régions des fonctions spéciales ayant pour mandat de suivre les transactions et de surveiller et contrôler les bureaux régionaux et les bureaux de pays. Au titre du cadre de contrôle interne, tout au long de l'année 2015, l'Organisation a déployé des outils de gestion du contrôle interne, y compris une liste de contrôle pour l'évaluation et un guide du gestionnaire, afin de sensibiliser les gestionnaires à l'importance d'un environnement de contrôle adéquat dans leur centre budgétaire.

L'Organisation a mené son premier exercice de gestion des risques à tous les niveaux de l'Organisation, en suivant une méthodologie cohérente, et mis en place un registre consolidé de haut niveau à l'échelle de l'Organisation. L'objectif est de favoriser une prise de décisions éclairée et d'intégrer la gestion des risques à l'ensemble des processus opérationnels institutionnels.

Des progrès importants ont été accomplis pour élaborer des politiques, procédures et outils soutenant l'adoption de la politique OMS de gestion des risques institutionnels, laquelle complète la phase de détermination et de hiérarchisation des risques (de bas en haut) par une phase de transmission et de validation à l'échelon supérieur (de haut en bas). La politique de gestion des risques institutionnels facilite la détermination, la catégorisation, l'évaluation, la hiérarchisation, l'atténuation et le suivi des risques et contribue à promouvoir les normes organisationnelles les plus strictes pour une responsabilisation et une transparence accrues. Elle fournit à la haute administration des informations appropriées sur les risques et instaure un processus de notification efficace.

L'OMS a pris des mesures pour encourager le respect des valeurs éthiques essentielles : la politique relative à la dénonciation des abus et la protection contre les représailles a été élaborée et mise en place et, parallèlement, une ligne directe spéciale de dénonciation des abus, gérée de façon externe, est en train d'être établie en vue de recueillir les témoignages concernant les irrégularités et représailles.

L'OMS a élaboré et mis en œuvre une méthodologie d'examen de l'administration et de la gestion de programme dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience des bureaux de pays. Cinq examens de ce type ont été menés en Éthiopie, au Népal, en Indonésie, au Myanmar et en Ukraine.

Un examen externe de la qualité de la fonction de vérification intérieure des comptes à l'OMS a été effectué. Il en ressort qu'elle se situe au plus haut degré de « conformité générale » avec les normes reconnues promulguées par l'Institut des auditeurs internes. Les moyens à disposition des fonctions de vérification intérieure et d'enquête ont été encore renforcés en pourvoyant six postes vacants. Cependant, en raison de l'augmentation marquée des notifications d'irrégularités présumées pendant la même période, de nombreuses enquêtes nécessaires n'avaient pas encore été lancées fin 2015. Il faut aussi noter que, d'après le Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance, la mise en œuvre des recommandations en suspens issues des vérifications s'est continuellement améliorée, en particulier au niveau des bureaux de pays.

Suivant une démarche axée sur les risques, des missions de vérification intérieure ont été menées dans les bureaux de pays et dans les bureaux régionaux, ainsi que sur des domaines transversaux d'intérêt mondial, comme les modalités de la coopération financière directe. En conséquence de quoi, les conclusions relatives à l'efficacité opérationnelle des contrôles internes des bureaux de pays se sont légèrement améliorées sur la période biennale, les vérifications jugées « satisfaisantes » ou « partiellement satisfaisantes » passant de 70 % à 75 % entre 2014 et 2015. En revanche, les conclusions relatives à l'efficacité opérationnelle des contrôles internes étaient moins favorables pour les bureaux régionaux et les domaines transversaux de portée mondiale, les vérifications jugées « satisfaisantes » ou « partiellement satisfaisantes » ne représentant que 60 % et 50 % des missions de vérification en 2014 et 2015 respectivement.

Pour accélérer les progrès dans la mise en œuvre de la politique d'évaluation à l'échelle de l'Organisation et pour soutenir la poursuite du processus de réforme de l'OMS, un bureau d'évaluation indépendant a été créé en août 2014. Sur la base des leçons tirées dans l'ensemble du système des Nations Unies, un cadre pour le renforcement de l'évaluation et de l'apprentissage institutionnel à l'OMS a été élaboré et adopté.

Deux évaluations institutionnelles ont été lancées pendant la deuxième année de la période biennale : l'examen mené par le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, qui a présenté son rapport aux États Membres en juillet 2015, et l'évaluation de la présence de l'OMS dans les pays, dont le rapport sera disponible début 2016.

Les résultats de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola ont également éclairé plusieurs autres processus de suivi, comme ceux du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, du Comité d'examen sur Ebola du Règlement sanitaire international (2005) et du Groupe consultatif du Directeur général sur la réforme de l'action de l'OMS lors de flambées et de situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires et humanitaires.

L'évaluation complète de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle a été lancée en 2015 et sera achevée d'ici fin 2016.

Un appui technique et une assurance de la qualité ont été fournis pour les évaluations décentralisées. L'OMS a également participé à des évaluations conjointes des Nations Unies, contribué à cinq examens effectués en 2015 par le Corps commun d'inspection du système des Nations Unies (prévention de la fraude, vérification intérieure des comptes, services d'ombudsman, acceptation des recommandations issues des examens du Corps commun d'inspection et planification de la relève), et facilité l'exécution d'examens extérieurs indépendants de l'OMS mandatés par l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni en 2015.

Les rapports régulièrement établis sur la mise en œuvre des recommandations issues de l'évaluation et sur le suivi des réponses de la Direction figureront dans le rapport d'évaluation annuel présenté au Conseil exécutif, et pourront être consultés sur le site Web relatif à l'évaluation.

Le principal défi dans ce secteur de programme reste le renforcement de la culture organisationnelle en matière de responsabilisation.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme 6.2, « transparence, responsabilisation et gestion des risques ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

(✓) Pleinement réalisés (!) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) sans objet								
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
6.2.1	Responsabilisation assurée par le renforcement de la gestion et de l'évaluation du risque institutionnel à tous les niveaux de l'Organisation	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓
6.2.2	Mise en œuvre de la politique d'évaluation de l'OMS dans toute l'Organisation	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.2.3	Promotion d'un comportement éthique, d'une conduite décente et de l'équité, dans toute l'Organisation	!	!	✓	✓	✓	✓	✓

#### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	7 300	4 600	1 000	1 100	1 400	100	34 900	50 400
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	2 986	801	1 317	1 944	672	51	21 148	28 919
Contributions volontaires à objet désigné	0	0	63	0	0	0	219	282
Prélèvements en rapport avec l'occupation des postes	0	0	0	0	0	0	700	700
<b>Total</b>	<b>2 986</b>	<b>801</b>	<b>1 380</b>	<b>1 944</b>	<b>672</b>	<b>51</b>	<b>22 067</b>	<b>29 901</b>
Fonds disponibles en % du budget	41 %	17 %	138 %	177 %	48 %	51 %	63 %	59 %
Dépenses en personnel	2 095	661	910	1 946	829	23	19 758	26 222
Dépenses en activités	747	80	519	24	8	27	3 777	5 182
<b>Dépenses totales</b>	<b>2 842</b>	<b>741</b>	<b>1 429</b>	<b>1 970</b>	<b>837</b>	<b>50</b>	<b>23 535</b>	<b>31 404</b>
Dépenses en % du budget approuvé	39 %	16 %	143 %	179 %	60 %	50 %	67 %	62 %
Dépenses en % des fonds disponibles	95 %	93 %	104 %	101 %	125 %	98 %	107 %	105 %
Dépenses en personnel par grand bureau	8 %	3 %	3 %	7 %	3 %	0 %	75 %	100 %

## **6.3 PLANIFICATION STRATÉGIQUE, COORDINATION DES RESSOURCES ET ÉTABLISSEMENT DES RAPPORTS**

### **RÉALISATION 6.3 ALIGNEMENT DU FINANCEMENT ET DE L'ALLOCATION DES RESSOURCES SUR LES PRIORITÉS ET LES BESOINS SANITAIRES DES ÉTATS MEMBRES DANS UN CADRE DE GESTION AXÉ SUR LES RÉSULTATS**

Les réformes programmatiques et financières ont continué de renforcer le cycle de planification, de budgétisation et de financement de l'Organisation dans le sens d'une fourniture plus efficace et efficiente des produits voulus par les États Membres, et de contribuer à améliorer les résultats en matière de santé. Le budget programme 2014-2015 était un budget réaliste reposant sur une chaîne de résultats plus cohérente, définissant plus clairement les rôles et responsabilités de chacun des niveaux de l'Organisation, et confiant à chacun d'eux la responsabilité d'une série de prestations.

Des améliorations ont encore été apportées lors de l'établissement du budget programme 2016-2017, sur la base des réformes introduites dans le budget programme 2014-2015. Parmi celles-ci figuraient un processus de planification « ascendant », moyennant des consultations régionales et nationales, complété par un processus descendant pour déterminer les priorités mondiales exprimées dans les résolutions des organes directeurs. Cela a permis de renforcer le processus de budgétisation fondé sur les priorités et les résultats, dont témoigne la définition, par chaque bureau de pays, de 10 priorités au maximum vers lesquelles 80 % des résultats escomptés et des ressources seraient orientés. Ces travaux ont reposé sur une planification à l'échelle de l'Organisation intégrant, pour établir le budget programme, les activités menées par les réseaux internes de catégories et de secteurs de programme.

Les consultations avec les États Membres, associées aux mécanismes renforcés susmentionnés, ont conduit à des réorientations entre programmes dans le cadre du budget programme 2016-2017, traduisant des besoins constants et nouveaux, notamment : l'application des leçons tirées de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest ; la réponse apportée après les discussions sur le programme de développement pour l'après-2015, qui met plus particulièrement l'accent sur la couverture sanitaire universelle, renforçant ainsi la contribution de l'OMS à la santé reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, accélérant les progrès en vue de l'élimination du paludisme et élargissant la lutte contre les maladies non transmissibles ; et les menaces et les priorités émergentes comme la résistance aux antimicrobiens, l'hépatite virale, le vieillissement et la démence. En outre, l'harmonisation et la normalisation des méthodes de budgétisation ont contribué à l'établissement d'un projet de budget réaliste, reflétant de manière fiable les coûts prévus des prestations institutionnelles acceptées – préalable important pour faire du budget programme le premier outil de responsabilisation de tous les gestionnaires de l'Organisation.

Les réformes programmatiques ont fait du budget programme le premier outil non seulement pour la programmation de l'activité de l'OMS, mais aussi la base permettant de déterminer dans quelle mesure la fourniture des produits est performante et l'instrument de base de la mobilisation et de la gestion des ressources de l'Organisation. L'introduction du dialogue sur le financement en 2013 – un mécanisme destiné à faciliter une mobilisation coordonnée des ressources à l'échelle de l'Organisation, qui intègre des approches stratégiques aux négociations bilatérales avec les contributeurs – a soutenu les grands principes des réformes du financement de l'OMS (à savoir, la prévisibilité, l'alignement, la réduction de vulnérabilité et l'amélioration de la transparence) et contribué à des améliorations significatives du financement de l'OMS. Le processus a été répété en 2015, permettant à l'Organisation de commencer l'exercice biennal 2016-2017 avec un niveau de financement de 83 % du budget de base.

L'approbation d'un budget programme unifié et le portail Web révisé du budget programme ont sensiblement amélioré la transparence, permis un meilleur suivi des flux de ressources et renforcé la communication de l'Organisation autour des principes suivants : responsabilisation, établissement de rapports sur les résultats et emploi optimal des ressources.

Les réformes sur le financement visant à allouer de manière stratégique des fonds souples (notamment les contributions volontaires de base et les contributions fixées) ont aussi largement contribué au financement intégral du budget programme. L'approche stratégique de l'allocation des fonds souples à l'échelle de l'Organisation a permis de faire en sorte que tous les secteurs de programme soient pleinement opérationnels tout au long de la période biennale. Le processus d'utilisation stratégique de ces fonds a été accepté dans l'ensemble de l'Organisation et se fonde sur une mobilisation ciblée des ressources de l'ensemble de l'Organisation. L'utilisation stratégique des ressources souples associe plusieurs aspects essentiels de la gestion

des ressources et du budget programme. Tout d'abord, on obtient davantage de précisions sur les déficits de financement dans l'Organisation plus tôt en cours d'exercice à la suite de l'analyse détaillée des ressources actuelles et futures par secteur de programme, rapprochée du budget programme. Ensuite, l'Organisation dispose d'une politique acceptée sur l'utilisation des ressources souples qui vise à compenser les déficits de financement du budget programme. Le Secrétariat peut ainsi informer les bailleurs de fonds des déficits actuels et futurs sur la base du budget programme et faciliter un dialogue plus ouvert sur les meilleurs moyens d'assurer le financement. L'introduction d'une approche stratégique de l'allocation des fonds souples à l'échelle de l'Organisation a permis d'améliorer l'alignement et de réduire, par rapport à 2012-2013, l'écart entre les programmes et bureaux les moins bien financés et ceux qui le sont le mieux.

Néanmoins, des déséquilibres subsistent du point de vue des niveaux de financement entre catégories et programmes et des efforts supplémentaires sont nécessaires pour intégrer et gérer pleinement l'utilisation des fonds stratégiques compte tenu des besoins de mobilisation coordonnée des ressources. La coordination de la mobilisation des ressources s'est améliorée mais doit être mieux structurée au moyen de modes opératoires normalisés adaptés et d'un outil commun.

Avec la création du Département Mobilisation coordonnée des ressources, une approche plus ciblée de la mobilisation des ressources a été mise en œuvre, mais il faut mieux la structurer au moyen de modes opératoires normalisés adaptés et d'outils communs. Quoiqu'il en soit, tous les grands bureaux ont indiqué avoir déjà pris des mesures pour améliorer les capacités de mobilisation des ressources aux niveaux régional et national. Les États Membres ont confirmé soutenir les principes directeurs du dialogue sur le financement, c'est-à-dire la prévisibilité, la flexibilité, l'alignement et l'élargissement de la base des contributeurs. Les efforts déployés au cours de la période biennale ont notamment consisté à collecter de meilleures données mondiales sur les donateurs, dans le but d'élargir la base des contributeurs, avec le concours de toutes les Régions.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « planification stratégique, coordination des ressources et établissement des rapports ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

(✓) Pleinement réalisés (!) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) sans objet								
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
6.3.1	Cadre de gestion axé sur les résultats comprenant un système obligeant à rendre compte de l'action menée à des fins d'évaluation de la performance de l'Organisation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.3.2	Alignement du financement de l'OMS sur les priorités convenues en renforçant la mobilisation des ressources, la coordination et la gestion	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓

## Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	5 200	600	5 700	3 400	2 800	4 000	12 800	34 500
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	4 264	2 326	2 102	2 735	2 065	6 256	10 125	29 873
Contributions volontaires à objet désigné	265	0	0	0	0	454	980	1 699
<b>Total</b>	<b>4 529</b>	<b>2 326</b>	<b>2 102</b>	<b>2 735</b>	<b>2 065</b>	<b>6 710</b>	<b>11 105</b>	<b>31 572</b>
Fonds disponibles en % du budget	87 %	388 %	37 %	80 %	74 %	168 %	87 %	92 %
Dépenses en personnel	3 699	2 319	1 545	2 639	1 911	6 358	10 029	28 500
Dépenses en activités	557	155	384	90	76	380	786	2 428
<b>Dépenses totales</b>	<b>4 256</b>	<b>2 474</b>	<b>1 929</b>	<b>2 729</b>	<b>1 987</b>	<b>6 738</b>	<b>10 815</b>	<b>30 928</b>
Dépenses en % du budget approuvé	82 %	412 %	34 %	80 %	71 %	168 %	84 %	90 %
Dépenses en % des fonds disponibles	94 %	106 %	92 %	100 %	96 %	100 %	97 %	98 %
Dépenses en personnel par grand bureau	13 %	8 %	5 %	9 %	7 %	22 %	35 %	100 %

## 6.4 GESTION ET ADMINISTRATION

### RÉALISATION 6.4 GESTION EFFICACE ET EFFICIENTE DE L'ADMINISTRATION DANS TOUTE L'ORGANISATION

Ce secteur de programme couvre les services administratifs de base nécessaires à un fonctionnement efficace et efficient de l'OMS : finances, ressources humaines, technologie de l'information et soutien aux opérations.

De nombreuses mesures d'économie ont été prises pendant la période biennale, aux trois niveaux de l'Organisation, avec à la clé des dépenses inférieures de 7,5 % au budget 2014-2015. On peut notamment citer le transfert de nouvelles fonctions institutionnelles en Malaisie, où les coûts sont inférieurs à Genève, la réduction des voyages, le recours accru à la vidéo et l'adoption d'outils informatiques standardisés partagés à l'échelle mondiale. Les principaux résultats obtenus en 2014-2015 dans les quatre domaines que recouvre la gestion sont présentés ci-dessous.

#### Finances

L'accent a été mis en 2015 sur le renforcement des contrôles internes, l'élaboration de nouvelles politiques et la consolidation des procédures actuelles, une attention particulière étant accordée aux opérations dans les pays. Parmi les nouveautés figure l'introduction de tableaux de vérification de la conformité ainsi qu'une nouvelle initiative de formation dans le domaine financier, destinée à doter les trois niveaux des connaissances administratives et financières nécessaires, à laquelle plus de 100 personnes ont participé en 2015.

L'OMS finance l'accréditation et les autres certifications comptables du personnel financier du Centre mondial de services, en vue d'améliorer les compétences techniques de ces agents, de les fidéliser et de faire de l'OMS un employeur de choix en Malaisie.

Une attention particulière a été accordée au respect des règles de gestion des accords de coopération financière directe, lesquels sont particulièrement nombreux dans les pays et sont depuis longtemps un motif de préoccupation. Des progrès notables ont été réalisés dans ce domaine, avec un recul du volume de rapports de coopération financière directe en souffrance, qui représentaient moins de 3 % du total en fin de période biennale contre 15 % en décembre 2013.

La période biennale a également été caractérisée par un niveau de rapprochement plus élevé pour les comptes d'avance et par une meilleure application des recommandations issues des vérifications, conduisant à leur clôture, en particulier au niveau des pays.

Une avancée importante a été l'introduction de la mobilité, qui a été largement débattue au sein de l'OMS avant de devenir réalité pendant cette période biennale. Un régime de mobilité géographique géré a été mis au point et adopté. Il s'applique aux fonctionnaires occupant des postes soumis au roulement dans les catégories professionnelle et de rang supérieur. Suivant le soutien accordé par les organes directeurs puis l'adoption d'amendements au Règlement du personnel et au Statut du personnel (qui constituent la base juridique pour pourvoir, chaque année, des postes relevant du recrutement international et soumis au roulement dans le cadre de la mobilité), un plan de mise en œuvre exposant en détail les principales activités à mener a été établi.

La première liste de postes soumis au roulement a été publiée en janvier 2016, avec une phase d'application facultative de trois ans.

Le processus de sélection harmonisé pour les postes de la catégorie professionnelle faisant l'objet d'un recrutement international a été mis en œuvre. Il vise à garantir la cohérence, l'efficacité et la transparence moyennant l'introduction d'un processus compétitif mondial harmonisé de sélection du personnel pour les postes de longue durée des catégories professionnelle et de rang supérieur.

Le cadre régissant les services du personnel a été renforcé avec notamment la publication de documents d'orientation sur la reconnaissance et la récompense de l'excellence et sur la prise en charge de l'insuffisance professionnelle.

Pour appuyer la gestion des services du personnel, un programme de sensibilisation a été mis en place utilisant différents moyens tels que l'enseignement à distance et les séances d'information.

L'élaboration de solutions institutionnelles et leur mise en œuvre à l'échelle de l'Organisation ont été la priorité en 2014-2015. La mise en place des services partagés à l'échelle de l'Organisation a progressé sensiblement dans certaines Régions, mais moins dans d'autres. Alors que les bureaux régionaux eux-mêmes ont mis en œuvre plusieurs services partagés, le rythme d'adoption varie d'un bureau de pays à l'autre. Plusieurs obstacles sont apparus, principalement liés au financement, à l'état des infrastructures locales et à la disponibilité d'un soutien local. Cependant, tous les pays des Régions de l'Afrique, de l'Europe, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale (ainsi que certains pays de la Région du Pacifique occidental) ont terminé de mettre en place le système mondial de courrier électronique et tous les pays des Régions de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est (ainsi que certains pays des Régions de l'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental) ont installé des pare-feu gérés. Le système de gestion des identités et des accès a été actualisé et il est utilisé dans tous les pays et tous les grands bureaux.

Le projet de transformation du Système mondial de gestion a également rencontré plusieurs problèmes et le lancement prévu de certains processus et services institutionnels a été retardé. Cela s'explique essentiellement par la nécessité de valider à plusieurs reprises les spécifications de la technologie initialement retenue et par l'approbation tardive des politiques concernées.

De plus, les priorités en matière de technologies de l'information ont évolué. Au milieu de l'année 2014, dans tous les bureaux de pays et dans tous les grands bureaux, celles-ci ont été fortement mobilisées pour la riposte à la maladie à virus Ebola. Des ressources du Siège et des Régions ont ainsi été mises à profit des pays touchés. Au milieu de l'année 2015, des ressources informatiques de premier plan ont été redirigées depuis des projets/opérations définis vers des initiatives stratégiques destinées à faire de l'OMS une « organisation adaptée à l'action d'urgence ».

La détérioration de la sécurité dans de nombreux pays a incité davantage de bureaux à faire appliquer plus strictement les normes minimales de sécurité opérationnelle des Nations Unies. L'application de ces normes évolue fréquemment en fonction de l'évolution de la situation sécuritaire dans chaque pays. Leur pleine mise en œuvre est donc un objectif mouvant. Aussi la détérioration sécuritaire observée dans plusieurs pays pendant la période biennale a-t-elle entraîné un durcissement des exigences. Des mesures qui n'étaient pas prévues au départ ont dû être mises en place. Cet investissement a permis de respecter globalement cet indicateur, mais il a aussi fait pression sur le fonds pour la sécurité dont dispose l'Organisation. L'augmentation des situations d'urgence et des mesures de sécurité prises en réaction immédiate montre également qu'il faut un mécanisme durable pour couvrir les coûts liés à la sécurité au niveau mondial.

Les achats sont une fonction essentielle qui permet à l'Organisation de s'acquitter efficacement de son mandat. L'élaboration, en 2015, de la stratégie relative aux achats de l'OMS a été l'occasion de déterminer la nature et la portée des opérations de l'Organisation dans ce domaine (pour le personnel et pour les titulaires d'autres types de contrats). Cette stratégie présente les principales transactions d'achat de biens et de services. Elle explique comment mettre en œuvre une politique d'approvisionnement en tenant compte des principes existants (rapport qualité/prix, concurrence efficace reposant sur un traitement équitable, transparence et responsabilisation), tout en renforçant l'engagement de l'OMS en faveur d'achats responsables d'un point de vue environnemental et social.

La pleine application de cette stratégie aura d'autres conséquences heureuses, en particulier une meilleure gestion des fournisseurs et une collaboration plus étroite avec les autres organismes des Nations Unies, le but étant d'optimiser l'utilisation des ressources.

Si le programme établi pour ce domaine a été presque intégralement mis en œuvre, il a fallu faire preuve d'ingéniosité et déployer des efforts massifs pour assurer les services institutionnels tout en soutenant également la riposte à l'épidémie de virus Ebola.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « gestion et administration ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

		(✓) Pleinement réalisés (!) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) sans objet						
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
6.4.1	Bonnes pratiques financières gérées au moyen d'un cadre de contrôle adéquat, d'une comptabilité fiable, d'un suivi des dépenses et d'une comptabilisation des recettes en temps opportun	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.4.2	Gestion efficace et efficiente des ressources humaines dans le but de recruter et de conserver un personnel motivé, expérimenté et compétent dans un environnement favorable à l'apprentissage et à l'excellence	!	✓	✓	✓	!	✓	✓
6.4.3	Fourniture efficace et efficiente d'infrastructures informatiques, de services de réseau et de communication, de systèmes et d'applications institutionnels et sanitaires ; et de services de formation et d'appui aux utilisateurs	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!
6.4.4	Appui opérationnel et logistique, services d'achat, entretien des infrastructures et gestion des actifs, et environnement sécurisé pour le personnel et les biens de l'OMS (conformément aux normes des Nations Unies : normes minimales de sécurité opérationnelle et normes minimales de sécurité opérationnelle applicables au domicile)	!	✓	!	✓	!	✓	!

## Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US \$)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	88 700	22 400	35 600	30 500	50 700	26 800	218 600	473 300
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	80 789	24 510	31 096	15 472	39 536	19 602	137 466	348 471
Contributions volontaires à objet désigné	1 454	0	140	507	156	733	1 947	4 937
Prélèvements en rapport avec l'occupation des postes	23 026	4 098	5 820	9 393	9 025	7 125	75 328	133 815
<b>Total</b>	<b>105 269</b>	<b>28 608</b>	<b>37 056</b>	<b>25 372</b>	<b>48 717</b>	<b>27 460</b>	<b>214 741</b>	<b>487 223</b>
Fonds disponibles en % du budget	119 %	128 %	104 %	83 %	96 %	102 %	98 %	103 %
Dépenses en personnel	65 104	10 370	18 423	13 268	26 872	12 772	125 867	272 676
Dépenses en activités	31 990	18 436	17 077	11 246	19 947	14 098	77 102	189 896
<b>Dépenses totales</b>	<b>97 094</b>	<b>28 806</b>	<b>35 500</b>	<b>24 514</b>	<b>46 819</b>	<b>26 870</b>	<b>202 969</b>	<b>462 572</b>
Dépenses en % du budget approuvé	109 %	129 %	100 %	80 %	92 %	100 %	93 %	98 %
Dépenses en % des fonds disponibles	92 %	101 %	96 %	97 %	96 %	98 %	95 %	95 %
Dépenses en personnel par grand bureau	24 %	4 %	7 %	5 %	10 %	5 %	46 %	100 %

## 6.5 COMMUNICATION STRATÉGIQUE

### RÉALISATION 6.5 AMÉLIORATION DE LA COMPRÉHENSION DES ACTIVITÉS DE L'OMS PAR LE PUBLIC ET LES PARTIES PRENANTES

#### L'OMS et les médias sociaux : relayer les messages de l'OMS, et plus encore

Twitter n'est qu'un des canaux utilisés par l'OMS pour participer à des conversations sur la santé publique partout dans le monde et échanger en temps réel avec les commentateurs de son action.

L'OMS a commencé la période biennale avec une stratégie de médias sociaux solide, fondée sur le principe de l'unité d'action de l'OMS. En vertu de celle-ci, le Siège de l'OMS alimente un seul compte institutionnel par plateforme retenue et les programmes ne sont pas autorisés à lancer leurs propres comptes. Grâce à cette démarche, l'OMS a pu bâtir une présence solide sur les médias sociaux et continuer à la développer progressivement. Son nombre d'abonnés a presque été multiplié par quatre pendant la période biennale 2014-2015.

En janvier 2014, les deux principaux réseaux sociaux utilisés par l'OMS – Twitter et Facebook – réunissaient presque 1,4 million d'abonnés. Deux années plus tard, fin 2015, ce chiffre était passé à plus de 5,3 millions, dont 2,7 millions d'abonnés sur Twitter et 2,67 millions de « J'aime » sur Facebook. Aujourd'hui, l'OMS intervient sur 11 canaux de médias sociaux comptant 6,74 millions d'abonnés qui souhaitent recevoir des informations de santé publique et échanger avec l'Organisation, ce qui signifie que les messages de santé publique de l'OMS atteignent chaque jour des millions de personnes dans le monde.

Cette approche axée sur l'unité d'action a aidé l'OMS à se faire entendre efficacement sur les médias sociaux pendant les situations d'urgence et les flambées épidémiques. L'OMS continue d'utiliser les alertes Twitter, une fonctionnalité qui permet aux utilisateurs qui le souhaitent de recevoir sous la forme de messages texte les Tweets urgents du compte de l'OMS, ce qui s'avère utile pendant les situations d'urgence, lorsque la connexion à l'Internet est fragile voire inexistante.

Autre exemple, pendant l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, l'OMS a compris qu'il fallait, pour le grand public, privilégier les messages pratiques sur les choses à faire et à ne pas faire, de nombreuses questions étant apparues dans les médias sociaux. Des messages simples, présentés sous la forme de « blocs graphiques », sont ainsi devenus un outil efficace pour atteindre sur Facebook les nombreuses personnes touchées par la maladie. Un message de ce type a notamment reçu plus de 14 000 « J'aime ». Ces images ont également attiré l'attention de la *BBC Africa*, qui les a rediffusées sur le service WhatsApp mis en place pour Ebola par la BBC. WhatsApp, la principale application de chat d'Afrique, est utilisée pour communiquer avec les habitants de la Région directement sur leurs téléphones mobiles.

En 2015, l'OMS a créé des comptes sur Vine et Periscope, des médias sociaux vidéo. Sur Vine, l'Organisation peut diffuser des vidéos de six secondes comportant des messages de santé publique. L'efficacité est renforcée car, en moyenne, les gens regardent 6-7 fois les vidéos mises en ligne sur cette plateforme. En utilisant ces moyens de communication, l'OMS s'adapte aux nouvelles tendances de la consommation de médias sociaux et à une réalité : les messages les plus courts sont le moyen le plus efficace de fidéliser le public.

Chaque fois que possible, l'OMS met les gens au cœur de la communication. Pour illustrer l'action de l'Organisation contre Ebola, elle a donc mis en exergue les personnes engagées dans la lutte contre l'épidémie, depuis le personnel de l'OMS jusqu'aux médecins locaux, sans oublier les employés des incinérateurs ou encore les survivants.

Les médias sociaux donnent la possibilité à l'OMS d'aborder des sujets qui intéressent le grand public. Le Tweet de l'OMS le plus largement relayé (près de 10 000 « retweets ») concernait la santé mentale. C'est le deuxième Tweet le plus rediffusé dans l'histoire du système des Nations Unies. Pour donner un ordre d'idées, il a été relayé plus de fois que n'importe quel Tweet du compte de la Champions League de l'UEFA, alors que celui-ci possède près de 11 millions d'abonnés.

L'OMS s'est attachée à renforcer ses capacités en médias sociaux à tous les niveaux pendant la période biennale. Les six bureaux régionaux sont maintenant dotés de comptes Twitter, ceux de l'Asie du Sud-est et du Pacifique occidental s'étant lancés sur les médias sociaux pendant la période biennale. Le Siège a aidé trois bureaux de pays confrontés à des situations d'urgence ou à des flambées épidémiques à mettre en place une telle présence (Sierra Leone, Yémen et Ukraine). Il faut maintenant produire davantage de contenus locaux qui pourront ensuite être diffusés dans le monde entier.

Ce qui précède est une illustration du travail accompli dans le secteur de programme « communication stratégique ». Le tableau ci-après fait apparaître les réalisations d'ensemble par grand bureau. Pour des informations plus détaillées sur les activités mises en œuvre au titre de ce secteur de programme, y compris des explications sur l'appréciation des résultats, veuillez consulter le portail Web du budget programme.

(✓) Pleinement réalisés (!) Partiellement réalisés (X) Non réalisés (s.o.) sans objet								
Produits		Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège
6.5.1	Amélioration de la communication du personnel de l'OMS avec à la clé une meilleure compréhension de l'action et de l'impact de l'Organisation	!	✓	✓	✓	!	!	!
6.5.2	Mise en place et entretien efficient de plateformes de communication innovantes	!	✓	✓	✓	!	✓	!

### Budget et dépenses par grand bureau, 2014-2015 (en milliers de US)

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total
Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé	5 300	3 100	600	2 800	2 900	3 300	19 100	37 100
Fonds disponibles (au 31 décembre 2015)								
Fonds souples	3 426	2 220	1 625	4 055	2 421	3 109	21 915	38 771
Contributions volontaires à objet désigné	0	30	30	0	0	86	815	961
<b>Total</b>	<b>3 426</b>	<b>2 250</b>	<b>1 655</b>	<b>4 055</b>	<b>2 421</b>	<b>3 195</b>	<b>22 730</b>	<b>39 732</b>
Fonds disponibles en % du budget	65 %	73 %	276 %	145 %	83 %	97 %	119 %	107 %
Dépenses en personnel	2 403	2 189	1 059	3 658	2 131	2 351	18 633	32 424
Dépenses en activités	862	153	505	394	277	918	3 484	6 593
<b>Dépenses totales</b>	<b>3 265</b>	<b>2 342</b>	<b>1 564</b>	<b>4 052</b>	<b>2 408</b>	<b>3 269</b>	<b>22 117</b>	<b>39 017</b>
Dépenses en % du budget approuvé	62 %	76 %	261 %	145 %	83 %	99 %	116 %	105 %
Dépenses en % des fonds disponibles	95 %	104 %	95 %	100 %	99 %	102 %	97 %	98 %
Dépenses en personnel par grand bureau	7 %	7 %	3 %	11 %	7 %	7 %	57 %	100 %

**SECTION 2. RAPPORT FINANCIER ET  
ÉTATS FINANCIERS VÉRIFIÉS**

## Certification des états financiers pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2015

Conformément à l'article 34 de la Constitution et l'article XIII du Règlement financier de l'Organisation mondiale de la Santé, on trouvera ci-joint les états financiers pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2015. Pour la quatrième année consécutive, les états financiers, les méthodes comptables et les notes concernant les états financiers ont été établis conformément aux normes comptables internationales du secteur public (IPSAS). Les états financiers ont également été établis conformément au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'Organisation mondiale de la Santé. Les états financiers et les notes ont été vérifiés par le Commissaire aux comptes de l'Organisation, la Commission de vérification des comptes de la République des Philippines, dont l'opinion figure dans le présent rapport.

Bien que l'Organisation ait opté pour l'établissement d'un rapport financier annuel, comme prévu à l'article XIII du Règlement financier révisé,<sup>1</sup> l'exercice financier reste biennal (article II du Règlement financier). À des fins de comparaison entre les dépenses réelles et le budget planifié, le budget biennal est donc établi par rapport à deux années de dépenses. L'état de la comparaison des montants budgétaires et des montants réels (État V) présente cette comparaison par catégorie.

En plus du fonds général (le budget programme), deux autres groupes de fonds figurent dans les états financiers de l'OMS : « États Membres – Autres » et le fonds fiduciaire. Les produits et les charges pour chacun de ces trois principaux groupes de fonds figurent dans le Tableau I du présent rapport.

En 2015, l'Organisation a assuré des services pour six autres entités : le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID), le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), le Centre international de calcul (CIC), le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) et l'Assurance-maladie du personnel (SHI). Des états financiers distincts sont établis pour chaque entité et chacun est soumis à une vérification extérieure. Les fonds gérés par l'OMS pour le compte de ces entités<sup>2</sup> figurent dans l'état de la situation financière (État I).

L'APOC a cessé ses activités le 31 décembre 2015. Celles-ci ont été reprises par la Région africaine dans le cadre du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (EPSEN).

Les états financiers pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2015, ainsi que les notes qui les accompagnent et les Tableaux I et II, ont été revus et approuvés.



Nicholas R. Jeffreys  
Contrôleur financier



Dr Margaret Chan  
Directeur général

Genève, le 22 mars 2016

---

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA62.6.

<sup>2</sup> Sauf pour le CIRC lorsque les fonds ne sont pas gérés par l'OMS.

**Lettre d'envoi**



Republic of the Philippines  
**COMMISSION ON AUDIT**  
Commonwealth Avenue, Quezon City, Philippines

**LETTRE D'ENVOI**

**4 avril 2016**

**Madame/Monsieur,**

J'ai l'honneur de présenter à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé le rapport et l'opinion du Commissaire aux comptes sur les états financiers de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'année financière qui s'est achevée le 31 décembre 2015.

Je remercie l'Assemblée mondiale de la Santé de me faire l'honneur et de me donner le privilège d'être le Commissaire aux comptes de l'OMS.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, les assurances de ma haute considération.

**Michael G. Aguinaldo**  
**Président**  
**Commission de vérification des comptes**  
**République des Philippines**  
**Commissaire aux comptes**

**Madame/Monsieur le Président**  
**de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé**  
**Organisation mondiale de la Santé**  
Genève (Suisse)

## Opinion du Commissaire aux comptes



Republic of the Philippines  
**COMMISSION ON AUDIT**  
Commonwealth Avenue, Quezon City, Philippines

### **RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES INDÉPENDANT**

#### **À l'Assemblée mondiale de la Santé**

#### **Rapport sur les états financiers**

Nous avons vérifié le rapport financier de l'Organisation mondiale de la Santé, où figurent l'état de la situation financière au 31 décembre 2015, ainsi que l'état de la performance financière, l'état des variations de l'actif net/situation nette, le tableau des flux de trésorerie et l'état de la comparaison des montants budgétaires et des montants réels pour l'année qui vient de s'achever, ainsi que les notes concernant les états financiers.

#### **Responsabilité de la direction concernant les états financiers**

Conformément aux normes comptables internationales du secteur public (IPSAS), la direction est responsable de la préparation des états financiers, qui doivent présenter une image fidèle de la situation financière. Elle doit notamment concevoir, mettre en place et suivre un contrôle interne permettant d'établir des états financiers exempts d'anomalies significatives – que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs – et présentant une image fidèle de la situation financière, choisir et appliquer des principes comptables appropriés et déterminer des estimations comptables appropriées en la circonstance.

#### **Responsabilité du Commissaire aux comptes**

Nous devons exprimer, sur la base de notre vérification des comptes, une opinion sur les présents états financiers. Notre vérification des comptes a été effectuée conformément aux Normes d'audit internationales publiées par le Conseil des normes internationales d'audit et d'assurance, qui requièrent de notre part de nous conformer aux règles d'éthique et de planifier et de réaliser la vérification pour obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'anomalies significatives.

Une vérification implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement du Commissaire aux comptes, de même que l'évaluation du risque que les états financiers contiennent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. En procédant à l'évaluation des risques, nous évaluons le contrôle interne relatif à l'établissement des états financiers et à l'image fidèle que ceux-ci donnent de la situation financière afin de définir des procédures de vérification appropriées en la circonstance, mais non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Une vérification des comptes comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et le caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation des états financiers pris dans leur ensemble.

Nous estimons que les données que nous avons obtenues à l'issue de la vérification sont suffisantes et appropriées pour fonder notre opinion.

## **Opinion**

Notre opinion est que les états financiers présentent une image fidèle, à tous égards, de la situation financière de l'Organisation mondiale de la Santé au 31 décembre 2015, ainsi que de l'état de la performance financière, de l'état des variations de l'actif/situation nette, des flux de trésorerie et de l'état de la comparaison des montants budgétaires et des montants réels, conformément aux normes IPSAS.

## **Autres obligations légales et réglementaires**

En outre, notre opinion est que les opérations de l'Organisation mondiale de la Santé dont nous avons eu connaissance ou que nous avons contrôlées dans le cadre de notre travail de vérification ont, sur tous les points importants, été conformes au Règlement financier de l'OMS.

Conformément à l'article XIV du Règlement financier, nous avons également soumis un rapport détaillé sur la vérification des états financiers de l'Organisation mondiale de la Santé.



**Michael G. Aguinaldo**  
**Commission de vérification**  
**des comptes**  
**République des Philippines**  
**Commissaire aux comptes**

**Quezon City, Philippines**  
**4 avril 2016**

## États financiers

### Organisation mondiale de la Santé

#### État I. État de la situation financière

Au 31 décembre 2015

(en milliers de US dollars)

Désignation	Notes	31 décembre 2015	31 décembre 2014
<b>ACTIFS</b>			
<b>Actifs courants</b>			
Trésorerie et équivalents de trésorerie	4.1	431 318	632 891
Placements à court terme	4.2	2 754 259	2 823 227
Créances courantes	4.3	866 016	833 240
Créances sur le personnel	4.4	10 702	10 446
Stocks	4.5	53 152	50 417
Paiements anticipés et dépôts	4.6	12 474	383
<b>Total des actifs courants</b>		<b>4 127 921</b>	<b>4 350 604</b>
<b>Actifs non courants</b>			
Créances non courantes	4.3	197 472	282 289
Placements à long terme	4.2	93 900	70 845
Immobilisations corporelles	4.7	65 124	63 993
Actifs incorporels	4.8	2 806	2 802
<b>Total des actifs non courants</b>		<b>359 302</b>	<b>419 929</b>
<b>TOTAL DES ACTIFS</b>		<b>4 487 223</b>	<b>4 770 533</b>
<b>PASSIFS</b>			
<b>Passifs courants</b>			
Contributions reçues en avance	4.9	57 079	61 707
Dettes	4.10	53 597	31 579
Dettes envers le personnel	4.11	2 156	1 777
Montants accumulés pour régler les avantages du personnel – courants	4.12	46 722	55 823
Recettes différées	4.13	339 418	366 843
Passifs financiers	4.2	53 177	33 351
Autres passifs courants	4.14	108 747	42 717
Passif interentités	4.15	1 008 911	1 087 558
<b>Total des passifs courants</b>		<b>1 669 807</b>	<b>1 681 355</b>
<b>Passifs non courants</b>			
Emprunts à long terme	4.16	27 477	21 671
Montants accumulés pour régler les avantages du personnel – non courants	4.12	987 549	937 706
Recettes différées – non courantes	4.13	197 472	282 289
<b>Total des passifs non courants</b>		<b>1 212 498</b>	<b>1 241 666</b>
<b>TOTAL DES PASSIFS</b>		<b>2 882 305</b>	<b>2 923 021</b>
<b>ACTIFS NETS/SITUATION NETTE</b>			
Budget ordinaire		43 176	75 344
Fonds volontaires		2 166 155	2 353 797
États Membres – Autres		(647 287)	(667 484)
Fonds fiduciaires		42 874	85 855
<b>TOTAL DES ACTIFS NETS/SITUATION NETTE</b>		<b>1 604 918</b>	<b>1 847 512</b>
<b>TOTAL DES PASSIFS ET DES ACTIFS NETS/SITUATION NETTE</b>		<b>4 487 223</b>	<b>4 770 533</b>

La section présentant les principales méthodes comptables et les notes font partie intégrante des états financiers.

## Organisation mondiale de la Santé

### État II. État de la performance financière

Pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2015  
(en milliers de US \$)

Désignation	Notes	31 décembre 2015	31 décembre 2014
<b>PRODUITS</b>	5.1		
Contributions fixées		462 651	491 866
Contributions volontaires		1 838 443	2 051 911
Contributions de biens et services		129 913	50 271
Achats remboursables		26 170	12 944
Autres produits		17 965	15 628
<b>Total des produits</b>		<b>2 475 142</b>	<b>2 622 620</b>
<b>CHARGES</b>	5.2		
Dépenses liées au personnel		920 191	867 460
Fournitures et matériels médicaux		265 481	225 296
Services contractuels		744 096	565 865
Transferts et subventions		311 717	258 537
Voyages		233 539	193 681
Charges opérationnelles générales		193 271	155 672
Équipement, véhicules et mobilier		67 716	47 825
Dépréciation et amortissement		2 433	2 104
<b>Total des charges</b>		<b>2 738 444</b>	<b>2 316 440</b>
Recettes financières	5.3	20 708	6 612
<b>(DÉFICIT)/EXCÉDENT TOTAL POUR L'ANNÉE</b>		<b>(242 594)</b>	<b>312 792</b>

La section présentant les principales méthodes comptables et les notes font partie intégrante des états financiers.

## Organisation mondiale de la Santé

### État III. État des variations de l'actif net/situation nette

Pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2015  
(en milliers de US \$)

Désignation	Notes	31 décembre 2015	Excédent/(déficit)	31 décembre 2014
<b>Fonds général</b>				
Budget ordinaire	6.1	43 176	(32 168)	75 344
<b>Fonds volontaires</b>				
Fonds des contributions volontaires de base		154 376	(102 569)	256 945
Fonds des contributions volontaires à objet désigné		1 118 132	(45 790)	1 163 922
Fonds fiduciaire du TDR		20 890	(10 696)	31 586
Fonds fiduciaire de HRP		40 146	190	39 956
Fonds pour les programmes spéciaux et les accords de collaboration		334 162	(9 611)	343 773
Compte spécial de frais généraux	6.2	302 775	38 328	264 447
Fonds pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises		181 409	(71 759)	253 168
Fonds de réserve pour les situations d'urgence	6.3	14 265	14 265	
<b>Total – Fonds volontaires</b>		<b>2 166 155</b>	<b>(187 642)</b>	<b>2 353 797</b>
<b>Total – Fonds général</b>		<b>2 209 331</b>	<b>(219 810)</b>	<b>2 429 141</b>
<b>États Membres – Autres</b>				
Fonds commun		103 014	18 416	84 598
Fonds d'entreprise	6.4	9 365	1 262	8 103
Fonds d'affectation spéciale	6.5	(759 666)	519	(760 185)
<b>Total – États Membres – Autres</b>		<b>(647 287)</b>	<b>20 197</b>	<b>(667 484)</b>
<b>Fonds fiduciaire</b>	<b>6.6</b>	<b>42 874</b>	<b>(42 981)</b>	<b>85 855</b>
<b>TOTAL DES ACTIFS NETS/SITUATION NETTE</b>		<b>1 604 918</b>	<b>(242 594)</b>	<b>1 847 512</b>

La section présentant les principales méthodes comptables et les notes font partie intégrante des états financiers.

## Organisation mondiale de la Santé

### État IV. Tableau des flux de trésorerie

Pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2015  
(en milliers de US \$)

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
<b>FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DU FONCTIONNEMENT</b>		
(DÉFICIT)/EXCÉDENT TOTAL POUR L'ANNÉE	(242 594)	312 791
Dépréciation et amortissement	2 433	2 104
(Gains)/pertes non réalisés sur les placements	1 003	29 507
(Gains)/pertes non réalisés sur la réévaluation des emprunts à long terme	525	2 463
(Augmentation)/diminution des créances courantes	(32 776)	(97 716)
(Augmentation)/diminution des créances sur le personnel	( 256)	903
(Augmentation)/diminution des stocks	(2 735)	707
(Augmentation)/diminution des paiements anticipés	(12 091)	3 072
(Augmentation)/diminution des créances – non courantes	84 817	64 223
Augmentation/(diminution) des contributions reçues en avance	(4 628)	(18 385)
Augmentation/(diminution) des dettes	22 018	1 859
Augmentation/(diminution) des dettes envers le personnel	379	( 548)
Augmentation/(diminution) des montants accumulés pour régler les avantages du personnel – courants	(9 101)	(14 326)
Augmentation/(diminution) des recettes différées	(27 425)	24 428
(Augmentation)/diminution des autres passifs courants	66 030	(16 754)
Augmentation/(diminution) des passifs interentités	(78 647)	105 857
Augmentation/(diminution) des montants accumulés pour régler les avantages du personnel – non courants	49 843	(1 411)
Augmentation/(diminution) des recettes différées – non courantes	(84 817)	(64 223)
<b>Flux de trésorerie nets provenant du fonctionnement</b>	<b>(268 022)</b>	<b>334 551</b>
<b>FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES PLACEMENTS</b>		
(Augmentation)/diminution des placements à court terme	59 071	(419 313)
(Augmentation)/diminution des placements à long terme	(22 616)	13 168
Augmentation/(diminution) des passifs financiers	28 281	(2 557)
(Augmentation)/diminution des immobilisations corporelles	(3 241)	(4 379)
(Augmentation)/diminution des actifs incorporels	( 327)	(2 825)
<b>Flux de trésorerie nets provenant des placements</b>	<b>61 168</b>	<b>(415 906)</b>
<b>FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DU FINANCEMENT</b>		
Augmentation/(diminution) des emprunts à long terme	5 281	( 606)
<b>Flux de trésorerie nets provenant du financement</b>	<b>5 281</b>	<b>( 606)</b>
<b>Augmentation/(diminution) nette de la trésorerie et des équivalents de trésorerie</b>	<b>(201 573)</b>	<b>(81 950)</b>
<b>Trésorerie et équivalents de trésorerie au début de l'année</b>	<b>632 891</b>	<b>714 841</b>
<b>Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin de l'année</b>	<b>431 318</b>	<b>632 891</b>

La section présentant les principales méthodes comptables et les notes font partie intégrante des états financiers.

## Organisation mondiale de la Santé

### État V. Exposé de la comparaison des montants budgétaires et des montants réels

Pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2015  
(en milliers de US dollars)

Désignation	Budget programme 2014-2015	Charges 2015	Charges 2014	Total des charges	Différence entre le budget programme et les charges	Exécution (%)
<b>Catégories</b>						
1 Maladies transmissibles	840 800	390 503	326 666	717 169	123 631	85 %
2 Maladies non transmissibles	317 900	131 240	106 357	237 597	80 303	75 %
3 Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie	388 500	187 827	151 857	339 684	48 816	87 %
4 Systèmes de santé	531 100	252 939	215 178	468 117	62 983	88 %
5 Préparation, surveillance et intervention	287 000	144 268	121 459	265 727	21 273	93 %
6 Services institutionnels/fonctions d'appui	684 000	353 292	279 682	632 974	51 026	93 %
Urgences	927 900	1 006 608	689 555	1 696 163	(768 263)	183 %
<b>Total</b>	<b>3 977 200</b>	<b>2 466 677</b>	<b>1 890 754</b>	<b>4 357 431</b>	<b>(380 231)</b>	<b>110 %</b>
<b>Différences de base</b>						
Charges relatives au fonds de péréquation des impôts		11 862	9 595	21 457		
Dispositions spéciales		84 114	31 935	116 049		
Transfert au fonds pour la technologie de l'information			812	812		
Autres utilisations hors du budget programme		(24 397)	8 683	(15 714)		
<b>Total des différences de base</b>		<b>71 579</b>	<b>51 025</b>	<b>122 604</b>		
<b>Différences de calendrier</b>						
Charges d'exercices antérieurs inscrites dans le budget programme			180 737	180 737		
<b>Total des différences de calendrier</b>			<b>180 737</b>	<b>180 737</b>		
<b>Total des charges au fonds général</b>		<b>2 538 256</b>	<b>2 122 516</b>	<b>4 660 772</b>		
<b>Différences relatives aux entités</b>						
Charges au fonds commun, au fonds d'entreprise, au fonds d'affectation spéciale et au fonds fiduciaire		74 023	144 734	218 757		
Charges en nature (biens et services)		126 165	49 190	175 355		
<b>Total des différences relatives aux entités</b>		<b>200 188</b>	<b>193 924</b>	<b>394 112</b>		
<b>Total des charges selon l'état de la performance financière (État II)</b>		<b>2 738 444</b>	<b>2 316 440</b>	<b>5 054 884</b>		

La section présentant les principales méthodes comptables et les notes font partie intégrante des états financiers.

## Notes concernant les états financiers

### 1. Base de préparation et de présentation des états financiers

Les états financiers de l'Organisation mondiale de la Santé ont été préparés conformément aux normes comptables internationales du secteur public (IPSAS). Ils ont été établis conformément au principe de continuité d'exploitation. Cependant, les placements et les emprunts sont comptabilisés à la juste valeur ou au coût amorti. Lorsqu'un point précis n'est pas abordé dans les normes IPSAS, les Normes internationales d'information financière appropriées ont été appliquées.

Ces états financiers ont été préparés selon l'hypothèse que l'Organisation est en situation de continuité d'activité et qu'elle respectera ses obligations réglementaires dans un avenir prévisible (IPSAS 1 – Présentation des états financiers).

Ces états financiers sont présentés en dollars des États-Unis et toutes les valeurs sont arrondies au millier près, et indiquées également en milliers de dollars.

### Monnaie fonctionnelle et conversion des monnaies étrangères

Les opérations effectuées en monnaie étrangère sont converties en dollars des États-Unis aux taux de change opérationnels de l'Organisation des Nations Unies en vigueur, qui équivalent approximativement aux taux de change à la date des opérations. Les taux de change opérationnels sont fixés une fois par mois et révisés au bout de deux semaines en cas de fluctuations importantes.

Les actifs et les passifs libellés dans d'autres monnaies que le dollar des États-Unis sont convertis aux taux de change opérationnels de l'Organisation des Nations Unies en vigueur à la fin de l'année. Les gains ou les pertes qui en découlent sont indiqués dans l'état de la performance financière.

Les actifs et les passifs qui ne sont pas libellés en dollars des États-Unis et qui se trouvent dans des portefeuilles de placements sont convertis en dollars des États-Unis au taux appliqué par le dépositaire à la fin du mois.

### Importance relative et utilisation de jugements et d'estimations

La notion d'importance relative<sup>1</sup> est essentielle pour les états financiers de l'OMS. L'étude par l'Organisation de l'importance relative des informations comptables permet de procéder systématiquement au recensement, à l'analyse, à l'évaluation, à l'approbation et à l'examen périodique des décisions pour lesquelles l'importance relative des informations est prise en compte, dans plusieurs domaines de la comptabilité. Les états financiers comportent des montants calculés sur la base de jugements, d'estimations et d'hypothèses de la direction. L'évolution des estimations est indiquée au moment où celles-ci sont connues.

### États financiers

Conformément à la norme IPSAS 1, un jeu complet d'états financiers a été préparé comme suit :

- état de la situation financière ;
- état de la performance financière ;
- état des variations de l'actif net/situation nette ;
- tableau des flux de trésorerie ;
- état de la comparaison des montants budgétaires et des montants réels ; et
- notes concernant les états financiers, comprenant une description de la base de préparation et de présentation des états, un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations pertinentes.

---

<sup>1</sup> Les omissions ou les inexactitudes sont significatives si elles peuvent influencer chacune ou dans leur ensemble sur les décisions prises ou les évaluations effectuées sur la base des états financiers.

## **2. Principales méthodes comptables**

### **2.1 Trésorerie et équivalents de trésorerie**

La trésorerie et les équivalents de trésorerie, détenus à leur valeur nominale, comprennent les espèces en caisse, les espèces en banque, les dépôts de garantie, le papier commercial, les fonds opérant sur les marchés monétaires, ainsi que les effets et billets à court terme. Tous les placements dont l'échéance est de trois mois ou moins à compter de la date de leur acquisition sont inclus dans la trésorerie et les équivalents de trésorerie. Ceci englobe la trésorerie et les équivalents de trésorerie détenus dans des portefeuilles gérés par des administrateurs externes de placements.

### **2.2 Placements et instruments financiers**

Un instrument financier est comptabilisé à partir du moment où l'OMS souscrit aux dispositions contractuelles dudit instrument et jusqu'à expiration des droits de recevoir de la trésorerie correspondant à cet actif ou jusqu'à son transfert et, partant, jusqu'au moment où l'Organisation a transféré l'ensemble des risques et des avantages significatifs liés à la propriété de cet instrument. Les placements peuvent être classés comme : i) des actifs ou des passifs financiers à la juste valeur par le biais du solde ; ii) des placements détenus jusqu'à échéance ; iii) des placements disponibles à la vente ; ou iv) des dépôts bancaires et d'autres créances. Les achats et les ventes de placements sont comptabilisés à la date de l'opération.

**Les actifs ou passifs financiers à la juste valeur par le biais du solde** sont des instruments financiers qui satisfont à l'une des deux conditions suivantes : i) ils sont détenus à des fins de transaction ; ou ii) ils sont désignés par l'entité lors de leur première comptabilisation à la juste valeur par le biais du solde.

Les instruments financiers qui entrent dans cette catégorie sont évalués à la juste valeur et les gains ou les pertes découlant éventuellement de l'évolution de la juste valeur sont pris en compte par le biais du solde et figurent dans l'état de la performance financière correspondant à la période où ils se produisent. Tous les instruments dérivés, tels que les swaps, les contrats à terme sur les monnaies ou les options, sont classés comme détenus à des fins de transaction, à l'exception des instruments de couverture désignés et effectifs tels que définis dans la norme IPSAS 29 (Instruments financiers : comptabilisation et évaluation). Les actifs financiers placés dans les portefeuilles sous gestion externe initialement comptabilisés à la juste valeur par le biais du solde sont classés comme actifs courants ou non courants selon l'horizon temporel des placements de chaque portefeuille. Si l'horizon temporel est inférieur ou égal à un an, ces actifs sont classés parmi les actifs courants, et s'il est supérieur à un an, ils sont classés parmi les actifs non courants.

**Les placements détenus jusqu'à échéance** sont des actifs financiers non dérivés pour lesquels les versements sont fixes ou déterminables, dont les dates d'échéance sont fixes et que l'Organisation a l'intention et la possibilité de conserver jusqu'à échéance. Ils sont indiqués au coût amorti à l'aide de la méthode du taux d'intérêt effectif, le produit des intérêts étant comptabilisé dans l'état de la performance financière sur la base du rendement effectif.

**Les placements disponibles à la vente** sont classés comme pouvant être vendus lorsque l'OMS ne les a désignés ni comme détenus à des fins de transactions ni comme détenus jusqu'à échéance. Les placements disponibles à la vente sont indiqués à la juste valeur (compte tenu des coûts de transaction directement liés à leur acquisition), l'évolution de leur valeur étant comptabilisée dans l'actif net/situation nette. Les charges de dépréciation et les intérêts calculés selon la méthode du taux d'intérêt effectif sont comptabilisés dans l'état de la performance financière. Au 31 décembre 2015, l'Organisation ne détenait aucun actif financier disponible à la vente.

**Les dépôts bancaires et les autres créances** sont des actifs financiers non dérivés pour lesquels les versements sont fixes ou déterminables et qui ne sont pas cotés sur un marché actif. Les recettes cumulées liées aux intérêts, aux dividendes et à la trésorerie à recevoir sur les placements sont incluses dans cette rubrique. Les dépôts bancaires et les autres créances sont indiqués au coût amorti, calculé selon la méthode du taux d'intérêt effectif déduction faite de toute dépréciation. Le produit des intérêts est comptabilisé sur la base du taux d'intérêt effectif, sauf pour les créances à court terme dont les intérêts seraient négligeables.

**Les autres passifs financiers**, qui englobent les charges et les dettes cumulées liées à des placements, sont d'abord comptabilisés à la juste valeur puis évalués au coût amorti selon la méthode du taux d'intérêt effectif, sauf pour les créances à court terme dont les intérêts seraient négligeables.

## 2.3 Créances

Les créances sont des actifs financiers non dérivés pour lesquels les versements sont fixes ou déterminables et qui ne sont pas négociés sur un marché actif. Les créances courantes correspondent à des sommes dues depuis 12 mois ou moins à la date de reporting, alors que les créances non courantes sont des sommes dues depuis plus de 12 mois à la date où les états financiers sont présentés.

Les contributions volontaires à recevoir sont comptabilisées sur la base de modalités de paiement spécifiées dans un accord liant l'OMS et le contributeur. Lorsqu'aucune modalité de paiement n'est spécifiée, l'intégralité de la créance est comptabilisée comme échue. Les contributions fixées à recevoir sont comptabilisées au début de chaque année suivant le barème approuvé par l'Assemblée de la Santé. Les créances sont comptabilisées à leur valeur de réalisation nette estimée et ne sont pas actualisées car l'effet de l'actualisation est considéré comme négligeable.

Une provision pour créances douteuses est constituée lorsqu'il existe un risque de dépréciation d'une créance. L'évolution de la provision pour créances douteuses est indiquée dans l'état de la performance financière (État II).

## 2.4 Stocks

L'OMS comptabilise comme stocks des médicaments, des vaccins, des fournitures humanitaires et des publications. Les stocks sont évalués en fonction i) de leur coût ou ii) de leur valeur nette réalisable – en prenant le montant le plus bas des deux –, sur la base d'une moyenne pondérée. L'inventaire des stocks est effectué un fois par an. Les frais de conditionnement, de fret et d'assurance sont calculés sur la base de la valeur totale des achats en stock et ajoutés à la valeur du stock.

Lorsque les stocks ont été acquis par le biais d'opérations sans contrepartie directe (stocks reçus en don comme contribution en nature), la valeur est déterminée en fonction de la juste valeur des biens objet du don à la date de leur acquisition.

Lorsque les stocks sont vendus, échangés ou distribués, leur valeur comptable est comptabilisée comme charge.

## 2.5 Paiements anticipés et dépôts

Les paiements anticipés sont des sommes payées à des fournisseurs avant la livraison des biens ou la prestation des services. Les dépôts sont des montants payés à titre de garantie pour la location de bureaux. Les dépôts et les paiements anticipés sont enregistrés au coût.

## 2.6 Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles dont la valeur est supérieure à US \$5000 sont comptabilisées comme actifs non courants dans l'état de la situation financière (État I). Les immobilisations corporelles sont indiquées au coût historique, déduction faite du cumul des amortissements et du cumul des pertes de valeur. Les immobilisations acquises dans le cadre d'une opération sans contrepartie directe sont comptabilisées à la juste valeur à la date d'acquisition. L'OMS considère que les actifs de ce type ne sont pas générateurs de trésorerie.

L'amortissement est calculé selon la méthode linéaire sur toute la durée de vie utile de l'actif. Les terrains ne sont pas soumis à amortissement. La dépréciation des immobilisations corporelles est examinée chaque année afin de veiller à ce que la valeur comptable soit toujours considérée comme recouvrable. La vie utile estimée des catégories d'actifs incluses dans les immobilisations corporelles est calculée comme suit :

Catégorie d'actifs	Vie utile estimée (en années)
Terrains	Sans objet
Constructions – définitives	60
Constructions – provisoires	5
Mobilier, agencements et installations	5
Véhicules et autres moyens de transport	5
Équipement de bureau	3
Matériel de communication	3

Équipement audiovisuel	3
Matériel informatique	3
Équipement réseau	3
Matériel de sécurité	3
Autres équipements	3

Les améliorations sont capitalisées sur toute la durée de vie restante de l'actif lorsqu'elles entraînent un allongement de la durée de vie utile de l'actif. La valeur résiduelle de l'actif et le coût des améliorations seront amortis sur la durée de vie utile ajustée (durée de vie restante). Les frais de réparation et de maintenance normaux sont passés en charge au cours de l'année où ils sont engagés.

Une disposition transitoire, qui restera en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, a été appliquée lors de la première comptabilisation des immobilisations corporelles qui ont été achetées ou reçues en don avant le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Les terrains et constructions ont été comptabilisés par lieu du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2015.

Conformément à la disposition transitoire, les autres immobilisations corporelles acquises en 2015 ont été comptabilisées en charges à la date de l'achat et n'ont pas été comptabilisées comme actifs en 2015.

## 2.7 Immobilisations incorporelles

Les immobilisations incorporelles dont la valeur dépasse le seuil préétabli de US \$100 000 sont indiquées au coût historique, déduction faite du cumul des amortissements et du cumul des pertes de valeur. L'amortissement est déterminé sur toute la vie utile estimée des actifs selon la méthode linéaire. La vie utile des « logiciels acquis auprès de tiers » est estimée à six ans.

Les immobilisations incorporelles de l'OMS sont censées avoir une valeur résiduelle nulle dans la mesure où elles ne sont ni vendues ni transférées à la fin de leur vie utile. La dépréciation des immobilisations incorporelles est examinée chaque année. Certaines immobilisations incorporelles peuvent avoir une vie utile plus courte.

## 2.8 Contrats de location

Un contrat de location est un accord par lequel le bailleur cède au preneur (l'Organisation), pour une période convenue, le droit d'utilisation d'un actif en échange d'un paiement ou d'une série de paiements. Chaque contrat de location est examiné pour déterminer s'il s'agit d'un contrat de location-financement ou d'un contrat de location simple. Les écritures et les informations nécessaires sont ajoutées en conséquence.

Lorsque l'OMS est le bailleur, les recettes provenant des locations simples sont comptabilisées comme produits selon la méthode linéaire sur toute la durée du contrat de location. L'ensemble des coûts entraînés par la perception des recettes locatives, y compris l'amortissement, sont comptabilisés comme charges.

## 2.9 Contributions reçues en avance

Les contributions reçues en avance correspondent à des accords liant juridiquement l'OMS et des contributeurs – dont des gouvernements, des organisations internationales et des institutions privées et publiques –, en vertu desquels des contributions sont reçues en avance par rapport aux montants dus.

## 2.10 Dettes et passifs opérationnels

Les dettes sont des passifs financiers correspondant à des biens et des services que l'OMS a reçus et qui ont été facturés mais qu'elle n'a pas encore payés.

Les passifs opérationnels accumulés sont des passifs financiers correspondant à des biens et des services qui ont été reçus mais qui n'ont été ni facturés à l'OMS ni payés.

Les dettes et les passifs opérationnels sont comptabilisés au coût car l'effet de l'actualisation est considéré comme négligeable.

## 2.11 Avantages du personnel

L'OMS comptabilise les catégories d'avantages du personnel suivantes :

- les avantages du personnel à court terme, dont les sommes correspondantes sont dues intégralement dans les 12 mois suivant la fin de la période comptable où les employés concernés ont exercé leurs fonctions ;
- les avantages postérieurs à l'emploi ;
- les autres avantages du personnel à long terme ;
- les indemnités de fin de contrat.

L'OMS est affiliée à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, créée par l'Assemblée générale des Nations Unies pour assurer aux membres du personnel des pensions de retraite ainsi que des prestations en cas de décès, de handicap et dans d'autres cas. La Caisse commune a adopté un régime multiemployeurs à prestations définies par capitalisation. Comme indiqué à l'article 3.b) du Règlement de la Caisse commune des pensions, peuvent s'affilier à la Caisse les institutions spécialisées, ainsi que toute autre organisation internationale, intergouvernementale qui applique le régime commun de traitements, indemnités et autres conditions d'emploi de l'Organisation des Nations Unies et des institutions spécialisées.

Ce régime expose chaque organisation qui y participe à des risques actuariels liés aux employés en poste et aux anciens employés des autres organisations participantes. Il n'existe donc pas de base cohérente et fiable permettant de répartir l'obligation, les actifs du régime et les coûts pour les différentes organisations participantes. Comme c'est le cas pour les autres organisations participantes, l'OMS et la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ne peuvent pas déterminer de manière suffisamment fiable aux fins de la comptabilité la part proportionnelle de l'obligation au titre des prestations définies, des actifs du régime et des coûts associés à la Caisse des pensions. C'est pourquoi l'OMS a considéré la Caisse des pensions comme un régime à cotisations déterminées, conformément aux dispositions de la norme IPSAS 25 (Avantages du personnel). Les contributions de l'OMS à la Caisse des pensions au cours de l'exercice financier sont comptabilisées comme charges dans l'état de la performance financière (voir l'État II).

## 2.12 Provisions et passifs éventuels

Des provisions sont constituées par rapport à des passifs et des charges futurs correspondant pour l'OMS à des obligations juridiques ou implicites découlant d'événements passés, qu'elle devra probablement régler.

Les autres engagements qui ne satisfont pas aux critères de comptabilisation des passifs figurent dans les notes concernant les états financiers comme passifs éventuels, et leur existence ne sera confirmée qu'en cas de survenue ou de non-survenue d'un ou plusieurs événements futurs incertains dont l'OMS n'a pas totalement la maîtrise.

## 2.13 Actifs éventuels

Des actifs éventuels seront indiqués lorsqu'un événement aura donné lieu à un probable flux entrant d'avantages économiques et/ou de potentiel de service et lorsqu'on disposera de suffisamment d'informations pour évaluer la probabilité du flux entrant d'avantages économiques et/ou de potentiel de service.

## 2.14 Recettes différées

Les recettes différées correspondent à des accords liant juridiquement l'OMS et des contributeurs – dont des gouvernements, des organisations internationales et des institutions privées et publiques. Des recettes différées sont comptabilisées quand :

- un accord contractuel est confirmé par écrit par l'Organisation et le contributeur ; et
- les fonds sont affectés et dus pour un exercice futur.

Les recettes différées incluent aussi les avances correspondant à des opérations avec contrepartie directe.

Les recettes différées sont présentées comme non courantes si elles sont dues un an ou plus après la date de reporting.

## 2.15 Produits

Les produits comprennent les flux entrants bruts d'avantages économiques ou de potentiel de service reçus et à recevoir par l'OMS au cours de l'année et représentent une augmentation de l'actif net/situation nette. L'Organisation comptabilise les produits suivant les critères établis dans la norme IPSAS 9 (Produits des opérations avec contrepartie directe) et la norme IPSAS 23 (Produits des opérations sans contrepartie directe).

Les principales sources de produits pour l'OMS sont notamment les suivantes :

### Produits sans contrepartie directe

- **Contributions fixées.** Les produits provenant des contributions des États Membres et des Membres associés sont comptabilisés au début de chaque année suivant le barème approuvé par l'Assemblée de la Santé.
- **Contributions volontaires.** Les produits correspondant à une contribution volontaire sont comptabilisés au moment de la signature d'un accord liant l'OMS et le contributeur. Lorsque l'accord est assorti de conditions, l'OMS n'a pas la maîtrise de la ressource et ne comptabilise les recettes et les créances qu'à réception des liquidités. Lorsqu'aucune modalité de paiement n'a été spécifiée par le contributeur ou lorsque la contribution est à payer au cours de l'année comptable, les recettes correspondantes sont comptabilisées pendant l'exercice en cours. Lorsque la contribution est à payer après la fin de l'année, le montant correspondant est enregistré comme recette différée. Lorsque la date de début du contrat est postérieure au 31 décembre, les produits sont comptabilisés au cours de l'année comptable suivante.
- **Contributions de biens et services.** Les contributions de biens et services sont enregistrées par l'OMS pour un montant égal à leur juste valeur sur le marché, laquelle est déterminée au moment de l'acquisition, sur la base d'un accord passé avec le contributeur et après confirmation de la réception des biens ou des services par le centre budgétaire concerné. Une écriture est passée au compte de charges correspondant pendant la période où les contributions de biens et services sont comptabilisées comme produits.

### Produits avec contrepartie directe

- **Achats remboursables, concessions et fonds de roulement des ventes.** Les produits provenant des achats remboursables effectués pour le compte d'États Membres ou provenant de la vente de biens ou de services sont enregistrés sur la base du fait générateur, à la juste valeur de la contrepartie reçue ou à recevoir, lorsqu'il est probable que des avantages économiques futurs et/ou un potentiel de service iront à l'OMS et que l'on peut évaluer ces avantages de façon fiable. Le produit et la charge correspondante sont comptabilisés la même année.

## 2.16 Charges

Les charges sont des diminutions d'avantages économiques ou de potentiel de service au cours de la période sous forme de sorties ou de consommation d'actifs, ou de survenance de passifs qui ont pour résultat de diminuer l'actif net/situation nette. L'OMS comptabilise les charges au moment de la réception des biens ou de la prestation des services (principe de l'exécution) et non au moment du versement de liquidités ou équivalent.

## 2.17 Comptabilité par fonds

La comptabilité par fonds est une méthode de classement des ressources en catégories (par fonds) afin de déterminer leur provenance et leur utilisation. La création de ces fonds permet de mieux rendre compte des produits et des charges. Le fonds général, le fonds « États Membres – Autres » et le fonds fiduciaire assurent une ventilation correcte des produits et des charges. Les virements entre fonds qui entraîneraient une double comptabilisation de produits et/ou de charges sont éliminés au moment de la consolidation. Les virements à l'intérieur d'un fonds, concernant par exemple les dépenses d'appui aux programmes à l'intérieur du fonds général, sont également éliminés.

### Fonds général

Les comptes regroupés dans ce fonds servent à faciliter l'exécution du budget programme. Le fonds général comprend les éléments suivants :

- **Fonds des contributions fixées.** Ce fonds réunit les produits et les charges découlant des contributions fixées des États Membres et inclut les intérêts créditeurs et les recettes diverses.

- **Fonds de péréquation des impôts.** Conformément à la résolution WHA21.10, par laquelle l'Assemblée de la Santé décida de créer le fonds de péréquation des impôts, les contributions fixées de tous les États Membres sont réduites du montant perçu au titre de l'imposition du personnel. Pour déterminer la réduction des contributions fixées à appliquer dans le cas des États Membres concernés, le fonds de péréquation des impôts est crédité des recettes de l'imposition du personnel, les montants crédités étant affectés aux États Membres au prorata de leurs contributions pour l'exercice concerné. Dans le cas des États Membres qui imposent leurs ressortissants, ou d'autres personnes imposables, sur les émoluments versés par l'Organisation, les sommes portées au crédit de l'État Membre sont diminuées du montant estimatif des impôts prélevés par lui. Les montants imputés sont utilisés par l'Organisation pour couvrir le remboursement des impôts payés par les fonctionnaires concernés, conformément à la résolution WHA21.10.
- **Fonds de roulement.** Ce fonds a été créé pour permettre l'exécution du budget programme en attendant la réception des arriérés de contributions fixées. Conformément à l'article VII du Règlement financier, l'exécution de la partie du budget financée par les contributions fixées peut être financée par le fonds de roulement puis des emprunts internes sur les réserves de trésorerie de l'OMS, à l'exclusion des fonds fiduciaires. Les sommes ainsi avancées sont remboursées au fur et à mesure du recouvrement des arriérés de contributions fixées, les emprunts internes étant remboursés avant les montants provenant du fonds de roulement.
- **Fonds volontaires (contributions de base, à objet désigné et des partenariats).** Ce fonds rassemble les produits provenant des contributions volontaires et les charges qui y sont imputées et comprend les coûts imputés au compte spécial de frais généraux.

#### États Membres – Autres

Ce fonds rassemble les comptes suivants :

- **Fonds commun.** Ce fonds indique les mouvements des actifs et des passifs de l'Organisation consécutifs à des modifications de certains éléments tels que les stocks, l'amortissement et les gains et pertes au change non réalisés.
- **Fonds d'entreprise.** Ce fonds comporte les comptes qui génèrent des recettes autonomes. Les produits et les charges correspondant à ce fonds ne figurent pas dans le budget programme. Le fonds d'entreprise comprend les comptes suivants :
  - Fonds de roulement des ventes<sup>1</sup>
  - Fonds pour les concessions
  - Fonds pour les polices d'assurance
  - Fonds pour les locations de garages
  - Fonds pour les achats remboursables<sup>2</sup>
  - Fonds des contributions fixées<sup>3</sup>
- **Fonds d'affectation spéciale.** Les comptes regroupés dans ce fonds correspondent aux virements du fonds général ou à des crédits ouverts par l'Assemblée de la Santé. Les produits et les charges correspondant à ce fonds ne figurent pas dans le budget programme. Le fonds d'affectation spéciale comprend les comptes suivants :
  - Fonds immobilier

---

<sup>1</sup> Conformément aux résolutions WHA22.8 et WHA55.9, ce fonds est alimenté par le produit des ventes de publications et de certificats internationaux de vaccination, de films, de vidéos, de DVD et d'autres matériels d'information. Il sert à couvrir les dépenses afférentes à la production ou à l'impression.

<sup>2</sup> Les opérations de ce fonds sont des opérations avec contrepartie directe. Le total des produits étant égal au total des charges, le solde du fonds en fin d'année est nul.

<sup>3</sup> Les opérations de ce fonds sont des opérations sans contrepartie directe. Le total des produits étant égal au total des charges, le solde du fonds en fin d'année est nul.

- Fonds pour le prêt à la construction (voir les notes 6.7 et 4.16)
- Fonds pour la sécurité
- Fonds pour la technologie de l'information
- Fonds spécial d'indemnisation
- Fonds pour les paiements de fin de contrat
- Fonds pour les droits et indemnités statutaires non inclus dans le traitement
- Fonds pour l'occupation des postes
- Fonds pour le recouvrement du coût des services
- Fonds de l'Assurance-maladie du personnel
- Fonds pour la reconstitution des stocks
- Fonds pour le personnel employé dans la lutte contre la poliomyélite

### **Fonds fiduciaire**

Ce fonds regroupe les actifs détenus par l'OMS en tant que dépositaire ou agent d'exécution pour autrui et dont elle ne peut pas se servir pour financer ses programmes. Il englobe les actifs des partenariats administrés par l'Organisation et dont le budget n'est pas approuvé par l'Assemblée de la Santé. Les activités financières servant à financer les passifs de l'OMS à long terme sont également gérées par l'intermédiaire de ce fonds. Ce fonds, qui ne peut pas servir à financer le fonctionnement et ne contribue pas au budget programme 2014-2015, contient les comptes suivants :

- Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
- Fonds pour le Partenariat Halte à la tuberculose (voir la note 6.7)
- Fonds du Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose (voir la note 6.7)
- Fonds du Partenariat Faire reculer le paludisme<sup>1</sup>
- Fonds du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
- Fonds du Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies
- Fonds de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé
- Fonds de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé
- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé
- Fonds du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (EPSEN) (voir la note 6.7)

### **2.18 Informations sectorielles**

Comme l'exigent les normes IPSAS, l'OMS communique des informations sectorielles sur la base de sa structure régionale. Les produits, les charges, les actifs et les passifs sont rapportés par bureau (Région). L'utilisation des bureaux est conforme aux décisions prises par les États Membres et le Secrétariat en ce qui concerne l'allocation des ressources. Les informations sectorielles sont données par bureau car c'est ainsi que le budget programme de l'OMS est présenté. En outre, chaque Directeur régional est responsable des résultats obtenus et de la gestion des actifs et des passifs.

### **2.19 Tableau des flux de trésorerie**

Le tableau des flux de trésorerie (État IV) est préparé suivant la méthode indirecte.

---

<sup>1</sup> Les opérations du Fonds du Partenariat Faire reculer le paludisme ont été clôturées au 31 décembre 2015. La clôture administrative du fonds sera achevée en 2016.

## 2.20 Comparaison avec le budget

Le budget et la comptabilité de l'OMS reposent sur des bases différentes. Les budgets de l'Organisation sont établis sur la base de la comptabilité de caisse modifiée et non sur la base de la comptabilité d'exercice prévue dans les normes IPSAS. En outre, les budgets sont établis pour deux ans.

Alors que les états financiers couvrent l'ensemble des activités de l'OMS, les budgets ne sont approuvés que pour le fonds général. Il n'y a pas de budget approuvé pour les autres fonds. Tous les fonds sont administrés conformément au Règlement financier et aux Règles de gestion financière.

Comme prévu par la norme IPSAS 24 (Présentation de l'information budgétaire dans les états financiers), lorsque les états financiers et le budget ne sont pas préparés sur une base comparable, les montants réels présentés sur une base comparable à celle du budget doivent être rapprochés des montants réels présentés dans les états financiers, en identifiant séparément toutes les différences relatives à la base, au calendrier et à l'entité. Il se peut qu'il y ait aussi des différences de formats et de modes de classification adoptés pour la présentation des états financiers et du budget.

L'Assemblée de la Santé a approuvé le budget programme 2014-2015. L'état de la comparaison des montants budgétaires et des montants réels (État V) permet de comparer le budget final aux montants réels calculés sur la même base que les montants budgétaires correspondants. Comme le budget et les états financiers sont établis sur des bases différentes, la note 7 indique un rapprochement entre les montants réels présentés dans l'État V et ceux présentés dans le Tableau des flux de trésorerie (État IV).

## 2.21 Entités consolidées et non consolidées

### Entités non consolidées

L'OMS assure des services administratifs pour plusieurs entités et chacune d'entre elles établit l'ensemble de ses états financiers, qui font l'objet d'une vérification distincte. Les six entités suivantes disposent de leurs propres organes directeurs et ne sont pas régies par l'Assemblée mondiale de la Santé :

- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
- Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID)
- Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)
- Centre international de calcul (CIC)
- Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC)<sup>2</sup>
- Assurance-maladie du personnel

---

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA66.2.

<sup>2</sup> L'APOC a cessé ses activités le 31 décembre 2015.

### **3. Note sur le retraitement des soldes**

Les états financiers sont arrondis au millier de dollars des États-Unis près. Les chiffres indiqués à des fins de comparaison ont été ajustés, ce qui a entraîné des différences d'arrondi. Les différences d'arrondi sont ajustées dans les recettes financières à l'État II (voir la note 5.3), dans le fonds commun, à la rubrique « États Membres – Autres », dans les États I et III, et dans les utilisations en dehors du budget programme, dans la rubrique « Différences de base » de l'État V.

## 4. Informations à l'appui de l'état de la situation financière

### 4.1 Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent les espèces en caisse, les espèces en banque, les fonds opérant sur les marchés monétaires, les dépôts de garantie, les dépôts bancaires, ainsi que des placements à court terme extrêmement liquides dont l'échéance initiale est de trois mois au moins à compter de la date d'acquisition.

La trésorerie et les équivalents de trésorerie servent à répondre aux besoins de l'Organisation à court terme plutôt qu'à réaliser des placements à long terme. Ils sont détenus pour le compte de l'Organisation et sont répartis entre le fonds général, le fonds d'affectation spéciale, le fonds d'entreprise, le fonds fiduciaire ainsi que les entités étrangères à l'OMS et administrées par elle. Les chiffres correspondent à la trésorerie et aux équivalents de trésorerie détenus dans des portefeuilles gérés par des administrateurs externes de placements. Le tableau ci-dessous indique la trésorerie et les équivalents par bureau.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
<b>Bureau</b>		
Siège	138 587	176 926
Bureau régional de l'Afrique	24 515	24 351
Bureau régional de la Méditerranée orientale	11 837	8 068
Bureau régional de l'Europe	1 516	737
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est	2 401	3 433
Bureau régional du Pacifique occidental	3 660	4 204
<b>Trésorerie en banque, dans des comptes de placement, en transit et en caisse</b>	<b>182 516</b>	<b>217 719</b>
Siège	248 802	415 172
<b>Trésorerie et équivalents de trésorerie détenus dans des portefeuilles de placements</b>	<b>248 802</b>	<b>415 172</b>
<b>Total de la trésorerie et des équivalents de trésorerie</b>	<b>431 318</b>	<b>632 891</b>

### 4.2 Placements et instruments financiers

Les méthodes comptables relatives aux placements et aux instruments financiers sont exposées en détail dans la note 2.2.

Les principaux objectifs de l'OMS en matière de placement sont, par ordre décroissant de priorité :

- la préservation du capital ;
- le maintien d'une liquidité suffisante afin de pouvoir régler les dettes à temps ; et
- l'optimisation de la rentabilité des placements.

La politique de l'Organisation en matière de placements correspond à la nature des fonds, qui peuvent être détenus à court terme en attendant la mise en œuvre des programmes ou à plus long terme pour le règlement de passifs.

Les placements de l'OMS incluent des fonds gérés pour d'autres entités.

Le tableau ci-après fournit une analyse des placements de l'Organisation.

## Placements et instruments financiers (en milliers de US \$)

Désignation	Fonds gérés en interne				Fonds gérés en externe					Contrats de couverture du risque de change	Total général 31 décembre 2015	Total général 31 décembre 2014
	Dépôts à terme et trésorerie	Portefeuille détenu jusqu'à l'échéance	Portefeuille à long terme	Total	Portefeuille à court terme A	Portefeuille à court terme B	Portefeuille à court terme C	Portefeuille à court terme D	Total			
<b>Placements relevant des actifs courants</b>												
Trésorerie et équivalents de trésorerie détenus dans des portefeuilles de placements	200 059		1	200 060	6 307	16 422	25 470	543	48 742		248 802	415 172
Placements à court terme												
Actifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – détenus à des fins de transaction					1 122	222		1 159	2 503	1 442	3 945	5 477
Actifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – lors de la comptabilisation initiale					417 140	287 361	523 037	532 586	1 760 124		1 760 124	1 428 824
Actifs financiers au coût amorti												55 015
Dépôts bancaires et autres créances	978 392		41	978 433	4 769	4 247	1 391	1 350	11 757		990 190	1 333 911
<b>Total des placements à court terme</b>	<b>978 392</b>		<b>41</b>	<b>978 433</b>	<b>423 031</b>	<b>291 830</b>	<b>524 428</b>	<b>535 095</b>	<b>1 774 384</b>	<b>1 442</b>	<b>2 754 259</b>	<b>2 823 227</b>
<b>Total des placements relevant des actifs courants</b>	<b>1 178 451</b>		<b>42</b>	<b>1 178 493</b>	<b>429 338</b>	<b>308 252</b>	<b>549 898</b>	<b>535 638</b>	<b>1 823 126</b>	<b>1 442</b>	<b>3 003 061</b>	<b>3 238 399</b>
<b>Placements relevant des actifs non courants</b>												
Placements à long terme												
Actifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – lors de la comptabilisation initiale			93 900	93 900							93 900	70 845
Actifs financiers au coût amorti												
<b>Total des actifs à long terme</b>			<b>93 900</b>	<b>93 900</b>							<b>93 900</b>	<b>70 845</b>
<b>Total des placements relevant des actifs non courants</b>			<b>93 900</b>	<b>93 900</b>							<b>93 900</b>	<b>70 845</b>
<b>Passifs financiers relevant des actifs courants</b>												
Passifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – détenus à des fins de transaction					(2 537)			(367)	(2 904)	(10 200)	(13 104)	(20 157)
Dettes et sommes accumulées					(34 580)	(5 493)			(40 073)		(40 073)	(13 194)
<b>Total des passifs financiers</b>					<b>(37 117)</b>	<b>(5 493)</b>		<b>(367)</b>	<b>(42 977)</b>	<b>(10 200)</b>	<b>(53 177)</b>	<b>(33 351)</b>
<b>Total des passifs financiers relevant des actifs courants</b>					<b>(37 117)</b>	<b>(5 493)</b>		<b>(367)</b>	<b>(42 977)</b>	<b>(10 200)</b>	<b>(53 177)</b>	<b>(33 351)</b>
<b>Total des placements – net</b>	<b>1 178 451</b>		<b>93 942</b>	<b>1 272 393</b>	<b>392 221</b>	<b>302 759</b>	<b>549 898</b>	<b>535 271</b>	<b>1 780 149</b>	<b>(8 758)</b>	<b>3 043 784</b>	<b>3 275 893</b>

### Placements à court terme

Les fonds détenus à court terme dans l'attente de la mise en œuvre de programmes sont placés sur le marché monétaire et en obligations à court terme d'État, d'organisations et de sociétés de qualité, conformément à la politique de placements approuvée. Les placements inclus dans la rubrique « actifs financiers à la juste valeur par le biais du solde » englobent les titres à revenu fixe et les instruments dérivés détenus pour couvrir les passifs prévus et les besoins de trésorerie imprévus. Les actifs financiers placés dans les portefeuilles sous gestion externe initialement comptabilisés à la juste valeur par le biais du solde sont classés comme placements à court terme lorsque l'horizon temporel des placements de ces portefeuilles est inférieur ou égal à un an. Pour des raisons stratégiques, les gestionnaires externes de ces portefeuilles de placements peuvent parfois décider de porter temporairement la durée moyenne des portefeuilles à un peu plus d'un an. Ces actifs financiers resteront classés comme placements à court terme à moins que l'horizon temporel du portefeuille et la durée de son indice de référence n'aient été portés à plus d'un an. Les placements détenus jusqu'à échéance pour moins d'un an sont classés comme actifs courants dans la catégorie « actifs financiers au coût amorti ». Fin 2015, il n'y avait aucun placement détenu jusqu'à échéance. La rubrique « Autres créances » inclut les recettes perçues sur les placements et les créances sur les placements qui ont été vendus avant le 31 décembre 2015 mais dont le règlement est intervenu après cette date.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Actifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – détenus à des fins de transaction	3 945	5 476
Actifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – lors de la comptabilisation initiale	1 760 124	1 428 824
Actifs financiers au coût amorti	-	55 015
Dépôts bancaires et autres créances	990 190	1 333 912
<b>Total des placements à court terme</b>	<b>2 754 259</b>	<b>2 823 227</b>

### Placements à long terme

Les sommes investies à long terme servent à financer le fonds des paiements de fin de contrat, conformément à la politique de placements approuvée, et elles sont placées en obligations à moyen et à long terme d'État, d'organisations et de sociétés de qualité. Après avoir été comptabilisés initialement dans le portefeuille de placements servant à financer le fonds des paiements de fin de contrat, les actifs financiers à la juste valeur par le biais du solde sont classés comme placements à long terme compte tenu de l'horizon temporel du portefeuille et de la durée de son indice de référence, qui sont tous les deux supérieurs à un an.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Actifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – lors de la comptabilisation initiale	93 900	70 845
<b>Total des placements à long terme</b>	<b>93 900</b>	<b>70 845</b>

### Passifs financiers

Les passifs financiers indiqués dans la rubrique « passifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – détenus à des fins de transaction » incluent les opérations dérivées telles que les contrats à terme sur les devises et les swaps de taux d'intérêt. Les passifs financiers indiqués dans la rubrique « dettes fournisseurs et charges à payer » sont d'autres passifs financiers liés à des placements, y compris les actifs acquis avant le 31 décembre 2015 et réglés après cette date.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Passifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – détenus à des fins de transaction	13 104	20 157
Dettes et sommes accumulées	40 073	13 194
<b>Total des passifs financiers</b>	<b>53 177</b>	<b>33 351</b>

### Hiérarchie de la juste valeur

La hiérarchie de la juste valeur correspond à la catégorisation des prix du marché pour indiquer la facilité relative avec laquelle la valeur des placements détenus par l'OMS peut être réalisée.

La majorité des instruments financiers détenus par l’OMS sont cotés sur des marchés actifs et sont classés au niveau 1. Les instruments dérivés qui sont « de gré à gré » sont classés au niveau 2 car leur juste valeur est observable – directement par le prix ou indirectement après avoir été dérivée du prix. Les instruments classés au niveau 2 sont les contrats à terme sur les devises et les contrats dérivés dans les portefeuilles gérés en externe.

Désignation	Niveau 1	Niveau 2	Total
	Milliers de US \$		
<b>Trésorerie et équivalents de trésorerie</b>	4 003	–	4 003
<b>Placements à court terme</b>			
Actifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – détenus à des fins de transaction		3 570	3 570
Actifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – lors de la comptabilisation initiale	1 760 124		1 760 124
<b>Total des placements à court terme</b>			
<b>Placements à long terme</b>	1 760 124	3 570	1 763 694
Actifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – lors de la comptabilisation initiale	93 900		93 900
<b>Passifs financiers</b>			
Passifs financiers à la juste valeur par le biais du solde – détenus à des fins de transaction	(920)	(12 152)	(13 072)
<b>Total</b>	<b>1 857 107</b>	<b>(8 582)</b>	<b>1 848 525</b>

## Gestion des risques

L’OMS est exposée à certains risques financiers, dont le risque de crédit, le risque lié aux taux d’intérêt, le risque de change et le risque lié au prix des placements. L’Organisation a recours à des instruments financiers dérivés pour couvrir une partie de ses expositions aux risques. Conformément au Règlement financier, les fonds qui ne sont pas nécessaires pour des versements immédiats peuvent être placés. Tous les placements sont effectués dans le cadre des politiques en la matière approuvées par le Directeur général. Certains portefeuilles sont gérés par des administrateurs externes désignés par l’Organisation pour agir selon un mandat défini. Le Comité consultatif sur les placements examine régulièrement les politiques de placement, la performance des placements et les risques pour chaque portefeuille. Ce Comité, composé de spécialistes externes, peut faire des recommandations au Directeur général.

## Nature des instruments financiers

Les instruments sont classés comme suit.

**Placements à court terme.** Il s’agit de sommes placées sur le marché monétaire et en obligations à court terme d’État, d’organisations et de sociétés de qualité, conformément à la politique de placements approuvée.

**Placements à long terme.** Les sommes investies à long terme servent à financer le fonds pour les paiements de fin de contrat, comme précisé dans la politique approuvée relative aux placements, et elles sont placées en obligations à moyen et à long terme d’État, d’organisations et de sociétés de qualité, et dans un fonds indiciel mondial d’obligations géré en externe.

## Risque de crédit

Afin de limiter le risque de crédit, les placements de l’Organisation sont très diversifiés. Les sommes sont placées auprès d’un large éventail de contreparties, sur la base de limites minimales en ce qui concerne la qualité du crédit et de limites maximales s’agissant de l’exposition au risque pour chaque contrepartie, conformément à ce qui est précisé dans les mandats de placement. Ces limites s’appliquent à la fois aux portefeuilles gérés en interne par l’Unité Trésorerie de l’Organisation et aux portefeuilles gérés par des administrateurs externes. L’Unité Trésorerie contrôle l’exposition totale au risque vis-à-vis des contreparties pour l’ensemble des portefeuilles gérés en interne et en externe.

Pour minimiser le risque de crédit et le risque de liquidité pour la trésorerie et les équivalents de trésorerie, les placements ne sont effectués qu'auprès d'institutions financières importantes dont la notation de crédit, attribuée par des agences de premier plan, est bonne. L'Unité Trésorerie examine régulièrement les notations de crédit des contreparties financières approuvées et agit sans tarder lorsqu'une notation est abaissée. Les placements ayant une notation de crédit à long terme s'établissent comme suit :

Catégorie de notation minimum	Valeur totale des actifs en milliers de US \$
AAA	291 191
AA+	607 326
AA	106 886
AA-	278 136
A+	101 093
A	121 575
A-	82 279
Pas de notation	265 540
<b>Total</b>	<b>1 854 026</b>

Lorsque les principales agences de notation n'évaluent pas la qualité des placements et des titres (par exemple les titres à revenu fixe émis par des entités souveraines, les obligations hypothécaires garanties émises par des institutions et des fonds de placement soutenus par des entités souveraines), l'Unité Trésorerie s'assure que la notation des émetteurs des dépôts et des titres ainsi que des titres composant les fonds de placement est égale ou supérieure à un seul A, qui est le minimum requis pour les placements de l'OMS conformément aux lignes directrices sur les placements définies pour les administrateurs externes de placements, convenues avec le Comité consultatif sur les placements, et le minimum requis pour les placements dans le fonds des paiements de fin de contrat, également convenu avec le Comité consultatif sur les placements.

#### Risque lié aux taux d'intérêt

Les placements à rendement fixe à court terme et à long terme exposent l'OMS à un risque lié aux taux d'intérêt. La durée de placement est une mesure de la sensibilité aux variations des taux d'intérêt du marché et, au 31 décembre 2015, la durée effective moyenne des placements de l'Organisation était de 0,5 an pour les placements à court terme et de 6,3 ans pour les placements à long terme. La durée des placements à long terme a été allongée moyennant l'achat de produits à rendement fixe à plus long terme afin que ces placements couvrent mieux la durée des passifs qu'ils servent à financer.

Les administrateurs externes peuvent avoir recours, suivant des lignes directrices strictes, à des instruments dérivés à rendement fixe pour gérer le risque lié aux taux d'intérêt. Les instruments de ce type, utilisés pour couvrir le risque lié aux taux d'intérêt, servent à gérer la durée des portefeuilles et à opérer un positionnement stratégique par rapport aux taux d'intérêt.

#### Risque de change

L'OMS perçoit des contributions et effectue des paiements dans d'autres monnaies que le dollar des États-Unis, et elle est donc exposée à un risque en raison des fluctuations des taux de change. Les gains et les pertes au change lors de l'achat ou de la vente de monnaies, la réévaluation des soldes de trésorerie et toutes les autres différences de change sont ajustés au niveau des fonds et comptes concernés par la répartition des intérêts dans le cadre du plan général des placements. La conversion en dollars des opérations effectuées dans d'autres monnaies se fait aux taux de change opérationnels de l'Organisation des Nations Unies en vigueur à la date de l'opération. Les actifs et les passifs libellés en devises étrangères sont convertis aux taux de change opérationnels de l'Organisation des Nations Unies en vigueur à la fin de l'année. La couverture du risque de change et la gestion des flux de trésorerie à court terme se font au moyen de contrats à terme sur les devises. Les gains et les pertes réalisés et non réalisés à la suite du règlement et de la réévaluation des opérations de change sont comptabilisés dans l'état de la performance financière (État II).

Depuis 2014, 50 % des contributions fixées sont calculées en francs suisses afin d'atténuer le risque de change pour les dépenses effectuées par le Siège dans cette monnaie.<sup>1</sup>

**Couverture des risques de change sur les coûts futurs des traitements :** En 2016, la valeur en dollars des dépenses effectuées dans d'autres monnaies que le dollar des États-Unis est protégée de l'impact des fluctuations des taux de change grâce à la conclusion de contrats à terme sur les devises en 2015. Au 31 décembre 2015, les contrats à terme pour la couverture du risque de change s'établissaient comme suit :

Monnaie achetée à terme	(en milliers)	Montant net vendu (en milliers de US \$)	Gain/(perte) net(te) non réalisé(e) (en milliers de US \$)
Franc suisse	117 120	123 992	(5 933)
Euro	92 400	103 043	(2 013)
Roupie indienne	1 034 400	15 164	20
Ringgit malaisien	36 000	8 979	(650)
Peso philippin	754 800	16 244	(405)
<b>Total</b>		<b>267 422</b>	<b>(8 981)</b>

La perte nette non réalisée sur ces contrats était de US \$9 millions au 31 décembre 2015 (contre une perte nette non réalisée de US \$18 millions au 31 décembre 2014). Les gains ou les pertes réalisés sur ces contrats seront comptabilisés à échéance et affectés en 2016.

**Couverture des risques de change sur les créances et les dettes.** Le risque de change est lié aux écarts entre les taux de change auxquels les créances ou les dettes en devises sont enregistrées et les taux de change auxquels les fonds reçus ou les paiements correspondants sont ensuite comptabilisés. Un programme mensuel est appliqué pour couvrir ce risque de change. Les risques nets sont calculés chaque mois pour les créances et les dettes, par monnaie, et chaque risque de change net important est acheté ou vendu à terme par le biais d'un contrat à terme sur les monnaies égal et opposé au risque net.

À la fin de chaque mois, ces risques sont recalculés pour correspondre aux taux de change opérationnels mensuels de l'Organisation des Nations Unies. Grâce à ce processus, les gains ou les pertes au change réalisés sur les contrats à terme couvrent les gains ou les pertes au change non réalisés correspondants sur les mouvements des créances et des dettes nets. Au 31 décembre 2015, le total des contrats à terme sur les monnaies s'établissait comme suit :

Monnaie vendue à terme	(en milliers)	Monnaie achetée à terme (en milliers de US \$)	Gain/(perte) net(te) non réalisé(e) (en milliers de US \$)
Dollar australien	2 000	1 455	-
Dollar canadien	21 700	15 634	3
Franc suisse	3 200	3 228	29
Euro	83 650	91 483	(154)
Livre sterling	63 800	94 466	(181)
Couronne norvégienne	6 300	724	7
Dollar néo-zélandais	2 500	1 716	11
<b>Total</b>		<b>208 706</b>	<b>(285)</b>

La perte nette non réalisée sur ces contrats était de US \$9,3 millions au 31 décembre 2015 (contre un gain net non réalisé de US \$0,6 million au 31 décembre 2014). Les gains ou les pertes réalisés sur ces contrats seront comptabilisés à échéance et affectés en 2016.

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA66.16.

**Contrats à terme sur les monnaies pour la gestion de la trésorerie opérationnelle.** Les contrats à terme sur les monnaies servent aussi à gérer les soldes de trésorerie en devises à court terme de manière à réduire autant que possible les risques au change. Au 31 décembre 2015, un montant net total de 50,6 millions de francs suisses a été vendu à terme contre des dollars des États-Unis. Ces contrats à terme sur les monnaies arrivaient à échéance en janvier 2016. Les gains nets non réalisés sur ces contrats s'élevaient à US \$0,5 million au 31 décembre 2015 (contre des pertes nettes non réalisées de US \$0,4 million au 31 décembre 2014).

**Sensibilité des contrats à terme sur les monnaies aux variations de la valeur relative du dollar des États-Unis.** Une appréciation de 1 % de la valeur relative du dollar des États-Unis par rapport aux contrats à terme sur les monnaies mentionnées ci-dessus entraînerait une augmentation du gain net non réalisé de US \$1,4 million. Une dépréciation de 1 % de la valeur relative du dollar des États-Unis entraînerait une baisse du gain net non réalisé de US \$1,4 million.

**Contrats à terme et contrats spot sur les monnaies, et autres instruments financiers dérivés détenus dans les portefeuilles de placements gérés en externe.** Conformément aux lignes directrices sur les placements définies pour chaque portefeuille géré en externe, les administrateurs ont recours à des contrats à terme et à des contrats spot sur les monnaies, à d'autres contrats à terme et à des contrats de swap de taux d'intérêt afin de gérer le risque de change et le risque lié aux taux d'intérêt pour plusieurs groupes de titres à l'intérieur de chaque portefeuille. Les valeurs nettes de ces instruments au 31 décembre 2015, telles qu'elles ont été évaluées par le dépositaire des placements de l'Organisation, sont comptabilisées par portefeuille dans la rubrique « actifs/passifs financiers à la juste valeur – détenus à des fins de transaction ». Les encours des contrats de change à terme et spot sont récapitulés ci-dessous.

Montant net vendu	(en milliers)	Équivalent en US \$ (en milliers)
Dollar australien	5 202	3 778
Dollar canadien	400	288
Couronne tchèque	181 264	7 373
Couronne danoise	92 045	13 399
Euro	29 560	32 128
Yen	481 000	4 001
Livre sterling	56 437	83 184
Peso mexicain	41 118	2 369
<b>Total</b>		<b>146 520</b>

Une appréciation de 1 % de la valeur relative du dollar des États-Unis par rapport aux contrats à terme sur les monnaies mentionnés ci-dessus entraînerait une hausse de US \$0,2 million de la perte non réalisée. Une dépréciation de 1 % de la valeur relative du dollar des États-Unis entraînerait une hausse de US \$0,2 million du gain non réalisé.

Les encours nets des contrats à terme sur les taux d'intérêt et les obligations sont récapitulés ci-après.

#### Positions longues

Produits	Marché monétaire <sup>a</sup>	Nombre de contrats
Eurodollar mars 2016	IMM	6
Eurodollar juin 2016	IMM	51
Eurodollar mars 2017	IMM	2
Eurodollar juin 2017	IMM	7
US 2 year T-Note mars 2016	CBOT	3
Australian T-Bond 3Y mars 2016	ASX	451

### Positions courtes

Produits	Marché monétaire <sup>a</sup>	Nombre de contrats
Eurodollar sept. 2016	IMM	(48)
Eurodollar déc. 2016	IMM	(8)
Eurodollar sept. 2017	IMM	(14)
Eurodollar déc. 2017	IMM	(8)
Eurodollar mars 2018	IMM	(2)
Eurodollar juin 2018	IMM	(3)
Eurodollar sept. 2018	IMM	(204)
Eurodollar déc. 2018	IMM	(2)
Eurodollar sept. 2019	IMM	(10)
Eurodollar Future Call juin 2016 9875	IMM	(254)
Eurodollar Future Call déc. 2016 9875	IMM	(783)
Eurodollar Future Put déc. 2016 9875	IMM	(783)

a. ASX : Australian Securities Exchange. IMM : marché monétaire international du Chicago Mercantile Exchange ; CBOT : Chicago Board of Trade. IMM et CBOT font partie du Chicago Mercantile Exchange Group.

Les encours des contrats de swap de taux d'intérêt sont récapitulés ci-dessous :

Monnaie/Montant nominal (en milliers)	Équivalent en US \$ (en milliers)	Paiement/réception	Échéance	
US dollar	42 700	42 700	Payeur taux fixe/receveur taux variable	Décembre 2019
Dollar canadien	100 800	72 565	Payeur taux variable/receveur taux fixe	Octobre 2017
Peso mexicain	524 400	30 363	Payeur taux variable/receveur taux fixe	Décembre 2017

### 4.3 Créances

Au 31 décembre 2015, les créances (courantes et non courantes) s'élevaient au total à US \$1,063 milliard (contre US \$1,116 milliard au 31 décembre 2014). Le solde des créances inclut les arriérés de contributions fixées et de contributions volontaires. Les créances sont classées comme courantes ou non courantes selon le moment où les montants sont dus, en fonction des modalités de paiement.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
<b>Créances courantes</b>		
Contributions fixées à recevoir <sup>a</sup>	122 303	77 955
Contributions volontaires à recevoir <sup>b</sup>	766 328	779 331
Créances relatives aux achats remboursables	59	116
Créances relatives au fonds de roulement des ventes	194	155
Autres créances	5 573	3 809
Provision pour créances douteuses	(28 441)	(28 126)
<b>Total des créances courantes</b>	<b>866 016</b>	<b>833 240</b>
<b>Créances non courantes</b>		
Contributions non réglées rééchelonnées à recevoir <sup>a</sup>	23 039	27 000
Contributions volontaires à recevoir <sup>b</sup>	197 472	282 289
Provision pour créances douteuses	(23 039)	(27 000)
<b>Total des créances non courantes</b>	<b>197 472</b>	<b>282 289</b>
<b>Total des créances</b>	<b>1 063 488</b>	<b>1 115 529</b>

a. Pour plus d'informations sur le recouvrement des contributions fixées, voir le document A69/48.

b. Les informations relatives aux contributions par fonds et par contributeur sont disponibles sur le portail Web de l'OMS relatif au budget programme et sur le site Internet de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/en/>.

Au 31 décembre 2015, la provision pour créances douteuses s'élève au total à US \$51,5 millions (contre US \$55,1 millions au 31 décembre 2014). Elle comprend une provision de US \$48,3 millions sur les contributions fixées et une provision de US \$3,2 millions sur les contributions volontaires.

La provision sur les contributions fixées à recevoir englobe les contributions dues pour les années écoulées, l'ensemble des créances rééchelonnées et les arriérés dus par les États Membres pour l'exercice en cours. La provision sur les contributions volontaires à recevoir est établie sur la base d'un examen détaillé de tous les

montants dus depuis plus d'un an et de ceux dus depuis moins d'un an lorsque des données indiquent qu'il est peu probable que ces montants soient perçus.

Avec certains contributeurs, l'OMS signe des accords qui couvrent parfois de nombreuses années d'exécution. Ces accords ne précisent pas les modalités des versements. On a plutôt recours à des remboursements en fonction des dépenses trimestrielles. L'OMS enregistre l'intégralité du montant des recettes au cours de l'année financière où l'accord a été signé et comptabilise l'intégralité de la créance comme échue. Au 31 décembre 2015, les créances échues dans le cadre de cet accord s'élevaient au total à US \$357,9 millions, dont US \$66,2 millions correspondaient à des accords qui expirent en 2017 ou après.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	Milliers de US \$	
<b>Solde d'ouverture – contributions fixées</b>	43 453	42 407
Augmentation de la provision pour créances douteuses	4 848	1 046
<b>Solde de clôture – contributions fixées</b>	48 301	43 453
<b>Solde d'ouverture – contributions volontaires</b>	11 673	11 698
Radiation de créances auparavant mentionnées	(9 145)	-
Augmentation/(diminution) de la provision pour créances douteuses	651	(26)
<b>Solde de clôture – contributions volontaires</b>	3 179	11 673
<b>Total de la provision pour créances douteuses</b>	<b>51 480</b>	<b>55 126</b>
<b>Provision pour créances douteuses</b>		
Provision – courante	28 441	28 126
Provision – non courante	23 039	27 000
<b>Total de la provision pour créances douteuses</b>	<b>51 480</b>	<b>55 126</b>

#### 4.4 Créances sur le personnel

Conformément au Statut du personnel et au Règlement du personnel de l'OMS, les membres du personnel ont droit à certaines avances, y compris celles relatives au traitement, à l'allocation pour frais d'études des enfants, au loyer et aux frais de voyage.

Le solde des créances sur le personnel s'élevait au total à US \$10,7 millions au 31 décembre 2015 (contre US \$10,4 millions en décembre 2014). Le solde le plus important concerne l'allocation pour frais d'études des enfants et correspond aux avances consenties aux membres du personnel pour 2015 au titre de l'année scolaire 2015-2016.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Avances sur traitement	839	780
Avances sur l'allocation pour frais d'études des enfants	7 724	7 607
Avances relatives au loyer	1 514	1 543
Avances relatives aux frais de voyage	544	400
Autres créances sur le personnel	81	116
<b>Total des créances sur le personnel</b>	<b>10 702</b>	<b>10 446</b>

#### 4.5 Stocks

Au 31 décembre 2015, la valeur des stocks s'élevait au total à US \$53,2 millions (contre US \$50,4 millions au 31 décembre 2014).

Le tableau ci-dessous indique les mouvements de stock au cours de l'année :

Désignation	31 décembre 2014	Entrées nettes	Livraisons nettes	Cessions nettes et radiations	Stocks nets en transit	31 décembre 2015
	En milliers de US \$					
Médicaments, vaccins et fournitures humanitaires	43 626	64 432	63 140	2 419	4 599	47 098
Publications	6 791	6 270	5 420	1 587		6 054
<b>Total des stocks</b>	<b>50 417</b>	<b>70 702</b>	<b>68 560</b>	<b>4 006</b>	<b>4 599</b>	<b>53 152</b>

Les charges relatives aux stocks au cours de la période (livraisons nettes, cessions nettes et radiations) s'élevaient au total à US \$72,6 millions (contre US \$56 millions au 31 décembre 2014). Les charges relatives aux stocks sont indiquées dans l'état de la performance financière (État II) à la rubrique « Fournitures et matériels médicaux ». Le solde des stocks en fin d'année tient compte des frais de livraison pour 14 %.

#### 4.6 Paiements anticipés et dépôts

La valeur des paiements anticipés s'élevait au total à US \$12,4 millions au 31 décembre 2015 (contre US \$0,4 million au 31 décembre 2014). Les paiements anticipés englobent le paiement des fournisseurs avant la livraison des biens ou la prestation des services. Il est courant que les prestataires de services techniques demandent une avance afin de financer les travaux au cours du projet. Lors de la livraison des biens ou de la prestation des services, les paiements anticipés sont imputés au compte de charge correspondant.

Les paiements anticipés comprennent des dépôts pour US \$0,2 million (contre US \$0,2 million au 31 décembre 2014). Les dépôts correspondent aux montants versés à des bailleurs à titre de garantie pour la location de bureaux.

#### 4.7 Immobilisations corporelles

L'OMS a invoqué la disposition transitoire prévue par la norme IPSAS 17 (Immobilisations corporelles), qui prévoit que, pendant cinq ans à compter de l'adoption des normes IPSAS, la comptabilisation de l'ensemble des immobilisations corporelles n'est pas obligatoire. En 2015, l'Organisation a comptabilisé les terrains et les constructions dont elle est propriétaire aux sièges des bureaux de pays et des bureaux régionaux. Tous les autres actifs ont été comptabilisés lors de leur acquisition.

Au 31 décembre 2015, la valeur totale des terrains et constructions comptabilisés (nette de l'amortissement cumulé) était de US \$65,1 millions (contre US \$64 millions au 31 décembre 2014). Cette hausse tient compte d'ajouts et de projets de construction en cours pour US \$3,3 millions.

Aux endroits où l'OMS ne possède pas de terrain, des droits de surface lui ont été accordés gratuitement. Aucune valeur n'a été comptabilisée car l'Organisation ne peut pas disposer de ces droits à des fins commerciales.

Bureau	31 décembre 2014	Entrées	Cessions	Dépréciations	Amortissement	Constructions en cours	31 décembre 2015
En milliers de US \$							
<b>Siège</b>							
Terrains	1 000						1 000
Constructions	39 354		(77)		(1 111)	210	38 376
<b>Total des immobilisations – Siège</b>	<b>40 354</b>		<b>(77)</b>		<b>(1 111)</b>	<b>210</b>	<b>39 376</b>
<b>Bureau régional de l'Afrique</b>							
Terrains	14						14
Constructions	4 450	234			(195)		4 489
<b>Total des immobilisations – Bureau régional de l'Afrique</b>	<b>4 464</b>	<b>234</b>			<b>(195)</b>		<b>4 503</b>
<b>Bureau régional de l'Asie du Sud-Est</b>							
Constructions	201				(29)		172
<b>Total des immobilisations – Bureau régional de l'Asie du Sud-Est</b>	<b>201</b>				<b>(29)</b>		<b>172</b>
<b>Bureau régional de la Méditerranée orientale</b>							
Constructions	17 233				(340)	2 874	19 767
<b>Total des immobilisations – Bureau régional de la Méditerranée orientale</b>	<b>17 233</b>				<b>(340)</b>	<b>2 874</b>	<b>19 767</b>
<b>Bureau régional du Pacifique occidental</b>							
Constructions	1 741				(435)		1 306
<b>Total des immobilisations – Bureau régional du Pacifique occidental</b>	<b>1 741</b>				<b>(435)</b>		<b>1 306</b>
<b>Total OMS</b>							
Terrains	1 014						1 014
Constructions	62 979	234	(77)		(2 110)	3 084	64 110
<b>Total des immobilisations – OMS</b>	<b>63 993</b>	<b>234</b>	<b>(77)</b>		<b>(2 110)</b>	<b>3 084</b>	<b>65 124</b>

En 2015, de nouveaux équipements ont été inscrits sur le registre des actifs, pour un montant de US \$22,1 millions, y compris, pour la première fois, dans la Région africaine. Ce chiffre correspond seulement aux articles dont la valeur unitaire est supérieure à US \$5000, rapportés dans l'état de la performance financière (État II) à la rubrique « Équipement, véhicules et mobilier ». Toutefois, comme l'OMS applique la disposition transitoire, ces achats ont été comptabilisés lors de leur acquisition. La période de transition s'achèvera le 31 décembre 2016. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, les actifs seront capitalisés selon leur durée de vie utile restante. Le solde d'ouverture des immobilisations corporelles sera retraité en conséquence. Les immobilisations corporelles concernées sont indiquées dans le tableau ci-après.

Désignation	Total
	En milliers de US \$
Véhicules	15 829
Équipement réseau	2 054
Équipement audiovisuel	1 023
Équipement de bureau	563
Matériel informatique	381
Matériel de sécurité	283
Matériel de communication	111
Mobilier, agencements et installations	81
Autres équipements	1 805
<b>Total – Nouveaux équipements</b>	<b>22 130</b>

#### 4.8 Immobilisations incorporelles

Au 31 décembre 2015, les immobilisations incorporelles s'élevaient à US \$2,8 millions (contre US \$2,8 millions au 31 décembre 2014). Il s'agit, pour la plus grande partie, de nouveaux achats.

Catégorie d'actifs	31 décembre 2014	Entrées	Cessions/Transferts	Dépréciations	Amortissement	31 décembre 2015
	En milliers de US \$					
Logiciels acquis	113	2 732			(323)	2 522
Logiciels en cours de développement	2 689	185	(2 590)			284
<b>Total des immobilisations incorporelles</b>	<b>2 802</b>	<b>2 917</b>	<b>(2 590)</b>		<b>(323)</b>	<b>2 806</b>

#### 4.9 Contributions reçues en avance

Le montant des contributions reçues en avance correspond principalement à des paiements effectués par les États Membres en 2015 au titre de leurs contributions fixées pour 2016. Le solde des avances au titre de contributions volontaires correspond à des fonds reçus en vertu d'accords prenant effet à compter de 2016. Les montants reçus non appliqués et non identifiés sont des sommes reçues en 2015 mais qui n'avaient pas encore été identifiées comme contributions au 31 décembre 2015.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Avances sur les contributions fixées <sup>a</sup>	46 145	46 441
Avances sur les contributions volontaires <sup>o</sup>	5 587	8 465
Montants reçus non appliqués et non identifiés	4 762	6 486
Autres avances	586	314
<b>Total des contributions reçues en avance</b>	<b>57 079</b>	<b>61 707</b>

a. Pour plus d'informations sur le recouvrement des contributions fixées, voir le document A69/48.

b. Les informations relatives aux contributions par fonds et par contributeur sont disponibles sur le portail Web de l'OMS relatif au budget programme et sur le site Internet de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/en/>.

#### 4.10 Dettes

Les dettes correspondent au total des sommes dues aux fournisseurs, par bureau, au 31 décembre 2015.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Siège	12 619	10 456
Bureau régional de l'Afrique	15 637	9 314
Bureau régional de la Méditerranée orientale	14 261	6 545
Bureau régional de l'Europe	2 861	1 201
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est	4 664	1 704
Bureau régional du Pacifique occidental	3 555	2 359
<b>Total des dettes</b>	<b>53 597</b>	<b>31 579</b>

#### 4.11 Dettes envers le personnel

Le solde des dettes envers le personnel correspond au total des sommes dues aux membres du personnel au 31 décembre 2015. Les traitements à payer correspondent aux soldes à verser aux membres du personnel en attendant la finalisation des certificats relatifs aux formalités de départ. Les retours bancaires sont des soldes dus aux membres du personnel dont le paiement sera effectué à réception de coordonnées bancaires actualisées.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Traitements à payer	1 712	1 309
Retours bancaires	278	220
Demandes de remboursement des frais de voyage à payer	166	248
<b>Total des dettes envers le personnel</b>	<b>2 156</b>	<b>1 777</b>

#### 4.12 Montants accumulés pour régler les avantages du personnel

Les montants accumulés pour régler les avantages du personnel correspondent aux frais relatifs aux paiements de fin de contrat, à l'Assurance-maladie du personnel et aux sommes dues en cas de décès ou de handicap imputable au service (fonds spécial d'indemnisation).

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	Milliers de US \$	
Montants accumulés pour régler les avantages du personnel – courants		
Paiements de fin de contrat	46 142	55 247
Fonds spécial d'indemnisation	580	576
<b>Total des montants accumulés pour régler les avantages du personnel – courants</b>	<b>46 722</b>	<b>55 823</b>
Montants accumulés pour régler les avantages du personnel – non courants		
Paiements de fin de contrat	59 388	58 479
Fonds spécial d'indemnisation	14 106	13 100
Assurance-maladie du personnel	914 055	866 127
<b>Total des montants accumulés pour régler les avantages du personnel – non courants</b>	<b>987 549</b>	<b>937 706</b>
Montants accumulés pour régler les avantages du personnel		
Paiements de fin de contrat	105 530	113 726
Fonds spécial d'indemnisation	14 686	13 676
Assurance-maladie du personnel	914 055	866 127
<b>Total des montants accumulés pour régler les avantages du personnel</b>	<b>1 034 271</b>	<b>993 529</b>

#### Paiements de fin de contrat

Le fonds pour les paiements de fin de contrat a été créé afin de couvrir le paiement des montants dus aux membres du personnel lorsqu'ils quittent l'Organisation, y compris l'indemnité de rapatriement, les congés annuels non pris et les frais de voyage et de déménagement à l'occasion du rapatriement. Le fonds pour les paiements de fin de contrat est financé par un prélèvement sur les traitements.

Les passifs découlant des indemnités de rapatriement et des congés annuels non pris sont déterminés par des actuaires-conseils indépendants. Cependant, les congés annuels non pris sont calculés comme si l'ensemble du personnel quittait immédiatement l'Organisation et, par conséquent, ils ne sont pas actualisés.

D'après la dernière étude actuarielle (au 31 décembre 2015), le passif correspondant aux paiements de fin de contrat est estimé au total à US \$105,5 millions (dont US \$46,1 millions à court terme et US \$59,4 millions à long terme), contre US \$113,7 millions au 31 décembre 2014. Ce calcul ne tient pas compte des frais pour les primes de départ et les résiliations d'engagement par accord mutuel en cas de suppression de postes. L'obligation au titre des prestations définies s'élevait à US \$67,4 millions (contre US \$65,2 millions au 31 décembre 2014) pour les paiements de fin de contrat et à US \$38,1 millions (contre US \$48,5 millions au 31 décembre 2014) pour les congés annuels non pris inclus dans le solde courant des paiements de fin de contrat.

Selon l'étude actuarielle, une réduction nette de US \$8,2 millions est comptabilisée, par nature des charges, dans l'état de la performance financière (État II).

### Assurance-maladie du personnel

Le Secrétariat gère son propre régime d'assurance-maladie en tant qu'entité distincte. L'Assurance-maladie du personnel de l'OMS, qui possède une structure de gouvernance propre, rembourse une grande partie des dépenses engagées par les membres du personnel, les fonctionnaires retraités et les ayants droit de leur famille pour des soins médicaux reconnus. Elle est financée, pour un tiers, par les cotisations des participants et, pour les deux autres tiers, par l'Organisation et par des revenus tirés de placements.

L'Organisation considère le régime d'assurance-maladie des fonctionnaires retraités comme un avantage postérieur à l'emploi. L'ensemble des gains et des pertes a été comptabilisé dès l'adoption de la norme IPSAS 25 (Avantages du personnel). Par la suite, les gains et les pertes (évolutions imprévues de l'excédent ou du déficit) seront comptabilisés au fur et à mesure suivant la méthode du corridor. Selon cette méthode, les montants égaux ou inférieurs à 10 % de l'obligation au titre des prestations définies ne sont pas comptabilisés afin que les gains et les pertes puissent se compenser mutuellement au cours du temps. Les gains et les pertes supérieurs à 10 % de l'obligation au titre des prestations définies sont amortis sur la durée de service moyenne restante des membres du personnel en activité qui auront droit à chaque prestation.

L'obligation au titre des prestations définies concernant l'Assurance-maladie du personnel pour 2015 a été déterminée par des actuaires professionnels sur la base de données relatives au personnel et d'informations historiques sur les paiements communiquées par l'OMS. Au 31 décembre 2015, l'obligation non financée au titre des prestations définies s'élevait à US \$914 millions (contre US \$866 millions en 2014). Une somme supplémentaire de US \$48 millions a donc été imputée aux frais de personnel.

Le rapport annuel de l'Assurance-maladie du personnel donne de plus amples informations sur le passif de ce régime.

### Fonds spécial d'indemnisation

En cas de décès ou d'invalidité imputable à l'exercice de fonctions officielles d'un membre du personnel, le fonds spécial d'indemnisation couvre, dans une mesure raisonnable, tous les frais médicaux, hospitaliers et autres frais directement liés à cette situation, ainsi que les frais funéraires. Le fonds sert aussi à indemniser le membre du personnel handicapé (pendant la durée du handicap) ou les membres de la famille en cas de décès.

L'OMS considère le fonds spécial d'indemnisation comme un avantage postérieur à l'emploi. L'ensemble des gains et des pertes a été comptabilisé dès l'adoption de la norme IPSAS 25 (Avantages du personnel). Par la suite, les gains et les pertes (évolutions imprévues de l'excédent ou du déficit) seront comptabilisés au fur et à mesure suivant la méthode du corridor. À des fins de comptabilité, le plan est considéré comme non financé (le passif n'est pas diminué par les actifs).

Selon l'étude actuarielle, le passif s'élevait au total à US \$14,7 millions au 31 décembre 2015 et à US \$13,7 millions au 31 décembre 2014. Par conséquent, une somme supplémentaire de US \$1 million a été comptabilisée, par nature des charges, dans l'état de la performance financière (État II).

### Synthèse actuarielle des paiements de fin de contrat, de l'Assurance-maladie du personnel et du fonds spécial d'indemnisation (en milliers de US \$)

Désignation	Paiements de fin de contrat (autres que les congés non pris)	Assurance-maladie du personnel	Fonds spécial d'indemnisation
<b>Rapprochement de l'obligation au titre des prestations définies</b>			
Obligation au titre des prestations définies au 31 décembre 2015	65 191	1 697 955	17 438
Coût des services	7 474	77 594	843
Coût des intérêts	1 792	46 292	497
Montant brut des prestations réelles pour 2015	(5 126)	(34 070)	(667)
Charges administratives réelles		(2 883)	
Cotisations réelles des participants		10 284	
(Gain)/perte actuariel(le)	(1 958)	(117 159)	(2 565)
<b>Obligation au titre des prestations définies au 31 décembre 2015</b>	<b>67 373</b>	<b>1 678 013</b>	<b>15 546</b>
<b>Rapprochement des actifs</b>			
Actifs au 31 décembre 2014		595 541	
Montant brut des prestations réelles pour 2015	(5 126)	(58 850)	(667)
Charges administratives réelles		(4 198)	
Cotisations de l'Organisation en 2015	5 126	60 415	667

Désignation	Paiements de fin de contrat (autres que les congés non pris)	Assurance-maladie du personnel	Fonds spécial d'indemnisation
Cotisations des participants en 2015		32 633	
Augmentation/diminution de la réserve au titre de l'article 470.1 du Règlement de l'Assurance-maladie du personnel		(4)	
Rendement attendu des actifs		30 580	
Gain/(perte) sur les actifs		(47 591)	
<b>Actifs au 31 décembre 2015</b>		<b>608 526</b>	
<b>Rapprochement de la situation non financée</b>			
Obligation au titre des prestations définies			
Active	67 373	896 111	3 750
Inactive		781 902	11 796
Total de l'obligation au titre des prestations définies	67 373	1 678 013	15 546
Actifs du plan			
Actifs bruts du plan		(629 376)	
Compensation au titre de la réserve (article 470.1 du Règlement de l'Assurance-maladie du personnel)		20 850	
Total des actifs du plan		(608 526)	
Déficit/(excédent)	67 373	1 069 487	15 546
Gain/(perte) non comptabilisé(e)		(155 432)	(860)
<b>Passif/(actif) net comptabilisé dans l'état de la situation financière</b>	<b>67 373</b>	<b>914 055</b>	<b>14 686</b>
Courant	7 985		580
Non courant	59 388	914 055	14 106
<b>Passif/(actif) net comptabilisé dans l'état de la situation financière</b>	<b>67 373</b>	<b>914 055</b>	<b>14 686</b>
Charges annuelles pour 2015			
Coût des services	7 474	77 594	843
Coût des intérêts	1 792	46 292	497
Rendement attendu des actifs		(30 580)	
Comptabilisation du (gain)/de la perte	(1 958)	11 285	334
<b>Total des charges comptabilisées dans l'état de la performance financière</b>	<b>7 308</b>	<b>104 591</b>	<b>1 674</b>
Cotisations attendues en 2016			
Cotisations de l'OMS	8 102	20 057	590
Cotisations des participants		41 951	
<b>Total des cotisations attendues en 2016</b>	<b>8 102</b>	<b>62 008</b>	<b>590</b>

### Analyse de la sensibilité du régime d'assurance-maladie du personnel

Coût des services et coût des intérêts en 2015	(en milliers de US \$)
Hypothèse actuelle sur l'inflation des frais médicaux, moins 1 %	94 995
Hypothèse actuelle sur l'inflation des frais médicaux	123 886
Hypothèse actuelle sur l'inflation des frais médicaux, plus 1 %	163 991
<b>Obligation au titre des prestations définies au 31 décembre 2015</b>	
<b>(en milliers de US \$)</b>	
Hypothèse actuelle sur l'inflation des frais médicaux, moins 1 %	1 380 266
Hypothèse actuelle sur l'inflation des frais médicaux	1 678 013
Hypothèse actuelle sur l'inflation des frais médicaux, plus 1 %	2 069 228

### Méthodes et hypothèses actuarielles

Chaque année, l'Organisation recense et choisit des hypothèses et des méthodes qui seront utilisées par les actuaires lors de l'évaluation de fin d'année pour déterminer les charges et les cotisations nécessaires s'agissant des avantages du personnel. Conformément à la norme IPSAS 25 (Avantages du personnel), les hypothèses actuarielles doivent être indiquées dans les états financiers. En outre, chaque hypothèse actuarielle doit être indiquée en termes absolus.

Les actuaires ont estimé les passifs en 2015 sur la base de projections. Normalement, une réévaluation complète est effectuée tous les trois ans ; la prochaine réévaluation complète est prévue fin 2016.

#### Date de mesure

Ensemble des plans : 31 décembre 2015

#### Taux d'actualisation

Paiements de fin de contrat (autres que les congés non pris) : Le taux d'actualisation utilisé est de 3,0 % (contre 2,9 % lors de l'évaluation précédente). Sur la base des projections combinées de versement des prestations par rapport à l'évaluation précédente, avec une pondération de 75 % sur la courbe de rendement de l'Aon Hewitt AA Bond Universe et de 25 % sur celle du SIX Swiss Exchange au 31 décembre 2015. Le taux d'actualisation ainsi obtenu est arrondi à 0,1 % près.

Assurance-maladie du personnel : Europe : 1,5 % (contre 1,6 % lors de l'évaluation précédente) ; Amériques : 4,5 % (contre 4,1 % lors de l'évaluation précédente) ; autres pays : 4,8 % (contre 4,4 % lors de l'évaluation précédente).

Pour l'Europe, depuis l'évaluation du 31 décembre 2010, l'OMS a adopté une courbe de rendement afin de refléter la structure des flux de trésorerie attendus du Bureau de l'Europe. Le taux résulte d'une moyenne pondérée du taux de 0,91 % de la courbe de rendement du SIX Swiss Exchange et du taux de 2,66 % de la courbe du iBoxx Euro Zone, avec une pondération de deux tiers sur le premier. Le taux d'actualisation ainsi obtenu est arrondi à 0,1 % près.

Pour les Amériques et les autres pays, les taux sont déterminés à l'aide de la courbe de l'Aon Hewitt AA Bond Universe. Depuis l'évaluation au 31 décembre 2015, un taux global est déterminé pour l'OPS et pour le Bureau régional des Amériques. Les taux pour les Amériques et les autres pays peuvent être différents car les caractéristiques des flux de trésorerie attendus dans ces Régions ne sont pas les mêmes. Dans toutes les Régions, le taux ainsi obtenu est arrondi à 0,1 % près.

Fonds spécial d'indemnisation : Le taux d'actualisation utilisé est de 3,7 % (contre 2,9 % lors de l'évaluation précédente). Sur la base des projections combinées de versement des prestations par rapport à l'évaluation précédente, avec une pondération de 75 % sur la courbe de rendement de l'Aon Hewitt AA Bond Universe et de 25 % sur celle du SIX Swiss Exchange au 31 décembre 2015. Le taux d'actualisation ainsi obtenu est arrondi à 0,1 % près.

#### Inflation annuelle générale

Paiements de fin de contrat (autres que les congés non pris) : Le taux d'inflation appliqué est de 2,2 %. Sur la base de taux d'inflation, de 2,5 % pour les États-Unis d'Amérique et de 1,1 % pour la Suisse, avec une pondération de 75 % et 25 %, respectivement. Le taux d'inflation ainsi obtenu est arrondi à 0,1 % près.

Assurance-maladie du personnel : Europe, 1,4 % ; Amériques, 2,5 % ; autres pays, 2,5 %. Sur la base de la prévision décennale réalisée par Aon Hewitt au troisième trimestre 2015 concernant les hypothèses relatives aux marchés de capitaux. Le taux pour l'Europe correspond à la moyenne du taux pour la Suisse (1,1 %) et du taux pour le reste de l'Europe (1,6 %), arrondi à 0,1 % près. Le taux pour les Amériques et les autres pays est basé sur l'évaluation de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies au 31 décembre 2013.

Fonds spécial d'indemnisation : Le taux d'inflation appliqué est de 2,2 %. Sur la base de taux d'inflation, de 2,5 % pour les États-Unis d'Amérique et de 1,1 % pour la Suisse, avec une pondération de 75 % et 25 %, respectivement. Le taux d'inflation ainsi obtenu est arrondi à 0,1 % près.

#### Barème annuel des traitements

Ensemble des plans : Inflation générale, plus 0,5 % par an au titre de la croissance de la productivité, plus primes au mérite. La hausse de la productivité et celle des primes au mérite sont égales à celles déterminées lors de l'évaluation de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies au 31 décembre 2013.

#### Regroupements régionaux à toutes fins sauf le coût des demandes de remboursement

Paiements de fin de contrat (autres que les congés non pris) : Sans objet

Assurance-maladie du personnel : Selon la classification suivante : le Bureau régional de l'Europe et le Siège sont classés dans la catégorie de l'Europe ; le Bureau régional des Amériques est classé dans la Région des Amériques ; la Région africaine, la Région de la Méditerranée orientale, la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région du Pacifique occidental sont classés dans la catégorie « Autres pays ».

Fonds spécial d'indemnisation : Sans objet

#### Frais de voyage et de déménagement à l'occasion du rapatriement

---

Paiements de fin de contrat (autres que les congés non pris) :	Calculés selon la méthode des unités de crédit projetées, au prorata de la durée de service, c'est-à-dire du temps écoulé entre la date d'entrée en fonction et la date de départ de l'Organisation.
Assurance-maladie du personnel :	Sans objet
Fonds spécial d'indemnisation :	Sans objet

#### Allocation de rapatriement, indemnité de fin de contrat et indemnité en cas de décès

---

Paiements de fin de contrat (autres que les congés non pris) :	Calculés selon la méthode des unités de crédit projetées, au prorata du taux d'accumulation.
Assurance-maladie du personnel :	Sans objet
Fonds spécial d'indemnisation :	Sans objet

#### Congés non pris

---

Paiements de fin de contrat (autres que les congés non pris) :	Le passif est calculé comme si l'ensemble du personnel quittait immédiatement l'Organisation.
Assurance-maladie du personnel :	Sans objet
Fonds spécial d'indemnisation :	Sans objet

#### Suppression de poste, versement de fin de service et résiliation d'engagement par accord mutuel

---

Paiements de fin de contrat (autres que les congés non pris) :	Ces avantages sont considérés comme des indemnités de fin de contrat au sens de la norme IPSAS 25 et sont donc exclus de l'évaluation.
Assurance-maladie du personnel :	Sans objet
Fonds spécial d'indemnisation :	Sans objet

#### Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies

Le Règlement de la Caisse des pensions prévoit que le Comité mixte fait procéder par l'actuaire conseil à une évaluation actuarielle de la Caisse au moins une fois tous les trois ans. Le Comité mixte procède à une évaluation actuarielle tous les deux ans sur la base de la méthode « Open Group Aggregate ». L'évaluation actuarielle vise principalement à déterminer si les actifs futurs courants et estimés de la Caisse des pensions suffiront à financer les passifs.

Les engagements financiers de l'OMS envers la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies sont constitués de la cotisation obligatoire au taux fixé par l'Assemblée générale des Nations Unies (actuellement de 7,9 % pour les participants et de 15,8 % pour les organisations membres), ainsi que de la part d'un déficit actuariel éventuel qui pourrait devoir être versée par l'OMS conformément à l'article 26 des Statuts de la Caisse. Les sommes nécessaires pour combler le déficit sont dues seulement dès lors que l'Assemblée générale des Nations Unies a invoqué la disposition de l'article 26 après avoir constaté qu'une évaluation actuarielle justifie – au moment de l'évaluation – que le déficit soit comblé. Chaque organisation affiliée contribue au comblement du déficit au prorata des cotisations totales qu'elle a versées pendant les trois années précédant l'évaluation actuarielle.

L'évaluation actuarielle effectuée au 31 décembre 2013 a révélé un déficit actuariel de 0,72 % (contre 1,87 % lors de l'évaluation de 2011) de la rémunération considérée aux fins de la pension, ce qui implique que le taux de cotisation théorique nécessaire pour parvenir à l'équilibre au 31 décembre 2013 était de 24,42 % de la rémunération considérée aux fins de la pension, contre un taux réel de 23,7 %. Les résultats de l'évaluation actuarielle au 31 décembre 2015 ne sont pas encore disponibles.

Au 31 décembre 2013, le ratio de capitalisation des actifs actuariels par rapport aux passifs actuariels, en supposant qu'il n'y ait pas d'ajustement des pensions à l'avenir, était de 127,5 % (contre 130 % lors de l'évaluation de 2011). Compte tenu du système actuel d'ajustement des pensions, le ratio de capitalisation était de 91,2 % (contre 86,2 % lors de l'évaluation de 2011).

Sur la base d'une évaluation actuarielle de la Caisse, l'actuaire-conseil a conclu qu'au 31 décembre 2013 le comblement du déficit, prévu à l'article 26 du Règlement de la Caisse, n'était pas nécessaire dans la mesure où la valeur actuarielle des actifs était supérieure à la valeur actuarielle de tous les passifs cumulés de la Caisse. En outre, la valeur des actifs sur le marché était également supérieure à la valeur actuarielle de l'ensemble des passifs à la date de l'évaluation. Au moment de la rédaction du présent rapport, l'Assemblée générale n'avait pas invoqué la disposition de l'article 26.

En décembre 2012 et en avril 2013, l'Assemblée générale a autorisé le relèvement à 65 ans de l'âge normal de départ à la retraite et de l'âge obligatoire de départ à la retraite pour les nouveaux participants à la Caisse, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au plus tard. La modification dans ce sens du Règlement de la Caisse des pensions a été approuvée par l'Assemblée générale en décembre 2013. Le relèvement de l'âge normal de départ à la retraite est pris en compte dans l'évaluation actuarielle de la Caisse au 31 décembre 2013.

Le montant des cotisations versées par l'OMS à la Caisse des pensions en 2015 s'élève à US \$155,9 millions (contre US \$154,3 millions en 2014). Le montant des cotisations attendues en 2016 s'élève à US \$150 millions.

Le Comité des commissaires aux comptes de l'ONU procède à une vérification annuelle de la Caisse des pensions et présente chaque année un rapport au Comité mixte. La Caisse des pensions publie des rapports trimestriels sur ses placements. Ces rapports sont consultables sur le site de la Caisse, à l'adresse [www.unjspf.org](http://www.unjspf.org).

#### 4.13 Recettes différées

Les recettes différées sur les contributions volontaires se rapportent à des accords pluriannuels signés en 2015 ou les années précédentes mais pour lesquels la comptabilisation des recettes correspondantes a été reportée à des exercices financiers futurs. Le solde des contributions volontaires est divisé entre recettes différées courantes et non courantes, selon le moment où l'Organisation peut dépenser les fonds.<sup>1</sup>

Les recettes différées sur les achats remboursables se rapportent à des recettes comptabilisées pour des fournitures ou des services qui n'ont pas été livrés ou n'ont pas été rendus aux demandeurs à la fin de l'année. Comme un achat remboursable est une opération avec contrepartie directe, les recettes correspondantes sont comptabilisées sur la base du fait générateur. La totalité du montant des recettes différées sur les achats remboursables est courante.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Contributions volontaires	300 514	303 414
Achats remboursables	38 904	63 429
<b>Total des recettes différées – courantes</b>	<b>339 418</b>	<b>366 843</b>
Contributions volontaires	197 472	282 289
<b>Total des recettes différées – non courantes</b>	<b>197 472</b>	<b>282 289</b>
<b>Total des recettes différées</b>	<b>536 890</b>	<b>649 132</b>

#### 4.14 Autres passifs courants

Le solde total des autres passifs courants s'établissait à US \$108,8 millions au 31 décembre 2015 (contre US \$42,7 millions au 31 décembre 2014). Il s'agit, en majorité, de plusieurs montants non facturés en fin d'année, pour un total de US \$72,6 millions, correspondant principalement à des biens et services reçus mais non facturés et à des remboursements à payer liés au solde des fonds rapporté et dus à des contributeurs après l'exécution des programmes. Les autres sommes indiquées dans le tableau ci-dessous englobent les assurances à payer, pour un montant de US \$13 millions et plusieurs autres passifs à court terme, d'un montant de US \$17,6 millions.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Somme accumulée au titre des biens et services non facturés	62 551	26 347
Somme accumulée au titre des coûts de restructuration	3 188	3 935
Dettes cumulées envers le personnel	3 469	1 841
Somme accumulée au titre des remboursements à payer	3 376	1 978
Pensions à payer	2 067	307
Assurances à payer	12 951	2 561
Fondations	3 530	3 535
Autres passifs	17 615	2 213
<b>Total des autres passifs courants</b>	<b>108 747</b>	<b>42 717</b>

<sup>1</sup> Les informations relatives aux contributions par fonds et par contributeur sont disponibles sur le portail Web de l'OMS relatif au budget programme et sur le site Internet de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/en/>.

Le solde des fondations correspond aux fonds que l'OMS détient en fiducie et dont la gestion financière et administrative lui incombe. Au 31 décembre 2015, les fondations dont l'OMS détenait des fonds en fiducie sont les suivantes :

- Prix de la Fondation pour la recherche sur le syndrome de Down dans la Région de la Méditerranée orientale
- Fondation Dr A. T. Shousha
- Prix Dr Comlan A. A. Quenum pour la santé publique
- Fondation Ihsan Doğramacı pour la santé de la famille
- Fondation Jacques Parisot
- Fondation Léon Bernard
- Bourse Francesco Pocchiari
- Fondation de l'État du Koweït pour la lutte contre le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète dans la Région de la Méditerranée orientale
- Fondation de l'État du Koweït pour la promotion de la santé
- Fondation des Émirats arabes unis pour la santé.
- Prix Dr LEE Jong-wook pour la santé publique

#### 4.15 Passif interentités

L'OMS héberge plusieurs entités en vertu d'accords de services administratifs. La trésorerie de toutes les entités étant gérée par l'Organisation, il existe pour ces entités des passifs correspondant aux fonds détenus pour leur compte. Les montants dus par chaque entité sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Assurance-maladie du personnel	60 341	29 093
Centre international de calcul	15 490	19 344
Facilité internationale d'achat de médicaments	783 021	852 883
Programme africain de lutte contre l'onchocercose	6 171	1 487
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida	143 888	184 751
<b>Total des passifs interentités</b>	<b>1 008 911</b>	<b>1 087 558</b>

#### 4.16 Emprunts à long terme

Les résolutions WHA55.8 et WHA56.13 ont autorisé la construction d'un nouveau bâtiment au Siège pour l'Organisation et pour l'ONUSIDA, d'un coût estimé à CHF 66 millions, la part de l'OMS étant estimée à CHF 33 millions. La Confédération suisse a accepté de consentir à l'Organisation et à l'ONUSIDA un prêt sans intérêt de CHF 59,8 millions dont la part de l'OMS est de CHF 29,9 millions. Dans les résolutions susmentionnées, l'Assemblée de la Santé a également approuvé le recours au fonds immobilier pour le remboursement en 50 ans, par l'Organisation, de la part du prêt sans intérêt consenti par la Confédération suisse à partir de l'année de l'achèvement de la construction.

Le solde du prêt restant dû au 31 décembre 2015, de US \$27,5 millions (contre US \$21,7 millions au 31 décembre 2014), se décompose comme suit :

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Bâtiment pour l'OMS/ONUSIDA	21 592	21 671
Bâtiment pour le Siège de l'OMS	5 885	
<b>Emprunts à long terme</b>	<b>27 477</b>	<b>21 671</b>

À la suite de la décision WHA67(12), l'Organisation a signé en 2015 un nouvel accord de prêt de US \$14 millions, dans le cadre de la phase de planification de la stratégie de rénovation actualisée des bâtiments de l'OMS à Genève, dont US \$5,9 millions avaient été reçus au 31 décembre 2015.

Le montant restant dû pour le prêt relatif au bâtiment de l'ONUSIDA, de US \$21,6 millions, est indiqué au coût amorti compte tenu d'un taux d'intérêt effectif de 0,7 % (contre 0,81 % pour 2014) applicable au taux des obligations de la Confédération suisse à 30 ans. Sur le montant total restant dû, une somme de US \$0,6 million devra être payée au cours des 12 prochains mois.

## 5. Informations à l'appui de l'état de la performance financière

### 5.1 Produits

#### Contributions fixées

Les contributions fixées pour 2015 s'élèvent à US \$463 millions<sup>1</sup> (contre US \$492 millions en 2014).

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Contributions fixées	467 499	492 912
Augmentation de la provision pour créances douteuses	(4 848)	(1 046)
<b>Contributions fixées déduction faite de la provision</b>	<b>462 651</b>	<b>491 866</b>

En mai 2013, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2014-2015<sup>2</sup> dans laquelle elle a approuvé un budget effectif total de US \$3,977 milliards. Dans la même résolution, l'Assemblée de la Santé a également décidé que les contributions fixées des États Membres pour l'exercice 2014-2015 s'élèveraient au total à US \$929 millions.

En 2014, conformément à la résolution WHA66.16, les contributions fixées ont été, pour la première fois, versées en francs suisses et en dollars des États-Unis. Lorsque le montant total de la contribution fixée annuelle d'un État Membre est égal ou supérieur à US \$200 000, cette contribution est calculée à parts égales en dollars des États-Unis et en francs suisses. Lorsque le montant de la contribution fixée annuelle d'un État Membre est inférieur à US \$200 000, cette contribution est calculée en dollars des États-Unis uniquement. Les contributions fixées pour 2015 et 2014 s'élevaient à US \$479 millions, soit US\$242 millions et CHF 222 millions par an au taux de change de mai 2013. Les contributions étaient dues à partir du 1<sup>er</sup> janvier afin que la part en francs suisses soit enregistrée au taux de change de janvier 2015. Ceci a entraîné une perte de change de US \$12 millions à l'enregistrement. Les contributions fixées comptabilisées se sont donc élevées au total à US \$467 millions.

#### Contributions volontaires

Les contributions volontaires pour 2015 s'élèvent à US \$1,838 milliard (contre US \$2,052 milliards pour 2014).

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Contributions volontaires	1 839 094	2 051 885
(Augmentation)/diminution de la provision pour créances douteuses	(651)	26
<b>Contributions volontaires déduction faite de la provision</b>	<b>1 838 443</b>	<b>2 051 911</b>

Elles correspondent aux sommes versées par des gouvernements, des organisations intergouvernementales, des institutions, d'autres organisations et organes du système des Nations Unies, ainsi que par des organisations non gouvernementales. Une grande partie des recettes rapportées en 2015 correspondent à des accords qui resteront en vigueur au cours des années à venir.<sup>3</sup>

Le montant total des contributions volontaires indiqué, de US \$1,838 milliard, tient compte de la déduction : i) des remboursements aux contributeurs – pour un montant de US \$33,9 millions (contre US \$27,7 millions en 2014) ; ii) des réductions – pour un montant de US \$19,5 millions (contre 41,8 millions en 2014) – de recettes

<sup>1</sup> Pour plus d'informations sur le recouvrement des contributions fixées, voir le document A69/48.

<sup>2</sup> Résolution WHA66.2.

<sup>3</sup> Les informations relatives aux contributions par fonds et par contributeur sont disponibles sur le portail Web de l'OMS relatif au budget programme et sur le site Internet de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/en/>.

comptabilisées les années précédentes, car des informations reçues en cours d'année indiquent que ces sommes ne seront jamais recouvrées ; et iii) de l'ajustement des modalités de paiement, qui fait augmenter les recettes différées et fait baisser les recettes courantes correspondant à des recettes comptabilisées au cours d'années précédentes – pour un montant de US \$1,0 million (contre US \$3,8 millions en 2014).

### Contributions de biens et services

L'OMS reçoit des contributions en nature des États Membres et d'autres contributeurs. En 2015, l'Organisation a reçu des contributions de biens et services pour un montant de US \$129,9 millions (contre US \$50,3 millions au 31 décembre 2014).<sup>1</sup>

En 2015, les charges en nature (biens et services) s'élevaient à US \$126,2 millions (voir l'État V). La différence entre les produits et les charges en nature est due aux contributions en nature du Groupe international de coordination sous la forme de vaccins contre le choléra et la fièvre jaune, pour un montant de US \$3,7 millions (contre US \$1,08 million en 2014). Cette contribution en nature a été affectée aux activités financées par les donateurs pour que des fonds soient disponibles dans le fonds volontaire pour l'achat futur de vaccins du fonds pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Biens – Fournitures et matériels médicaux	96 678	22 114
Biens – Bureaux	13 466	12 626
Services	19 769	15 531
<b>Total des contributions volontaires de biens et services</b>	<b>129 913</b>	<b>50 271</b>

En outre, l'OMS bénéficie également de terrains mis à sa disposition par les gouvernements hôtes gratuitement ou pour un loyer symbolique. Comme les gouvernements concernés gardent le titre de propriété de ces terrains, la jouissance de ces terrains n'est pas comptabilisée dans les états financiers. Le tableau ci-dessous indique les lieux où des terrains ont été mis à la disposition de l'OMS afin qu'elle y construise ou qu'elle y achète des locaux.

Région	Pays	Ville
Siège	Suisse	Genève
Afrique	Guinée équatoriale	Malabo
Afrique	République du Soudan du Sud	Djouba
Méditerranée orientale	Égypte	Le Caire
Méditerranée orientale	Afghanistan	Kaboul
Méditerranée orientale	Pakistan	Islamabad
Méditerranée orientale	Jordanie	Amman
Méditerranée orientale	Tunisie	Tunis
Méditerranée orientale	Somalie	Garowe
Asie du Sud-Est	Inde	New Delhi
Pacifique occidental	Philippines	Manille

### Achats remboursables

L'OMS achète des médicaments et des vaccins pour le compte d'États Membres et d'autres organismes des Nations Unies. Les produits et les charges comptabilisés en 2015 au titre des achats remboursables s'élevaient à US \$26,2 millions (contre US \$12,9 millions en 2014), déduction faite des remboursements aux contributeurs pour un montant de US \$4,1 millions (contre US \$0,8 million en 2014). Le solde des fonds reçus en avance au titre des achats remboursables est comptabilisé dans les recettes différées. Les produits et les charges afférents aux achats remboursables sont comptabilisés dans le fonds d'entreprise et ne figurent pas dans le budget programme.

<sup>1</sup>Les informations relatives aux contributions par fonds et par contributeur sont disponibles sur le portail Web de l'OMS relatif au budget programme et sur le site Internet de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/voluntary-contributions/en/>.

### **Autres produits opérationnels**

En 2015, les autres produits opérationnels s'élevaient au total à US \$18 millions (contre US \$15,6 millions au 31 décembre 2014). Ils correspondent principalement aux revenus tirés de l'hébergement d'entités telles que l'ONUSIDA, UNTAID, le CIC et l'APOC. Les autres sources de revenus englobent également la vente de publications et les redevances.

## **5.2 Charges**

### **Dépenses liées au personnel**

Ces dépenses correspondent au coût total de l'emploi du personnel dans tous les lieux d'affectation (traitement de base, ajustement de poste et tous les autres types de prestation (par exemple pensions et assurances) payés par l'Organisation). Les dépenses liées au personnel incluent aussi les mouvements du passif actuariel du régime d'assurance-maladie du personnel, qui est comptabilisé dans l'état de la performance financière (État II).

### **Fournitures et matériels médicaux**

La majorité du solde relatif aux fournitures et matériels médicaux correspond à des fournitures médicales achetées et distribuées par l'OMS dans le cadre d'activités programmatiques. La catégorie « fournitures et matériels médicaux » inclut des charges en nature pour un montant de US \$96,7 millions (contre US \$22,1 millions au 31 décembre 2014) et des charges liées aux achats remboursables pour un montant de US \$26,2 millions (contre US \$12,9 millions au 31 décembre 2014).

### **Services contractuels**

Le montant des services contractuels correspond aux sommes dépensées pour le recours à des prestataires de services. Il correspond principalement à la mise en œuvre directe, à des accords pour l'exécution de travaux, à des contrats de consultants ou à des accords de services spéciaux passés avec des personnes chargées de mener à bien des activités pour le compte de l'Organisation. Les activités de recherche médicale, le coût des bourses d'études et les dépenses engagées pour la sécurité font également partie des services contractuels.

### **Transferts et subventions**

Les transferts et les subventions à d'autres entités correspondent à des contrats sans contrepartie directe signés avec des entités nationales (principalement des ministères de la santé) et à des lettres d'accord signées avec d'autres entités pour mener à bien des activités conformes au budget programme de l'Organisation. Ces transferts et subventions à des ministères sont également désignés sous le nom de « coopération financière directe » et sont passés en charge au moment du transfert au partenaire contractuel. Les entités sont tenues de rendre compte de l'utilisation des fonds pour prouver que ceux-ci sont utilisés conformément à l'accord, et un suivi sur site et des vérifications ponctuelles peuvent être effectués. Après une évaluation des risques, ou lorsque les dispositions de l'accord n'ont pas été respectées, l'OMS peut retenir le financement destiné aux bénéficiaires des transferts et des bourses.

### **Voyages**

Les frais de voyage payés par l'Organisation pour les membres du personnel de l'OMS, les participants aux réunions qui ne font pas partie du personnel, les consultants et les représentants d'États Membres figurent dans le solde des charges relatives aux voyages. Les charges relatives aux voyages englobent le coût des billets d'avion, les indemnités journalières de subsistance et les autres coûts liés aux voyages. Ce montant n'inclut ni les voyages statutaires pour congé dans les foyers ni les voyages relatifs aux études des enfants, qui figurent parmi les dépenses de personnel.

### **Charges opérationnelles générales**

Les charges opérationnelles générales correspondent aux frais généraux liés à l'activité des bureaux de pays, des bureaux régionaux et du Siège, y compris ceux relatifs aux services essentiels, aux télécommunications (téléphonie fixe et mobile, Internet et réseau mondial) et aux loyers.

### **Équipement, véhicules et mobilier**

Comme l'OMS a choisi d'appliquer la disposition transitoire prévue par la norme IPSAS 17 (Immobilisations corporelles), elle passe actuellement en charge le coût total du matériel, des véhicules et du mobilier sur le lieu de la livraison, mais pas les terrains et constructions qu'elle possède.

## Dépréciation et amortissement

La dépréciation est la charge résultant de la répartition systématique du montant amortissable des immobilisations corporelles sur leur durée de vie utile. En 2015, elle concerne tous les bâtiments de l'Organisation.

L'amortissement est la charge résultant de la répartition systématique du montant amortissable des actifs incorporels sur leur durée de vie utile. En 2015, il concerne les logiciels achetés.

## 5.3 Recettes financières

Les recettes financières comprennent les éléments indiqués dans le tableau suivant :

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014 <sup>a</sup>
	En milliers de US \$	
Recettes sur les placements	20 820	20 128
Frais bancaires et frais liés à la gestion des placements	(3 083)	(3 018)
Gains ou (pertes) au change nets réalisé(e)s	284	31 680
Gains ou (pertes) au change nets non réalisé(e)s	9 020	(63 146)
Réévaluation actuarielle des gains ou des (pertes) sur le fonds pour les paiements de fin de contrat	3 513	28 883
Coût actuariel des intérêts lié à l'évaluation du fonds pour les paiements de fin de contrat	(2 213)	(3 330)
<b>Total des recettes financières nettes (OMS et autres entités)</b>	<b>28 341</b>	<b>11 197</b>
Recettes sur les placements et gains et pertes au change répartis entre d'autres entités	(7 633)	(4 585)
<b>Total des recettes financières nettes de l'OMS</b>	<b>20 708</b>	<b>6 612</b>

a. Les chiffres indiqués à des fins de comparaison ont été ajustés afin de respecter la présentation des états financiers adoptée pour l'année courante. Ceci a entraîné des différences d'arrondi.

Le total des recettes financières englobe des montants relatifs aux fonds administrés par l'OMS pour le compte d'autres entités (voir la note 4.15). Les recettes tirées des placements concernant d'autres entités sont allouées à ces entités.

## 6. Informations à l'appui des variations de l'actif net/situation nette

### 6.1 Budget ordinaire

Cette note fournit des précisions sur le financement et les produits provenant des contributions fixées et sur le versement effectué au fonds de péréquation des impôts pour l'année 2015 (conformément à la décision prise par l'Assemblée mondiale de la Santé, notamment dans la résolution WHA66.2). L'état des fonds disponibles indique en particulier l'excédent/(le déficit) au budget ordinaire (voir le tableau ci-dessous).

Désignation	États Membres	Fonds de péréquation des impôts.	Fonds de roulement	Total
	Fonds des contributions fixées			
	En milliers de US \$			
<b>Solde au 1<sup>er</sup> janvier 2015</b>	52 818	(8 474)	31 000	75 344
Contributions fixées nettes des États Membres	462 651			462 651
Crédits ouverts sur le fonds de péréquation des impôts	(14 774)	14 774		-
Recettes financières	4 455			4 455
Recettes diverses	366			366
Charges programmatiques	(477 778)			(477 778)
Remboursements d'impôts aux membres du personnel		(11 862)		(11 862)
Crédits ouverts sur le fonds immobilier	(10 000)			(10 000)
<b>Solde au 31 décembre 2015</b>	<b>17 738</b>	<b>(5 562)</b>	<b>31 000</b>	<b>43 176</b>

Pour plus d'informations sur les recettes tirées des contributions fixées, voir la note 5.1.

Conformément à la résolution WHA66.2, US \$14,8 millions ont été transférés au fonds de péréquation des impôts et, conformément à la résolution WHA67.4, US \$10 millions ont été transférés au fonds immobilier.

Dans la résolution WHA66.2, l'Assemblée de la Santé a décidé que le niveau du fonds de roulement resterait fixé à son niveau existant, soit US \$31 millions.

En 2015, le fonds des recettes non fixées provenant des États Membres et le fonds des contributions fixées des États Membres ont été associés.

## 6.2 Compte spécial de frais généraux

Ce compte a été ouvert afin de couvrir les frais généraux d'activités financées par des sources autres que le budget ordinaire (c'est-à-dire par des contributions volontaires).

Sont portés au crédit de ce compte les produits provenant des sources suivantes :

- conformément à la résolution WHA34.17, les fonds provenant de sources volontaires pour couvrir les dépenses d'appui au programme sont calculés en appliquant un pourcentage fixe au total des dépenses ;
- les accords de services administratifs passés avec d'autres entités ;
- les intérêts perçus sur les contributions volontaires, tels qu'indiqués dans le document EB122/3.

On trouvera ci-dessous une synthèse du compte spécial de frais généraux.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	Milliers de US \$	
<b>Solde au 1<sup>er</sup> janvier</b>	<b>264 447</b>	<b>193 823</b>
<b>Produits</b>		
Dépenses d'appui aux programmes	169 244	143 964
Recettes financières	7 455	12 417
Accords de services administratifs passés avec d'autres entités	6 041	5 259
Remboursement d'avances <sup>a</sup>		274
<b>Total des produits</b>	<b>182 740</b>	<b>161 914</b>
<b>Charges</b>		
Dépenses liées au personnel	80 554	58 122
Fournitures et matériels médicaux	642	490
Services contractuels	16 065	11 604
Transferts et subventions à d'autres entités	726	( 2)
Voyages	4 281	1 050
Charges opérationnelles générales	33 039	16 031
Équipement, véhicules et mobilier	8 454	3 209
<b>Total des charges</b>	<b>143 761</b>	<b>90 504</b>
<b>À déduire :</b>		
Augmentation/(diminution) de la provision pour créances douteuses – contributions volontaires <sup>b</sup>	651	( 26)
Transfert au fonds pour la technologie de l'information <sup>c</sup>		812
<b>Solde au 31 décembre</b>	<b>302 775</b>	<b>264 447</b>

a. En 2014, une avance de US \$0,3 million a été consentie au Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Cette avance a été remboursée en 2015.

b. En 2015, la provision pour créances douteuses concernant les contributions volontaires a augmenté (voir la note 4.3).

c. En 2015, une somme de US \$0,8 million a été transférée pour soutenir le développement et l'amélioration des systèmes informatiques.

Charges imputées au fonds, par bureau :

Charges par bureau	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
Activités mondiales et interrégionales	54 123	42 412
Bureau régional de l'Afrique	30 245	15 796
Bureau régional des Amériques	5 756	3 721
Bureau régional de la Méditerranée orientale	15 485	11 921
Bureau régional de l'Europe	10 718	5 736
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est	14 848	5 648
Bureau régional du Pacifique occidental	12 586	5 270
<b>Charges totales par bureau</b>	<b>143 761</b>	<b>90 504</b>

### 6.3 Fonds de réserve pour les situations d'urgence

Ce fonds a été créé par la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en vertu de la résolution WHA68.51.

Il a pour but d'assurer le financement temporaire des opérations d'urgence sur le terrain, avec une capitalisation cible de US \$100 millions. Il sera financé par des contributions volontaires.

On trouvera ci-après une synthèse de l'état du fonds.

Désignation	31 décembre 2015
	En milliers de US \$
<b>Solde au 1<sup>er</sup> janvier</b>	-
<b>Produits</b>	
Contributions	14 296
<b>Total des produits</b>	<b>14 296</b>
<b>Charges</b>	
Voyages	31
<b>Total des charges</b>	<b>31</b>
<b>Solde au 31 décembre</b>	<b>14 265</b>

### 6.4 Fonds d'entreprise

Ce fonds comporte les comptes pour des activités autonomes. Les produits et les charges correspondant à ce fonds ne figurent pas dans le budget programme. On trouvera ci-après une synthèse de l'état du fonds d'entreprise.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
<b>Fonds d'entreprise</b>		
Fonds de roulement des ventes	3 526	2 455
Fonds pour les concessions	2 981	2 450
Fonds pour les polices d'assurance	859	1 950
Fonds pour les locations de garages	1 999	1 248
<b>Total du fonds d'entreprise</b>	<b>9 365</b>	<b>8 103</b>

## 6.5 Fonds d'affectation spéciale

Les comptes regroupés dans ce fonds correspondent aux virements du fonds général ou à des crédits ouverts par l'Assemblée de la Santé. Les produits et les charges correspondant à ce fonds ne figurent pas dans le budget programme. On trouvera ci-après une synthèse de l'état du fonds d'affectation spéciale.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
<b>Fonds d'affectation spéciale</b>		
Fonds pour l'immobilier	90 980	64 766
Fonds pour le prêt à la construction (voir les notes 4.16 et 6.7)	(2 525)	
Fonds pour la sécurité	2 921	3 987
Fonds pour la technologie de l'information	12 009	8 875
Fonds spécial d'indemnisation	(7 362)	(5 629)
Fonds pour les paiements de fin de contrat	(3 904)	(21 428)
Fonds pour les droits et indemnités statutaires non inclus dans le traitement	20 756	18 502
Fonds pour l'occupation des postes	8 150	14 669
Fonds pour le recouvrement du coût des services	3 884	2 704
Fonds de l'Assurance-maladie du personnel	(914 055)	(866 126)
Fonds pour la reconstitution des stocks	9 480	4 495
Fonds pour le personnel employé dans la lutte contre la poliomyélite	20 000	15 000
<b>Total du fonds d'affectation spéciale</b>	<b>(759 666)</b>	<b>(760 185)</b>

### 6.5.a Fonds immobilier

Ce fonds a été créé par l'Assemblée de la Santé en vertu de la résolution WHA23.14. Il est utilisé pour couvrir les dépenses afférentes à la construction de bâtiments ou à l'agrandissement de bâtiments existants, à l'acquisition de terrains le cas échéant, aux réparations et aux transformations des bâtiments à usage de bureaux existants et à l'entretien, aux réparations et à la modification des logements loués au personnel par l'Organisation. Une autorisation expresse de l'Assemblée de la Santé est nécessaire pour l'acquisition de terrains, la construction de bâtiments ou l'agrandissement de bâtiments existants.

On trouvera ci-après une synthèse de l'état du fonds.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
<b>Solde au 1<sup>er</sup> janvier</b>	<b>64 766</b>	<b>33 774</b>
<b>Produits</b>		
Crédits reçus conformément aux résolutions WHA67.4 et WHA63.7	10 000	25 000
Transfert pour des projets particuliers <sup>a</sup>	7 141	
Recettes des ventes	4 327	
Recettes locatives	2 253	3 464
Autres produits	8 282	7 610
<b>Total des produits</b>	<b>32 003</b>	<b>36 074</b>
<b>Charges</b>		
Dépenses liées au personnel	94	3
Fournitures et matériels médicaux	51	27
Services contractuels	1 201	1 998
Transferts et subventions	26	0
Voyages	10	0
Charges opérationnelles générales	3 390	2 250
Équipement, véhicules et mobilier	1 017	804
<b>Total des charges</b>	<b>5 789</b>	<b>5 082</b>
<b>Solde au 31 décembre</b>	<b>90 980</b>	<b>64 766</b>

a. En 2015, le Bureau régional de l'Afrique a transféré US \$5,2 millions et le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a transféré US \$1,9 million au fonds immobilier.

On trouvera ci-après un état des charges inscrites au fonds pour l'immobilier.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
<b>Charges par bureau</b>		
Siège	2 126	2 542
Bureau régional de l'Afrique	956	1 267
Bureau régional des Amériques	203	500
Bureau régional de la Méditerranée orientale	1 626	408
Bureau régional de l'Europe	163	(132)
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est	231	432
Bureau régional du Pacifique occidental	484	65
<b>Total des charges</b>	<b>5 789</b>	<b>5 082</b>

## 6.6 Fonds fiduciaire

Ce fonds regroupe les actifs détenus par l'OMS en tant que dépositaire ou agent d'exécution pour autrui et dont elle ne peut pas se servir pour financer ses programmes. Il englobe les actifs des partenariats administrés par l'Organisation et dont le budget n'est pas approuvé par l'Assemblée de la Santé. On trouvera ci-après une synthèse de l'état du fonds fiduciaire.

Désignation	31 décembre 2015	31 décembre 2014
	En milliers de US \$	
<b>Fonds fiduciaire</b>		
Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	7 226	9 578
Fonds du Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose		12 547
Fonds du Partenariat Faire reculer le paludisme	4 540	9 987
Fonds du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	4 343	11 739
Fonds du Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies	305	989
Fonds de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé	15 779	18 772
Fonds de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé	2 205	2 344
Partenariat Halte à la tuberculose (voir la note 6.7)	2 298	16 851
Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé	5 417	3 048
Fonds du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (EPSEN) (voir la note 6.7)	761	
<b>Total du fonds fiduciaire</b>	<b>42 874</b>	<b>85 855</b>

## 6.7 Variation des fonds dans l'État III (État des variations de l'actif net/situation nette)

Au 31 décembre 2015, les nouveaux fonds suivants avaient été créés ou étaient sur le point d'être clôturés :

**Fonds pour le prêt à la construction** – Nouveau fonds créé en 2015 pour enregistrer et rapporter les charges relatives aux travaux de rénovation et à la construction d'un nouveau bâtiment à Genève (voir la note 4.16).

**Fonds de réserve pour les situations d'urgence** – Nouveau fonds créé en 2015 pour assurer le financement temporaire des opérations d'urgence sur le terrain (voir la note 6.3).

**Fonds du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (EPSEN)** – Nouveau fonds créé en 2015 après l'arrêt des activités de l'APOC, afin de gérer les activités du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (EPSEN). Ce projet sera géré au Bureau régional de l'Afrique.

**Partenariat Halte à la tuberculose et Fonds du Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose** – Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'administration du Partenariat Halte à la tuberculose est assurée par le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets. Le montant restant, indiqué à la note 6.6, devra être payé au Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets après accord sur le règlement final.

## 7. Informations à l'appui de l'état de la comparaison des montants budgétaires et des montants réels

En mai 2013, l'Assemblée de la Santé a adopté la résolution WHA66.2 sur le budget programme 2014-2015, en vertu de laquelle elle a approuvé le budget pour l'exercice 2014-2015, toutes sources de fonds confondues (contributions fixées et contributions volontaires), pour un montant total de US \$3,977 milliards. Le budget de l'OMS est adopté par l'Assemblée de la Santé pour deux ans. Le budget programme 2014-2015 n'a pas été révisé. Comme le cadre méthodologique de l'Organisation est axé sur les résultats, l'exécution du budget programme approuvé est mesurée en fonction des dépenses engagées pendant la période concernée.

Le budget et les états financiers de l'OMS sont établis selon des méthodes comptables différentes. L'état de la situation financière (État I), l'état de la performance financière (État II), l'état des variations de l'actif net/situation nette (État III) et le tableau des flux de trésorerie (État IV) sont établis sur la base de la comptabilité d'exercice tandis que l'état de la comparaison des montants budgétaires et des montants réels (État V) est établi sur la base de la comptabilité de caisse modifiée (c'est-à-dire que l'utilisation du budget est mesurée en fonction des dépenses réelles).

Comme prévu par la norme IPSAS 24 (Présentation de l'information budgétaire dans les états financiers), lorsque les états financiers et le budget ne sont pas préparés sur une base comparable, les montants réels présentés sur une base comparable à celle du budget doivent être rapprochés des montants réels présentés dans les états financiers, en identifiant séparément toutes les différences relatives à la base, au calendrier et à l'entité. Comme indiqué à la note 2.17, le fonds général correspond aux résultats du budget programme, compte non tenu des charges au fonds de péréquation des impôts, de l'utilisation hors du budget programme et des charges en nature (biens et services).

Les différences significatives entre le budget final et les montants réels, par catégorie et par domaine programmatique, sont indiquées à la section 1 du présent document.

Comme prévu par la norme IPSAS 24, les montants réels présentés dans l'État V sont rapprochés, sur une base comparable, des montants réels présentés dans les états financiers, en identifiant séparément toutes les différences relatives à la base, au calendrier, à l'entité et à la présentation.

Des différences de base surviennent lorsque des éléments du budget programme approuvé sont utilisés pour des activités autres que la mise en œuvre des programmes techniques, par exemple pour les charges du fonds de péréquation des impôts, pour d'autres utilisations en dehors du budget programme et dans d'autres cas particuliers.

Les différences de calendrier correspondent à l'inclusion dans les états financiers de l'OMS de charges au budget programme relatives à d'autres exercices financiers.

Les différences d'entité sont dues à l'inclusion dans les états financiers de l'OMS de montants correspondant à deux fonds (« États Membres – Autres » et le fonds fiduciaire) qui ne font pas partie du budget programme de l'Organisation.

Les différences de présentation tiennent à des différences de format et de classification dans l'état des flux de trésorerie (État IV) et dans l'état de la comparaison des montants budgétaires et des montants réels (État V).

Un rapprochement entre les montants réels présentés sur une base comparable dans l'État V et ceux présentés dans l'État IV pour décembre 2015 figure ci-dessous.

Désignation	2015			
	Fonctionnement	Placements	Financement	Total
	En milliers de US \$			
<b>Montant réel sur une base comparable (État V)</b>	(2466 677)			(2466 677)
Différences de base	71 579	87 718	5 281	164 578
Différences de calendrier				
Différences relatives aux entités	200 188	(22 982)		177 206
Différences de présentation	1 926 888	(3 568)		1 923 320
<b>Montant réel dans le tableau des flux de trésorerie (État IV)</b>	<b>(268 022)</b>	<b>61 168</b>	<b>5 281</b>	<b>(201 573)</b>

## 8. Informations sectorielles

## 8.1 État de la situation financière par segment

Au 31 décembre 2015 (en milliers de US \$)

Désignation	Siège	Bureau régional de l'Afrique	Bureau régional des Amériques	Bureau régional de la Méditerranée orientale	Bureau régional de l'Europe	Bureau régional de l'Asie du Sud-Est	Bureau régional du Pacifique occidental	Total
<b>ACTIFS</b>								
<b>Actifs courants</b>								
Trésorerie et équivalents de trésorerie	387 384	24 520		11 837	1 516	2 401	3 660	431 318
Placements à court terme	2 754 259							2 754 259
Créances courantes	864 307	616	123	139	451	283	97	866 016
Créances sur le personnel	497	5 066		1 603	622	1 138	1 776	10 702
Stocks	29 203	2 001		20 213		706	1 029	53 152
Paievements anticipés et dépôts	8 150	544		2 011	34	1 454	281	12 474
Autres actifs courants	454 845		(454 845)					
<b>Total des actifs courants</b>	<b>4 498 645</b>	<b>32 747</b>	<b>(454 722)</b>	<b>35 803</b>	<b>2 623</b>	<b>5 982</b>	<b>6 843</b>	<b>4 127 921</b>
<b>Actifs non courants</b>								
Créances non courantes	197 472							197 472
Placements à long terme	93 900							93 900
Immobilisations corporelles	39 375	4 504		19 767		172	1 306	65 124
Actifs incorporels	2 761					45		2 806
<b>Total des actifs non courants</b>	<b>333 508</b>	<b>4 504</b>		<b>19 767</b>		<b>217</b>	<b>1 306</b>	<b>359 302</b>
<b>TOTAL DES ACTIFS</b>	<b>4 832 153</b>	<b>37 251</b>	<b>(454 722)</b>	<b>55 570</b>	<b>2 623</b>	<b>6 199</b>	<b>8 149</b>	<b>4 487 223</b>
<b>PASSIFS</b>								
<b>Passifs courants</b>								
Contributions reçues en avance	56 740	339						57 079
Dettes	12 619	15 637		14 261	2 861	4 664	3 555	53 597
Dettes envers le personnel	902	611		305	24	158	156	2 156
Montants accumulés pour régler les avantages du personnel – courants	21 095	12 369		4 253	2 798	2 956	3 251	46 722
Recettes différées	339 418							339 418
Passifs financiers	53 177							53 177
Autres passifs courants	(10570 758)	4 705 502	125 131	2 559 403	850 282	1 394 546	1 044 641	108 747
Passif interentités	1 008 911							1 008 911
<b>Total des passifs courants</b>	<b>(9077 896)</b>	<b>4 734 458</b>	<b>125 131</b>	<b>2 578 222</b>	<b>855 965</b>	<b>1 402 324</b>	<b>1 051 603</b>	<b>1 669 807</b>
<b>Passifs non courants</b>								
Emprunts à long terme	27 477							27 477
Montants accumulés pour régler les avantages du personnel – non courants	563 820	163 086		56 297	82 436	65 551	56 359	987 549
Recettes différées – non courantes	197 472							197 472
<b>Total des passifs non courants</b>	<b>788 769</b>	<b>163 086</b>		<b>56 297</b>	<b>82 436</b>	<b>65 551</b>	<b>56 359</b>	<b>1 212 498</b>
<b>TOTAL DES PASSIFS</b>	<b>(8289 127)</b>	<b>4 897 544</b>	<b>125 131</b>	<b>2 634 519</b>	<b>938 401</b>	<b>1 467 875</b>	<b>1 107 962</b>	<b>2 882 305</b>
<b>ACTIFS NETS/SITUATION NETTE</b>								
Budget ordinaire	2 464 005	(810 592)	(324 200)	(342 644)	(247 544)	(392 007)	(303 842)	43 176
Fonds volontaires	10 593 112	(3850 554)	(241 013)	(2064 603)	(578 885)	(990 939)	(700 963)	2 166 155
Etats Membres – Autres	11 067	(198 815)	(14 427)	(171 527)	(100 304)	(78 426)	(94 855)	(647 287)
Fonds fiduciaires	53 096	(332)	(213)	(175)	(9 045)	(304)	(153)	42 874
<b>TOTAL DES ACTIFS NETS/SITUATION NETTE</b>	<b>13 121 280</b>	<b>(4860 293)</b>	<b>(579 853)</b>	<b>(2578 949)</b>	<b>(935 778)</b>	<b>(1461 676)</b>	<b>(1099 813)</b>	<b>1 604 918</b>
<b>TOTAL DES PASSIFS ET DES ACTIFS NETS/SITUATION NETTE</b>	<b>4 832 153</b>	<b>37 251</b>	<b>(454 722)</b>	<b>55 570</b>	<b>2 623</b>	<b>6 199</b>	<b>8 149</b>	<b>4 487 223</b>

## 8.2 État de la performance financière par segment

Pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2015  
(en milliers de US \$)

Désignation	Siège	Bureau régional de l'Afrique	Bureau régional des Amériques	Bureau régional de la Méditerranée orientale	Bureau régional de l'Europe	Bureau régional de l'Asie du Sud-Est	Bureau régional du Pacifique occidental	Total
<b>Produits</b>								
Contributions fixées	462 651							462 651
Contributions volontaires	1 838 415				28			1 838 443
Contributions volontaires de biens et services	51 259	39 112		6 650	4 977	25 791	2 124	129 913
Achats remboursables	26 170							26 170
Autres produits	26 796	(2 866)	(2 707)	( 884)	( 862)	( 798)	( 714)	17 965
<b>Total des produits</b>	<b>2 405 291</b>	<b>36 246</b>	<b>(2 707)</b>	<b>5 766</b>	<b>4 143</b>	<b>24 993</b>	<b>1 410</b>	<b>2 475 142</b>
<b>Charges</b>								
Dépenses liées au personnel	418 841	214 158	42 896	79 775	63 055	47 590	53 876	920 191
Fournitures et matériels médicaux	46 141	75 375	6 691	82 753	2 887	41 523	10 111	265 481
Services contractuels	216 896	233 905	14 587	155 031	38 465	52 656	32 556	744 096
Transferts et subventions	17 939	164 524	4 931	81 542	5 475	17 176	20 130	311 717
Voyages	102 388	63 195	13 593	17 846	12 801	12 556	11 160	233 539
Charges opérationnelles générales	61 423	67 324	4 153	26 005	12 305	14 426	7 635	193 271
Équipement, véhicules et mobilier	8 573	26 956		16 952	2 928	8 024	4 283	67 716
Dépréciation et amortissement	1 366	195		340		97	435	2 433
<b>Total des charges</b>	<b>873 567</b>	<b>845 632</b>	<b>86 851</b>	<b>460 244</b>	<b>137 916</b>	<b>194 048</b>	<b>140 186</b>	<b>2 738 444</b>
<b>Recettes financières</b>	<b>19 624</b>	<b>1 268</b>	<b>12</b>	<b>128</b>	<b>162</b>	<b>( 429)</b>	<b>( 57)</b>	<b>20 708</b>
<b>(DÉFICIT)/EXCÉDENT TOTAL POUR L'ANNÉE</b>	<b>1 551 348</b>	<b>(808 118)</b>	<b>(89 546)</b>	<b>(454 350)</b>	<b>(133 611)</b>	<b>(169 484)</b>	<b>(138 833)</b>	<b>(242 594)</b>

Note. Le solde des recettes présente un fort excédent pour le Siège et des déficits pour les autres bureaux. Ceci est dû à la politique de comptabilité centralisée des produits et de comptabilité décentralisée des charges.

## 9. Montants passés par profits et pertes et versements à titre gracieux

Aucun montant passé par profit et pertes n'a été approuvé en 2015.

Des versements à titre gracieux ont été approuvés en 2015 pour un total de US \$84 435 (il n'y en avait pas en 2014). Ce solde correspond à trois versements différents :

- 1) un versement de US \$68 500 a été approuvé au titre de la subvention de relèvement destinée aux (24) membres du personnel touchés par le séisme au Népal ;
- 2) une somme de US \$12 735 a été payée aux héritiers d'une personne décédée qui avait fourni des services à l'OMS au titre d'un accord pour l'exécution de travaux, au Pakistan ; et
- 3) une somme de US \$3200 a été payée pour couvrir les frais funéraires concernant une personne décédée à proximité des locaux de l'OMS au Bureau régional de l'Afrique.

## 10. Informations relatives aux parties liées et aux principaux dirigeants

Le Directeur général, les Directeurs régionaux et tous les autres membres du personnel hors classe sont considérés comme les « principaux dirigeants ».

Au cours de l'année, 22 membres du personnel étaient considérés comme faisant partie principaux dirigeants. Le tableau ci-dessous indique leur rémunération globale.

Désignation	En milliers de US \$
Rémunération et ajustement de poste	4 116
Avantages	320
Pension et assurance-maladie	1 032
<b>Rémunération totale</b>	<b>5 468</b>
<b>Avances non remboursées relatives aux avantages du personnel</b>	<b>42</b>
<b>Avances non remboursées relatives aux prêts (en plus des avantages normaux, le cas échéant)</b>	<b>-</b>

La rémunération totale versée aux principaux dirigeants inclut le traitement net, l'ajustement de poste, les avantages tels que l'indemnité de représentation et les autres indemnités, la prime d'affectation et les autres primes, l'allocation logement, le remboursement des frais d'expédition des effets personnels, et les cotisations de l'employeur à la Caisse des pensions et à l'assurance-maladie.

Les principaux dirigeants ont également droit, comme les autres employés, aux avantages postérieurs à l'emploi. Il est impossible de quantifier ces avantages de manière fiable. Les principaux dirigeants sont membres ordinaires de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies.

Le Directeur régional pour les Amériques fait partie des principaux dirigeants. Cependant, comme il bénéficie de tous les avantages prévus par l'OPS, ceux-ci sont indiqués dans les états financiers de l'OPS et non dans ceux de l'OMS.

Au cours de l'année, les principaux dirigeants n'ont bénéficié d'aucun prêt en dehors de ceux auxquels peut avoir accès l'ensemble du personnel.

## 11. Événements postérieurs à la date de reporting

La date de reporting de l'OMS est le 31 décembre 2015. À la date de signature des présents comptes, aucun événement significatif, favorable ou défavorable, qui aurait pu avoir un impact sur les états financiers n'était survenu entre la date du bilan et la date à laquelle la publication des états financiers a été autorisée.

## 12. Passifs éventuels, engagements et actifs éventuels

### Passifs éventuels

Au 31 décembre 2015, l'OMS faisait l'objet d'actions en justice en suspens. La plupart d'entre elles concernaient des litiges qui ne sont pas enregistrés, car le paiement de sommes d'argent a été considéré comme improbable. Cependant, quatre affaires concernant des litiges contractuels doivent être considérées comme un passif éventuel. Le coût total potentiel pour l'Organisation est estimé à US \$24 040 (contre US \$98 192 au 31 décembre 2014).

### Engagements relatifs à des locations simples

L'OMS conclut des baux de location simple pour louer des bureaux dans plusieurs pays. Les loyers à payer aux échéances indiquées ci-après s'élèvent au minimum à :

Désignation	Total	
	En milliers de US \$	
	2015	2014
Moins d'un an	6 015	4 713
De 1 à 5 ans	7 705	7 702
Plus de 5 ans	1 260	1 995
<b>Total des engagements au titre de loyers</b>	<b>14 980</b>	<b>14 410</b>

L'Organisation n'avait pas de contrat de location-financement en suspens à la date de reporting.

L'OMS a loué des bureaux à sept locataires. Au 31 décembre 2015, les recettes locatives s'élevaient au total à US \$1 million (contre US \$1,3 million au 31 décembre 2014).

### Actifs éventuels

Conformément à la norme IPSAS 19 (Provisions, passifs éventuels et actifs éventuels), des actifs éventuels seront indiqués lorsqu'un événement aura donné lieu à un probable flux entrant d'avantages économiques. Au 31 décembre 2015, il n'y avait aucun actif éventuel important à indiquer.

## Tableau I – État de la performance financière par fonds

Pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2015  
(en milliers de US \$)

Désignation	Fonds général				États Membres – Autres			Fonds fiduciaire	Total partiel	Éliminations <sup>a</sup>	Total	Pourcentage
	Budget ordinaire	Fonds volontaires	Éliminations <sup>a</sup>	Total partiel	Fonds commun	Fonds d'entreprise	Fonds d'affectation spéciale					
<b>Produits</b>												
Contributions fixées	462 651			462 651							462 651	19 %
Contributions volontaires		1 836 320		1 836 320				5 443	5 443	(3 320)	1 838 443	74 %
Contributions de biens et services		3 749		3 749		126 164			126 164		129 913	5 %
Achats remboursables						26 170			26 170		26 170	1 %
Autres produits	(9 633)	176 978	(163 927)	3 418	( 278)	4 593	205 442	(1 693)	208 064	(193 517)	17 965	1 %
<b>Total des produits opérationnels</b>	<b>453 018</b>	<b>2 017 047</b>	<b>(163 927)</b>	<b>2 306 138</b>	<b>( 278)</b>	<b>156 927</b>	<b>205 442</b>	<b>3 750</b>	<b>365 841</b>	<b>(196 837)</b>	<b>2 475 142</b>	<b>100 %</b>
<b>Charges</b>												
Dépenses liées au personnel	350 819	557 449		908 268		22 060	143 030	17 503	182 593	(170 670)	920 191	34 %
Fournitures et matériels médicaux	9 446	155 703		165 149	(2 733)	101 964	4 807	747	104 785	(4 453)	265 481	10 %
Services contractuels	52 440	657 117		709 557	(8 149)	505	31 985	17 113	41 454	(6 915)	744 096	27 %
Transferts et subventions	18 831	292 946		311 777		2 025	26	1 113	3 164	(3 224)	311 717	11 %
Voyages	27 859	198 483		226 342		107	2 452	4 777	7 336	( 139)	233 539	9 %
Charges opérationnelles générales	23 334	291 888	(163 927)	151 295		27 183	19 915	5 517	52 615	(10 639)	193 271	7 %
Équipement, véhicules et mobilier	6 911	58 957		65 868	(4 249)	1 821	5 010	63	2 645	( 797)	67 716	2 %
Dépréciation et amortissement					2 433				2 433		2 433	0 %
<b>Total des charges</b>	<b>489 640</b>	<b>2 212 543</b>	<b>(163 927)</b>	<b>2 538 256</b>	<b>(12 698)</b>	<b>155 665</b>	<b>207 225</b>	<b>46 833</b>	<b>397 025</b>	<b>(196 837)</b>	<b>2 738 444</b>	<b>100 %</b>
<b>Recettes financières</b>	<b>4 454</b>	<b>7 854</b>		<b>12 308</b>	<b>5 996</b>		<b>2 302</b>	<b>102</b>	<b>8 400</b>		<b>20 708</b>	
<b>(DÉFICIT)/EXCÉDENT TOTAL POUR L'ANNÉE</b>	<b>(32 168)</b>	<b>(187 642)</b>		<b>(219 810)</b>	<b>18 416</b>	<b>1 262</b>	<b>519</b>	<b>(42 981)</b>	<b>(22 784)</b>		<b>(242 594)</b>	
<b>Solde des fonds – 1<sup>er</sup> janvier 2015</b>	<b>75 344</b>	<b>2 353 797</b>		<b>2 429 141</b>	<b>84 598</b>	<b>8 103</b>	<b>(760 185)</b>	<b>85 855</b>	<b>(581 629)</b>		<b>1 847 512</b>	
<b>Solde des fonds – 31 décembre 2015</b>	<b>43 176</b>	<b>2 166 155</b>		<b>2 209 331</b>	<b>103 014</b>	<b>9 365</b>	<b>(759 666)</b>	<b>42 874</b>	<b>(604 413)</b>		<b>1 604 918</b>	

a. Les éliminations indiquées dans l'état de la performance financière par fonds (Tableau 1) sont des ajustements comptables qui servent à annuler l'effet des transferts entre fonds qui, autrement, entraîneraient une surévaluation des produits et des charges de l'Organisation. Ces ajustements comptables sont effectués au moyen d'un fonds distinct créé dans ce but.

## Tableau II. Charges par bureau – Fonds général seulement

Pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2015  
(en milliers de US \$)

Désignation	Siège	Bureau régional de l'Afrique	Bureau régional des Amériques	Bureau régional de la Méditerranée orientale	Bureau régional de l'Europe	Bureau régional de l'Asie du Sud-Est	Bureau régional du Pacifique occidental	Total
<b>Charges</b>								
Dépenses liées au personnel	393 048	223 036	45 369	81 386	53 481	53 105	58 843	908 268
Fournitures et matériels médicaux	22 982	39 063	6 467	72 907	2 755	15 747	5 228	165 149
Services contractuels	189 971	228 111	11 617	157 509	37 227	54 024	31 098	709 557
Transferts et subventions	20 050	162 499	4 931	81 516	5 475	17 176	20 130	311 777
Voyages	97 503	62 432	13 303	17 399	12 302	12 411	10 992	226 342
Charges opérationnelles générales	34 462	61 492	4 092	22 517	7 009	15 346	6 377	151 295
Équipement, véhicules et mobilier	8 247	24 904		18 498	2 924	7 724	3 571	65 868
<b>Total des charges</b>	<b>766 263</b>	<b>801 537</b>	<b>85 779</b>	<b>451 732</b>	<b>121 173</b>	<b>175 533</b>	<b>136 239</b>	<b>2 538 256</b>
<b>Pourcentage de charges par type et par bureau</b>								
Dépenses liées au personnel	43 %	25 %	5 %	9 %	6 %	6 %	6 %	100 %
Fournitures et matériels médicaux	14 %	24 %	4 %	44 %	2 %	10 %	3 %	100 %
Services contractuels	27 %	32 %	2 %	22 %	5 %	8 %	4 %	100 %
Transferts et subventions à d'autres entités	6 %	52 %	2 %	26 %	2 %	6 %	6 %	100 %
Voyages	43 %	28 %	6 %	8 %	5 %	5 %	5 %	100 %
Charges opérationnelles générales	23 %	41 %	3 %	15 %	5 %	10 %	4 %	100 %
Équipement, véhicules et mobilier	13 %	38 %	0 %	28 %	4 %	12 %	5 %	100 %
<b>Pourcentage total</b>	<b>30 %</b>	<b>32 %</b>	<b>3 %</b>	<b>18 %</b>	<b>5 %</b>	<b>7 %</b>	<b>5 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Pourcentage de charges par type dans chaque bureau</b>								
Dépenses liées au personnel	51 %	28 %	53 %	18 %	44 %	30 %	43 %	36 %
Fournitures et matériels médicaux	3 %	5 %	8 %	16 %	2 %	9 %	4 %	7 %
Services contractuels	25 %	28 %	14 %	35 %	31 %	31 %	23 %	28 %
Transferts et subventions à d'autres entités	3 %	20 %	6 %	18 %	5 %	10 %	15 %	12 %
Voyages	13 %	8 %	16 %	4 %	10 %	7 %	8 %	9 %
Charges opérationnelles générales	4 %	8 %	5 %	5 %	6 %	9 %	5 %	6 %
Équipement, véhicules et mobilier	1 %	3 %	0 %	4 %	2 %	4 %	3 %	3 %
<b>Pourcentage total</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

## ANNEXE 1

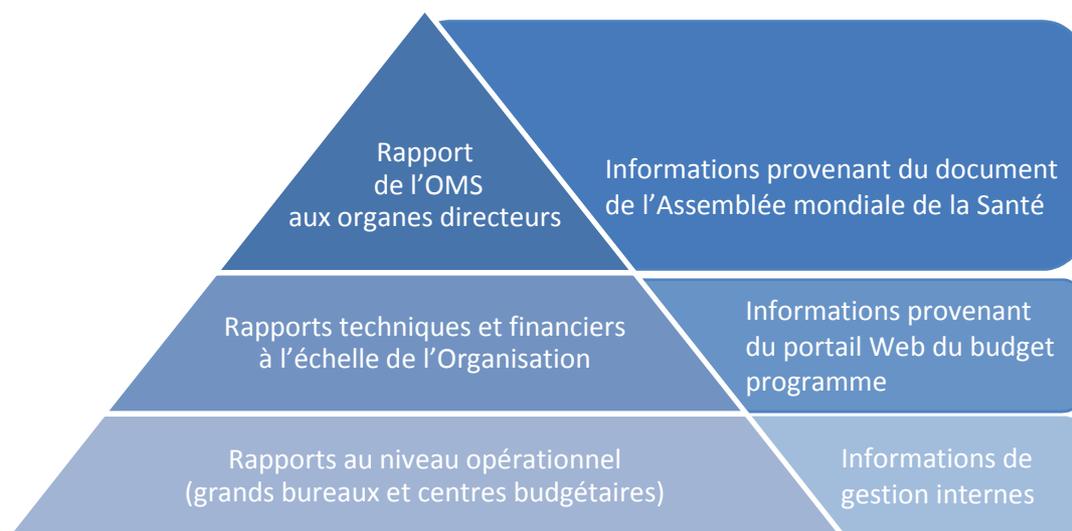
### BUDGET PROGRAMME 2014-2015 MÉTHODOLOGIE D'APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION

L'appréciation de l'exécution du budget programme est la dernière étape du cycle biennal d'exécution du budget programme. C'est un examen systématique des travaux menés par le Secrétariat, par secteur de programme et aux trois niveaux de l'Organisation. Tous les centres budgétaires évaluent la mise en œuvre des activités prévues dans les plans de travail (produits et services) en tant que contribution aux produits présentés dans le budget programme approuvé.

La méthodologie suivie consiste à produire une synthèse en passant par plusieurs étapes. À l'issue de chacune d'elles, les informations sont colligées et passées en revue dans les grands bureaux, par secteur de programme et par réseau de catégorie. Les rapports concernant les indicateurs de produits, les secteurs de programme et les catégories, au niveau des grands bureaux et à l'échelle de l'Organisation, sont examinés par les réseaux concernés et par la direction générale. Trois cent centres budgétaires (dont 149 bureaux de pays, les six bureaux régionaux et le Siège) participent au processus. Des modèles, des notes d'orientation et des listes de contrôle sont utilisés. Ce processus et la collecte d'informations ont plusieurs objectifs, notamment une évaluation de l'ensemble du système, l'analyse des enseignements tirés de l'expérience, la clôture des plans de travail et la production des rapports officiels présentés à l'Assemblée de la Santé.

Le processus commence pendant les derniers mois de la période biennale et s'achève au mois de mars de la période biennale suivante, des rapports internes ainsi qu'un rapport récapitulatif (dans les six langues officielles) étant présentés à l'Assemblée de la Santé en mai. Dans les rapports détaillés figurent des informations sur l'atteinte des indicateurs de produits ainsi que des notes sur les indicateurs ; des explications concernant l'appréciation des progrès au regard des produits, par grand bureau ; des informations détaillées sur les risques et les hypothèses de départ ; l'intégration d'approches fondées sur le genre, l'équité et les droits humains, et les déterminants sociaux de la santé ; et des exemples de gains d'efficacité.

**Figure. Représentation schématique du processus d'appréciation de l'exécution**



L'appréciation de l'exécution du budget programme pour 2014-2015 est le premier exercice de fin de période biennale mené dans le cadre du douzième programme général de travail, 2014-2019. C'est également la première appréciation de l'exécution du budget programme fondée sur la nouvelle chaîne de résultats, l'un des principaux fruits de la réforme programmatique de l'OMS. Dans le prolongement de la mise en œuvre de la réforme, et pour la première fois, un rapport programmatique et financier combiné sur l'exécution du budget programme est présenté à l'Assemblée de la Santé. C'est une avancée majeure dans la manière dont l'OMS rend compte des résultats de l'appréciation de l'exécution du budget programme.

Par rapport à 2012-2013, le processus et les résultats de cette appréciation se sont améliorés de plusieurs façons :

- la continuité et le caractère unifié et bien défini du processus ont été garantis en instaurant des liens avec les progrès et les résultats présentés lors de l'évaluation à mi-parcours ;
- la transparence et la responsabilisation ont été encore améliorées et renforcées avec la présentation de rapports détaillés sur le portail Web du budget programme ;
- l'appréciation se fonde non seulement sur la réalisation des indicateurs de performance, mais aussi sur la fourniture de produits et la prestation de services, l'évaluation des risques et des stratégies d'atténuation et l'utilisation des ressources humaines et financières ;
- des responsables aux trois niveaux ont vérifié les rapports au moyen de documents pertinents servant d'éléments de preuve pour la validation/la vérification pendant les examens et vérifications internes et externes ;
- l'assurance de la qualité a été assurée au moyen de modèles standardisés, de listes de contrôles et d'examens itératifs pour aider respectivement les gestionnaires, les responsables de secteur de programme et les responsables de catégorie.

Le système suivant est utilisé pour indiquer dans quelle mesure les grands bureaux ont obtenu les produits ou y ont contribué : (✓) signifie que le produit a été pleinement obtenu (contribution intégrale) ; (!) qu'il a été partiellement obtenu (contribution partielle) ; et (X) qu'il n'a pas été obtenu (contribution nulle) ; (s.o.) signifie « sans objet ». La mention « s.o. » est employée lorsque les grands bureaux ont indiqué que la contribution à un produit n'est pas une priorité régionale ou que le produit en question n'est pas pertinent compte tenu de la situation régionale.

Le rapport programmatique et financier unifié pour 2014-2015, complété par les informations publiées sur le portail Web du budget programme, est une avancée notable. Les améliorations futures s'appuieront sur cet accomplissement pour renforcer et rationaliser davantage encore le processus et permettre une synthèse avec les autres évaluations, y compris les évaluations externes, les examens administratifs et les vérifications nationales intégrées.

## ANNEXE 2

### GLOSSAIRE

Les **actifs** sont des ressources contrôlées par une entité du fait d'événements passés et dont cette entité attend des avantages économiques futurs ou un potentiel de service. Les actifs utilisés pour fournir des biens et des services conformément aux objectifs d'une entité mais qui ne génèrent pas directement d'entrées nettes de trésorerie sont généralement considérés comme représentatifs d'un « potentiel de service ».

Un **actif éventuel** est un actif potentiel résultant d'événements passés et dont l'existence ne sera confirmée que par la survenance (ou non) d'un ou plusieurs événements futurs incertains qui ne sont pas totalement sous le contrôle de l'entité.

L'**actif net/situation nette** est l'intérêt résiduel dans les actifs de l'entité après déduction de tous ses passifs. L'actif net/situation nette figure dans l'état de la situation financière en tant que mesure résiduelle.

Les **actifs incorporels** sont des actifs non monétaires identifiables qui n'ont pas d'existence physique.

L'**amortissement** est la répartition systématique du montant amortissable d'un actif sur sa durée d'utilité.<sup>1</sup>

Les **avantages du personnel** sont les contreparties de toute forme accordées par une entité pour les services rendus par les membres de son personnel. Les avantages du personnel comprennent l'ensemble des prestations, salaires, indemnités, avantages et primes.

Une **catégorie d'immobilisations corporelles** est un regroupement d'actifs de nature et d'usage similaires au sein de l'activité d'une entité, qui figure dans les états financiers en tant que rubrique individuelle.

La **comptabilité d'exercice** est la convention comptable qui prévoit la comptabilisation d'opérations et d'autres événements au moment où ils se produisent (et non pas seulement lors de l'entrée ou de la sortie de trésorerie ou d'équivalents de trésorerie). En conséquence, les opérations et les événements sont enregistrés dans les livres comptables et comptabilisés dans les états financiers des exercices auxquels ils se rapportent. Les éléments comptabilisés selon la comptabilité d'exercice sont les actifs, les passifs, l'actif net/situation nette, les produits et les charges.

Un **contrat de location** est un accord par lequel le bailleur cède au preneur, pour une période déterminée, le droit d'utilisation d'un actif en échange d'un paiement ou d'une série de paiements.

Un **contrat de location simple** désigne tout contrat de location autre qu'un contrat de location-financement.

Le **coût financier** est l'accroissement pendant une période comptable de la valeur actuelle des obligations au titre d'un régime de prévoyance à prestations définies, qui est dû au fait que l'on s'est rapproché d'une période de la date à laquelle les prestations devront commencer d'être servies.

La **dépréciation** est la perte d'avantages économiques ou de potentiel de service futurs d'un actif, qui peut s'ajouter à la comptabilisation systématique de la perte d'avantages économiques ou de potentiel de service futurs par le biais de l'amortissement.

Les **équivalents de trésorerie** sont les placements à court terme très liquides qui sont facilement convertibles en un montant connu de trésorerie et qui sont soumis à un risque négligeable de changement de valeur.

Les **fonds disponibles** correspondent à la somme du montant reporté de l'exercice précédent et des produits perçus pendant l'exercice en cours.

---

<sup>1</sup> *N. d. T.* : En français, le terme « amortissement » traduit à la fois « amortization » et « depreciation », sans distinction entre actifs corporels et actifs incorporels.

**Les gains et les pertes actuariels** englobent : a) des ajustements liés à l'expérience (l'effet des écarts entre les hypothèses actuarielles antérieures et ce qui s'est effectivement produit) ; et b) l'effet des changements apportés aux hypothèses actuarielles.

Les **immobilisations corporelles** sont des actifs corporels : a) qui sont détenus par une entité soit pour être utilisés dans la production ou la fourniture de biens ou de services, soit pour être loués à des tiers, soit à des fins administratives ; et b) dont on s'attend à ce qu'ils soient utilisés sur plus d'une période de reporting. Suivant la définition ci-dessus, les immobilisations corporelles ne doivent pas être confondues avec des stocks bien qu'elles puissent être inventoriées et physiquement vérifiées.

L'**impact** est un changement durable de l'état de santé des populations auquel le Secrétariat et les États Membres contribuent.

Un **indicateur de performance** est une unité de mesure qui précise ce qui doit être mesuré, sur une échelle ou selon une dimension particulière. Les indicateurs de performance sont un moyen qualitatif ou quantitatif de mesurer une réalisation ou un produit, dans le but d'évaluer la performance d'un programme ou d'un placement.

La **juste valeur** est le montant pour lequel un actif pourrait être échangé, ou un passif éteint, entre des parties bien informées, consentantes et agissant dans des conditions de concurrence normale.

Les **méthodes comptables** sont les principes, bases, conventions, règles et pratiques spécifiques appliqués par une entité lors de l'établissement et de la présentation de ses états financiers.

La **monnaie fonctionnelle** est la monnaie de l'environnement économique principal dans lequel l'entité exerce son activité. On considère que la monnaie fonctionnelle de l'OMS est le dollar des États-Unis.

Les **opérations avec contrepartie directe** sont des opérations dans lesquelles l'entité reçoit des actifs ou des services, ou voit s'éteindre des obligations, et remet en contrepartie, directement à une autre entité (essentiellement sous la forme de trésorerie, de biens, de services ou d'utilisation d'immobilisations), une valeur approximativement égale.

Les **opérations sans contrepartie directe** sont des opérations qui ne sont pas des opérations avec contrepartie directe. Dans une opération sans contrepartie directe, une entité reçoit d'une autre entité une valeur sans donner directement de contrepartie d'une valeur approximativement égale, ou remet une valeur à une autre entité sans recevoir directement de contrepartie d'une valeur approximativement égale.

L'**ouverture de crédits** est une autorisation accordée par un organe législatif pour allouer des fonds aux fins spécifiées par le pouvoir législatif ou une instance similaire. Pour l'OMS, les ouvertures de crédits sont votées par l'Assemblée mondiale de la Santé.

Les **parties liées** sont des parties considérées comme étant liées si une partie peut contrôler l'autre partie ou exercer sur cette autre partie une influence notable lors de la prise de décisions financières et opérationnelles ou si la partie liée et une autre entité sont soumises à un contrôle commun.

Les **passifs** sont des obligations actuelles de l'entité résultant d'événements passés et dont l'extinction devrait se traduire pour l'entité par une sortie de ressources représentatives d'avantages économiques ou d'un potentiel de service.

Un **passif éventuel** est : a) une obligation potentielle résultant d'événements passés et dont l'existence ne sera confirmée que par la survenance (ou non) d'un ou plusieurs événements futurs incertains qui ne sont pas totalement sous le contrôle de l'entité ; ou b) une obligation actuelle résultant d'événements passés mais qui n'est pas comptabilisée car il n'est pas probable qu'une sortie de ressources représentatives d'avantages économiques ou d'un potentiel de service sera nécessaire pour éteindre l'obligation ou car le montant de l'obligation ne peut être évalué avec une fiabilité suffisante.

Selon les normes comptables internationales du secteur public, les **principaux dirigeants** sont tous les administrateurs ayant la responsabilité de l'organisation, de la direction et du contrôle des activités de l'entité présentant les états financiers.

Les **produits** correspondent à une modification des compétences ou des aptitudes et des capacités des individus ou des institutions, ou à la disponibilité de nouveaux produits et services, qui résulte de l'achèvement d'activités dont le Secrétariat a la maîtrise. Ceux-ci sont obtenus à l'aide des ressources fournies et dans les délais spécifiés.

Les **produits** sont des entrées brutes d'avantages économiques ou de potentiel de service au cours de la période de reporting lorsque ces entrées conduisent à une augmentation de l'actif net/situation nette, autre que les augmentations relatives aux apports des contributeurs.

Une **provision** est un passif dont l'échéance ou le montant est incertain.

Une **réalisation** est : a) le changement qui découle de la mise en œuvre d'un programme ou d'une intervention ; et b) la valeur réelle d'un indicateur de performance mesurée à un moment donné.

Les **réalisations** correspondent à une modification des capacités institutionnelles et comportementales, pour des conditions de développement données, entre l'achèvement des produits et l'obtention des impacts.

Le **risque** correspond à un événement futur potentiel, entièrement ou partiellement hors de contrôle et qui peut avoir une incidence négative sur l'obtention de résultats.

Le **secteur** est une activité distincte ou un groupe d'activités d'une entité pour laquelle il est approprié de publier des informations financières séparées dans le but d'évaluer sa performance passée en termes de réalisation d'objectifs et en vue de prise de décisions d'allocation future de ressources.

Les **stocks** sont des actifs : a) sous forme de matières premières ou de fournitures devant être consommées dans le processus de production ; b) sous forme de matières premières ou de fournitures devant être consommées ou distribuées dans le processus de prestation de services ; c) détenus pour être vendus ou distribués dans le cours normal de l'activité ; ou d) en cours de production pour la vente ou la distribution. Le terme « stocks » doit être utilisé avec précaution pour éviter toute confusion. Suivant la définition ci-dessus, les immobilisations corporelles ne sont pas des stocks bien qu'elles puissent être inventoriées et physiquement vérifiées.

La **valeur nette de réalisation** est le prix de vente estimé dans le cours normal de l'activité, diminué des coûts estimés d'achèvement et des coûts estimés nécessaires pour réaliser la vente, l'échange ou la distribution.

= = =



Organisation  
mondiale de la Santé