



**Comité régional de la  
Méditerranée orientale**

**EM/RC57/7 (a)**  
**Septembre 2010**

**Cinquante-septième session**

**Original : arabe**

**Point 5 a) de l'ordre du jour**

**Budget programme 2008-2009 : appréciation de l'exécution**

**Aperçu régional des progrès réalisés par rapport aux objectifs  
stratégiques et aux résultats escomptés au niveau régional**



**Table des matières**

1.	Présentation générale.....	1
2.	Résumé des réalisations, problèmes et enjeux en 2008-2009.....	1
3.	Résumé de la mise en œuvre financière .....	4



## 1. Présentation générale

L'appréciation de l'exécution du budget programme 2008-2009 est la première à être effectuée dans le cadre du plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Elle vise à mettre en évidence les progrès globaux dans la réalisation des résultats escomptés au niveau régional définis dans le plan stratégique à moyen terme et le budget programme 2008-2009 pour la Région de la Méditerranée orientale, approuvés lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional en octobre 2007. Sur les 172 résultats escomptés au niveau régional, 106 ont été « pleinement atteints » et 65 « partiellement atteints ». Comme pour les précédents exercices biennaux, l'appréciation s'est essentiellement fondée sur une auto-évaluation dans laquelle chaque bureau évaluait la mesure dans laquelle il était parvenu à atteindre la cible des indicateurs pour les résultats escomptés à son niveau. Les appréciations ont ensuite été rassemblées par les facilitateurs des objectifs stratégiques régionaux afin de déterminer la réalisation des résultats escomptés au niveau régional. Tous les résultats ont ensuite été communiqués au Siège pour contribuer à l'appréciation du niveau de réalisation des cibles fixées pour les résultats escomptés au niveau de l'Organisation et l'élaboration du Rapport sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2008-2009 (ci-joint), conformément à la décision prise par les organes directeurs (FB124/3) d'en modifier le calendrier et le mode de présentation.

Le degré de réussite dans la réalisation de ces résultats escomptés au niveau régional a été apprécié essentiellement en se fondant sur le critère des indicateurs suivants :

- Pleinement atteint : toutes les cibles des indicateurs pour les résultats escomptés au niveau régional ont été atteintes ou dépassées ;
- Partiellement atteint : une ou plusieurs des cibles des indicateurs n'ont pas été atteintes ;
- Non atteint : aucune des cibles des indicateurs n'a été atteinte.

Les résultats escomptés au niveau régional avaient plus d'un indicateur de performance comportant des bases et des cibles. Les indicateurs définis avaient des limites et parfois ne représentaient pas correctement toute la portée des résultats escomptés au niveau régional. Des efforts importants s'imposent pour améliorer la pertinence des indicateurs dans les exercices biennaux suivants.

## 2. Résumé des réalisations, problèmes et enjeux en 2008-2009

Une meilleure collaboration avec les partenaires, en particulier l'Alliance GAVI, les *Centers for Disease Control and Prevention* (Atlanta), la Fondation des Nations Unies et le Rotary International, a permis d'améliorer la mobilisation des ressources et la coordination pour l'assistance technique aux pays et dans les pays. Toutefois, le manque de ressources pour aider les pays à mener une recherche opérationnelle et appliquée afin d'innover dans les stratégies de vaccination, les vaccins et les technologies a rendu la réalisation de certaines cibles très difficile. La lutte contre la grippe pandémique humaine a permis de renforcer la collaboration avec les États Membres et les trois niveaux de l'Organisation ainsi que le lien avec les autres institutions des Nations Unies. Des rapports de pays finaux prouvant l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et le confinement du virus ont été soumis par 20 pays et acceptés par la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite. De même, 9 pays ont élaboré un calendrier et une stratégie pour cesser, à terme, l'usage du vaccin antipoliomyélitique oral dans les programmes de vaccination systématique. Toutefois, l'insécurité et les conflits actifs ont constitué de véritables défis pour la mise en œuvre des activités planifiées.

Le tableau 1 indique la réalisation des résultats escomptés par Objectif stratégique.

**Tableau 1. Réalisation des résultats escomptés au niveau régional par Objectif stratégique.**

Objectif stratégique	Résultats escomptés au niveau régional			
	Pleinement atteints	Partiellement atteints	Non atteints	Total
1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	11	7	1	19
2. Combattre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme	5	17	–	22
3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématuré liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle	15	4	–	19
4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé	6	2	–	8
5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	4	4	–	8
6. Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque	9	6	–	15
7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	5	3	–	8
8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement	–	5	–	5
9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	8	3	–	11
10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles	30	7	–	37
11. Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	6	4	–	10
12. Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail	3	1	–	4
13. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat	4	2	–	6
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>65</b>	<b>1</b>	<b>172</b>

– Sans objet

La couverture du traitement de l'infection à VIH a augmenté dans tous les pays cibles. La charge du paludisme dans tous les pays touchés ne cesse de baisser. La plupart des pays ont élaboré des plans stratégiques et des directives pour la stratégie Halte à la tuberculose et la couverture de la population par le DOTS a atteint les 98 %. La collaboration avec les partenaires, en particulier le

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, a permis de renforcer les ressources pour apporter une assistance technique aux pays. Parallèlement, la gestion de nombreux fonds reçus de la part des partenaires a souvent interrompu l'action fondamentale de l'OMS. Il a été constaté que l'autonomisation des bureaux de pays de l'OMS par un renforcement des capacités à la fois techniques et gestionnaires était essentielle pour la mise en œuvre des activités financées par le Fonds mondial.

S'il existe encore des problèmes de maladies transmissibles et de malnutrition dans la Région, la charge des maladies non transmissibles est en augmentation, en particulier dans les pays à revenus faible et intermédiaire. Le tabagisme, une alimentation déséquilibrée et la sédentarité, s'exprimant sous forme de diabète, d'obésité et d'hyperlipidémie, sont en hausse. Le cancer tue chaque année 272 000 personnes dans la Région, plus que le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme réunis. En outre, la plupart des cas de cancer se présentent à un stade avancé et dans un groupe d'âge plus jeune, en particulier le cancer du sein. Le manque de données et l'absence de surveillance des facteurs de risques constitue un défi supplémentaire pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région. Le Comité régional, lors de sa cinquante-sixième session, a approuvé la Stratégie de lutte contre le cancer dans la Région de la Méditerranée orientale (EM/RC56/R.4) et a souligné la nécessité de mettre en place des mesures de lutte contre cette maladie. En 2009, le Bureau régional a élaboré un cadre régional sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé afin d'aider les États Membres à lutter contre les deux plus importants facteurs de risque de maladies non transmissibles. La disponibilité des ressources pour apporter un soutien technique aux États Membres constitue un défi permanent.

La grande majorité des pays de la Région a accordé l'attention voulue à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale conformément aux stratégies de l'OMS sur une grossesse à moindre risque, une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et la stratégie mondiale sur la santé sexuelle et génésique. Toutefois, l'octroi de ressources financières suffisantes reste un problème majeur. Un processus de planification et de mise en œuvre dirigé par les pays est nécessaire pour accélérer les activités en vue d'instaurer l'accès et la couverture universels s'agissant des services de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et des soins de santé sexuelle et génésique, tout en s'attaquant aux inégalités entre les sexes et aux inégalités en matière de santé, qui entraînent des niveaux élevés de mortalité et de morbidité. Les fonds pour atteindre les cibles étaient insuffisants et non prévisibles. Les capacités de mise en œuvre au niveau des pays ont été altérées par des ressources humaines insuffisantes.

Les pays de la Région ont connu de nombreux types d'urgences pendant la période biennale : sécheresse, inondations, hivers rigoureux et tremblements de terre, ainsi qu'insécurité, conflit et afflux de personnes déplacées. Bien que la Région soit sujette aux situations d'urgences et aux catastrophes, la question de la préparation aux catastrophes en général nécessite une plus grande attention de la part des responsables politiques. La plupart des États Membres sont conscients de l'importance d'établir ou de mettre à jour leurs plans de préparation aux situations d'urgence et de réduction des risques et d'intégrer les urgences de salubrité de l'environnement. Toutefois, une fréquente rotation des administrateurs entraîne des retards et des problèmes dans la mise en œuvre des plans.

Dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, le Bureau régional a continué à se concentrer sur l'action intersectorielle pour l'équité en santé en travaillant avec le secteur de la santé et d'autres partenaires, et en autonomisant les communautés par la mise en œuvre d'initiatives communautaires. Un soutien technique a également été apporté aux pays afin qu'ils élaborent des bases de données distinctes pour la santé et le développement. Renforcer

l'engagement politique de haut niveau a été le principal défi pour favoriser un meilleur accès à des services de santé de qualité par la mise en œuvre des soins de santé primaires basés sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé.

Le changement climatique et son impact sur la santé, la sécurité de l'eau et la gestion des eaux usées ainsi que l'impact des situations d'urgence sur l'environnement sont restés des défis de plus en plus marqués pour la Région. La fourniture d'une assistance technique réactive et fiable ainsi que le développement des capacités institutionnelles et en ressources humaines figurent parmi les domaines d'intervention prioritaires. Le manque de ressources financières est le principal obstacle à la réalisation des résultats escomptés.

La nutrition et la sécurité sanitaire des aliments ont bénéficié d'un soutien limité dans les opérations d'urgence. Un soutien et une sensibilisation permanents sont nécessaires afin de garantir un engagement politique pour la mise en œuvre d'interventions et d'activités utiles, ce qui serait possible uniquement par une meilleure collaboration intersectorielle et une adhésion communautaire.

Un engagement continu et sans faille en faveur des soins de santé primaires et l'accès aux médicaments essentiels au cours de la prochaine décennie sont essentiels pour le développement des systèmes de santé et l'amélioration de leurs performances. Une sensibilisation continue est nécessaire afin de solliciter l'engagement des gouvernements pour renforcer les systèmes de santé nationaux et atteindre la couverture universelle par un ensemble essentiel de services de santé. Les pays dans des situations d'urgence complexes et les pays à faible revenu doivent continuer à bénéficier de la plus haute priorité pour développer leurs systèmes de santé. Toutefois, la pénurie de fonds pour ce domaine important est un obstacle majeur. En outre, le flux de fonds disponibles est imprévisible et empêche de progresser nettement dans le soutien technique apporté aux États Membres, en particulier ceux qui sont dans une situation d'urgence complexe.

Le Bureau régional a poursuivi ses efforts pour engager les États Membres dans l'action des organes directeurs par un soutien plus efficace du Secrétariat, une meilleure communication sur l'action de l'OMS, garantissant une présence effective dans les pays et favorisant les partenariats fonctionnels. Le défi immédiat consiste à aider les pays à minimiser l'impact négatif de la crise sur le développement sanitaire national. Dans les pays qui comptent fortement sur l'aide extérieure, il est important de soutenir, en collaboration avec les partenaires des Nations Unies, un processus d'évaluation de l'impact potentiel de la réduction de l'aide extérieure sur le secteur de la santé. Parallèlement, les capacités pour la mobilisation des ressources doivent être renforcées afin de garantir l'accès à toutes les ressources possibles pour la santé et le développement.

### **3. Résumé de la mise en œuvre financière**

Durant l'exercice 2008-2009, le budget approuvé a été divisé pour la première fois en trois segments : programmes de base ; partenariat et accords de collaboration ; et interventions en cas d'épidémies ou de crises. Cette division a mis en évidence la situation relative au financement pour chaque segment séparément et bien que les fonds disponibles globaux aient été suffisants pour répondre aux estimations budgétaires, leur répartition a varié en fonction des objectifs stratégiques. La disponibilité des fonds pour l'objectif stratégique 1 (résultant principalement des partenariats et accords de collaboration pour la poliomyélite et les maladies évitables par la vaccination) et l'objectif stratégique 5 (en raison des interventions en cas d'épidémies ou de crises) a éclipsé la pénurie de ressources pour les programmes de base dans plusieurs objectifs stratégiques. Les tableaux 2 et 3 montrent les résumés de l'exécution financière par segment budgétaire et par objectif stratégique respectivement.



**Tableau 2. Exécution financière par segment du budget pour la Région de la Méditerranée orientale**

Segment	Budget approuvé 2008-2009 (en millions de USD)	Fonds disponibles pour 2008-2009 (en millions de USD)	Fonds disponibles en % du budget approuvé	Dépenses 2008-2009 (en millions de USD)	Dépenses en % du budget approuvé	Dépenses en % du budget approuvé
Programmes de base	442 672	249 385	56,3	231 380	52,3	92,8
Partenariats et accords de collaboration	130 051	155 352	119,5	127 908	98,4	82,3
Interventions en cas d'épidémies ou de crises	194 640	199 129	102,3	170 789	87,7	85,8
<b>Total</b>	<b>767 363</b>	<b>603 866</b>	<b>78,7</b>	<b>530 077</b>	<b>69,1</b>	<b>87,8</b>

**Tableau 3. Exécution financière par objectif stratégique (toutes sources de fonds) pour la Région de la Méditerranée orientale**

Objectif stratégique	Budget approuvé 2008-2009 (en millions de USD)	Fonds disponibles pour 2008-2009 (en millions de USD)	Fonds disponibles en % du budget approuvé	Dépenses 2008-2009 (en millions de USD)	Dépenses en % du budget approuvé	Dépenses en % du budget approuvé
1	235 315	208 601	88,6 %	170 831	72,6 %	81,9 %
2	61 867	66 064	106,8 %	50 013	80,8 %	75,7 %
3	19 217	6 673	34,7 %	5 713	29,7 %	85,6 %
4	37 067	6 009	21,6 %	6 325	17,1 %	79,0 %
5	200 729	208 854	104,0 %	175 560	87,5 %	84,1 %
6	20 473	9 743	47,6 %	7 725	37,7 %	79,3 %
7	13 141	4 828	36,7 %	3 942	30,0 %	81,6 %
8	16 813	7 006	41,7 %	4 788	28,5 %	68,3 %
9	8 845	3 146	35,6 %	1 921	21,7 %	61,1 %
10	73 877	39 493	53,5 %	34 681	46,9 %	87,8 %
11	17 426	7 852	45,1 %	6 573	37,7 %	83,7 %
12	24 674	18 833	76,3 %	23 403	94,8 %	124,3 %
13	37 919	14 764	38,9 %	38 602	101,8 %	261,5 %
<b>Total</b>	<b>767 363</b>	<b>603 866</b>	<b>78,7 %</b>	<b>530 077</b>	<b>69,1 %</b>	<b>87,8 %</b>





**Organisation  
mondiale de la Santé**

**SOIXANTE-TROISIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ**  
Point 14.1 de l'ordre du jour provisoire

**A63/29**  
**12 mai 2010**

---

**Budget programme 2008-2009 :  
rapport sur l'appréciation de l'exécution**



## AVANT-PROPOS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Le présent document fournit une appréciation systématique de l'exécution du budget programme de l'OMS pour 2008-2009 par rapport à chacun des 13 objectifs stratégiques de l'Organisation. Il s'inscrit dans la ligne d'une gestion axée sur les résultats et des autres réformes auxquelles je suis personnellement attachée et qui doivent permettre à l'OMS de relever les défis particuliers qui seront ceux du XXI<sup>e</sup> siècle.

La dernière période biennale a été riche en événements du point de vue de la santé publique. Partout dans le monde, la santé a été affectée par la crise économique la plus grave que l'on ait connue depuis le déclenchement de la grande dépression de 1929, par la première pandémie de grippe en quatre décennies, par d'importantes pertes de vies humaines à la suite de conflits et de catastrophes naturelles, par des flambées spectaculaires de maladies d'origine alimentaire, par des preuves de plus en plus évidentes que le climat est en train de changer et par une envolée des prix des denrées alimentaires qui a frappé le plus durement les plus pauvres. Alors que la malnutrition continuait à sévir et que la sécurité sanitaire des aliments n'était toujours pas garantie, le nombre de personnes obèses et en surpoids, y compris des enfants, a continué à augmenter et la preuve est faite de plus en plus que l'essentiel de la charge des maladies chroniques non transmissibles pèse maintenant sur les pays en développement.

Mais cette période biennale a aussi amené des progrès importants et de bonnes nouvelles sur plusieurs fronts. D'une manière générale, l'OMS et ses États Membres ont obtenu les plus grandes avancées mesurables en élargissant la couverture d'interventions telles que la fourniture de médicaments, de vaccins et de moustiquaires. Ce succès montre que des objectifs ambitieux à horizon bien défini comme les objectifs du Millénaire pour le développement sont capables d'attirer des ressources et de mobiliser les efforts et l'ingéniosité de multiples partenaires.

Les épidémies de VIH/sida et de tuberculose ont commencé à régresser lentement mais sûrement. Le nombre de décès d'enfants dus à des maladies évitables par la vaccination a sensiblement diminué, avec des réductions supérieures aux objectifs internationaux pour ce qui est des décès imputables à la rougeole. Davantage de pays ont fait de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant leur principale stratégie en matière de survie de l'enfant. Certains pays ont déjà enregistré des progrès dans la lutte contre le paludisme, ce qui donne à penser qu'une bonne utilisation des outils existants, conformément aux stratégies recommandées, peut effectivement permettre de faire reculer cette maladie. À la lumière de ce succès, l'objectif de l'éradication du paludisme est redevenu d'actualité. Les progrès réguliers qui ont été obtenus permettent de penser que certaines maladies tropicales anciennes pourraient être éliminées d'ici 2015, la dracunculose étant, par exemple, déjà sur le point d'être éradiquée. Bien que l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite ait connu quelques revers, la détermination de « finir le travail » reste entière.

En même temps, la lenteur des progrès dans certains domaines malgré de bonnes interventions et un appui financier solide ont fait ressortir la nécessité urgente de renforcer les systèmes et services de santé. Des initiatives visant une maladie en particulier ont connu quelques sérieux problèmes auxquels on s'est largement attaché à répondre au cours de la période biennale : infrastructures sanitaires laissant à désirer, systèmes d'information sanitaire inadéquats, pénurie critique d'agents de santé, ruptures de stock de médicaments essentiels et produits contrefaits et inférieurs aux normes. Il est du reste assez révélateur que les réductions de la mortalité maternelle et de la mortalité des nouveau-nés qui sont entièrement tributaires du bon fonctionnement du système de santé ont été décevantes.

De grandes initiatives sanitaires ont aussi montré la difficulté qu'il y a à faire évoluer les comportements humains – qu'il s'agisse d'amener les gens à adopter des pratiques sexuelles à moindre risque, à terminer leur traitement ou à utiliser correctement les moustiquaires.

Le déplacement de la charge des maladies chroniques vers les pays en développement a contribué à montrer ce que signifient réellement des systèmes de santé fragiles : le poids des soins chroniques qui pèse sur les structures et sur le personnel, la nécessité d'assurer un approvisionnement régulier en médicaments de bonne qualité et le coût élevé des soins chroniques qui précipite les ménages au-dessous du seuil de pauvreté au moment même où la communauté internationale s'est engagée à réduire la pauvreté. La progression des maladies chroniques a aussi fait ressortir encore plus l'importance de promouvoir des changements de comportements.

Les efforts pour rendre l'aide au développement sanitaire plus efficace se sont poursuivis : on a souligné l'importance d'harmoniser cette aide et de l'aligner sur les priorités et les capacités nationales. L'OMS et ses bureaux régionaux et de pays ont travaillé en collaboration étroite avec les pays pour formuler des stratégies sanitaires nationales, mais aussi pour préparer et tester des plans de riposte aux situations d'urgence comme celles causées par des flambées épidémiques et des catastrophes naturelles. On a aussi cherché à améliorer l'efficacité en adoptant des approches intégrées et en utilisant mieux les réseaux et la collaboration à l'échelle des Régions, que ce soit pour la recherche ou pour la mise en commun de services de laboratoire.

La recherche en santé a apporté quelques innovations importantes. Par exemple, de nouveaux vaccins antipneumococciques et antirotavirus ont été introduits pour lutter contre les deux causes majeures de mortalité infanto-juvénile dans les pays en développement. Des résultats impressionnants ont aussi été obtenus grâce à d'autres innovations moins spectaculaires, comme les fiches de croissance améliorées pour évaluer l'état nutritionnel des enfants ou l'adoption de listes de contrôle simples lors des interventions chirurgicales afin de réduire les erreurs médicales.

À un moment où il apparaissait de plus en plus difficile de trouver une entente internationale sur des sujets extrasanitaires, les États Membres de l'OMS sont parvenus à un consensus sur un certain nombre de questions délicates, y compris la Stratégie et le Plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. À mon avis, le fait de parvenir à un accord international sur des questions qui sont potentiellement source de division montre combien les gouvernements, riches et pauvres, souhaitent que la santé publique soit renforcée.

En tant que contribution à la prévention, des efforts ont aussi été entrepris au cours de la période biennale pour s'attaquer à des déterminants fondamentaux de la santé qui relèvent d'autres secteurs. Outre les actions visant à répondre à des préoccupations traditionnelles comme l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, la gestion du problème des produits chimiques dans l'environnement et sur le lieu de travail et la protection du public contre les dangers représentés par les aliments et l'eau contaminés, on a cherché de manière plus ambitieuse à s'attaquer aux causes fondamentales des inégalités en matière de santé qui résultent au premier chef des politiques menées sur les plans économique, social et environnemental. Dans son rapport final, la Commission des Déterminants sociaux de la Santé a rejeté la responsabilité ultime des disparités existant en matière de résultats sanitaires sur les décideurs eux-mêmes. Comme ce rapport l'a souligné, les inégalités en matière de santé ne sont pas une fatalité. Elles sont simplement le résultat de mauvaises politiques.

Comme la Déclaration d'Alma-Ata et la Déclaration du Millénaire et ses objectifs, les recommandations de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé tournent toutes autour de l'équité. À mon avis, c'est le désir d'introduire plus de justice dans l'accès aux soins de santé et plus d'équité dans les résultats qui anime certains des efforts les plus énergiques pour améliorer la santé mondiale. Je pense que beaucoup des divers problèmes auxquels nous nous sommes attaqués au cours de la période biennale trouvent une convergence dans les valeurs, les principes et les approches des soins de santé primaires. Le fait que les États Membres dans toutes les Régions de l'OMS soient attachés à un renouveau des soins de santé primaires est de bon augure pour l'avenir.

## APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION : VUE D'ENSEMBLE

L'appréciation de l'exécution du budget programme 2008-2009 est la première à être effectuée dans le cadre du plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Cet exercice avait deux objectifs : évaluer la mesure dans laquelle le Secrétariat a atteint les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, dont le Secrétariat est pleinement responsable ; et mettre en évidence les progrès globaux et les principales réalisations des États Membres par rapport aux objectifs stratégiques.

L'appréciation de l'exécution a été faite et est présentée conformément à la décision prise par les organes directeurs d'en modifier le calendrier et le mode de présentation.<sup>1</sup> L'objectif était de pouvoir soumettre le rapport sur l'appréciation de l'exécution du budget programme à l'Assemblée mondiale de la Santé l'année suivant chaque exercice biennal. Cela a représenté un réel défi, mais cette solution a eu certains avantages, en particulier le fait que le rapport a pu être utilisé pour la préparation du projet de budget programme 2012-2013 et pour ajuster les plans opérationnels pour l'exercice 2010-2011.

Le rapport sur l'appréciation de l'exécution fournit une analyse des résultats obtenus par le Secrétariat, mesurés par rapport aux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et aux indicateurs fixés dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013,<sup>2</sup> approuvé par la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.<sup>3</sup> Sur les 81 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, 42 ont été « pleinement atteints », 39 « partiellement atteints » et aucun « non atteint ». Les résultats par objectif stratégique s'établissent comme suit :

Objectif stratégique	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation		
	Pleinement atteint	Partiellement atteint	Total
1. Maladies transmissibles	6	2	8
2. VIH/sida, tuberculose et paludisme	3	3	6
3. Affections chroniques non transmissibles	4	2	6
4. Santé de l'enfant et de l'adolescent, santé maternelle, santé sexuelle et génésique et vieillissement	3	5	8
5. Situations d'urgence et catastrophes	3	3	6
6. Facteurs de risque pour la santé	4	2	6
7. Déterminants sociaux et économiques de la santé	4	1	5
8. Environnement plus sain	0	5	5
9. Nutrition et sécurité sanitaire des aliments	3	3	6
10. Systèmes et services de santé	6	6	12
11. Technologies et produits médicaux	1	2	3
12. Direction de l'OMS, gouvernance et partenariats	4	0	4
13. Fonctions de facilitation et d'appui	1	5	6
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>39</b>	<b>81</b>

<sup>1</sup> Document EB124/3.

<sup>2</sup> Voir [http://apps.who.int/gb/f/e\\_amtsp3.html](http://apps.who.int/gb/f/e_amtsp3.html).

<sup>3</sup> Voir la résolution WHA62.11.

Le degré de réussite dans la réalisation de ces résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation a été apprécié essentiellement en se fondant sur le critère des indicateurs suivants :

- **Pleinement atteint** : toutes les cibles des indicateurs pour les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été atteintes ou dépassées ;<sup>1</sup>
- **Partiellement atteint** : une ou plusieurs des cibles des indicateurs pour les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation n'ont pas été atteintes ;
- **Non atteint** : aucune des cibles des indicateurs pour les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation n'a été atteinte.

Comme pour les précédents exercices biennaux, l'appréciation s'est essentiellement fondée sur une auto-évaluation. Chacun des bureaux (bureaux de pays, bureaux régionaux et Siège) a commencé par évaluer la mesure dans laquelle il était parvenu à atteindre les résultats escomptés à son niveau. Toutes les équipes et unités ont examiné la prestation de services et la fourniture de produits, ont suivi et actualisé les valeurs des indicateurs pour les résultats escomptés et ont fourni des précisions écrites sur les réalisations, sur les enseignements tirés et sur les perspectives.

Les différentes appréciations de l'exécution au niveau des bureaux ont été rassemblées dans des rapports de synthèse rendant compte des contributions des Régions et du Siège à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. Les conclusions respectives ont ensuite été réunies pour établir des rapports d'appréciation à l'échelle de l'Organisation.

L'exercice a été coordonné par les équipes chargées des objectifs stratégiques, les principaux impératifs étant de disposer de données concernant l'obtention de résultats et d'une mesure systématique des indicateurs de l'exécution convenus à chaque niveau. Une attention particulière a été accordée aux réalisations dans les pays.

Afin d'améliorer la fiabilité et l'exactitude des résultats des appréciations, un mécanisme d'assurance de la qualité a été mis en place. Les différentes équipes chargées des objectifs stratégiques se sont communiqué les projets de rapport avant de les soumettre à un examen collégial effectué par les responsables des unités techniques et par l'équipe chargée de la planification et de l'appréciation des résultats. Les rapports sur l'ensemble des 13 objectifs stratégiques ont été examinés de très près pour repérer les incohérences et les omissions et pour s'assurer que l'attention soit centrée sur les réalisations, et non pas seulement sur les actions, et que les rapports reflètent avec précision le travail effectué au niveau des pays. Ce processus par itération a été soutenu en permanence par une rétroinformation systématique sur l'examen de la qualité.

## RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE

Le budget approuvé pour l'exercice 2008-2009 s'élevait à US \$4,2 milliards. Sur les fonds disponibles, US \$4,6 milliards ont été distribués pour l'exécution technique au cours de la période biennale en comptant les fonds reçus en 2006-2007 à utiliser en 2008-2009. Au total, US \$3,9 milliards (c'est-à-dire US \$3,8 milliards de dépenses et US \$ 0,1 milliard de charges) ont été utilisés. L'exécution financière par objectif stratégique a été la suivante :

---

<sup>1</sup> Les appréciations ont aussi été ajustées lorsque, bien que les cibles à l'échelle de l'Organisation aient été atteintes, les résultats n'avaient pas été pleinement atteints dans toutes les Régions ; auquel cas l'appréciation globale a été modifiée et changée en « partiellement atteint ».



RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en millions de US \$)

Objectif stratégique	Budget approuvé pour 2008-2009	Fonds disponibles pour 2008-2009	Fonds disponibles en % du budget approuvé	Dépenses 2008-2009	Dépenses en % du budget approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
1. Maladies transmissibles	894	1 482	166	1 236	138	83
2. VIH/sida, tuberculose et paludisme	707	645	91	488	69	76
3. Affections chroniques non transmissibles	158	107	68	87	55	82
4. Santé de l'enfant et de l'adolescent, santé maternelle, santé sexuelle et génésique et vieillissement	360	226	63	191	53	84
5. Situations d'urgence et catastrophes	218	453	207	369	169	82
6. Facteurs de risque pour la santé	162	118	73	96	59	81
7. Déterminants sociaux et économiques de la santé	66	43	66	35	53	80
8. Environnement plus sain	130	110	84	86	66	78
9. Nutrition et sécurité sanitaire des aliments	127	55	44	46	37	84
10. Systèmes et services de santé	514	426	83	318	62	75
11. Technologies et produits médicaux	134	160	120	127	94	79
12. Direction de l'OMS, gouvernance et partenariats	214	235	110	218	102	93
13. Fonctions de facilitation et d'appui	542	513	95	490	90	95
<b>Total</b>	<b>4 227</b>	<b>4 594<sup>a</sup></b>	<b>109</b>	<b>3 789<sup>b</sup></b>	<b>90</b>	<b>82</b>

<sup>a</sup> Ce chiffre comprend US \$20 millions de fonds non répartis au 31 décembre 2009.

<sup>b</sup> Les dépenses totales ne comprennent pas le montant de US \$111 millions d'engagements (charges) pour des biens et services non fournis au 31 décembre 2009.

Durant l'exercice 2008-2009, le budget approuvé a été divisé pour la première fois en trois segments. Le premier couvre les « Programmes de base » de l'OMS pour lesquels l'OMS a un contrôle stratégique et opérationnel exclusif des activités, ainsi que l'activité normative de l'Organisation. Au moment où le budget a été approuvé, ce segment était estimé à US \$3,7 milliards. Le deuxième segment « Partenariats et accords de collaboration » couvre des activités qui s'inscrivent dans la hiérarchie des résultats de l'OMS et sur lesquelles

---



---

**BUDGET PROGRAMME 2008-2009 – RAPPORT SUR L'APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION**

---

elle a autorité, mais qui sont exécutées en collaboration, ce qui peut avoir une incidence sur le montant des ressources disponibles et des dépenses. Le troisième segment du budget « Interventions en cas d'épidémies ou de crises » couvre des activités qui dépendent d'événements extérieurs aigus, ce qui fait qu'il est difficile d'en prévoir la localisation ou de savoir quelles sont les ressources à y consacrer.

Au cours de l'exercice, l'Organisation a amélioré ses méthodes de suivi des fonds reçus et de leur utilisation en fonction des trois segments et elle continuera à essayer de contrôler avec plus d'exactitude l'utilisation des fonds par segment à l'avenir. L'exécution financière par segment du budget est estimée comme suit :

**RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en millions de US \$)**

Segment	Budget approuvé 2008-2009	Fonds disponibles pour 2008-2009	Fonds disponibles en % du budget approuvé	Dépenses 2008-2009	Dépenses en % du budget approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
Programmes de base	3 742	3 079	82	2 524	67	82
Partenariats et accords de collaboration	370	1 060	286	812	220	77
Interventions en cas d'épidémies ou de crises	116	455	392	453	391	100
<b>Total</b>	<b>4 227</b>	<b>4 594</b>	<b>109</b>	<b>3 789<sup>a</sup></b>	<b>90</b>	<b>82</b>

<sup>a</sup> Les dépenses totales ne comprennent pas le montant de US \$111 millions d'engagements (charges) pour des biens et services non fournis au 31 décembre 2009.

Il est apparu que les programmes de base avaient été sous-financés par rapport au budget approuvé, ce qui a eu une incidence sur l'exécution dans toutes les Régions. On estime que le segment Programmes de base du budget a été exécuté à hauteur d'environ 67 %, ce qui représente un niveau d'exécution correspondant à environ 82 % des fonds disponibles pour ce segment.

Le niveau des fonds disponibles pour le segment Partenariats et accords de collaboration a été plus élevé que prévu initialement puisqu'il s'établit à environ 286 % de l'estimation budgétaire initiale. L'accroissement des fonds disponibles par rapport au budget initial a surtout concerné les activités de lutte contre la poliomyélite dans le cadre de l'objectif stratégique 1. Les dépenses totales pour ce segment sont estimées à US \$812 millions, contre un montant de US \$370 millions initialement prévu au budget. Alors que l'estimation initiale pour ce segment s'établissait à moins de 10 % du budget total, les dépenses ont représenté plus de 20 % des dépenses totales.

Les dépenses au titre du segment Interventions en cas d'épidémies ou de crises ont également été supérieures au budget s'établissant à environ US \$453 millions contre une estimation budgétaire initiale de US \$116 millions. Environ 30 % de ces dépenses concernaient les interventions en cas d'épidémies relevant de l'objectif stratégique 1, y compris celles liées à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009. Le reste concernait les activités de riposte aux interventions en cas de crise relevant de l'objectif stratégique 5. Près des deux tiers de celles-ci ont été exécutées dans la Région de la Méditerranée orientale, ce qui a eu des répercussions sur l'ensemble des résultats escomptés pour la Région dans la mesure où d'importantes portions du budget ont été allouées soit à des activités liées aux interventions en cas d'épidémies ou de crises soit à des partenariats et accords de collaboration pour la lutte antipoliomyélique. Aussi bien les dépenses que le montant des fonds disponibles ont donc été plus élevés que dans le budget initial.

---



---

**BUDGET PROGRAMME 2008-2009 – RAPPORT SUR L'APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION**

---

Dans la plupart des bureaux, les fonds disponibles ont été globalement suffisants pour couvrir les objectifs budgétaires, mais leur répartition et, par voie de conséquence, l'exécution financière, a varié d'un objectif stratégique à l'autre. Les objectifs stratégiques 3, 4, 7 et 9 ont été les moins bien dotés, tandis que les objectifs stratégiques 1 et 5 ont reçu le plus de fonds bien que principalement pour des activités qui n'étaient pas prévues dans les programmes de base. Même si le montant total des fonds pour ces deux objectifs stratégiques a été plus élevé, les ressources pour les programmes de base ont été insuffisantes dans plusieurs bureaux, en particulier les Bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale, où une part sensiblement plus importante des fonds destinés aux objectifs stratégiques 1 et 5 ont été consacrés aux Partenariats et accords de collaboration, notamment pour la lutte antipoliomyélitique et diverses interventions en cas d'épidémies ou de crises. L'exécution financière par Région comparativement aux montants prévus au budget programme se présente comme suit :

**RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en millions de US \$)**

Régions et Siège	Budget approuvé 2008-2009	Fonds disponibles pour l'exercice 2008-2009	Fonds disponibles en % du budget approuvé	Dépenses 2008-2009	Dépenses en % du budget approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
Région africaine	1 194	1 112	93	1 007	84	91
Région des Amériques	279	148	53	135	49	91
Région de l'Asie du Sud-Est	492	458	93	363	74	79
Région européenne	275	251	91	203	74	81
Région de la Méditerranée orientale	465	632	136	531	114	84
Région du Pacifique occidental	348	296	85	213	61	72
Siège	1 176	1 655	141	1 337	114	81
<b>Total</b>	<b>4 227</b>	<b>4 594<sup>a</sup></b>	<b>109</b>	<b>3 789<sup>b</sup></b>	<b>90</b>	<b>82</b>

<sup>a</sup> Ce chiffre comprend US \$42 millions de fonds non répartis au 31 décembre 2009.

<sup>b</sup> Les dépenses totales ne comprennent pas le montant de US \$111 millions d'engagements (charges) pour des biens et services non fournis au 31 décembre 2009.

Les dépenses en 2006-2007 pour les grands domaines d'activité du budget programme se sont élevées à US \$3,1 milliards. En 2008-2009, on a constaté une augmentation totale de 22 % par rapport à 2006-2007 (21 % d'augmentation au Siège et 23 % dans les Régions). C'est dans la Région africaine que l'augmentation des dépenses en pourcentage a été la plus élevée (31 %).

Le rapport financier vérifié pour 2008-2009 fait apparaître un solde reporté de US \$1,6 milliard de l'exercice 2006-2007, ainsi qu'un montant de recettes de US \$3,8 milliards, soit un montant total de US \$5,4 milliards. Il inclut des montants en dehors du budget programme, notamment pour le Service pharmaceutique mondial (US \$122 millions), la Convention-cadre pour la lutte antitabac (US \$10 millions), les achats remboursables effectués pour le compte d'États Membres (US \$53 millions), et les autres produits opérationnels (US \$71 millions). Le montant total disponible pour l'exécution du budget programme était de US \$5 milliards, dont US \$4,6 milliards disponibles pour l'exercice en cours, alors que le solde reçu en partie en retard restait disponible pour l'exécution au cours d'exercices ultérieurs.

Le solde reporté des recettes comptabilisées s'établit à US \$1,5 milliard. Un montant minimum d'environ US \$800 millions doit statutairement être disponible en début d'exercice pour couvrir les traitements du personnel pendant six mois et assurer la poursuite des activités. Dans la pratique, les fonds étant dans une large mesure destinés à des usages déterminés et certains montants reçus destinés à des projets s'étendant sur plusieurs années, le solde reporté est plus élevé.

Sur le montant total de US \$5 milliards disponible pour l'exécution du budget programme, 19 % provenaient des contributions fixées des États Membres. Le mécanisme comptable du fonds commun de contributions volontaires qui est un système de financement totalement souple du budget programme a fourni 3 % du total. Une part de 7 % est considérée comme moyennement souple, s'agissant de fonds réservés, mais à un niveau élevé, par exemple pour un objectif stratégique. Six pour cent supplémentaires provenaient des dépenses d'appui aux programmes, étant utilisés uniquement pour appuyer l'exécution des objectifs stratégiques 12 et 13. L'utilisation du solde, soit 65 % des fonds totaux disponibles est affecté à différents degrés parfois de façon très rigide à des usages spécifiés. L'Organisation continue de chercher avec les donateurs à augmenter le pourcentage des fonds souples et à améliorer les mécanismes d'utilisation de ces fonds, afin de réduire les déficits de financement concernant les objectifs stratégiques les moins bien dotés.

Il se peut que l'analyse des dépenses établie le 3 mars 2010 avant la clôture finale des comptes pour l'exercice 2008-2009 ne tienne pas compte des ajustements finals qui ont été apportés. Les chiffres fournis concernent uniquement les dépenses. En outre, des charges financières (engagements approuvés concernant des biens ou services dont la fourniture était attendue en 2010) représentant environ 3 % supplémentaires (US \$111,3 millions) ont été comptabilisées à la fin de l'exercice.

## **RÉALISATION DES OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION**

Pour chaque objectif stratégique, le rapport qui suit présente dans les grandes lignes les progrès accomplis et les réalisations des États Membres, notamment ceux pour lesquels le Secrétariat était censé fournir une assistance technique. Dans le cadre de l'appréciation globale, chacun des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation a été jugé comme pleinement ou partiellement atteint et l'on a résumé les principales contributions du Secrétariat à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. Pour chacun des objectifs stratégiques, le rapport analyse l'exécution financière et met en évidence les facteurs de succès, les principaux obstacles, les enseignements tirés et les perspectives offertes.

Ces rapports récapitulatifs ont été établis sur la base des rapports complets présentés par les 13 équipes chargées des objectifs stratégiques. Un rapport intégral<sup>1</sup> est également en préparation ; il fournit des renseignements plus détaillés, notamment en ce qui concerne les résultats atteints au niveau des pays, les principaux produits et les domaines prioritaires sélectionnés pour la fourniture d'une assistance technique au cours de l'exercice, mais qui surtout décrit comment les travaux se rapportent aux indicateurs figurant dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013.

---

<sup>1</sup> Document WHO/PRP/10.1, actuellement sous presse.

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

La pandémie de grippe A (H1N1) 2009 a dominé les activités de l'Organisation et donné lieu à l'ajustement des plans nationaux de préparation dans tous les États Membres ainsi qu'à la mise sur pied d'équipes d'intervention rapide, y compris à l'échelon infranational. Les États Membres et le Secrétariat ont réagi en collaborant plus étroitement, conformément aux dispositions du Règlement sanitaire international (2005), et en renforçant les processus de partage d'information, de consultation et de décision. Les réponses aux questionnaires 2008 et 2009 sur le Règlement sanitaire, que 119 États Membres ont fournies au Secrétariat, ont révélé que des liens transsectoriels continuaient de se nouer, et que le personnel du secteur sanitaire était plus conscient des impératifs s'y rattachant. À la fin 2009, les contributions versées par les États Membres et autres donateurs via l'initiative pour l'élaboration d'un vaccin contre le virus de la grippe pandémique A (H1N1) 2009 ont permis à l'OMS de mettre en place le cadre logistique et juridique offrant à 95 pays en développement l'accès à ce produit.

La couverture vaccinale mondiale a continué de progresser, avec un taux estimé à 82 % en 2009. Selon les calculs, 5 millions de décès, tous groupes d'âge confondus, ont pu être évités grâce aux vaccinations administrées pendant l'exercice biennal. Entre 2000 et 2008, le nombre de décès consécutifs à la rougeole a chuté de 78 % à travers le monde, passant de 733 000 en 2000 à 164 000 en 2008. À la fin 2008, les vaccins antipneumococciques et antirotavirus ont fait leur apparition dans 31 et 19 États Membres, respectivement.

Bien que la transmission du poliovirus sauvage autochtone se soit poursuivie en Afghanistan, en Inde, au Nigéria et au Pakistan, des progrès ont été accomplis en faveur de l'éradication. La réintroduction récurrente ou la persistance des virus dans 19 pays précédemment indemnes de poliomyélite n'ont fait qu'aggraver la situation.

L'action de l'OMS tendant à juguler les maladies tropicales négligées, dont la lèpre, la trypanosomiase africaine humaine et l'onchocercose, a suscité un plus grand intérêt et s'est imposée grâce aux plans régionaux allant de pair avec le Plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées 2008-2015. La dracunculose est en passe d'être éradiquée.

De plus en plus, les pays pilotaient des recherches via des réseaux comme le Réseau africain pour l'innovation en médicaments et tests de diagnostic. Quatre centres de formation régionaux à la consultation et à la recherche ont été créés en Colombie, en Indonésie, au Kazakhstan et au Rwanda. La volonté politique clairement affichée à la Conférence ministérielle sur la recherche pour la santé dans la Région africaine, tenue à Alger du 23 au 26 juin 2008 et au Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé tenu à Bamako du 17 au 19 novembre 2008 s'est traduite par l'inscription de la recherche sanitaire au nombre des priorités de premier plan.

**APPRÉCIATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION**

Sur les **huit résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** pour cet objectif stratégique, six ont été « pleinement atteints » et deux « partiellement atteints ».

Pleinement atteints (6)						Partiellement atteints (2)	

1.1	<p><b>Fourniture aux États Membres d'un appui technique et stratégique pour accroître au maximum l'accès équitable de tous à des vaccins de qualité garantie, nouveaux produits et technologies de vaccination compris, et intégrer d'autres interventions essentielles de santé des enfants dans la vaccination.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>L'appui fourni par l'OMS et d'autres partenaires de l'Alliance GAVI a eu pour effet d'accroître sensiblement la couverture vaccinale mondiale. Le soutien à la vaccination systématique a essentiellement consisté à aider bien des pays à combler des lacunes ou à surmonter un recul, notamment dans la Région africaine et celle de l'Asie du Sud-Est où la médiocrité des modes d'administration restreint l'accès à la vaccination et où le manque de capacités de planification et de prestation des services à un niveau opérationnel compromet les efforts de renouvellement des soins de santé primaires. L'OMS a facilité les décisions relatives à l'utilisation de nouveaux vaccins dans les pays en développement pouvant y prétendre ; elle a aussi aidé les novices à planifier la mise en service des vaccins antipneumococciques et antirotavirus. En 2009, l'Organisation a recommandé d'inclure la vaccination antirotavirus dans tous les programmes nationaux de vaccination et pas seulement dans ceux des Amériques et de l'Europe. Or, le prix des nouveaux vaccins limite leur adoption dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les partenariats, les organismes bilatéraux, les sociétés privées et la société civile ont fortement contribué à la mobilisation sociale, aux actions de sensibilisation et à l'assurance qualité de tous les programmes de vaccination.</p>
1.2	<p><b>Bonne coordination et appui aux États Membres pour la certification de l'éradication de la poliomyélite, et la destruction, ou le confinement approprié, des poliovirus, conduisant à l'arrêt simultané partout dans le monde de la vaccination antipoliomyélitique orale.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Suite à la transmission persistante du poliovirus dans les quatre pays d'endémie restants (Afghanistan, Inde, Nigéria et Pakistan), et à la propagation internationale aussi bien en provenance de ces Régions que des nouveaux réservoirs secondaires de poliovirus (Angola, République démocratique du Congo, Soudan et Tchad), le calendrier général des activités conduisant à la certification, au confinement et à l'arrêt définitif de la vaccination antipoliomyélitique orale a été ajourné d'au moins 12 à 24 mois. Compte tenu de la situation épidémiologique plutôt grave qui prévalait au milieu de l'année 2008 et de la résolution 61.1 de l'Assemblée mondiale de la Santé, laquelle priait le Directeur général d'élaborer une « nouvelle stratégie » pour éradiquer la poliomyélite, l'OMS et les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (GPEI) ont suspendu le plan stratégique pluriannuel à moyen terme de l'Initiative et l'ont remplacé par un programme spécial d'un an intitulé « Programme de travail 2009 de la GPEI ». Ce Programme de travail en trois volets visait à tester et évaluer rapidement les nouvelles approches permettant d'administrer le VPO à des enfants non vaccinés jusqu'ici dans chacune des quatre zones d'endémie restantes, d'élaborer et/ou d'évaluer de nouvelles formulations et/ou voie d'acheminement, et d'évaluer indépendamment les principaux obstacles à l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage à l'échelle mondiale. De plus, des interventions musclées de lutte contre les flambées épidémiques ont été mises en œuvre dans l'ensemble des 19 pays réinfectés. En conséquence, lors d'une séance spéciale du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite de la GPEI, convoquée en novembre 2009 par l'OMS avec le concours des États Membres et des partenaires de la mise en œuvre, il a été établi que des progrès significatifs avaient été</p>

	<p>enregistrés en ce qui concerne les instruments et les approches opérationnelles permettant d'achever l'éradication de la poliomyélite, et de garantir l'élaboration et la mise en place du nouveau plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative tendant à interrompre la transmission, à l'échelle mondiale, du poliovirus sauvage restant.</p> <p>Malgré ces aspects constructifs intervenus fin 2009, et bien que le nombre cible d'États Membres ait été respecté pour les deux indicateurs, le résultat global escompté a été apprécié comme partiellement atteint car il ne l'a pas été pleinement dans deux Régions où l'incidence des cas de poliomyélite est la plus élevée.</p>
1.3	<p><b>Bonne coordination et fourniture d'un appui aux États Membres pour assurer l'accès de toutes les populations aux interventions de prévention, de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies tropicales négligées, y compris les zoonoses.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Le Plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées 2008-2015 s'inspire du cadre stratégique approuvé par tous les organismes techniques et pays touchés, et consacre l'importance internationale de ces maladies au regard de la santé publique. L'OMS a établi un rapport évaluant l'expérience d'une chimiothérapie préventive intégrée dans ces pays, y compris les modalités relatives à l'amplification de ces interventions. Un cadre permettant de mobiliser des ressources pour combattre les maladies tropicales négligées a été conçu et mis en œuvre avec succès, et un appui a été fourni aux pays d'endémie pour leur faciliter la constitution d'une base mondiale de données de référence sur le sujet. Parmi les actions ciblant des maladies spécifiques figurent : le renforcement de la surveillance dans les zones exemptes de dracunculose et l'aide à la certification ; la consolidation de l'élimination de la lèpre et l'établissement de plans d'élimination aux niveaux infranational et de district ; l'évaluation des outils et stratégies en vigueur pour surveiller et combattre la leishmaniose aux fins d'une meilleure harmonisation des politiques ; l'élaboration de nouveaux outils de diagnostic de la trypanosomiase africaine humaine moyennant une collaboration avec la Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics (FIMD) ; la conception d'un système mondial OMS d'information et de surveillance de la maladie de Chagas et le lancement d'un réseau pertinent pour une durée de cinq ans ; l'évaluation des programmes nationaux de lutte contre l'ulcère de Buruli dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest ; l'établissement d'un plan mondial d'action stratégique pour la gestion intégrée des vecteurs en collaboration avec les principaux partenaires ; et l'aide à la rédaction de plans nationaux en faveur d'une gestion rationnelle des pesticides dans dix pays prioritaires de différentes régions. Grâce au don de praziquantel – une première au cours de l'exercice –, l'OMS a mis en place une chimiothérapie préventive pour combattre la schistosomiase dans les pays d'Afrique où l'endémie est forte. Dans la Région des Amériques, les initiatives régionales et nationales de lutte antirabique lancées par l'Organisation ont contribué à réduire effectivement le nombre de cas de rage décelés chez les êtres humains et les chiens et ont créé des conditions favorables à l'élimination de la rage humaine transmise par les chiens en un court laps de temps.</p>

1.4	<p><b>Fourniture d'un soutien technique et stratégique aux États Membres pour renforcer leur capacité à assurer la surveillance et le suivi de toutes les maladies transmissibles importantes pour la santé publique.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Un réseau mondial de surveillance sentinelle des rotavirus et des maladies bactériennes invasives (permettant de suivre l'incidence du vaccin contre <i>Haemophilus influenzae</i> de type b et des vaccins antipneumococciques et antiméningococciques) a été mis sur pied en 2009 et fournira des informations précieuses aux décideurs nationaux. De concert avec ses partenaires, l'OMS a publié de nouvelles estimations concernant la charge de morbidité d'<i>Haemophilus influenzae</i> de type b et de la maladie pneumococcique pour les enfants de moins de cinq ans. Le réseau mondial des laboratoires de la rougeole et de la rubéole a été élargi de façon à englober 678 entités desservant 164 États Membres. Dans les pays confrontés à des situations d'urgence, la surveillance des maladies transmissibles et la riposte ont été renforcées moyennant des dispositifs adaptés : orientation technique et évaluation des risques, aide sur le terrain, planification des mesures d'urgence, formation et octroi d'un soutien matériel et financier. Un appui spécifique a été fourni aux pays de la Région africaine pour la surveillance des cas de rougeole avec confirmation en laboratoire ; dans la Région des Amériques – pour les protocoles et outils de surveillance des maladies ; dans la Région de la Méditerranée orientale – pour la formation à la surveillance et la riposte aux flambées ; dans la Région européenne – pour une plate-forme de surveillance régionale de la grippe ; dans la Région de l'Asie du Sud-Est – pour la préparation des hôpitaux à la lutte contre les infections et pour les infrastructures de laboratoire ; et dans la Région du Pacifique occidental – pour la surveillance et le suivi des maladies transmissibles ayant une importance pour la santé publique.</p>
1.5	<p><b>Mise au point et validation de connaissances, d'instruments et de stratégies d'intervention nouveaux répondant aux besoins prioritaires pour la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles, et augmentation du nombre des scientifiques de pays en développement à la tête de ces recherches.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Six stratégies ou instruments d'intervention innovants ou perfectionnés grâce à l'apport de l'OMS ont été mis en service dans au moins un pays en développement. Trois nouveaux tests de diagnostic de la dengue ont été incorporés au mécanisme OMS d'achats massifs à des prix négociés. Ce progrès notoire a permis à de nombreux pays de détecter et de suivre plus efficacement les flambées de dengue. Une étude multipays a fourni des informations permettant de statuer sur la dose de praziquantel la mieux adaptée au traitement contre la schistosomiase. Les recherches appuyées par l'Organisation ont montré qu'il était possible d'éliminer l'onchocercose dans certaines régions d'endémie en Afrique et serviront de base à la mise au point des stratégies d'élimination de cette maladie. Un vaccin conjugué contre le méningocoque A, élaboré conjointement par l'OMS et le Programme de technologie appropriée pour la santé (PATH), a été homologué en 2009, ouvrant la voie à la mise en place de ce nouvel outil en 2010 dans la ceinture africaine de la méningite. Au total, 11 fabricants de vaccins, originaires de pays en développement, ont bénéficié de subventions d'amorçage et d'une aide technique pour l'élaboration et la production de vaccins antigrippaux. L'adoption d'un profil de produit cible pour les nouveaux vaccins antipneumococciques dans les pays en développement figure parmi les activités pertinentes menées au cours de l'exercice biennal. Dans la Région africaine, les organismes nationaux de réglementation de 19 pays ont adopté des principes directeurs communs pour présenter les applications des essais cliniques des</p>



	<p>vaccins et les examiner ; dans la Région des Amériques, un nouvel outil de lutte contre la maladie de Chagas, insistant sur l'aspect écosanitaire, a été validé ; dans la Région de la Méditerranée orientale, l'évaluation de quatre stratégies, instruments et politiques de santé publique a corroboré la nécessité d'appuyer un changement de politique ; et dans la Région du Pacifique occidental, des progrès ont été enregistrés dans la préparation d'un plan d'action pour les recherches régionales.</p>
1.6	<p><b>Soutien fourni aux États Membres pour les aider à se doter des capacités de base minimales requises aux termes du Règlement sanitaire international (2005) pour l'établissement et le renforcement des systèmes d'alerte et d'action à utiliser en cas d'épidémie ou d'autres urgences de santé publique de portée internationale.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>L'OMS a conçu des supports pour aider les pays à appliquer le Règlement sanitaire international (2005), en abordant des aspects spécifiques comme la sensibilisation, les méthodologies d'application, notamment eu égard à la stratégie régionale, la qualité des laboratoires, la diffusion des informations techniques et des principes directeurs via la cyberbibliothèque accessible sur le site Web de l'OMS, y compris sur la grippe pandémique A (H1N1) 2009 et sur l'adaptation de la législation nationale. En outre, les bureaux régionaux ont organisé des ateliers interpayés consacrés à la mise en œuvre du Règlement et appuyé des évaluations nationales, des plans d'action nationaux et des initiatives de surveillance régionale, par exemple dans la région des Caraïbes, de l'Océan indien et du bassin du Mékong. On a resserré la coopération avec les centres collaborateurs de l'OMS, dont les Centres de lutte contre la maladie des États-Unis d'Amérique et les Instituts Pasteur, et avec notamment la FAO, l'Organisation maritime internationale, l'OIE, l'Organisation mondiale du Tourisme et les Centres européens de lutte contre la maladie.</p>
1.7	<p><b>Les États Membres et la communauté internationale sont équipés pour détecter, évaluer et combattre les grandes maladies épidémiques et potentiellement pandémiques (grippe, méningite, fièvre jaune, fièvres hémorragiques, peste et variole, notamment) moyennant la conception et la mise en œuvre d'instruments, de méthodes, de pratiques, de réseaux et de partenariats pour la prévention, la détection, la préparation et l'intervention.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>En réaction à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009, l'OMS a aidé les États Membres à rédiger des plans nationaux de préparation en y intégrant des équipes d'intervention rapide, y compris à l'échelon infranational. Dans toutes les Régions, on a amplifié la capacité des laboratoires et consolidé les réseaux techniques, notamment le Réseau mondial de surveillance de la grippe. L'Organisation a aussi soutenu les recherches mondiales sur la grippe et, dans certains pays touchés, sur la grippe H5N1 et le virus de la grippe pandémique A (H1N1) en Indonésie et en Thaïlande, respectivement. En partenariat avec l'UNICEF, l'OMS a appelé l'attention sur le rôle critique d'une communication efficace en situation d'urgence. Les efforts conjoints de la FAO, de l'OIE et de l'OMS se sont poursuivis afin de resserrer la collaboration intersectorielle pour combattre des maladies transmissibles à l'interface homme/animal. Au cours de l'année 2009, des progrès ont aussi été réalisés grâce aux initiatives tendant à combattre et à prendre en charge d'autres menaces sérieuses de maladies transmissibles dont l'Initiative fièvre jaune, l'Initiative technologie d'information sur le risque environnemental de la méningite (MERIT), le projet d'étude de portage pour la méningite africaine et le stock OMS de vaccins antivarioliques. Les dons émanant de l'industrie pharmaceutique ont permis à l'Organisation de fournir des antiviraux à 72 pays en développement dans les trois semaines</p>

**BUDGET PROGRAMME 2008-2009 – RAPPORT SUR L'APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION**

	qui ont suivi l'identification du nouveau virus de la grippe pandémique A (H1N1) 2009, puis de reconstituer ou d'élargir les stocks. Les dons provenant des fabricants de vaccins et des gouvernements ont permis à l'Organisation de commencer à mettre en œuvre une initiative de vaccination antipandémie à grande échelle, laquelle vise à permettre aux pays à revenu faible ou intermédiaire d'avoir accès à ces produits.
<b>1.8</b>	<p><b>Coordination et mise à disposition rapide des États Membres des capacités régionales et mondiales de détection, de vérification, d'évaluation des risques et d'action en cas d'épidémie et d'autres urgences de santé publique de portée internationale.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Face à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009, l'OMS a mis en place le Système mondial de gestion des événements dans tous les bureaux régionaux et quelques bureaux de pays, principalement dans la Région africaine, la Région des Amériques et la Région européenne. En 2008-2009, l'OMS a donné suite à toutes les demandes d'appui formulées par des États Membres pour juguler des flambées épidémiques, notamment de choléra, fièvre hémorragique de Crimée-Congo, dengue, virus Ébola, hépatite A, leptospirose et norovirus, et consolidé le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. Les circuits de communication et les protocoles ont été renforcés conformément au Règlement sanitaire international (2005), et la capacité des points de liaison nationaux a été intensifiée, de même que la propre capacité de l'OMS à tous les niveaux.</p>

**RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)**

<b>2008-2009</b>	<b>Région africaine</b>	<b>Région des Amériques</b>	<b>Région de la Méditerranée orientale</b>	<b>Région européenne</b>	<b>Région de l'Asie du Sud-Est</b>	<b>Région du Pacifique occidental</b>	<b>Siège de l'OMS</b>	<b>Total</b>
Budget approuvé	316 203	32 387	101 095	29 925	134 742	53 525	226 166	894 043
Fonds disponibles <sup>1</sup>	543 339	25 442	208 601	32 449	175 335	76 194	379 944	1 481 538
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	<i>172 %</i>	<i>79 %</i>	<i>206 %</i>	<i>108 %</i>	<i>130 %</i>	<i>142 %</i>	<i>168 %</i>	<i>166 %</i>
Dépenses	485 905	20 923	171 038	26 094	127 430	50 999	353 693	1 236 082
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	<i>154 %</i>	<i>65 %</i>	<i>169 %</i>	<i>87 %</i>	<i>95 %</i>	<i>95 %</i>	<i>156 %</i>	<i>138 %</i>
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	<i>89 %</i>	<i>82 %</i>	<i>82 %</i>	<i>80 %</i>	<i>73 %</i>	<i>67 %</i>	<i>93 %</i>	<i>83 %</i>

Le budget total approuvé pour cet objectif stratégique s'établissait à US \$894 millions, dont US \$626 millions étaient affectés aux programmes de base, US \$237 millions aux partenariats et accords de collaboration et US \$31 millions aux interventions en cas d'épidémies ou de crises.

<sup>1</sup> Dont US \$40 millions sur lesquels 75 % sont dévolus à l'éradication de la poliomyélite et n'ont pas encore été distribués aux grands bureaux.

Sur l'ensemble du budget approuvé, US \$1482 millions (166 %) ont été mis à disposition moyennant les contributions fixées et des contributions volontaires. Environ US \$620 millions ont été octroyés aux programmes de base et US \$780 millions aux partenariats et accords de collaboration. Approximativement 74 % des fonds disponibles pour les partenariats et accords de collaboration ont été alloués à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et le reliquat aux autres partenariats, en particulier au Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

Sur les crédits disponibles, US \$1236 millions (83 %) ont été mis en œuvre pendant l'exercice biennal. Près de US \$473 millions ont été affectés aux programmes de base, US \$624 millions aux partenariats et accords de collaboration et US \$138 millions aux interventions en cas d'épidémies ou de crises. Ce dernier poste n'a été estimé qu'en début d'exercice biennal et s'est accru au fur et à mesure des besoins. Son financement et les dépenses qui s'y rattachent comportent une grosse part de contributions en nature – médicaments contre l'infection par le virus de la grippe pandémique A (H1N1) 2009.

### **ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS**

Si une évolution encourageante a, dans l'ensemble, été enregistrée concernant la couverture vaccinale systématique, les chiffres mondiaux masquent des lacunes persistantes, voire un recul dans bon nombre de pays, en particulier d'Afrique et d'Asie du Sud-Est. La médiocrité des modes d'administration, qui limite le taux de couverture vaccinale, constitue un obstacle majeur à la pérennisation et à l'accélération des progrès accomplis, par exemple pour combattre la rougeole et l'éliminer. Il faut s'employer à renforcer la planification et la prestation de services au niveau opérationnel dans le cadre du regain d'attention porté aux soins de santé primaires. L'engagement national et l'adhésion pleine et entière à ce projet sont la condition nécessaire pour réaliser les objectifs de vaccination. La planification conjointe et la coordination entre le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays, y compris l'harmonisation avec d'autres programmes de l'OMS, ont largement facilité la mise en œuvre des activités.

Le plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite se fonde sur bon nombre d'enseignements de premier plan, tirés au cours de 20 années d'activités d'éradication de la poliomyélite. Quatre d'entre eux ont une importance fondamentale pour achever l'éradication. Premièrement, il est apparu clairement que la transmission du poliovirus sauvage peut persister dans des zones géographiques et des sous-groupes de population nettement plus petits que l'on ne pensait jusqu'ici, ce qui nécessite la rédaction et la mise au point de nouveaux plans spécifiques à la Région et au problème rencontré. Deuxièmement, la propagation nationale et internationale des poliovirus sauvages semble maintenant fortement prévisible, selon des itinéraires de migration connus, et exploite les faiblesses des systèmes de santé, ce qui facilite la prévention et l'intervention. Troisièmement, l'épidémiologie de la poliomyélite, qui est en pleine évolution et qui s'appuie sur la modélisation mathématique, montre que les seuils d'immunité nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage diffèrent selon les zones infectées restantes – plus élevés en Asie qu'en Afrique – facilitant ainsi l'adaptation de la stratégie aux circonstances locales. Quatrièmement, si le vaccin anti-poliomyélite oral monovalent (VPOm) a doté l'Initiative d'outils plus puissants pour immuniser rapidement la population, il s'est avéré beaucoup plus difficile que prévu à l'origine d'optimiser le dosage, ce qui se traduit par des flambées alternées de poliovirus de types 1 et 3 dans certains contextes et incite à accélérer la mise au point d'un VPO bivalent « complètement nouveau » (VPOb). Du point de vue à la fois de la tactique géographique spécifique et de la tactique des opérations courantes, les principes directeurs du nouveau plan stratégique 2010-2012 découlent directement de ces principaux enseignements et se traduisent par une approche concertée pour lever les obstacles qui, depuis longtemps, empêchent d'achever l'éradication. Les principales difficultés sont les suivantes : assurer le financement du plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, mettre à disposition des outils optimisés et réussir à atteindre les enfants dans des zones touchées par un conflit et/ou ayant une capacité insuffisante de gestion du programme.

Ces dernières décennies, l'accroissement marqué à la fois des ressources financières et du nombre d'initiatives ciblant la recherche-développement de nouveaux instruments destinés à juguler les maladies infectieuses dans les

pays en développement ne s'est pas accompagné d'un accroissement de financement en rapport pour l'OMS. Cela constitue une difficulté vu le nombre de demandes d'appui à la recherche-développement que reçoit l'OMS. Les niveaux élevés de mise en œuvre du financement rendent la situation encore plus complexe ; par exemple, le Programme spécial de formation et de recherche concernant les maladies tropicales a constaté que les crédits et les annonces de contributions écrites ou accords permettant de débloquer des crédits sont susceptibles d'arriver plus tard que prévu. Il convient de déployer des efforts pour améliorer la gestion financière et les flux de trésorerie en renforçant le lien entre l'encaissement des fonds et les décaissements contractuels et autres. La négociation d'accords de financement pluriannuels permet d'atténuer sensiblement le problème. Un nouveau cadre de collaboration entre le Programme spécial et les bureaux régionaux est en cours d'élaboration afin d'améliorer la coordination.

On a assisté à une reconnaissance croissante du fait que les interventions de lutte contre les maladies tropicales négligées pouvaient améliorer la vie de millions de personnes avec un coût inférieur à celui du traitement de beaucoup d'autres maladies infectieuses ; cela s'explique en partie par les progrès accomplis dans le traitement de la maladie de Chagas, de la filariose lymphatique, de la schistosomiase et du trachome. De telles interventions, qui dépendent de l'appui des bailleurs de fonds et des dons effectués par des entreprises, doivent être sous-tendues par des procédures administratives efficaces.

La capacité de gérer des urgences aiguës de santé publique doit être renforcée en investissant dans des systèmes et des ressources humaines, et dans des centres d'opérations conjoints. Les expériences récentes ont mis en lumière la difficulté qu'il y a à intégrer les trois niveaux de l'OMS dans la gestion de l'alerte et l'action en cas d'épidémie et des urgences de santé publique. La mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) dans son intégralité nécessitera une stratégie plus précise à l'échelle de l'Organisation pour élaborer une capacité intégrée d'alerte et d'action reposant sur une collaboration internationale, un partage rapide, opportun et transparent des informations critiques, des plans et des exercices de préparation, et sur la communication appropriée des risques. Les enseignements tirés de la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 et la révision correspondante des plans et processus de préparation aux pandémies permettront d'étayer plus avant la base de connaissance de l'OMS et sa capacité d'intervention. Dans la Région des Amériques, 70 % des événements faisant intervenir le Règlement sanitaire international, étaient des zoonoses, des maladies touchant des êtres humains et des animaux ou des questions de sécurité alimentaire, ce qui souligne l'importance de la coordination intersectorielle à l'interface homme-animal.

## **OBJECTIF STRATÉGIQUE 2**

### **Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme**

Les États Membres confrontés à une forte charge de VIH, de tuberculose et/ou de paludisme ont progressé dans la lutte contre ces maladies en mettant en œuvre des plans à moyen terme liés aux cibles prévues dans les objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies et en répondant aux besoins spécifiques des populations vulnérables à risque, notamment les femmes, les enfants ainsi que les groupes très pauvres et marginalisés. Ces progrès ont été favorisés par l'innovation, un financement et une assistance technique accrus et une collaboration plus étroite entre les partenaires mondiaux. Davantage d'efforts ont été déployés pour mesurer l'émergence de la pharmacorésistance et y remédier. Cependant, l'accès universel aux soins se heurte encore à de grandes difficultés, dont la fragilité des systèmes de santé, un engagement politique inégal et le manque de ressources.

Fin 2008, plus de quatre millions de personnes dans l'ensemble des États Membres bénéficiaient d'un traitement antirétroviral. On a mis l'accent sur le renforcement des systèmes de santé pour appliquer efficacement des programmes de lutte contre le VIH en améliorant, notamment, les moyens humains, les systèmes d'information pour la gestion des achats de médicaments et d'outils de diagnostic pour l'infection à VIH et les approvisionnements, les moyens de laboratoire pour le diagnostic de l'infection à VIH et de la tuberculose, ainsi que le suivi du traitement et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Concernant ce dernier point, la couverture dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est passée de 35 % en 2007 à 45 % en 2008 ; dans 13 pays d'Afrique subsaharienne où la charge du VIH est élevée, des méthodes de prévention, notamment par le biais de l'extension des programmes de circoncision, ont été favorisées dans les populations à risque.

Compte tenu de la lente baisse de l'incidence de la tuberculose observée dans l'ensemble des Régions, le sixième objectif du Millénaire pour le développement, dont la réalisation est prévue d'ici 2015, a été atteint et les progrès sont durables. Les services DOTS et l'application de la stratégie Halte à la tuberculose ont été étendus dans le monde entier. Entre 1995 et fin 2008, le traitement DOTS a permis de guérir 36 millions de personnes et de sauver 6 millions de vies. Fin 2008, un dépistage du VIH avait révélé une séropositivité chez 22 % des patients tuberculeux, dont 32 % ont reçu un traitement antirétroviral. On estime toutefois que seuls 3 % du nombre annuel de patients atteints de tuberculose à bacilles multirésistants bénéficient de soins de qualité. Des cas de tuberculose à bacilles ultrarésistants ont été signalés dans 58 pays. Il est donc urgent de modifier en profondeur les politiques relatives à la couverture universelle pour accroître l'accès à des outils de diagnostic modernes et à un traitement adéquat, pour améliorer la réglementation de la qualité des médicaments et pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments dans des systèmes de santé renforcés.

L'engagement international en faveur du financement de la lutte antipaludique s'est accru. En outre, les États Membres ont agi davantage en distribuant des moustiquaires à imprégnation durable et, dans une certaine mesure, des tests de diagnostic rapide et des traitements par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. C'est dans les pays moins peuplés, où l'investissement par habitant en faveur de l'élimination du paludisme est élevé, que la mise en œuvre de ces activités et ses résultats ont eu le plus d'impact. Face aux données montrant que paludisme et développement plus lent étaient liés, les pays de faible endémie ont commencé à apporter un fort soutien politique. L'innovation et l'amélioration des technologies ont retenu davantage l'attention et ont suscité davantage d'intérêt stratégique, grâce aux investissements de la Fondation Bill & Melinda Gates et à la collaboration fructueuse avec des partenariats public-privé, tels que l'Opération médicaments antipaludiques, FIND et l'Innovative Vector Control Consortium.

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

Sur les **six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** pour cet objectif stratégique, trois ont été « pleinement atteints » et trois « partiellement atteints ».

Pleinement atteints (3)			Partiellement atteints (3)		

2.1	<p><b>Élaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>L'OMS a élaboré des directives et des outils pour aider les pays à étendre les interventions prioritaires contre le VIH/sida, y compris les traitements antirétroviraux pour les adultes, les adolescents et les nourrissons. Ces directives ont été adaptées à chaque Région. Les pays ont bénéficié d'un appui afin de hiérarchiser leurs interventions selon les données et d'étendre les mesures contre le VIH en conséquence. Ainsi, entre 2007 et 2008, dans la Région africaine, le nombre d'établissements de santé fournissant un traitement antirétroviral a augmenté de 51 % et la couverture par ces traitements est passée de 33 % à 44 %.</p> <p>Les normes internationales applicables au traitement de la tuberculose et la politique de l'OMS en matière de lutte anti-infectieuse ont été actualisées, et la stratégie Halte à la tuberculose a été renforcée, notamment ses composantes relatives à la détection des cas, aux populations vulnérables, aux déterminants sociaux, à la participation de l'ensemble des soignants et des communautés et à l'accès universel aux soins, quel que soit le type de tuberculose. Les bureaux régionaux ont adapté les directives relatives à la co-infection tuberculose/VIH selon la situation de chaque Région. L'OMS a co-organisé à Beijing, du 1<sup>er</sup> au 3 avril 2009, une réunion des ministres de pays à forte charge de tuberculose multirésistante et ultrarésistante.</p> <p>L'élaboration ou l'actualisation de recommandations et de directives générales a contribué à l'adoption de politiques de traitement dans tous les pays d'endémie et à une augmentation importante de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, qui a entraîné une baisse de 50 % du nombre de cas de paludisme dans plus d'un tiers de ces pays. Les grandes orientations mondiales et les directives techniques concernant l'élimination du paludisme ont conduit à la formulation de politiques régionales et interpays dans les pays de la Communauté de développement de l'Afrique australe, ainsi que dans la Région de la Méditerranée orientale, la Région européenne et la Région du Pacifique occidental. Les Comités régionaux de l'Afrique et du Pacifique occidental ont approuvé des plans afin de combattre et d'éliminer plus vite le paludisme. Des consultations ont eu lieu avec certains partenaires afin d'élaborer un plan stratégique régional contre le paludisme dans les Amériques pour la période 2011-2015. Les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, avec le soutien du Siège, ont progressé dans la mise au point d'une stratégie pour détecter et endiguer la résistance à l'artémisinine.</p>
-----	---

2.2	<p><b>Fourniture d'un soutien stratégique et technique aux pays pour étendre la mise en œuvre des interventions en matière de prévention, de traitement et de soins concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, y compris l'intégration de la formation et de la prestation des services ; l'élargissement des réseaux de prestataires de services ; et le renforcement des moyens de laboratoire et l'amélioration des liens avec d'autres services de santé, tels que les services de santé sexuelle et génésique, de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, de nutrition, de traitement des toxicomanies, de soins aux personnes présentant des affections respiratoires, de lutte contre les maladies négligées et de salubrité de l'environnement.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Les Centres de connaissances pour la surveillance, la prévention, les soins et le traitement concernant le VIH/sida de la Région africaine, de la Région de la Méditerranée orientale et de la Région européenne ont bénéficié d'un soutien pour accroître leurs capacités de formation et d'assistance technique, pour étendre la prévention de la transmission mère-enfant dans 11 pays et pour obtenir un engagement accru en faveur des interventions concernant la nutrition et le VIH/sida, y compris par le biais d'une consultation régionale pour 21 pays africains. Au total, huit pays, dont le Cambodge, la Chine et les Fidji, ont bénéficié d'orientations et d'un appui technique, notamment pour un dépistage de qualité du VIH et des maladies sexuellement transmissibles en laboratoire et pour la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles. Le Bureau régional des Amériques a lancé une initiative en faveur de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale. Une consultation régionale sur les politiques de dépistage du VIH et de conseil a eu lieu dans la Région de la Méditerranée orientale. Des partenariats ont été scellés à tous les niveaux et des réunions ont été organisées dans cinq Régions pour mettre en œuvre la stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles.</p> <p>Le Siège et les bureaux régionaux ont coordonné l'appui technique pour un large éventail de partenaires, par le biais du Dispositif d'assistance technique contre la tuberculose (TBTEAM). Les efforts ont porté sur la révision et l'actualisation des plans stratégiques nationaux des pays à forte charge de tuberculose, le renforcement des capacités des réseaux de laboratoires et notamment des mécanismes externes d'assurance de la qualité, l'accès aux tests de pharmacosensibilité, l'amélioration des outils, ainsi que les interventions contre la tuberculose multirésistante et la co-infection tuberculose/VIH. L'OMS dans son ensemble a considérablement aidé les États Membres à accéder à de nouvelles ressources, en particulier par le biais du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, pour étendre la prise en charge de la tuberculose et la lutte contre cette maladie ; par ailleurs, les ressources allouées à la lutte antituberculeuse ont presque doublé.</p> <p>Le ferme soutien apporté par les unités régionales chargées du paludisme aux programmes des pays qui répondent à la demande croissante d'appui technique a entraîné une augmentation de la couverture des populations dont les besoins sont les plus grands, conformément aux lignes directrices et aux recommandations de l'OMS. Les bureaux régionaux, avec le soutien du Siège, ont trouvé de nouveaux moyens d'intensifier l'appui pour la lutte contre les pharmacorésistances et le renforcement des laboratoires, notamment en améliorant l'assurance de la qualité. Le nouveau plan d'action de la Région du Pacifique occidental montre la voie à suivre pour éliminer le paludisme. Le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et le Bureau régional de l'Afrique renforcent les moyens des pays de définir les thèmes de recherche prioritaires, d'élaborer des propositions de recherche</p>
-----	---

	<p>appropriées et de mener des travaux pour résoudre des problèmes liés à la mise en œuvre. La coordination entre le plan stratégique régional contre le paludisme dans les Amériques (2006-2010) et les activités de l'unité chargée du genre, de l'appartenance ethnique et de la santé a débouché sur l'intégration du genre, de l'appartenance ethnique et de la santé dans les activités de la Région relatives au paludisme. Le genre et l'appartenance ethnique sont parmi les nouvelles questions transversales mises en avant dans le plan stratégique régional contre le paludisme dans les Amériques 2011-2015.</p> <p>La collaboration dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose a été intensifiée, notamment grâce à la coopération technique avec les États Membres afin d'obtenir de nouvelles ressources.</p>
2.3	<p><b>Fourniture d'un soutien technique et de conseils à l'échelle mondiale concernant les politiques et les programmes destinés à promouvoir un accès équitable à des médicaments essentiels, des outils diagnostiques et des technologies de qualité garantie pour la prévention et le traitement du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme, et leur utilisation rationnelle par les prescripteurs et les consommateurs ; et à assurer un approvisionnement ininterrompu en produits diagnostiques, sang et produits sanguins sécurisés, matériel d'injection, et autres technologies et biens essentiels.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Dans la Région africaine, 30 pays ont bénéficié d'un soutien pour renforcer leurs systèmes de gestion des achats et des approvisionnements, ce qui a permis d'accroître l'accès à des médicaments abordables contre le VIH/sida. Dans la Région des Amériques, 19 pays ont bénéficié d'un soutien pour l'achat de médicaments par l'intermédiaire du fonds stratégique de l'OPS. Les centres collaborateurs de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental ont fourni un appui pour garantir la qualité des tests de dépistage rapide du VIH en laboratoire. L'OMS a favorisé l'accès équitable aux médicaments essentiels grâce à des prévisions de la demande, des relevés de prix et des bulletins d'information, des indicateurs, des mises à jour et la révision d'un manuel sur la gestion des achats et des approvisionnements. Des ateliers de formation à un dépistage de qualité garantie, dans les dons de sang, des infections transmissibles lors de transfusions ont été organisés dans 11 pays de la Région africaine et 13 pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental.</p> <p>L'OMS dans son ensemble a collaboré avec le Service pharmaceutique mondial (GDF) du Partenariat Halte à la tuberculose, le Comité Feu vert et les États Membres afin de susciter un appui pour élargir l'accès à des antituberculeux de première et de deuxième intention de qualité garantie et pour assurer leur livraison en temps voulu grâce à des cycles d'approvisionnement plus efficaces. À ce jour, le Service pharmaceutique mondial a desservi 110 pays et le Comité Feu vert a soutenu des projets dans 67 pays. Des bureaux régionaux et des bureaux de pays ont organisé des ateliers sur la gestion pharmaceutique rationnelle pour lutter contre la tuberculose multirésistante, conformément à la révision des lignes directrices de l'OMS pour le traitement de la tuberculose, étendre la surveillance de la pharmacorésistance, généraliser les traitements contre la tuberculose et la tuberculose polychimiorésistante et encourager les fournisseurs à respecter les normes internationales applicables au traitement de la tuberculose et à utiliser les médicaments efficacement et en toute sécurité.</p> <p>Des progrès ont été accomplis dans le contrôle de la qualité des antipaludiques et la lutte contre les contrefaçons de produits. Des normes et des procédures ont été élaborées pour l'assurance de la qualité et le contrôle des fournitures et des services. On a également mis au point des manuels sur la prise en charge des cas et sur la pulvérisation d'insecticide à effet</p>



	<p>rémanent à l'intérieur des habitations, ainsi que des lignes directrices et des matériels de formation sur les examens microscopiques pour le diagnostic du paludisme et les tests de diagnostic rapide. Le contrôle de la qualité des antipaludiques dans le bassin du Mékong, avec le soutien de partenaires, et les activités coordonnées par le Bureau régional du Pacifique occidental ont montré qu'il fallait absolument lutter contre les antipaludiques contrefaits et ne répondant pas aux normes. L'OMS a aidé la plupart des pays d'endémie palustre à acheter des antipaludiques et des fournitures de qualité. Le Programme mondial de lutte antipaludique a continué à défendre l'abandon progressif des monothérapies à l'artémisinine dans le but de les interdire totalement.</p>
<p><b>2.4</b></p>	<p><b>Renforcement et extension des systèmes mondiaux, régionaux et nationaux de surveillance, d'évaluation et de suivi pour contrôler les progrès sur la voie de la réalisation des cibles et les ressources allouées aux activités de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, et pour déterminer les effets des activités de lutte et l'évolution de la pharmacorésistance.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>L'OMS a continué à surveiller l'épidémie mondiale d'infection à VIH et l'action du secteur de la santé, et à établir des rapports sur ces questions.<sup>1,2</sup> et elle a également mis au point un instrument de suivi et de notification avec l'UNICEF et l'ONUSIDA. Dans la Région africaine, les protocoles de surveillance du VIH/sida ont été examinés dans 18 pays et 13 programmes nationaux ont été révisés en conséquence. Dans la Région du Pacifique occidental, neuf pays disposent de systèmes de surveillance qui tiennent compte des recommandations de l'OMS. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 10 pays disposent de plans nationaux de suivi et d'évaluation et établissent régulièrement des rapports sur les progrès du secteur de la santé dans ce domaine. La résistance aux médicaments contre le VIH s'est atténuée grâce à l'accréditation de 24 laboratoires et au renforcement des moyens de laboratoire.</p> <p>Des données actualisées sur l'épidémie mondiale de tuberculose et sur les progrès de la lutte antituberculeuse ont été publiées dans des rapports annuels.<sup>3,4</sup> Le groupe spécial mondial de l'OMS chargé de mesurer l'impact de la tuberculose a publié des recommandations sur la mesure de la charge de morbidité jusqu'en 2015. Un outil de planification et de budgétisation pour la tuberculose a été présenté dans l'ensemble des Régions et le suivi des ressources a encore été amélioré. En 2009, plus de 100 pays, où se concentrent 94 % des cas de tuberculose, ont rapporté des données financières.</p> <p>Grâce à une meilleure surveillance dans les pays, le premier rapport sur la résistance à l'artémisinine a été publié. Après la publication du <i>World Malaria Report</i> en 2008 et en 2009, des mises à jour seront effectuées chaque année, notamment en ce qui concerne les flux financiers mondiaux pour la lutte antipaludique.</p>

<sup>1</sup> *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé : rapport de situation 2008.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

<sup>2</sup> *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé : rapport de situation 2009.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

<sup>3</sup> *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

<sup>4</sup> *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

2.5	<p><b>Maintien de l'engagement politique et mobilisation des ressources assurée par des activités de sensibilisation et l'entretien de partenariats pour la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme aux niveaux national, régional et mondial ; fourniture d'un appui aux pays, le cas échéant, pour élaborer/renforcer et mettre en œuvre des mécanismes pour la mobilisation et l'utilisation des ressources et accroître la capacité d'absorption des ressources disponibles ; et accroissement de la participation des communautés et des personnes touchées pour étendre au maximum la couverture et les résultats de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Les partenariats stratégiques mondiaux ont été renforcés grâce à une meilleure sensibilisation et à une meilleure communication, par exemple la publication de deux rapports sur l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins relatifs au VIH/sida,<sup>1,2</sup> et grâce à un financement accru des activités de lutte contre le VIH/sida. Le Bureau régional de l'Afrique a établi un document d'orientation sur les partenariats et la mobilisation des ressources ; dans la Région du Pacifique occidental, les partenariats avec les principaux acteurs du traitement et de la prévention de l'infection à VIH ont été renforcés grâce à une participation active à des groupes spéciaux régionaux.</p> <p>Le Partenariat Halte à la tuberculose compte maintenant 1100 membres et le nombre de partenariats nationaux a doublé : il y en a désormais 25. La création d'un dispositif d'octroi par la société civile de subventions pour la lutte antituberculeuse est vivement souhaitée, et un nouveau mécanisme d'octroi de subventions, TB REACH, soutiendra, sous les auspices du Partenariat, les innovations pour la détection de l'ensemble des cas, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et dans les groupes vulnérables. Le soutien en faveur de la sensibilisation et en faveur d'une collaboration élargie s'est renforcé et des débats ministériels ont eu lieu en vue d'adopter une approche coordonnée pour faire face à la menace croissante que représente la tuberculose polychimiorésistante.</p> <p>L'action de sensibilisation menée à l'échelle mondiale au sujet des conséquences néfastes du paludisme et les efforts déployés pour accroître les ressources allouées à la lutte contre cette maladie ont été soutenus et les normes ont été actualisées. Alors que les engagements financiers pour 2009 dépassent US \$1,4 milliard, on est néanmoins encore loin des US \$5 à 6 milliards par an dont il faudrait disposer pour exploiter pleinement les outils disponibles pour lutter contre le paludisme. Tous les bureaux régionaux ont célébré la Journée mondiale du paludisme, qui a suscité un vif intérêt, en particulier de la part des populations des zones d'endémie. Les bureaux régionaux ont aussi collaboré avec des membres du Partenariat Faire reculer le paludisme et avec l'Envoyé spécial du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour le paludisme.</p> <p>Dans toutes les Régions, l'OMS s'est efforcée de soutenir l'élaboration de propositions pour le Fonds mondial, de faciliter la conclusion d'accords bilatéraux et de créer des partenariats.</p>
-----	--

<sup>1</sup> Ibid.

<sup>2</sup> Ibid.

2.6	<p><b>Mise au point et validation de nouvelles connaissances, de nouveaux outils d'intervention et de nouvelles stratégies qui répondent aux besoins prioritaires en matière de prévention et de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, les scientifiques des pays en développement étant de plus en plus nombreux à conduire ces recherches.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>L'OMS a mis au point et testé des méthodes permettant d'informer les jeunes hommes au sujet de la circoncision et d'offrir un soutien psychosocial aux jeunes vivant avec le VIH. Dans la Région africaine, des protocoles et des outils d'évaluation de la qualité des soins ont été finalisés. Dans la Région du Pacifique occidental, les résultats de la recherche sur les stratégies du dépistage du VIH se sont améliorés. Dans la Région de la Méditerranée orientale, huit équipes ont bénéficié d'un soutien pour effectuer des travaux de recherche opérationnelle et épidémiologique sur le VIH. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, l'OMS a collaboré avec les programmes nationaux de lutte contre le sida pour définir un programme de recherche et dans la Région des Amériques, des études ont été menées sur la comparaison des définitions de cas de sida. Un document rédigé lors d'une consultation d'experts organisée par l'OMS, en collaboration avec l'ONUSIDA, le Groupement mondial pour un vaccin contre le VIH et la Stratégie régionale africaine pour la nutrition, a aidé les autorités nationales de réglementation à prendre des décisions au sujet de récents essais à grande échelle du vaccin contre le VIH, en particulier dans les pays en développement.</p> <p>L'OMS a soutenu le Mouvement pour la recherche du Partenariat Halte à la tuberculose et la révision du Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015. Le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales a créé, en collaboration avec le Partenariat Halte à la tuberculose, un groupe de référence afin de définir des priorités de recherche. L'OMS a également soutenu des essais multipays sur le raccourcissement et la simplification du traitement antituberculeux. Un protocole sur les tests de laboratoire servant aux essais de vaccin antituberculeux, mis au point par l'OMS en collaboration, est actuellement appliqué en Afrique, en Europe et aux États-Unis d'Amérique.</p> <p>Les résultats de la première évaluation globale des tests de diagnostic rapide disponibles sur le marché ont orienté les choix du Service des achats de l'OMS et la prise de décisions en matière de diagnostic du paludisme. En 2009, l'OMS a organisé une consultation scientifique au Sénégal afin de formuler des recommandations consensuelles sur la recherche en vue d'un vaccin antipaludique pour les pays d'endémie. Un document d'orientation sur l'évaluation clinique des vaccins contre <i>P. vivax</i> dans les populations des zones d'endémie a également été publié. Un projet d'évaluation multipays visant à mesurer l'effet de la prise en charge communautaire des cas de paludisme, de pneumonie et de diarrhée sur la mortalité de l'enfant a été lancé au Cameroun, au Malawi et en République démocratique du Congo. L'OMS a continué à accélérer la production de vaccins antipaludiques. Un bilan des acteurs concernés par l'innocuité et la sécurité dans des conditions réelles des antipaludiques ainsi que l'accès à ces médicaments, qui portait notamment sur la répartition géographique et les lacunes, a été achevé en 2009.</p>
-----	---

## RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)

2008-2009	Région africaine	Région des Amériques	Région de la Méditerranée orientale	Région européenne	Région de l'Asie du Sud-Est	Région du Pacifique occidental	Siège de l'OMS	Total
Budget approuvé	242 912	48 673	53 769	35 926	80 979	59 332	185 341	706 932
Fonds disponibles <sup>1</sup>	126 495	16 527	66 065	27 267	84 322	57 447	265 343	644 637
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	52 %	34 %	123 %	76 %	104 %	97 %	143 %	91 %
Dépenses	109 780	14 463	50 019	23 057	66 961	38 205	184 849	487 335
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	45 %	30 %	93 %	64 %	83 %	64 %	100 %	69 %
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	87 %	88 %	76 %	85 %	79 %	67 %	70 %	76 %

Le budget approuvé pour cet objectif stratégique s'élève au total à US \$707 millions, dont US \$635 millions ont servi à financer les programmes de base et US \$72 millions les partenariats et les dispositifs de collaboration. Sur ce budget approuvé, US \$645 millions (91 %) proviennent des contributions fixées et des contributions volontaires. Au total, US \$525 millions ont été destinés aux programmes de base et US \$119 millions aux partenariats et aux dispositifs de collaboration. Les fonds mis à la disposition des partenariats et des dispositifs de collaboration ont augmenté principalement car le budget approuvé par le Conseil conjoint de coordination du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales était plus élevé que prévu au moment où l'OMS a présenté le budget. Le Programme spécial a ensuite obtenu US \$109 millions supplémentaires pour exécuter le budget approuvé par le Conseil conjoint de coordination.

Le niveau du financement obtenu, par rapport aux allocations budgétaires du Siège et de la Région de la Méditerranée orientale, était plus élevé que prévu, principalement car certains de ces fonds, bien que figurant comme obtenus pour l'exercice 2008-2009, étaient destinés à une exécution du budget sur plusieurs années, et pas seulement au cours de l'exercice 2008-2009, comme indiqué. Ainsi, US \$12 millions promis par l'USAID et US \$3,5 millions par divers donateurs ont été reçus fin 2009 mais ne peuvent être utilisés qu'au cours de l'exercice 2010-2011. D'autres fonds ont également été obtenus au titre de l'exercice 2008-2009 pour des projets pluriannuels mais il a été impossible de ventiler les sommes par année. Les ressources servent à couvrir les besoins de l'exercice en cours et une partie est conservée pour couvrir le début de l'exercice suivant, en particulier les frais de personnel et la poursuite de certaines activités. La mobilisation des ressources reste toutefois difficile au sein de l'Organisation et c'est entre les ressources reçues et le budget prévu dans la Région africaine que l'on constate l'écart le plus important. En ce qui concerne l'objectif stratégique 2, 64 % des ressources au total doivent être utilisées à des fins bien précises et 36 % des ressources peuvent être utilisées avec une certaine souplesse bien qu'elles soient destinées, à certaines Régions, à certains pays et à certains bureaux et que leur affectation ne puisse pas être modifiée. Le plus difficile a été d'obtenir assez de fonds afin d'exécuter le budget de US \$243 millions prévu pour le Bureau régional de l'Afrique, qui représente 34 % du budget pour l'objectif stratégique.

<sup>1</sup> Y compris le montant de US \$1,2 million qui n'a pas encore été distribué entre les principaux bureaux.

Au cours de l'exercice, US \$487 millions ont été dépensés (76 %), dont US \$402 millions ont servi à financer les programmes de base et US \$85 millions les partenariats et les dispositifs de collaboration. L'exécution plus faible que prévu du budget, par rapport aux fonds reçus pour les programmes de base au Siège et dans la Région du Pacifique occidental, est principalement due aux engagements pluriannuels enregistrés en 2008-2009.

### **ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS**

La solidité et la pérennité de l'engagement politique, les partenariats solides entre toutes les parties prenantes et la coordination de l'appui technique dans l'ensemble de l'OMS ont été des facteurs clé dans l'atteinte de cet objectif stratégique. La participation d'un large éventail d'experts scientifiques et d'autres parties prenantes à l'élaboration de politiques a contribué à l'obtention d'un consensus autour des politiques, des stratégies et des outils. La conservation des synergies et de la complémentarité compte tenu de la diversité croissante des partenariats participant à la lutte contre les trois maladies a été un défi permanent. Le soutien actif apporté par l'OMS aux pays dans leurs efforts pour obtenir des fonds auprès de dispositifs mondiaux afin de lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme a permis une augmentation des ressources et, parallèlement, une forte augmentation de la demande d'assistance technique. Cependant, ces augmentations du financement n'allaient pas toujours de pair à des moyens humains suffisants à l'OMS, ce qui avait parfois une incidence sur les activités fondamentales de l'Organisation et modifiait l'équilibre entre les projets bénéficiant d'un financement particulier et l'aide apportée aux États Membres pour qu'ils mènent à bien leurs activités prioritaires. Le soutien devait donc mieux correspondre aux fonctions de base. Les demandes d'assistance technique devront être hiérarchisées plus soigneusement et les domaines à privilégier devront être définis plus précisément ; par exemple, les bureaux de pays devront être dotés de plus de moyens et notamment de ressources humaines ; il faudra investir davantage dans les systèmes d'information sanitaire systématique afin de suivre la progression de la mise en œuvre des interventions, de contrôler la résistance aux médicaments et aux insecticides et d'évaluer l'impact des interventions ; il faudra garantir des normes pour les soins, veiller à la qualité des fournitures et collaborer avec les services et les systèmes de santé pour mettre au point une action intégrée et une approche axée sur les soins de santé primaires. Dans ce contexte, le caractère imprévisible du financement et le fait qu'il soit à objet désigné constituent les principaux obstacles qui empêchent de cibler l'appui technique pour répondre aux priorités des États Membres, en particulier lorsque les bureaux de pays de l'OMS sont chargés de faire des achats à grande échelle et d'assurer un appui important pour la mise en œuvre.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 3**

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

Les États Membres ont démontré leur engagement en adoptant la résolution WHA61.14 sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Stratégie mondiale, et la résolution WHA62.1 sur la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, ainsi que de nombreuses résolutions dans le cadre des comités régionaux, par exemple sur la prévention des accidents de la circulation dans la Région de la Méditerranée orientale,<sup>1</sup> sur une stratégie régionale de lutte contre le cancer dans la Région africaine,<sup>2</sup> et sur un plan régional de prévention des maladies non transmissibles dans la Région du Pacifique occidental,<sup>3</sup> et en adoptant un plan régional d'action sur la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables dans la Région des Amériques.<sup>4</sup> Un cadre régional pour la prévention des traumatismes dans la Région du Pacifique occidental a été convenu et une évaluation des progrès accomplis dans la mise en œuvre d'une résolution sur la prévention des traumatismes dans la Région européenne a été menée à bien.<sup>5</sup> La Première Conférence ministérielle mondiale sur la sécurité routière, qui s'est tenue à Moscou les 19 et 20 novembre 2009, a abouti à l'adoption de la Déclaration de Moscou, qui recensait les bonnes pratiques et soulignait la nécessité de renforcer les politiques dans le monde entier. Le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale de l'OMS a été lancé afin d'étendre les services de santé destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et dus à l'usage de substances. L'OMS a accompli des progrès dans la mise en œuvre des principales actions prévues au titre des six objectifs du plan d'action adopté dans le cadre de la résolution WHA61.14. Bien que davantage d'États Membres aient désigné des points focaux au niveau national et amélioré leurs systèmes de santé et leurs systèmes sociaux afin de mieux suivre et prendre en charge les maladies non transmissibles et les affections apparentées, ces dernières ne sont toujours pas prioritaires dans de nombreux pays. En conséquence, les capacités techniques et les moyens des unités et des points focaux au niveau national doivent être davantage renforcés. Il convient aussi de combler les lacunes dans les systèmes d'information sanitaire afin d'établir un ordre correct dans les priorités et un ciblage efficace des interventions dans les pays.

**ÉVALUATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION**

Sur les **six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** pour cet objectif stratégique, quatre ont été « pleinement atteints » et deux « partiellement atteints ».

<b>Pleinement atteints (4)</b>				<b>Partiellement atteints (2)</b>	

<sup>1</sup> Résolution EM/RC56/R7.

<sup>2</sup> Résolution AFR/RC57/RT/1.

<sup>3</sup> Résolution WPR/RC59.R5.

<sup>4</sup> Résolution CD49.R11.

<sup>5</sup> Résolution RC55/R9.

3.1	<p><b>Sensibilisation et soutien visant à accroître l'engagement politique, financier et technique dans les États Membres afin de traiter le problème des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes et des incapacités, ainsi que de la déficience visuelle, y compris la cécité.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Le renforcement des capacités des points focaux chargés de la prévention des traumatismes et de la violence dans plus de 100 États Membres a été une priorité ; un soutien a aussi été fourni par l'intermédiaire d'une réunion mondiale organisée en 2008, de réunions de réseau au niveau régional et d'ateliers de formation. Le <i>Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant</i><sup>1</sup> a été publié et un réseau d'organisations non gouvernementales œuvrant pour la sécurité routière a été créé. Des consultations régionales et thématiques ont eu lieu pour préparer le projet de rapport mondial sur les incapacités et la réadaptation. Le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale a été lancé pour étendre les services de santé destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et dus à l'usage de substances, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et il s'est avéré efficace pour mieux sensibiliser à la santé mentale et attirer davantage de financement. Plusieurs activités clés, parmi lesquelles les consultations et la préparation d'une monographie sur les liens entre les maladies non transmissibles et les traumatismes et le développement, ont été menées à bien conformément à l'élément 1 de la Stratégie mondiale et du Plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle afin d'accorder une plus haute priorité aux maladies non transmissibles et aux traumatismes dans les activités liées au développement. Deux réunions ministérielles organisées en collaboration avec le Département des Affaires économiques et sociales des Nations Unies et avec le débat de haut niveau du Conseil économique et social des Nations Unies, qui se sont tenues à Genève du 6 au 9 juillet 2009, ont également eu pour thème l'intégration de la prévention des maladies non transmissibles et des traumatismes dans les priorités du développement. La Conférence internationale sur le diabète et ses complications, qui a eu lieu à Port-Louis (Maurice) du 12 au 14 novembre 2009, a adopté un appel à l'action. D'autres activités pour la prévention de la cécité au niveau national ont été mises en œuvre en collaboration avec les partenariats internationaux dirigés par l'OMS, y compris l'Initiative Vision 2020 : le droit à la vue, et l'Alliance pour l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020.</p> <p>Bien que le nombre cible d'unités ou de points focaux chargés de la prévention des traumatismes et de la violence, et de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles ait été atteint, le résultat escompté a été évalué comme « partiellement atteint » du fait qu'ils ne disposent pas tous de budgets et de personnels qui leur soient propres.</p>
-----	--

<sup>1</sup> Peden M. et al, eds. *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

3.2	<p><b>Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de réglementations applicables aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et neurologiques, à la violence, aux traumatismes et aux incapacités, ainsi qu'à la déficience visuelle, y compris la cécité.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>L'assistance technique fournie aux États Membres par le Secrétariat a porté sur l'élaboration et la mise en œuvre : de stratégies et politiques pour la prévention de la violence et des traumatismes et la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ; de stratégies et de réglementations visant à améliorer la vie des personnes atteintes d'incapacités ; et de politiques et de législations en matière de santé mentale reposant sur les principes des droits de l'homme et les meilleures pratiques. Avec l'appui de l'OMS, le premier diplôme international d'une année sur le droit de la santé mentale et les droits de l'homme a vu le jour en 2008. La Chine et l'Inde ont reçu un soutien pour mettre en application des manuels de formation sur les soins primaires de l'oreille et des troubles de l'audition, qui ont également commencé à être utilisés au Brésil, au Burkina Faso, en Indonésie, au Népal et en Thaïlande afin de faciliter l'élaboration de plans nationaux.</p>
3.3	<p><b>Amélioration de la capacité des États Membres à recueillir, analyser, diffuser et utiliser des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et neurologiques, de la violence, des traumatismes et des incapacités, ainsi que de la déficience visuelle, y compris la cécité.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Les conseils techniques sur la surveillance des maladies non transmissibles et leur intégration aux systèmes d'information sanitaire nationaux ont également porté sur les principaux indicateurs pour le suivi des facteurs de risque et de la mortalité et l'évaluation des capacités nationales dans les États Membres. L'OMS a apporté une assistance technique et un soutien aux pays pour qu'ils renforcent leurs systèmes et leurs capacités de surveillance des traumatismes et de la violence, y compris par l'intermédiaire d'ateliers de formation régionaux. La préparation du <i>Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde</i><sup>1</sup> et de la deuxième mise à jour du rapport mondial sur les incapacités et la réadaptation ont conduit à une augmentation notable de la quantité et de la qualité des données disponibles sur la sécurité routière et les incapacités. Une attention particulière a été portée à l'amélioration de la capacité des pays à mener des enquêtes visant à produire des données plus fiables sur la morbidité dans le domaine de la santé mentale ; les données ont ensuite été utilisées pour la planification et la mise en œuvre des programmes, et pour élargir la surveillance des facteurs de risque, y compris dans le contexte de stratégies intégrées relatives aux maladies non transmissibles. Un réseau mondial visant à lutter contre les maladies non transmissibles a été mis sur pied et la première réunion de planification s'est tenue en octobre 2009. Il en est résulté une augmentation significative de l'engagement des parties prenantes et du soutien en faveur de la mise en œuvre du plan d'action. Un outil destiné à l'évaluation des capacités nationales pour lutter contre le cancer est en cours de validation.</p>

<sup>1</sup> *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde : il est temps d'agir*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.



3.4	<p><b>Amélioration des données factuelles réunies par l'OMS sur la rentabilité des interventions visant à prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux, neurologiques et dus à l'usage de substances, la violence, les traumatismes et les incapacités, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Une évaluation des données factuelles disponibles sur l'efficacité des interventions relatives aux affections prioritaires recensées dans le Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale a conduit à l'élaboration de recommandations en vue des interventions dans les établissements de soins non spécialisés, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Un ensemble d'interventions essentielles pour les maladies non transmissibles a été constitué et des études de faisabilité pour leur intégration dans les soins primaires ont été menées dans un certain nombre de pays des Régions africaine et européenne, et des Régions de la Méditerranée orientale, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. En août 2008, des chercheurs, des organisations non gouvernementales internationales, des organismes donateurs et les centres collaborateurs de l'OMS ont débattu des priorités en matière de recherche, des mécanismes permettant de renforcer la capacité de recherche dans les pays à revenu faible et intermédiaire et de l'amélioration de la collaboration internationale pour faire progresser de manière coordonnée et cohérente la recherche sur la lutte contre les maladies non transmissibles. En collaboration avec l'OCDE, l'OMS a publié un document de travail intitulé : « Improving lifestyles, tackling obesity: the health and economic impact of prevention strategies », et conjointement avec les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, un manuel permettant d'estimer le coût économique des traumatismes dus à la violence interpersonnelle et à la violence dirigée contre soi-même.<sup>1</sup></p>
3.5	<p><b>Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour la préparation et la mise en œuvre de programmes multisectoriels à l'échelle de la population pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Dans le cadre du plan stratégique 2009-2013 pour le renforcement des capacités pour la prévention de la violence et des traumatismes, plusieurs nouveaux produits ont été diffusés, dont un recueil de données factuelles pour l'élaboration de stratégies de prévention de la violence efficaces ; un plan pour la prévention et les soins des brûlures ; et des manuels de bonne pratique en matière de sécurité routière portant sur les ceintures de sécurité et les dispositifs de protection pour enfant, la gestion de la vitesse et la conduite en état d'ivresse. Le cours de formation modulaire de l'OMS intitulé TEACH-VIP sur la prévention et la lutte contre les traumatismes a fait l'objet de nombreuses demandes et plusieurs sessions régionales de formation des formateurs ont été organisées. Une version en ligne du document a été mise à disposition afin de toucher un plus large public. Le programme mondial de parrainage de l'OMS pour la prévention des traumatismes et de la violence, MENTOR-VIP, a permis à 25 praticiens de la prévention des traumatismes peu expérimentés en provenance de pays à revenu faible ou intermédiaire d'être mis en rapport avec des mentors qualifiés. Le Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale a été diffusé auprès des États Membres en vue de sa mise en œuvre en 2010-2011, et des</p>

<sup>1</sup> Butchart A. et al. *Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

	travaux préparatoires ont été menés à bien dans la Région africaine et dans la Région de la Méditerranée orientale. Sur les 88 États Membres qui ont mis au point des plans nationaux de prévention de la cécité conformes aux stratégies de l'OMS pour la prévention des déficiences visuelles, 13 ont reçu un soutien pour la mise en œuvre de la stratégie SAFE de lutte contre le trachome, et 25 pour la mise en œuvre de la stratégie de l'OMS sur le traitement à l'ivermectine sous directives communautaires pour éliminer l'onchocercose.
3.6	<p><b>Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour améliorer les capacités de leurs systèmes de santé et systèmes sociaux à prévenir et prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, les traumatismes et les incapacités, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>L'OMS a actualisé les méthodes pour mener la troisième étude mondiale sur l'évaluation des capacités nationales pour la surveillance des maladies non transmissibles, dont les résultats constitueront une précieuse contribution au premier rapport de situation mondial qui sera préparé en 2010. Un cadre a été élaboré pour les actions menées au niveau des pays afin de lutter contre les maladies non transmissibles sur la base des résultats de deux réunions d'experts. L'OMS a publié des lignes directrices pour l'amélioration de la qualité des soins de traumatologie,<sup>1</sup> afin de compléter les lignes directrices existantes sur les systèmes de soins préhospitaliers et les soins de traumatologie essentiels. Le premier forum mondial sur les soins de traumatologie, qui s'est tenu à Rio de Janeiro (Brésil), les 28 et 29 octobre 2009, a été l'occasion de recenser les améliorations abordables et durables dans les services de soins de traumatologie qui pourraient être mises en application à l'échelle mondiale. L'OMS a également publié un document sur la fourniture de fauteuils roulants manuels dans les régions à faible revenu.<sup>2</sup> Les personnes atteintes d'incapacités ont commencé à préconiser l'amélioration des services sur la base de ces lignes directrices, et certains donateurs ont subordonné leur financement à la mise en œuvre de ces lignes directrices. L'instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale de l'OMS (OMS-IESM) a été présenté dans les pays et un rapport sur la santé mentale dans le cadre des soins de santé primaires a été publié. Un soutien a continué à être apporté aux pays dans toutes les Régions en vue de l'adoption de stratégies intégrées aux soins de santé primaires pour le dépistage du risque cardio-vasculaire et la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles. Un ensemble d'interventions efficaces et abordables essentielles a été défini qui permettra d'intégrer les principales maladies non transmissibles dans les systèmes de santé dans les régions défavorisées par l'intermédiaire des soins de santé primaires. Une aide a également été apportée à 37 États Membres de toutes les Régions en vue du renforcement des systèmes de soins oculaires, et au Brésil, à la Chine, à l'Inde et à l'Indonésie pour les systèmes de soins des troubles de l'audition. Les critères de diagnostic de l'infarctus du myocarde et du diabète ont été revus. Des produits techniques, parmi lesquels des matériaux de formation destinés aux gestionnaires des systèmes de santé et aux professionnels des soins de santé, ont été diffusés pour aider les pays à mettre en œuvre l'article 14 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, et des études pilotes ont été menées au Brésil et au Népal pour que les services de sevrage tabagique soient intégrés aux programmes de lutte contre la tuberculose.</p>

<sup>1</sup> *Guidelines for trauma quality improvement programmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

<sup>2</sup> *Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faible revenu*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

## RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)

2008-2009	Région africaine	Région des Amériques	Région de la Méditerranée orientale	Région européenne	Région de l'Asie du Sud-Est	Région du Pacifique occidental	Siège de l'OMS	Total
Budget approuvé	20 723	9 848	19 808	15 909	17 679	21 735	52 402	158 104
Fonds disponibles	14 214	6 469	6 673	12 105	10 295	13 085	44 156	107 091
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	69 %	66 %	34 %	76 %	58 %	60 %	84 %	68 %
Dépenses	13 509	6 760	5 713	8 053	9 662	9 902	33 895	87 494
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	65 %	69 %	29 %	51 %	55 %	46 %	65 %	55 %
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	95 %	105 %	86 %	67 %	94 %	76 %	77 %	82 %

Le budget total approuvé pour cet objectif stratégique était de US \$158 millions, dont US \$107 millions (68 %) ont été mis à disposition par l'intermédiaire de contributions fixées et volontaires. Tandis que l'intérêt des donateurs pour certains des domaines sur lesquels porte l'objectif stratégique, en particulier la sécurité routière et la lutte antitabac, s'est accru, d'autres domaines, tels que la prévention des maladies chroniques, la santé mentale, la prévention de la violence et les incapacités et la réadaptation, restent gravement sous-financés. Les ressources disponibles pour financer les activités au niveau des pays ont aussi été insuffisantes, ce qui s'est traduit dans les bureaux de pays par une pénurie de personnels chargés exclusivement de la prévention des maladies chroniques, des maladies non transmissibles, des troubles mentaux, de la violence et des traumatismes, ainsi que de la déficience visuelle. En conséquence, les capacités aux niveaux régional et national sont inappropriées pour répondre aux demandes de soutien technique de la part des États Membres.

Sur les fonds disponibles, US \$87 millions (82 %) ont été mis en œuvre au cours de l'exercice.

## ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS

L'engagement des États Membres à l'égard des maladies non transmissibles, de la prévention des traumatismes et de la violence, des incapacités et de la réadaptation, ainsi que de la santé mentale a pu être renforcé grâce à l'attention de haut niveau qui leur a été accordée et à un mandat politique clair, dont témoignent les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé, les déclarations ministérielles, les résolutions des comités régionaux ainsi que les cadres et réseaux régionaux. Une plus grande prise de conscience de l'impact sur la santé publique de ces affections chez les responsables de la planification dans le domaine de la santé a permis d'accroître la demande d'assistance technique, tandis qu'une amélioration de la coordination des travaux au sein de l'Organisation et une définition claire des rôles et responsabilités ont contribué aux progrès accomplis. L'intégration des travaux de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Programme de lutte contre la tuberculose a permis d'accélérer les activités de sevrage tabagique.

L'attribution des ressources humaines et financières reste inappropriée compte tenu de la gravité de la situation et du potentiel d'action de l'OMS, en particulier au niveau régional et au niveau des bureaux de pays. La faible priorité accordée aux affections non transmissibles par les organismes de développement et les donateurs est l'un des principaux obstacles pour les pays qui ont besoin d'un soutien pour lutter contre ces maladies. Il s'est avéré difficile de stimuler l'action intersectorielle et de faire participer les secteurs extérieurs à la santé, ce qui a compromis les efforts de prévention. Les lacunes des systèmes d'information sanitaire sont un frein à la prise de décisions de santé publique s'appuyant sur des données factuelles et au ciblage efficace des interventions, et il conviendrait de centrer les efforts sur la mise en œuvre de lignes directrices reposant sur des données factuelles afin d'améliorer les résultats sanitaires.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 4**

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

En vue d'atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement, l'OMS a collaboré plus étroitement avec l'UNFPA, l'UNICEF et la Banque mondiale pour garantir le financement et améliorer la cohérence des activités dans les 25 pays à plus forte mortalité maternelle. L'initiative Countdown to 2015 a contribué aux efforts de suivi des progrès en ce qui concerne l'élargissement de la couverture par les interventions visant à réduire la mortalité des moins de cinq ans. Un total de 16 pays sur les 68 qui représentent plus de 97 % de la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au niveau mondial sont en voie d'atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement. Bien que les progrès concernant l'objectif 5 aient été plus lents depuis le début de la période biennale, le nombre de pays de la Région africaine où un personnel qualifié est présent pour plus de 50 % des accouchements est passé de 21 à 28. La Stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant a maintenant été mise en œuvre dans au moins 75 % des districts de 50 pays, et dans cinq pays de la Région de la Méditerranée orientale, la Stratégie porte également sur le développement et le bien-être de l'enfant. Dans la Région européenne, 35 États Membres ont fait part de leur expérience et ont convenu de mesures supplémentaires pour renforcer les systèmes de santé afin d'améliorer la santé des jeunes. Les États Membres de la Région des Amériques ont adopté une stratégie et un plan d'action régionaux pour améliorer la santé des adolescents et, dans la Région du Pacifique occidental, un cadre de santé des adolescents a été élaboré. Tous les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et cinq pays de la Région de la Méditerranée orientale ont mis en œuvre des stratégies visant à atteindre l'accès universel aux interventions de santé sexuelle et génésique. Des progrès ont été faits en ce qui concerne la promotion d'un vieillissement en bonne santé au niveau mondial grâce à l'adoption par 28 États Membres de programmes Vieillir en restant actif et en bonne santé.

**APPRÉCIATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION**

Sur les **huit résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** pour cet objectif stratégique, trois ont été « pleinement atteints » et cinq « partiellement atteints ».

<b>Pleinement atteints (3)</b>			<b>Partiellement atteints (5)</b>				

4.1	<p><b>Appui aux États Membres pour les aider à élaborer une politique, un plan et une stratégie complets en vue d'accélérer l'instauration de l'accès universel à des interventions efficaces en collaboration avec d'autres programmes, en prêtant particulièrement attention aux inégalités entre les sexes et aux inégalités en matière de santé, en assurant la continuité des soins tout au long de la vie, en intégrant la prestation de services aux différents niveaux du système de santé et en améliorant la coordination avec la société civile et le secteur privé.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Dans l'ensemble des Régions, un soutien technique à l'élaboration de politiques et de stratégies a été fourni aux États Membres, notamment pour la préparation de feuilles de route destinées à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans 42 pays</p>
-----	--

	<p>de la Région africaine. Dans la Région européenne, des outils supplémentaires pour la mise en œuvre de la stratégie européenne pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent ont été préparés et utilisés par les États Membres. La nouvelle cible de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement concernant l'accès universel à la santé génésique d'ici 2015, et les principes énoncés dans la Stratégie mondiale OMS de santé génésique ont donné l'élan nécessaire à la révision ou à l'élaboration des stratégies nationales de santé génésique.</p>
4.2	<p><b>Renforcement des capacités de recherche nationales selon les besoins et mise à disposition de données factuelles, de produits, de technologies, d'interventions et de méthodes d'exécution nouveaux présentant un intérêt aux niveaux national et/ou mondial afin d'améliorer la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, de permettre aux gens de vieillir en restant actifs et en bonne santé, et d'améliorer la santé sexuelle et génésique.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Un appui a continué d'être apporté à un réseau d'établissements nationaux de recherche et de nouveaux centres de toutes les Régions ont rejoint le réseau. Une plus grande importance a été accordée au renforcement des capacités de recherche opérationnelle et à la réalisation d'enquêtes tenant compte du besoin d'informations factuelles des pays pour infléchir la planification des programmes. De nouvelles conclusions concernant, par exemple, la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum et le traitement antirétroviral pour réduire la transmission mère-enfant du VIH pendant l'accouchement et l'allaitement ont été publiées et incorporées dans les lignes directrices cliniques et programmatiques. La mise en œuvre des résultats de la recherche a permis d'orienter la conception des programmes et l'appui à ceux-ci, notamment les nouvelles recommandations sur le traitement de la diarrhée au Mali et de nouvelles approches pour l'extension des services de santé sexuelle et génésique.</p>
4.3	<p><b>Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé maternelle utilisés dans les pays, et notamment fourniture d'un appui technique aux États Membres afin d'intensifier l'action pour faire en sorte que des soins qualifiés soient prodigués à toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés, pendant l'accouchement et les périodes post-partum et postnatale, en particulier pour les populations pauvres et défavorisées, les progrès étant suivis.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Un appui a été fourni à plus de 74 pays pour la formulation de politiques, l'élaboration de stratégies, la mise en œuvre de programmes et le suivi des progrès. L'OMS a collaboré avec huit États Membres de la Région africaine et de la Région des Amériques à la mise en œuvre d'un programme soutenu conjointement par la Commission européenne et par le Groupe des États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique.</p> <p>Des outils de projection des ressources humaines destinés à aider les pays à établir des plans pour les services de soins de santé maternelle et néonatale ont été établis. Un appui supplémentaire a été fourni pour renforcer les compétences des dispensateurs de soins en matière de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum et des soins néonataux, dans des conditions normales ou d'urgence, et améliorer la qualité des soins. Des profils de pays illustrant les réalisations des services de santé maternelle et néonatale et les différences à l'intérieur des pays dans 75 pays ont été publiés. Les parlementaires ont été mobilisés en vue d'allouer des budgets suffisants à l'amélioration de la santé de la mère et</p>

	<p>du nouveau-né. La coopération entre l'OMS et l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale pour aider les pays à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né et les taux de survie a encore été renforcée.</p> <p>Le résultat escompté a été considéré comme partiellement atteint même si le nombre cible de pays à soutenir a été dépassé car le soutien fourni a dû être interrompu par manque de ressources.</p>
4.4	<p><b>Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la survie et la santé néonatales appliqués au niveau des pays, et soutien technique fourni aux États Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle, la mise en place d'interventions efficaces et le suivi des progrès.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Les lignes directrices applicables aux soins du nouveau-né en conditions normales et en situation d'urgence ont été actualisées, et un cours de formation sur les soins néonataux essentiels a été dispensé dans 15 pays des Régions africaine et de l'Asie du Sud-Est. Des analyses de la situation régionale ont été effectuées et, avec l'appui de l'OMS, 70 pays de l'ensemble des Régions ont entrepris d'étendre la couverture des interventions en matière de santé et de survie du nouveau-né. L'extension de la couverture des soins néonataux au cours de la première semaine de vie grâce à des visites à domicile a également été encouragée et une formation à la conduite de ces visites a été mise en œuvre dans certains pays et Régions.</p>
4.5	<p><b>Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé et le développement de l'enfant appliqués au niveau des pays, et appui technique fourni aux États Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle de la population par des interventions efficaces, et le suivi des progrès, en prenant en considération les normes internationales et normes relatives aux droits de l'homme, notamment les dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>La couverture de la Stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant a été étendue dans toutes les Régions et les activités connexes ont été développées au niveau de la communauté et des hôpitaux. Des lignes directrices cliniques nouvelles et actualisées sur le traitement de la diarrhée et de la pneumonie ont été appliquées au niveau communautaire. Les lignes directrices concernant l'alimentation du nourrisson dans le cadre du VIH ont été actualisées. Des outils destinés à la réalisation d'examens rapides des programmes et d'enquêtes dans les ménages portant sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (santé des adolescents en option) ont été mis à l'essai et mis en œuvre. Quelque 25 universités et établissements de formation de la Région africaine et 40 de la Région de la Méditerranée orientale ont reçu un soutien afin d'incorporer la stratégie dans leurs programmes de formation, et le Bureau régional du Pacifique occidental a investi dans des adaptations et des formations informatisées. Dans toutes les Régions, un soutien technique et financier aux activités basées dans la communauté a été renforcé afin d'élargir l'accès aux soins.</p> <p>Le résultat escompté a été considéré comme partiellement atteint même si le nombre cible d'États Membres a été atteint pour les deux indicateurs car l'on ignorait la qualité de la mise en œuvre des stratégies et en raison d'incohérences dans les appréciations au niveau du district.</p>

4.6	<p><b>Fourniture d'un appui technique aux États Membres pour la mise en œuvre de politiques et de stratégies fondées sur des données factuelles en matière de santé et développement de l'adolescent et pour l'extension d'un ensemble d'interventions efficaces en matière de prévention, de traitement et de soins conformément aux normes établies.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Dans toutes les Régions, un soutien plus cohérent a été apporté aux États Membres, notamment en favorisant une approche systématique pour améliorer la fourniture de services de santé aux adolescents au niveau des pays. Tous les bureaux régionaux ont désormais affecté un fonctionnaire technique spécialement à ces programmes. Des progrès ont été accomplis dans la recherche d'un consensus sur les indicateurs essentiels de santé des adolescents avec les partenaires du système des Nations Unies, et un système permettant de passer en revue les interventions en matière de prévention et de prise en charge de la grossesse chez les adolescentes a été mis sur pied. La réponse du secteur de la santé au VIH/sida chez les jeunes a été expliquée dans des matériels d'information sur les jeunes vivant avec le VIH et le sida et les adolescents les plus exposés. Des outils, et notamment un module pratique sur les adolescents et un guide d'évaluation de la qualité, ont été rédigés.</p> <p>Le résultat escompté a été considéré comme partiellement atteint même si le nombre cible d'États Membres a été atteint car les critères d'appréciation n'étaient pas uniformes dans toutes les Régions.</p>
4.7	<p><b>Mise à disposition de lignes directrices, d'approches et d'outils et fourniture d'un appui technique aux États Membres pour accélérer l'action en vue de la mise en œuvre de la stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique, l'accent étant mis en particulier sur l'instauration d'un accès équitable à des services de santé sexuelle et génésique de qualité, en particulier là où les besoins ne sont pas satisfaits, et dans le respect des droits de l'homme pour ce qui touche à la santé sexuelle et génésique.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Avec l'appui des bureaux régionaux et du Siège, un cadre interinstitutions pour le suivi des progrès accomplis vers l'accès universel à la santé génésique, l'accent étant mis sur les indicateurs de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement, a été adapté dans 16 pays. Plusieurs approches ont été utilisées dans toutes les Régions pour diffuser largement, adapter et utiliser des lignes directrices fondées sur des données probantes, des outils et les meilleures pratiques visant à améliorer la qualité et à élargir l'accès aux services dans tous les domaines prioritaires de la santé génésique. La collaboration a également été renforcée avec les partenaires travaillant dans les domaines connexes, notamment la Fédération internationale pour la Planification familiale, l'UNFPA, l'UNICEF et l'USAID et les institutions collaboratrices.</p>

<b>4.8</b>	<p><b>Fourniture aux États Membres de lignes directrices, d'approches et d'outils, ainsi que d'une assistance technique afin d'accroître la sensibilisation pour que le vieillissement en bonne santé soit considéré comme une question de santé publique, d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des programmes visant à maintenir une capacité fonctionnelle maximale tout au long de la vie et à former les dispensateurs de soins de santé aux méthodes qui permettent aux gens de vieillir en restant en bonne santé.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Au total, 52 États Membres de quatre Régions ont signalé s'être dotés d'un programme opérationnel Vieillir en restant actif et en bonne santé conformément à la résolution WHA58.16. Le vieillissement en bonne santé est un domaine prioritaire de la Phase V du Réseau européen villes-santé de l'OMS et a fait l'objet de deux publications lancées lors de la Conférence internationale des villes-santé tenue à Zagreb du 15 au 18 octobre 2008.<sup>1,2</sup> La publication <i>Global age-friendly cities: a guide</i> a été distribuée sous forme électronique dans de nombreuses langues. Une série de publications sont parues portant notamment sur les mauvais traitements aux personnes âgées, les personnes âgées dans les situations d'urgence et les soins de santé primaires adaptés à l'âge.</p> <p>Le résultat escompté a été considéré comme partiellement atteint même si le nombre cible d'États Membres a été atteint car seules quatre Régions ont jusqu'ici mis en place des activités en rapport avec le vieillissement en bonne santé.</p>
------------	---

#### RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)

2008-2009	Région africaine	Région des Amériques	Région de la Méditerranée orientale	Région européenne	Région de l'Asie du Sud-Est	Région du Pacifique occidental	Siège de l'OMS	Total
Budget approuvé	115 695	27 414	39 815	14 418	50 614	25 216	86 761	359 933
Fonds disponibles <sup>3</sup>	58 910	9 144	8 008	7 514	14 235	11 505	116 795	226 185
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	51 %	33 %	20 %	52 %	28 %	46 %	135 %	63 %
Dépenses	55 331	9 227	6 325	6 973	11 423	8 562	93 269	191 109
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	48 %	34 %	16 %	48 %	23 %	34 %	108 %	53 %
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	94 %	101 %	79 %	93 %	80 %	74 %	80 %	85 %

<sup>1</sup> Anna Ritsatakis, ed. *Demystifying the myths of ageing*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2008

<sup>2</sup> Lena Kanström et al., eds. *Healthy ageing profiles: guidance for producing local health profiles of older people*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2008.

<sup>3</sup> Dont US \$0,07 million non encore distribué aux principaux bureaux.



Le montant total du budget approuvé pour l'objectif stratégique s'élevait à US \$360 millions, dont US \$319 millions pour les programmes de base et US \$40,5 millions pour les partenariats et les dispositifs de collaboration, principalement le Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, et le Partenariat pour la Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Par rapport au budget approuvé, US \$226 millions (63 %) ont été couverts par les contributions fixées et les contributions volontaires. Sur les fonds disponibles, US \$167 millions (52 % du budget approuvé) ont été affectés aux programmes de base, et US \$58,6 millions (145 % du budget approuvé) aux partenariats et aux dispositifs de collaboration. Le niveau plus faible que prévu des fonds disponibles pour les programmes de base par rapport au budget approuvé s'explique principalement par la difficulté de la mobilisation de ressources financières pour l'appui aux pays ; par conséquent, les fonds pour des activités dans les pays ont été réduits. Toutefois, grâce à des partenariats à l'intérieur de l'Organisation et avec des entités extérieures, le personnel des bureaux de pays a été en mesure de continuer à soutenir les États Membres au moyen de fonds d'autres partenaires dans le pays. Le niveau plus élevé que prévu des fonds disponibles au Siège par rapport au budget approuvé s'explique principalement par un accroissement du financement pour les activités exécutées en partenariat. Cela a permis de renforcer l'action de sensibilisation aux objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement ainsi que les recherches sur la santé sexuelle et génésique.

Sur les fonds disponibles, US \$191 millions (85 %) ont été dépensés pendant la période biennale. Sur le montant total des dépenses, US \$147 millions ont été consacrés aux programmes de base et US \$44 millions aux partenariats et dispositifs de collaboration. Le taux d'exécution plus faible que prévu pour les partenariats et dispositifs de collaboration était principalement dû au fait qu'une grande partie des fonds reçus était destinée à une mise en œuvre sur plusieurs années, qui doit se poursuivre pendant l'exercice biennal 2010-2011.

### **ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS**

L'action de sensibilisation mondiale en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent a servi à centrer l'attention sur les activités entreprises au titre de cet objectif stratégique, y compris dans le cadre des efforts visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, ce qui a contribué à accroître la demande d'assistance technique des États Membres. Une collaboration étroite entre gouvernements et partenaires au niveau des pays a permis d'améliorer les résultats.

Les stratégies régionales se sont révélées très utiles pour l'élaboration de stratégies et de plans d'action nationaux et l'orientation des activités connexes. L'action normative de l'OMS continue d'infléchir les mesures prises par les différentes parties prenantes pour apporter un appui aux États Membres.

Pour être efficaces, les stratégies de planification et d'exécution visant à accélérer l'instauration de l'accès universel et à accroître la couverture des services de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ainsi que des services de santé sexuelle et génésique doivent être dirigées par les pays eux-mêmes.

La promotion d'une approche intégrée des services de santé et une définition claire des activités entreprises pour développer et renforcer les systèmes de santé se sont avérées des stratégies efficaces.

De nombreuses activités conduites à tous les niveaux de l'Organisation ont été mises en œuvre sur la base du partage des coûts avec des organisations partenaires. Le manque de prévisibilité et de souplesse des financements disponibles continue d'avoir un impact direct sur la qualité et la couverture de l'appui apporté aux États Membres. Le renforcement des ressources humaines, notamment dans les pays, est capital pour soutenir de façon efficace l'exécution des activités.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 5**

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

Au total, 102 États Membres disposent de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence, au moins 60 % ont établi des plans de préparation, d'alerte et d'intervention en cas d'urgences chimiques, radiologiques et environnementales et 46 ont mis sur pied des programmes pour améliorer la sécurité des établissements de santé dans les situations d'urgence. Au total, 75 % des États Membres ont désigné des points focaux pour le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) et pour les urgences liées à l'environnement. Vingt-six des 27 pays confrontés durablement à une situation d'urgence et où travaillent des coordonnateurs humanitaires disposent d'un Groupe de responsabilité sectorielle Santé dont l'OMS est le chef de file. Des mesures de lutte contre les maladies transmissibles, y compris la mise en place de systèmes d'alerte précoce et de surveillance, ont été prises lors de la phase d'urgence de toutes les catastrophes naturelles et situations de conflit. Au total, 12 pays en transition ont formulé une stratégie pour le relèvement du secteur de la santé.

**ÉVALUATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION**

Sur les **six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** pour cet objectif stratégique, trois ont été « pleinement atteints » et trois « partiellement atteints ».

		<b>Pleinement atteints (3)</b>		<b>Partiellement atteints (3)</b>	

<b>5.1</b>	<p><b>Élaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux États Membres pour la mise au point et le renforcement de plans et de programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Avec ses partenaires, l'OMS a renforcé l'appui apporté à l'évaluation des risques et des capacités, à l'établissement de plans d'intervention, à la prise en charge des situations d'urgence en santé publique et d'un grand nombre de victimes, ainsi qu'à la préparation des hôpitaux et la préparation à une pandémie. On a insisté davantage sur l'action de plaidoyer en faveur de la sécurité et de l'amélioration de la préparation des établissements de santé, suivant en cela le thème de la Journée mondiale de la Santé 2009 : « Sauver des vies : assurer la sécurité des hôpitaux dans les situations d'urgence ». Avec le Secrétariat chargé de la mise en œuvre de la Stratégie internationale des Nations Unies pour la prévention des catastrophes, l'OMS a lancé une initiative thématique mondiale sur la prévention du risque de catastrophe dans l'optique de la santé. La capacité du personnel du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays ainsi que des partenaires à réagir rapidement aux crises humanitaires a été renforcée. Une base de formation/d'apprentissage a été mise sur pied au Centre méditerranéen de l'OMS pour la réduction des risques sanitaires, à Tunis, où l'unité chargée de l'évaluation et de la cartographie de la vulnérabilité et des risques a entamé des projets dans cinq Régions de l'OMS.</p> <p>Le résultat escompté a été considéré comme partiellement atteint, même si les cibles ont été atteintes pour les deux indicateurs, parce qu'il n'a pas été complètement atteint dans deux Régions.</p>
------------	---

5.2	<p><b>Élaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un appui technique aux États Membres pour l'organisation rapide des secours en cas de catastrophes associées à des risques naturels et de crises liées à des conflits.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>L'action de l'OMS dans ce domaine, qui comprend notamment la collaboration avec des partenaires de l'action humanitaire à vocation sanitaire du Groupe de responsabilité sectorielle Santé, a débouché sur la formulation et la mise en œuvre de la composante santé de plusieurs appels éclairs, lancés notamment face à des situations d'urgence de grande ampleur en Chine (Sichuan), en Géorgie, en Haïti, au Myanmar, aux Philippines, en République démocratique du Congo (est du Congo), au Zimbabwe et dans la Bande de Gaza. Afin de développer la réserve de personnels disponibles pour détachement en cas d'urgence, l'OMS a organisé deux cours prédétachement de deux semaines en santé publique, et continué à installer une base logistique centrale pour ses interventions en cas de crise humanitaire et d'urgence de santé publique relevant du Règlement sanitaire international (2005). Des cours de formation ont été organisés aux niveaux régional et national sur les opérations de santé publique et les interventions d'urgence. Des kits d'urgence minimum ont été entreposés dans des stations d'approvisionnement des Nations Unies dans cinq Régions.</p>
5.3	<p><b>Élaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux États Membres pour l'évaluation des besoins et pour la planification et la mise en œuvre des interventions pendant les phases de transition et de relèvement après un conflit ou une catastrophe.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>L'expérience acquise par l'OMS dans les situations d'urgence et les phases de relèvement a permis de développer la composante santé d'une trentaine d'appels communs pour des pays précis. Il a été préparé un guide pour le Groupe de responsabilité sectorielle Santé afin de préciser les rôles et responsabilités des acteurs humanitaires en matière de santé dans les situations d'urgence. Avec ses partenaires, l'OMS a mis au point des méthodologies et des outils pour la composante santé des évaluations conjointes des besoins, notamment un outil d'évaluation rapide intersectorielle et un système de cartographie des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS). Un cours de formation sur l'analyse des carences des systèmes de santé a aidé les professionnels de l'action humanitaire et des hauts fonctionnaires nationaux à s'attaquer aux causes profondes des déficiences des systèmes de santé. Les dispositions du consensus de Grenade sur la santé sexuelle et génésique dans les situations d'urgence chroniques et les phases de relèvement, préparées lors de la consultation mondiale organisée en septembre 2009, ont servi à mener une action de plaidoyer et des activités techniques dans ce domaine.</p>

5.4	<p><b>Fourniture aux États Membres d'un soutien technique coordonné en matière de lutte contre les maladies transmissibles dans les situations de catastrophes naturelles et de conflits.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Tous les niveaux de l'Organisation ont collaboré avec les autorités nationales, d'autres institutions du système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales et internationales pour mettre en place des systèmes d'alerte précoce et de surveillance et assurer une formation à la lutte contre les maladies transmissibles ainsi qu'établir des normes et des lignes directrices, par exemple sur l'évaluation du risque de maladie et l'établissement des priorités en santé publique, pour des pays et territoires confrontés à des crises, notamment Afghanistan, Géorgie, Indonésie (Sumatra occidentale), Iraq, Myanmar, Népal, Pakistan, Philippines, Somalie, Soudan, Sri Lanka, et Yémen, ainsi que Cisjordanie et Gaza. Des profils nationaux de risque pour les maladies transmissibles ont été établis dans les 48 à 76 heures suivant l'apparition des crises en Afghanistan, en Haïti, au Pakistan, aux Philippines et au Yémen, ainsi que Cisjordanie et Gaza. Au Darfour (Soudan), l'OMS et ses partenaires ont repéré et pris en charge 85 % des flambées de diarrhée aqueuse aiguë et de choléra grâce à un système reliant 144 sites de notification.</p>
5.5	<p><b>Fourniture aux États Membres d'un appui pour le renforcement de la préparation nationale et la mise en place des mécanismes d'alerte et d'action pour les urgences sanitaires liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Les réseaux d'experts pour les situations d'urgence liées à l'environnement, à l'eau et à l'assainissement ont été renforcés, notamment ChemiNet et le réseau des centres antipoison, le réseau de préparation et d'assistance médicale en cas d'urgence radiologique (REMPAN) et BioDoseNet. Conformément aux dispositions du Règlement sanitaire international (2005), les systèmes OMS d'alerte et d'action en cas d'accident chimique et radiologique ont été renforcés et des informations sur ces accidents ont été systématiquement communiquées aux bureaux régionaux et aux pays pour complément d'analyse. D'autres activités d'assistance technique relatives à la gestion de santé publique des urgences environnementales ont été menées, notamment la publication d'un manuel de l'OMS.<sup>1</sup> Les points focaux nationaux pour l'approche stratégique de la gestion internationale des substances chimiques et pour le Règlement sanitaire international (2005) ont reçu les instructions les plus récentes concernant les urgences chimiques. Le Réseau international OMS des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) a aidé à prendre en charge des urgences internationales liées à la sécurité sanitaire des aliments, comme la présence de mélamine dans les préparations pour nourrissons et de dioxines dans la viande de porc.</p>

<sup>1</sup> *Manual for the public health management of chemical incidents*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

<b>5.6</b>	<p><b>Établissement d'une communication, de partenariats et d'une coordination efficaces avec les autres organisations du système des Nations Unies, les gouvernements, les organisations non gouvernementales locales et internationales, les universités et les associations professionnelles aux niveaux national, régional et mondial.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Nul ne conteste plus aujourd'hui l'utilité du rôle de chef de file de l'OMS dans le Groupe Santé en situation de crise. Des séances de formation, des ateliers ainsi que des réunions et des missions dans les pays sont organisés dans toute l'Organisation pour aider le personnel à mieux appréhender les situations et exercer les responsabilités associées à la direction d'un groupe. Il existe maintenant des groupes santé dirigés par l'OMS dans les 26 pays confrontés durablement à des situations d'urgence et où travaillent des coordonnateurs humanitaires, et ils sont systématiquement présents dans toutes les situations d'urgence majeure d'apparition soudaine. L'OMS participe activement aux travaux de 40 organes interinstitutions, dont le Comité permanent interinstitutions. Fin 2009, toutes les crises aiguës et 50 % des situations d'urgence prolongées avaient bénéficié d'une couverture médiatique, y compris sur le rôle de l'OMS. Les partenariats ont été renforcés, par exemple avec le dispositif mondial pour la prévention des catastrophes et le relèvement ; des plans d'intervention ont été établis et des consultations ont eu lieu sur les moyens de garantir la sécurité des établissements de santé.</p>
------------	--

**RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)**

2008-2009	Région africaine	Région des Amériques	Région de la Méditerranée orientale	Région européenne	Région de l'Asie du Sud-Est	Région du Pacifique occidental	Siège de l'OMS	Total
Budget approuvé	66 021	19 931	40 912	20 914	24 356	16 722	29 557	218 413
Fonds disponibles <sup>1</sup>	96 678	10 587	208 854	14 515	53 802	11 821	56 180	452 770
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	<i>146 %</i>	<i>53 %</i>	<i>510 %</i>	<i>69 %</i>	<i>221 %</i>	<i>71 %</i>	<i>190 %</i>	<i>207 %</i>
Dépenses	87 522	9 931	175 931	10 609	37 393	7 085	40 750	369 221
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	<i>133 %</i>	<i>50 %</i>	<i>430 %</i>	<i>51 %</i>	<i>154 %</i>	<i>42 %</i>	<i>138 %</i>	<i>169 %</i>
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	<i>91 %</i>	<i>94 %</i>	<i>84 %</i>	<i>73 %</i>	<i>70 %</i>	<i>60 %</i>	<i>73 %</i>	<i>82 %</i>

Le budget total approuvé pour l'objectif stratégique s'élevait à US \$218 millions, dont US \$134 millions destinés à des programmes de base et un budget estimatif initial de US \$84 millions pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises, sans compter les financements reçus en réponse à des appels spécifiques pour des pays confrontés à une crise.

<sup>1</sup> Y compris un montant de US \$0,3 million pour l'objectif stratégique qui n'a pas encore été distribué aux principaux bureaux.

Sur le montant total du budget approuvé, US \$453 millions (207 %) étaient financés par les contributions mises en recouvrement et des contributions volontaires. Sur le montant total des fonds disponibles, US \$369 millions (82 %) ont été dépensés durant la période biennale. Le taux d'exécution fait apparaître une capacité d'absorption bien supérieure au plafond du budget approuvé, soit une nette augmentation par rapport aux 67 % de la période biennale précédente.

Environ 15 % de l'ensemble des fonds était consacré aux programmes de base. Le reste a été reçu en réponse à des appels lancés pour des pays confrontés à une crise et dépensé dans plus de 40 pays, notamment lors de la situation d'urgence apparue soudainement au Myanmar en mai 2008 et de la crise prolongée au Pakistan provoquée par les déplacements massifs de populations. Cependant, il n'y avait pas pendant la période biennale de mécanisme adéquat pour distinguer clairement le financement des programmes de base de celui des interventions en cas d'épidémies ou de crises.

Le financement global de la riposte à des flambées et à des crises dans les pays a été suffisant mais les programmes de base ont pâti du manque de fonds. En fait, le financement des activités dans les pays continue de s'accroître alors que celui des programmes de base essentiels diminue. Il est indispensable de disposer d'un financement prévisible, sûr et doté de souplesse pour les programmes de base si l'on veut atteindre l'objectif stratégique étant donné que les demandes à l'échelle de l'Organisation se multiplient dans le domaine d'activité considéré.

#### **ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS**

La collaboration étroite entre les départements, les groupes et d'autres institutions a facilité la mise en œuvre des activités concernées. Le lancement de l'initiative technique commune au Centre méditerranéen pour la réduction des risques sanitaires, situé en Tunisie, a apporté une valeur ajoutée en termes de coût/efficacité et permis de regrouper les ressources techniques.

Pour fournir un appui à la lutte contre les maladies transmissibles en cas de crise, il faut une collaboration étroite à l'intérieur de l'Organisation et avec d'autres institutions pour pouvoir mener des activités supplémentaires et mettre en place des mécanismes de coordination aux niveaux régional et infrarégional.

Les situations d'urgence survenues récemment, notamment la pandémie de grippe A (H1N1) 2009, ont montré l'intérêt que présente, notamment pour les systèmes de santé, la préparation des pays et des populations et elles ont contribué à mieux sensibiliser à la nécessité d'investir dans ce domaine.

Il faudrait intensifier l'assistance technique fournie aux pays pour qu'ils développent leurs capacités essentielles, conformément aux dispositions du Règlement sanitaire international (2005), en cas d'accident chimique.

La qualité de la direction du Groupe Santé dans les pays montre que les chefs des bureaux de pays de l'OMS sont motivés et capables de mobiliser l'ensemble des acteurs humanitaires de façon cohérente pour aider les États Membres.

L'existence de financements prévisibles et de ressources humaines appropriées, notamment personnel à plein temps et points focaux spécialisés, est la condition préalable à la poursuite des activités de préparation et d'intervention.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 6**

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

La Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui s'est tenue du 26 au 30 octobre 2009 à Nairobi, a permis de passer en revue les progrès réalisés dans cinq domaines relevant de la promotion de la santé : le comportement et les compétences en matière de santé, l'autonomisation des communautés, les systèmes de santé qui en assurent la promotion, les partenariats et l'action intersectorielle, et enfin le renforcement de capacités pour la promotion de la santé. À la fin de 2009, l'application de l'outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en matière de santé en milieu urbain (HEART) avait conduit à des inégalités dans les résultats de santé et les déterminants en cours de réévaluation, et à la sélection et la hiérarchisation des priorités d'intervention dans 17 villes au sein de 10 pays pilotes. Un total de 89 pays appliquent désormais l'approche point par point de l'OMS pour la surveillance et les facteurs de risque de maladies non transmissibles dans leurs populations adultes, et 56 pays s'appuient maintenant sur l'Enquête mondiale de santé des étudiants dans les écoles pour surveiller les facteurs de risque chez les adolescents. À la fin de 2009, 167 États Membres étaient devenus Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, dont 20 avaient approuvé une législation antitabac complète, et 26 une interdiction totale de la publicité pour le tabac, sa promotion et son parrainage. L'enquête de l'OMS sur l'alcool et la santé dans le monde en 2008 a été réalisée, et les données recueillies donnent une base de référence précieuse pour suivre les progrès faits dans la poursuite de cet objectif stratégique. Les cadres régionaux de réduction de l'usage nocif d'alcool sont en place ou en voie de formulation. Le projet de stratégie mondiale destinée à réduire l'usage nocif d'alcool a été rédigé par le Secrétariat, en collaboration avec les États Membres, en vue de son examen par le Conseil exécutif à sa cent vingt-sixième session. Même si les méthodes d'application régionales et nationales varient, la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé a suscité une attention considérable dans toutes les Régions. Les interventions visant à remédier à la violence contre les femmes et les filles – un déterminant majeur des pratiques sexuelles à risque – font désormais partie des neuf secteurs prioritaires du Cadre de résultats de l'ONUSIDA 2009-2011.

**RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION**

Parmi les **six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** pour cet objectif stratégique, quatre ont été « pleinement atteints » et deux « partiellement atteints ».

Pleinement atteints (4)				Partiellement atteints (2)	

<b>6.1</b>	<p><b>Fourniture aux États Membres d'avis et d'un soutien pour qu'ils puissent renforcer leur capacité de promotion de la santé dans tous les programmes pertinents et établir des collaborations multisectorielles et multidisciplinaires efficaces pour promouvoir la santé et prévenir ou réduire les facteurs de risque majeurs.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Toutes les Régions se sont efforcées de renforcer les stratégies nationales de promotion de la santé et leurs capacités en la matière, en accord avec les différentes perspectives régionales allant du rassemblement d'éléments à l'appui des politiques nationales de promotion de la santé à la rédaction de textes de loi en la matière, en passant par la conception de cours de</p>
------------	--

	<p>formation virtuels sur la promotion de la santé et les déterminants sociaux. Des progrès dans l'obtention de fonds pour la promotion de la santé ont été faits dans plusieurs pays, par exemple par l'application de taxes sur le tabac. L'appel à l'action de Nairobi, qui a été lancé à la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, a permis de recenser cinq secteurs spécifiques. L'action intersectorielle a été élargie, notamment par une formation à la prévention des maladies non transmissibles, la création de comités intersectoriels, et des examens nationaux portant sur les déterminants sociaux. Une consultation mondiale a été organisée, à l'occasion de laquelle les exemples d'actions intersectorielles portant sur la prévention des maladies non transmissibles et les enseignements tirés en la matière ont été passés en revue. À la fin de 2009, 17 villes avaient mis en œuvre l'outil HEART, devant permettre d'évaluer les inégalités en matière de santé et de recenser les interventions prioritaires.</p>
6.2	<p><b>Fourniture de conseils et d'un soutien pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque majeurs par l'élaboration, la validation et la diffusion de cadres, d'outils et de méthodes d'exploitation dans les États Membres à forte charge ou à charge croissante de mortalité et d'incapacité imputable à ces facteurs de risque.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Des indicateurs clés de surveillance des facteurs de risque ont été mis au point. Des lignes directrices portant sur la surveillance des facteurs de risque ont été présentées dans un document technique consacré à la surveillance des maladies non transmissibles. La surveillance en question portait sur le tabac, le régime alimentaire, l'activité physique, l'hypertension, l'hyperglycémie, les mesures anthropométriques et l'alcool. Un projet visant à incorporer la surveillance des facteurs de risque dans le rapport de situation mondial consacré aux maladies non transmissibles a été lancé grâce à une collaboration interrégionale intergroupes. Un total de 89 pays appliquent l'approche point par point de l'OMS dans la surveillance des facteurs de risque de maladies non transmissibles au sein de leur population adulte. Un total de 18 nouvelles enquêtes ont été réalisées et 14 missions de pays ont fourni des conseils, un soutien et une formation aux États Membres dans la mise sur pied ou l'élargissement de leurs systèmes de surveillance des facteurs de risque. Des percées technologiques ont été réalisées dans l'analyse et le signalement de données relatives aux facteurs de risque grâce à l'utilisation d'appareils numériques personnels. Un total de 22 nouvelles enquêtes ont été menées en application de la méthode de l'Enquête mondiale sur la santé des écoliers, en parallèle avec une formation et un soutien technique apportés par l'OMS et les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.</p> <p>Le résultat attendu a été considéré comme partiellement atteint, même si le nombre cible initial d'États Membres a été atteint pour les deux indicateurs, car, dans la pratique, les données de référence étaient supérieures et les résultats légèrement inférieurs à ce qui était attendu.</p>



6.3	<p><b>Élaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres à forte charge ou à charge croissante de morbidité et de mortalité associées au tabagisme, afin de renforcer les institutions pour les aider à traiter/prévenir les problèmes de santé publique connexes. Une aide sera également fournie à la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac pour mettre en œuvre les dispositions de la Convention et élaborer des protocoles et des principes directeurs.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Une assistance technique a été fournie aux pays en vue de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et des mesures de réduction attestée de la demande dans le cadre du volet opérationnel du Plan d'action de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. À la fin de 2009, 57 pays disposaient de données actualisées et fiables sur la prévalence du tabagisme chez les adultes. Le Secrétariat a élaboré et appliqué une nouvelle méthode devant permettre d'évaluer la capacité des États Membres à appliquer des politiques efficaces de lutte contre le tabac, et un rapport analysant les progrès accomplis dans ce domaine a été publié.<sup>1</sup> L'OMS a mené sur le terrain des enquêtes sur le tabagisme chez l'adulte à l'échelle mondiale. Une assistance technique a été assurée en matière de taxation du tabac, et à propos d'une base de données consignait les prix des produits du tabac, de même qu'au moyen d'instruments devant permettre d'évaluer les coûts économiques et sanitaires de la mortalité comme de la morbidité imputables au tabac. L'OMS a continué d'appuyer les travaux de la Conférence des Parties à la Convention-cadre pour la formulation de recommandations de directives concernant certains articles de la Convention et pour la négociation d'un protocole sur le commerce illicite des produits du tabac. Des tentatives ont été faites pour nouer des partenariats à la fois avec le secteur privé et le secteur public, et des efforts ont été déployés pour les renforcer.</p>
6.4	<p><b>Élaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres à forte charge ou à charge croissante de morbidité et mortalité associées à la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, afin de renforcer les établissements pour combattre/prévenir les problèmes de santé publique connexes.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Le projet de stratégie mondiale destinée à réduire l'usage nocif de l'alcool a été rédigé en collaboration avec les États Membres et en tenant compte des résultats d'un vaste processus de consultation. De nouvelles activités de recherche en ce qui concerne l'alcool, la santé et le développement ont été lancées. Des données ont été recueillies sur la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool et les mesures de politique nationale prises par les États Membres à ce sujet et, à la fin de 2009, des systèmes régionaux ont été mis sur pied par les Bureaux régionaux pour l'Afrique, les Amériques, l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental, et intégrés dans le Système d'information mondial sur l'alcool et la santé. Un plan d'action régional axé sur la réduction des méfaits de l'alcool a été élaboré dans la</p>

<sup>1</sup> WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

	<p>Région du Pacifique occidental. En mars 2009, l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime a lancé avec l'OMS un programme conjoint sur le traitement et les soins aux toxicomanes en vue d'une mise en œuvre initiale au niveau des pays en Europe. Le projet OMS portant sur la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances (ASSIST) a été affiné et des activités de formation ont eu lieu dans les Régions Afrique et Méditerranée orientale. Les indicateurs des systèmes nationaux, régionaux et mondiaux de surveillance des effets de l'alcool sur la santé ont été affinis et mis en œuvre, et des indicateurs ainsi que des instruments de collecte de données concernant les moyens de traitement des désordres liés à la consommation de substances psychoactives ont eux aussi été affinis.</p>
6.5	<p><b>Élaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres à forte charge ou à charge croissante de morbidité et de mortalité associées à une alimentation déséquilibrée et au manque d'exercice physique, afin de renforcer les établissements et de combattre ou prévenir les problèmes de santé publique connexes.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Dans toutes les Régions, des mécanismes et des instruments ont été élaborés de façon à adapter aux exigences nationales un régime alimentaire sain et des stratégies et des plans d'activité physique. Des réseaux régionaux ont été formés en vue de promouvoir l'activité physique et de réduire la consommation de sel, et d'attirer l'attention sur le risque pour la santé de la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Un total de 66 pays ont fait état de leur stratégie ou de leur plan multisectoriel basé sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Plusieurs nouveaux outils ont été élaborés afin d'aider les États Membres à mettre au point et appliquer des stratégies destinées à améliorer l'alimentation et à accroître l'activité physique, notamment par un examen systématique des interventions efficaces et de documents conçus pour guider les politiques et les programmes dans différents environnements tels que les écoles et les lieux de travail, et pour la surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre des politiques correspondantes.</p>
6.6	<p><b>Élaboration de politiques, de stratégies, d'interventions, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres pour promouvoir une sexualité à moindre risque et renforcer les établissements afin de prendre en charge les conséquences sociales et individuelles des rapports sexuels à risque.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Des données factuelles sur la prévalence, les déterminants et les conséquences des rapports sexuels à risque, et sur les interventions destinées à atténuer ces risques ont été recueillies dans différents pays. Des mesures destinées à lutter contre la violence faite aux femmes et aux filles ont été incorporées dans les neuf secteurs prioritaires du cadre de résultats de l'ONUSIDA 2009-2011. Un outil normalisé de surveillance des pratiques sexuelles à risque s'accordant avec l'approche point par point a été élaboré et introduit dans les pays. Des lignes directrices sur la production de données de surveillance concernant les programmes de santé des adolescents ont été mises à disposition à l'issue de réunions interrégionales. Le Bureau régional de l'Europe a produit un ensemble de normes d'éducation sexuelle, et a en outre mis au point des politiques en matière de santé sexuelle et adapté les lignes directrices OMS sur la contraception, l'avortement sans risque et les maladies sexuellement</p>

---



---

**BUDGET PROGRAMME 2008-2009 – RAPPORT SUR L'APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION**

---

	<p>transmissibles. Des liens entre les différents services de santé sexuelle et génésique ont été établis dans les pays de la Région du Pacifique occidental. Le Bureau régional des Amériques a mis au point une stratégie ciblant la jeunesse la plus exposée et des instruments d'évaluation du rôle des services de santé axés sur la promotion des pratiques sexuelles à moindre risque.</p> <p>Le résultat attendu a été évalué comme ayant été partiellement atteint, du fait que les objectifs n'avaient pas été complètement atteints dans deux Régions et qu'aucun résultat spécifique n'avait été rapporté par deux autres bureaux régionaux.</p>
--	--

**RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)**

<b>2008-2009</b>	<b>Région africaine</b>	<b>Région des Amériques</b>	<b>Région de la Méditerranée orientale</b>	<b>Région européenne</b>	<b>Région de l'Asie du Sud-Est</b>	<b>Région du Pacifique occidental</b>	<b>Siège de l'OMS</b>	<b>Total</b>
Budget approuvé	25 566	13 862	24 809	9 959	14 590	31 729	41 542	162 057
Fonds disponibles	15 100	7 583	9 743	11 495	12 473	12 950	49 026	118 381
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	59 %	55 %	39 %	115 %	85 %	41 %	118 %	73 %
Dépenses	14 494	6 175	7 731	9 559	10 919	10 270	37 049	96 196
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	57 %	45 %	31 %	96 %	75 %	32 %	89 %	59 %
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	96 %	81 %	79 %	83 %	88 %	79 %	76 %	81 %

Le budget total approuvé de l'objectif stratégique s'élevait à US \$162 millions, dont 118 millions (73 %) ont été mobilisés à l'aide de contributions fixées et volontaires. Le niveau de financement était inférieur à ce qui était attendu, essentiellement en raison de difficultés rencontrées dans l'obtention de contributions destinées à favoriser la collaboration multisectorielle et multidisciplinaire au niveau des pays. Même si bon nombre d'objectifs ont été atteints, les niveaux de financement représentent une menace pour la couverture, la profondeur et la durabilité de certains des résultats attendus. Sur l'ensemble des fonds disponibles, US \$96 millions (81 %) ont été mis en œuvre durant la période biennale. En particulier, les retards pris en matière de recrutement aux niveaux régional et national ont gêné l'intensification des activités de lutte contre le tabac dans les pays et ont entraîné l'ajournement de certains programmes. Les efforts se poursuivent pour faire en sorte que toutes les Régions disposent d'un personnel suffisant pour les programmes consacrés à la santé mentale et aux toxicomanies en liaison avec la consommation d'alcool et la pharmacodépendance.

**ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS**

L'action intersectorielle et l'autonomisation des communautés sont des secteurs de la promotion de la santé qui méritent d'être renforcés et davantage étayés par des renvois à des documents. Afin de compenser l'importance insuffisante accordée par le passé à la traduction des concepts de promotion de la santé en lignes directrices efficaces susceptibles de déboucher sur des mesures concrètes et au renforcement des capacités des pays en développement à évaluer la promotion de la santé, le plan de travail pour 2010-2011 sera principalement ciblé

sur ces secteurs-là. Des cadres appropriés, un soutien technique pour les contreparties locales et une collaboration accrue avec les institutions compétentes des Nations Unies seront également nécessaires.

Le fait de collaborer avec le Secrétariat de la Convention de manière coordonnée et cohérente a contribué à la mise en œuvre par les Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, et cette collaboration sera encore renforcée en 2010-2011. L'investissement dans l'infrastructure de santé publique et le renforcement de capacités restent critiques pour l'application intégrale de la Convention-cadre, compte tenu des efforts que l'industrie du tabac continue de déployer pour saper les activités de lutte antitabac.

Les progrès réalisés dans l'élaboration d'une politique dans le domaine de l'alcool ont été obtenus grâce à la collaboration efficace dans l'ensemble du Secrétariat et avec les États Membres, ainsi qu'à l'action multisectorielle axée sur l'alimentation, l'activité physique et la santé. L'expérience faite dans le cadre d'autres domaines face aux secteurs industriels concernés devra être prise en considération à l'avenir.

Des mesures destinées à promouvoir des pratiques sexuelles à moindre risque s'imposent d'urgence car on constate de nombreux nouveaux cas d'infection à VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans.

Il est apparu que, pour lutter contre les inégalités en matière de santé dans les villes, une coordination intersectorielle s'imposait au niveau municipal. L'intensification des évaluations et des ripostes axées sur les inégalités de santé en milieu urbain exigera des politiques et un engagement forts de la part des gouvernements.

Le rôle et le leadership de l'OMS dans les domaines prioritaires de l'objectif stratégique se trouvent limités par un financement insuffisant et des pénuries de personnel à tous les niveaux. Face à l'ampleur des problèmes qui se posent, l'allocation de ressources en faveur de programmes axés sur la lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool et sur l'alimentation et l'activité physique reste inadéquate. En hiérarchisant davantage les tâches, et en assurant une meilleure distribution des responsabilités et des moyens au sein de l'OMS ainsi qu'avec les centres de collaboration et d'autres réseaux, on contribuera à l'obtention des résultats escomptés.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 7**

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

La prise de conscience croissante, dans les États Membres, du besoin d'équité en santé et l'intérêt que cela suscite chez eux ont conduit à des mesures concrètes portant sur la mise en œuvre de recommandations clés de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, en coordination avec un large éventail de parties prenantes, parmi lesquelles les partenaires internationaux. Parmi ces mesures, on peut citer l'incorporation des déterminants sociaux de la santé dans le programme de santé publique au Chili, la création de commissions multisectorielles sur l'équité en santé au Brésil, au Maroc et au Sri Lanka, et l'analyse des incidences potentielles sur la santé de politiques non liées à la santé dans huit pays. Les États Membres ont renforcé leurs capacités, notamment pour ce qui est de déceler et d'analyser les opportunités et les défis potentiels du commerce et des accords commerciaux quant aux conditions et aux résultats en matière de santé, de mener des analyses ventilées de l'équité en santé, d'analyser les déterminants sociaux de la santé qui empêchent l'accès aux services de santé, d'appliquer une approche fondée sur les droits de l'homme, par exemple dans la prévention du VIH/sida, et d'intégrer les considérations éthiques et la problématique de la sexospécificité dans les programmes de santé publique. L'adoption de la résolution WHA62.14 sur la réduction des inégalités en matière de santé par une action au niveau des déterminants sociaux de la santé a été suivie, dans quelque 40 États Membres, de l'incorporation des déterminants sociaux dans leurs stratégies de coopération à l'échelle nationale.

**RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION**

Sur les **cinq résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** pour cet objectif stratégique, quatre ont été jugés « pleinement atteints » et un « partiellement atteint ».

<b>Pleinement atteints (4)</b>				<b>Partiellement atteint (1)</b>

<b>7.1</b>	<p><b>Importance des déterminants sociaux et économiques de la santé reconnue dans toute l'Organisation et intégrée dans l'action normative de l'OMS et sa collaboration technique avec les États Membres et d'autres partenaires.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Tous les bureaux régionaux de l'OMS ont pris des mesures pour définir les stratégies et les initiatives susceptibles d'agir au niveau des déterminants sociaux de la santé : les Régions de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et de la Méditerranée orientale ont achevé leurs travaux sur la question, et la Région africaine est sur le point de le faire. Au moins cinq pays ont organisé des consultations ou rédigé des rapports sur la base des recommandations de la</p>
------------	--

	<p>Commission, et plusieurs ont accordé une priorité stratégique aux déterminants sociaux. Jusqu'en janvier 2009, le texte intégral du rapport<sup>1</sup> avait été téléchargé 56 000 fois ; il a en outre été traduit dans les langues officielles de l'OMS, de même qu'en hongrois, en japonais, en norvégien, en slovaque, en slovène, en suédois et en vietnamien.</p> <p>Le résultat escompté a été jugé partiellement atteint en raison du fait que les consultations sur une stratégie régionale d'action au niveau des déterminants sociaux et économiques de la santé ont été ajournées dans une Région.</p>
7.2	<p><b>Prise par l'OMS d'une initiative destinée à fournir des possibilités et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international afin de traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé et d'encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Les expériences de 31 pays face aux déterminants sociaux de la santé ont été publiées, notamment grâce à une collaboration avec l'Agence de la Santé publique du Canada, ce qui a procuré à l'OMS des éléments sur lesquels s'appuyer pour débattre des moyens d'organiser la collaboration intersectorielle au niveau national. Des outils ont été mis au point et testés, par exemple pour évaluer la capacité des institutions des États Membres à faire face aux déterminants sociaux des inégalités en matière de santé, améliorer la cohérence entre les politiques commerciales et sanitaires afin d'en tirer le maximum de profit et de réduire au minimum les risques pour la santé, et évaluer les effets de la libéralisation des échanges commerciaux sur les services de santé.</p>
7.3	<p><b>Collecte, synthèse et analyse de données économiques et sociales intéressant la santé ventilées par sexe, âge, appartenance ethnique, revenu et état de santé (maladie ou incapacité, par exemple).</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Le Siège de l'OMS ainsi que les bureaux régionaux et de pays ont organisé des séances de formation régionales et nationales destinées à renforcer les capacités en matière d'analyse ventilée de la situation au plan de l'équité en santé. Toutes les Régions ont amélioré leurs cadres d'évaluation et de ventilation des déterminants socio-économiques, y compris la sexospécificité, comme cause des inégalités en matière de santé. Ce travail s'est appuyé sur quelque 45 profils nationaux dans toutes les Régions et a été étayé dans deux rapports régionaux établis en collaboration. Un soutien technique croissant a été assuré en vue de la surveillance et de la production de témoignages relatifs aux interventions effectuées dans un but de renforcement de l'équité dans la lutte contre les maladies non transmissibles et la tuberculose, et dans la prise en compte de la santé en milieu urbain. Un mécanisme mondial a été mis sur pied afin de canaliser le savoir-faire international de toutes les Régions et de renforcer ainsi l'utilisation des normes OMS en matière de collecte, de surveillance et d'analyse de données ventilées.</p>

<sup>1</sup> Commission des Déterminants sociaux de la Santé. *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

7.4	<p><b>Promotion d'approches de la santé fondées sur l'éthique et les droits de l'homme à l'OMS et aux niveaux national et mondial.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>La collaboration entre l'OMS et les organes des Nations Unies compétents dans le domaine des droits de l'homme a été renforcée à la suite de réunions formelles de haut niveau. Une approche fondée sur les droits de l'homme a en outre été intégrée dans le travail technique de l'OMS, notamment dans le cadre du Partenariat Halte à la tuberculose et des interventions sanitaires en cas de crise, tandis que des considérations éthiques ont été introduites dans ses programmes de santé publique, s'agissant par exemple de la tuberculose et de la grippe pandémique, de même que dans son action de recherche. Les pays ont bénéficié de son assistance technique dans l'identification des priorités de santé au plan national et la mise sur pied de programmes touchant à la santé et aux droits de l'homme. On a veillé également à ce que les considérations relatives aux droits de l'homme et à la sexospécificité soient bien prises en compte dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies et des plans nationaux. Des ateliers de formation ont été organisés à propos des considérations éthiques dans les essais biomédicaux de prévention du VIH, avec le concours de l'ONUSIDA ; de questions éthiques en matière de préparation et de riposte aux pandémies au Burkina Faso, au Congo et en Ouganda, grâce au Programme mondial de lutte contre la grippe de l'OMS ; et de la coordination des autorités de réglementation nationale et des comités d'éthique en matière de recherche au Nigéria et en Thaïlande.</p>
7.5	<p><b>Intégration de l'analyse des sexospécificités et de mesures réactives dans l'action normative de l'OMS et soutien aux États Membres pour l'élaboration de politiques et de programmes tenant compte des différences entre les sexes.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Une évaluation initiale a été réalisée aux fins de mesurer les efforts déployés par l'OMS pour incorporer la sexospécificité dans toutes les Régions comme au Siège. Un rapport sur la santé des femmes et des filles<sup>1</sup> et des lignes directrices sur la sexospécificité et le VIH ont été publiés, et un atelier de formation des formateurs sur la prévention de la violence sexuelle et des traumatismes s'est tenu à Salzbourg, en Autriche, du 23 au 27 novembre 2009. L'intégration de la perspective de la sexospécificité dans l'action de planification opérationnelle et de surveillance des résultats de l'OMS a en outre été facilitée par de nouveaux outils de planification et programmes de formation. Dans toutes les Régions, de nombreuses séances de formation portant sur la sexospécificité ont été organisées, en parallèle avec des activités de soutien à l'échelle des pays.</p>

<sup>1</sup> *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

**RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)**

2008-2009	Région africaine	Région des Amériques	Région de la Méditerranée orientale	Région européenne	Région de l'Asie du Sud-Est	Région du Pacifique occidental	Siège de l'OMS	Total
Budget approuvé	9 116	6 937	11 975	5 975	4 838	2 496	24 568	65 905
Fonds disponibles	8 782	2 292	4 828	6 797	3 016	1 339	16 378	43 433
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	96 %	33 %	40 %	114 %	62 %	54 %	67 %	66 %
Dépenses	8 071	2 291	3 942	4 165	2 169	683	13 618	34 938
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	89 %	33 %	33 %	70 %	45 %	27 %	55 %	53 %
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	92 %	100 %	82 %	61 %	72 %	51 %	83 %	80 %

Le budget total approuvé pour l'objectif stratégique s'est élevé à US \$66 millions, dont 43 millions (66 %) ont été mobilisés à l'aide de contributions fixées et volontaires. Le manque de financement par rapport au budget approuvé a limité la capacité de l'OMS à répondre à un nombre croissant de demandes de soutien émanant des États Membres, en particulier pour la réduction des inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé, conformément à la résolution WHA62.14. Sur le total des fonds disponibles, US \$35 millions (80 %) ont été mis en œuvre durant la période biennale. Le niveau de mise en œuvre, inférieur aux attentes dans les Régions européenne, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, a été dû principalement aux retards pris au niveau du recrutement de personnel et à l'affectation de fonds spéciaux pour 2010-2011, même si ces fonds avaient été enregistrés durant la période 2008-2009.

**ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS**

L'objectif stratégique couvre tout un spectre de sujets étroitement liés les uns aux autres, dont le très fort potentiel en termes de résultats sanitaires équitables a été largement reconnu. Les efforts déployés pour l'obtention d'un consensus et les actions de sensibilisation se sont révélés fructueux en ce sens qu'ils ont permis de constituer une plate-forme efficace pour la promotion d'une collaboration plus étroite entre les différents domaines de travail concernés, pour la poursuite des efforts de rationalisation, par exemple en ce qui concerne la prise en compte de la sexospécificité dans le domaine de la santé et des droits de l'homme, et pour la mise en place de partenariats avec des parties prenantes extérieures à l'OMS. En conséquence, la demande d'assistance technique émanant des États Membres s'est intensifiée.

L'absence d'une stratégie relative aux droits de l'homme à l'échelle de l'Organisation tout entière a limité la capacité de l'OMS à répondre à la demande interne croissante d'orientation concernant l'intégration des questions d'éthique dans les domaines techniques. Les attentes qu'a fait naître la publication récente de plusieurs rapports devront recevoir un suivi approprié. Le manque de ressources humaines et financières adéquates pour la poursuite de cet objectif stratégique a gêné la mise en œuvre du plan de travail dans l'ensemble de l'Organisation. Pour gagner en efficacité dans l'avenir, il faudra explorer des solutions innovantes, par exemple par la mise en valeur du personnel, l'adoption d'approches collectives et le déploiement d'efforts de cohérence, notamment grâce à un travail de cartographie des activités et des ressources disponibles, l'identification d'une masse critique de personnel à tous les niveaux et la collaboration avec les partenaires dans la poursuite des objectifs à atteindre.



**OBJECTIF STRATÉGIQUE 8**

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

Une action concertée s'est employée à réduire le quart de la charge de morbidité provoquée par des facteurs de risque environnementaux. L'OMS et le PNUE ont convoqué conjointement la Première Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique, tenue à Libreville (Gabon) du 26 au 29 août 2008, dans le cadre du Plan mondial tendant à traiter les problèmes de santé et d'environnement interconnectés par une action préventive. La Déclaration de Libreville qui en a résulté préconisait d'établir une alliance stratégique entre la santé et l'environnement ; 10 pays ont réagi en rédigeant analyses de situation et évaluations des besoins qui ont servi de base aux plans nationaux d'action concertée. Un nouveau projet interinstitutions visant à réduire la dépendance à l'égard du DDT pour la lutte antivectorielle a été lancé dans le contexte de la Convention de Stockholm et, en 2009, une initiative mondiale pour « des soins de santé sans mercure », soutenue par le Partenariat mondial du PNUE sur le mercure, a suscité des réactions rapides dans les secteurs de la santé, et notamment des déclarations de l'Argentine et des Philippines annonçant qu'elles étaient en train d'éliminer progressivement le mercure des produits médicaux. La deuxième session de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques, tenue à Genève du 11 au 15 mai 2009, a approuvé une résolution recommandant notamment le renforcement de l'engagement du secteur de la santé dans l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques. Conformément à la résolution WHA60.26 relative au Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs, la collaboration interinstitutions en vue d'éliminer les maladies liées à l'amiante a été resserrée. Pour donner suite à la résolution WHA61.19 sur le changement climatique et la santé, un projet de plan de travail a été présenté au Conseil exécutif, qui l'a approuvé à sa cent vingt-quatrième session.<sup>1</sup> Le thème de la Journée mondiale de la Santé 2008, consacré à la nécessité de protéger la santé des effets néfastes du changement climatique, a été au cœur des actions de sensibilisation menées dans toutes les Régions et des contributions de l'OMS à la Quinzième Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur le changement climatique.

**APPRÉCIATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION**

Les **cinq résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** pour cet objectif stratégique ont tous été « partiellement atteints ».

<b>Partiellement atteints (5)</b>				

<sup>1</sup> Résolution EB124.R5.

<p><b>8.1</b></p>	<p><b>Réalisation d'évaluations et élaboration et actualisation de normes et de principes fondés sur des données factuelles concernant les principaux risques pour la santé liés à l'environnement (par exemple qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, qualité de l'eau de boisson et recyclage des eaux usées).</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Des instruments permettant d'évaluer les risques découlant de l'exposition aux substances chimiques et aux rayonnements ont été mis au point. Des publications sont parues sur la qualité de l'eau de boisson,<sup>1</sup> l'assainissement et l'hygiène dans l'aviation,<sup>2</sup> les normes de salubrité environnementale dans les soins de santé,<sup>3</sup> et les recommandations relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène à moindres frais.<sup>4</sup> Une assistance technique a été fournie aux pays pour leur permettre d'appliquer les accords internationaux obligatoires ou non sur la gestion rationnelle des produits chimiques. Les difficultés apparues dans l'application des directives au niveau des pays ont été partiellement résolues grâce à des ateliers et des trousseaux documentaires comme la troisième édition des <i>Principes directeurs de l'OMS relatifs à l'utilisation sans risque des eaux usées, des excréta et des eaux grises en agriculture et en aquaculture</i>. Des travaux ont été conduits dans toutes les Régions pour promouvoir l'application des Directives de l'OMS relatives à l'eau de boisson et un manuel de planification de la sécurité sanitaire de l'eau a fait l'objet d'une large diffusion. Le Programme commun OMS/UNICEF de surveillance a constitué un groupe stratégique consultatif et formulé une stratégie pour 2010-2015 en vue d'améliorer le suivi des progrès vers la réalisation de l'objectif 7 du Millénaire pour le développement (réduction du pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base). L'évaluation annuelle mondiale, effectuée par ONU-Eau, sur l'assainissement et l'eau potable dans le monde – une initiative encadrée par l'OMS – a fait l'objet d'un premier rapport pilote.<sup>5</sup> La surveillance mondiale de l'utilisation des combustibles solides a été sensiblement améliorée puisque 144 pays se soumettent désormais à la notification.</p> <p>Le résultat escompté a été jugé comme partiellement atteint bien que le nombre d'États Membres visé ait été atteint pour les deux indicateurs car les résultats ne l'ont pas été pleinement dans deux Régions.</p>
-------------------	---

<sup>1</sup> *Directives de qualité pour l'eau de boisson [version électronique] : incorporant les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> additifs, Vol. 1, Recommandations*. Troisième édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

<sup>2</sup> *Guide d'hygiène et de salubrité dans les transports aériens*. Troisième édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

<sup>3</sup> Adams J. et al., eds. *Essential environmental health standards in health care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

<sup>4</sup> Adams J. et al., eds. *Water, sanitation and hygiene standards for schools in low-cost settings*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

<sup>5</sup> *UN-water global annual assessment of sanitation and drinking-water: 2008 pilot report – testing a new approach*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

8.2	<p><b>Fourniture d'un soutien et de conseils techniques aux États Membres pour la mise en œuvre d'interventions de prévention primaire destinées à réduire les risques pour la santé liés à l'environnement, à accroître la sécurité et à promouvoir la santé publique, y compris dans des cadres particuliers (par exemple, les lieux de travail, les habitations ou les villes) et dans les groupes de population vulnérables (par exemple, les enfants).</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>L'OMS a fourni un soutien et des conseils techniques aux États Membres dans les domaines suivants : centres de soins : cessation de l'usage d'instruments contenant du mercure, prévention de l'exposition aux agents pathogènes à diffusion hématogène, eau et assainissement, qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments, technologies de remplacement et politiques de gestion des déchets sanitaires ; ateliers : élimination des maladies liées à l'amiante, dangers chimiques et interventions psychosociales pour la santé ; logement : traitement des eaux ménagères, réseau d'assainissement public, émanations de radon, humidité et moisissures, et utilisation de combustibles solides dans les pays en développement ; zones rurales : plans de sécurité sanitaire de l'eau ; zones urbaines : plans de sécurité sanitaire de l'eau et transport sans danger pour la santé ; santé de l'enfant : risques liés à l'environnement et réalisations d'études de cohorte sur les répercussions environnementales et chimiques. En outre, la Troisième Conférence internationale de l'OMS sur les menaces de l'environnement pour la santé de l'enfant a été accueillie par la République de Corée à Busan, du 7 au 10 juin 2009.</p> <p>Le résultat escompté a été apprécié comme partiellement atteint même si l'objectif a été réalisé car le résultat n'a pas été intégralement atteint dans une Région.</p>
8.3	<p><b>Fourniture d'une assistance technique et d'un soutien aux États Membres pour renforcer au niveau national les systèmes, fonctions et services de gestion des risques pour la santé au travail et de salubrité de l'environnement.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Dans le cadre du Plan mondial d'action sur la santé des travailleurs (2008-2017), une assistance technique a été accordée à 29 pays, répartis dans toutes les Régions de l'OMS, pour qu'ils élaborent des politiques nationales et des plans d'action en faveur de la santé des travailleurs. Des plans nationaux d'action en faveur de l'environnement et de la santé sont en cours d'élaboration dans les Régions d'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental et dans 10 pays de la Région africaine, conformément au processus stratégique énoncé dans la Déclaration de Libreville. Suite au lancement d'une initiative mondiale pour « des soins de santé sans mercure », l'Argentine et les Philippines ont annoncé des plans tendant à éliminer progressivement le mercure des produits médicaux. Une assistance technique continue d'être fournie pour gérer la pollution atmosphérique à l'intérieur des bâtiments et pour renforcer les capacités en matière de suivi de l'eau de boisson et de l'assainissement dans la Région africaine, ainsi que pour les questions liées à la santé au travail dans les Régions d'Europe et d'Asie du Sud-Est. La gestion de la qualité de l'eau de boisson dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental est traitée dans le cadre de projets pluriannuels de mise en œuvre et, dans d'autres Régions, dans le cadre des plans de travail en cours. Les systèmes d'information sur la santé au travail et la salubrité de l'environnement ont été renforcés et des indicateurs environnementaux relatifs aux enfants ont été expérimentés. Un appui a été fourni pour la gestion des risques chimiques, notamment sous forme de trousseaux permettant d'évaluer le risque et de le gérer, et pour éliminer les maladies liées à l'amiante sur le lieu de travail.</p> <p>Le résultat escompté a été apprécié comme partiellement atteint même si l'objectif a été dépassé car le résultat n'a pas été pleinement atteint dans une Région.</p>

8.4	<p><b>Mise en place de principes directeurs, d'outils et d'initiatives destinés à aider le secteur de la santé à infléchir les politiques dans d'autres secteurs afin de permettre la définition et l'adoption de politiques pour améliorer la santé, l'environnement et la sécurité.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Les activités visant à promouvoir l'incorporation des évaluations d'impact sanitaire lors de l'élaboration des politiques sectorielles ont été développées dans cinq pays et dans un groupe de 26 villes d'Afrique. Une initiative pour inciter les banques de développement à inclure les critères de santé dans leur politique de prêt a été lancée et des outils ont été conçus afin de faciliter l'évolution du crédit bancaire. Des ateliers ayant pour but d'aider les pays à évaluer leur vulnérabilité et à mettre en place des réponses efficaces pour protéger la santé de leur population contre les effets du changement climatique ont été organisés dans sept pays. Dans la Région européenne, un soutien a été accordé aux pays par le biais du Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement et du Réseau européen des villes-santés de l'OMS.</p> <p>Le résultat escompté a été apprécié comme partiellement atteint même si l'objectif a été dépassé car les résultats ne l'ont pas été pleinement dans trois Régions.</p>
8.5	<p><b>Renforcer le rôle mobilisateur du secteur de la santé afin de favoriser un environnement plus sain et d'infléchir les politiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces environnementales pour la santé, y compris en traitant les effets émergents et réémergents du développement sur la salubrité de l'environnement et la modification des modes de consommation et de production, et en réagissant aux conséquences néfastes de l'évolution des technologies.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Dans le cadre d'un plan mondial d'action préventive ayant vocation à aborder les questions de santé et d'environnement interconnectés, la Première Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique a été organisée à Libreville (Gabon), du 26 au 29 août 2008. Une feuille de route prévoyant d'achever les analyses de situation et les évaluations de besoins a été rédigée comme point de départ à l'élaboration de plans nationaux d'action sanitaire et environnementale commune dans les pays africains. Pour donner suite à la résolution WHA61.19 sur le changement climatique et la santé, un plan de travail tendant à développer l'assistance technique proposée aux États Membres pour leur permettre d'évaluer et de traiter des répercussions du changement climatique sur la santé et les systèmes de santé a été approuvé par le Conseil exécutif, à sa cent vingt-quatrième session.<sup>1</sup> Le thème de la Journée mondiale de la Santé 2008 a donné l'impulsion à des actions de sensibilisation dans toutes les Régions. La contribution de l'OMS à la Quinzième Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur le changement climatique s'est notamment traduite par des activités similaires en rapport avec le changement climatique et la santé humaine. Un nouveau projet OMS/PNUE, dont la finalité est de réduire la dépendance à l'égard du DDT pour la lutte antivectorielle a aussi été officiellement lancé en mai 2009, avec le concours du Fonds pour l'Environnement mondial. Conformément à la résolution WHA60.26 relative au Plan d'action mondial pour la santé</p>

<sup>1</sup> Résolution EB124.R5.

**BUDGET PROGRAMME 2008-2009 – RAPPORT SUR L'APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION**

	<p>des travailleurs, la collaboration interinstitutions a été resserrée dans le but d'éliminer les maladies liées à l'amiante.</p> <p>Le résultat escompté a été apprécié comme partiellement atteint même si le nombre cible d'études ou de rapports publiés ou copubliés par l'OMS a été atteint car le résultat ne l'a pas été pleinement dans une Région.</p>
--	---

**RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)**

<b>2008-2009</b>	<b>Région africaine</b>	<b>Région des Amériques</b>	<b>Région de la Méditerranée orientale</b>	<b>Région européenne</b>	<b>Région de l'Asie du Sud-Est</b>	<b>Région du Pacifique occidental</b>	<b>Siège de l'OMS<sup>1</sup></b>	<b>Total</b>
Budget approuvé	18 749	12 057	16 358	17 951	13 827	12 364	39 150	130 456
Fonds disponibles <sup>2</sup>	11 096	6 628	7 006	22 748	8 956	8 305	44 697	109 738
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	<i>59 %</i>	<i>55 %</i>	<i>43 %</i>	<i>127 %</i>	<i>65 %</i>	<i>67 %</i>	<i>114 %</i>	<i>84 %</i>
Dépenses	9 611	6 255	4 788	16 988	8 157	5 898	34 244	85 941
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	<i>51 %</i>	<i>52 %</i>	<i>29 %</i>	<i>95 %</i>	<i>59 %</i>	<i>48 %</i>	<i>87 %</i>	<i>66 %</i>
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	<i>87 %</i>	<i>94 %</i>	<i>68 %</i>	<i>75 %</i>	<i>91 %</i>	<i>71 %</i>	<i>77 %</i>	<i>78 %</i>

Le budget total approuvé pour l'objectif stratégique s'établissait à US \$130 millions, dont US \$110 millions (84 % du budget approuvé) ont été mis à disposition par le biais des contributions fixées et des contributions volontaires. Le niveau des crédits disponibles, inférieur à celui escompté au regard du budget approuvé, était essentiellement imputable à la difficulté de mobiliser des capitaux en faveur des programmes d'appui aux pays dans les Régions d'Afrique et de la Méditerranée orientale.

Sur les fonds disponibles, US \$86 millions (78 %) ont été mis en œuvre au cours de l'exercice biennal. Si le taux de mise en œuvre était inférieur aux prévisions, cela tenait essentiellement au fait que le financement des programmes d'évaluation du changement climatique et de son impact sur l'environnement n'était parvenu que tardivement. L'exécution des deux programmes se poursuivra au cours de l'exercice 2010-2011.

**ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS**

Arriver à persuader les responsables du secteur public des avantages cumulés d'un environnement plus sain reste une gageure pour l'OMS. Si la collaboration multisectorielle sur l'atténuation du changement climatique et l'analyse de ses effets sur la santé aux niveaux national et international s'est avérée fructueuse, il convient de

<sup>1</sup> Les chiffres concernant le Siège de l'OMS comprennent les montants afférents au Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau, qui s'est séparé de l'OMS pendant l'exercice 2008-2009 (fonds disponibles US \$7,7 millions, dépenses US \$6,9 millions).

<sup>2</sup> Dont US \$0,3 million de fonds non répartis.

reconnaître la complexité inhérente à ce type d'exercice. S'employer à susciter une adhésion intersectorielle nationale autour des projets visant à donner effet à la Déclaration de Libreville en Afrique relève de la même difficulté.

Malgré le resserrement de la collaboration entre le Siège de l'OMS et les bureaux régionaux, l'intensification de l'engagement au niveau national et la mise à disposition de nouvelles sources de financement, l'exécution des activités prévues reste inégale d'une Région sur l'autre.

Il conviendrait de miser davantage sur des activités consistant, par exemple, à réduire la dépendance des populations à l'égard des combustibles solides pour se chauffer et cuisiner, et de renforcer l'ensemble des données disponibles au service de l'efficacité des interventions concernant la santé primaire et l'environnement en milieu urbain, et de coordonner l'appui en faveur de la santé au travail.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 9**

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

Au cours de l'exercice 2008-2009, la plupart des États Membres se sont employés, moyennant une action intersectorielle, à mieux harmoniser les mécanismes de coordination nationale afin d'étayer les volets « nutrition », « sécurité sanitaire des aliments » et « sécurité des approvisionnements alimentaires » des stratégies de réduction de la pauvreté, ainsi que les programmes intégrés pertinents corrélés au changement climatique et à l'augmentation des prix des denrées alimentaires. Les normes de croissance ont été adoptées dans 109 pays et 69 autres envisagent de leur emboîter le pas. La base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition de l'enfant s'appuie sur près de 3000 enquêtes réalisées dans 145 pays ; les résultats y sont présentés sous une forme normalisée permettant des comparaisons internationales. Au total, 108 États Membres ont analysé leurs politiques et pratiques alimentaires et nutritionnelles au titre de l'Initiative du système d'information sur le paysage nutritionnel ; 173 États Membres se sont affiliés au Réseau mondial sur les infections d'origine alimentaire (ex-Global Salm-Surv) afin de renforcer la surveillance intégrée des maladies d'origine alimentaire et zoonotique ainsi que la formation au suivi intersectoriel de la résistance antimicrobienne. L'OMS a lancé une initiative tendant à estimer la charge mondiale de morbidité des maladies d'origine alimentaire. Une action concertée avec des partenaires internationaux et la création de réseaux comme le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments et Asia FoodNet ont permis à l'OMS d'être mieux à même de faire face aux situations d'urgence, par exemple à la crise mondiale des prix des denrées alimentaires et à la contamination par la mélamine des préparations pour nourrissons. La collaboration avec des entités du système des Nations Unies, la Banque mondiale, des organisations non gouvernementales et des bailleurs de fonds, notamment via le retour en force du Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition et la consolidation de l'Initiative REACH contre la faim et la malnutrition de l'enfant, a permis d'améliorer la cohérence et l'efficacité de l'architecture nutritionnelle.

**APPRÉCIATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION**

Sur les **six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** pour cet objectif stratégique, trois ont été « pleinement atteints » et trois autres « partiellement atteints ».

<b>Pleinement atteints (3)</b>			<b>Partiellement atteints (3)</b>		

<b>9.1</b>	<p><b>Formation de partenariats et d'alliances, développement du leadership et mise en place d'une coordination et de réseaux avec toutes les parties prenantes aux niveaux mondial, régional et des pays, afin de promouvoir la sensibilisation et la communication, d'encourager l'action intersectorielle, d'accroître les investissements en matière de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité des approvisionnements alimentaires, et d'élaborer et de soutenir un programme de recherche.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Les partenariats de l'OMS qui comprennent notamment la FAO, l'UNICEF, le PAM, la Banque mondiale et l'OIE ont intensifié la riposte aux situations d'urgence – crise mondiale des prix des denrées alimentaires et contamination par la mélamine des préparations pour</p>
------------	---

	<p>nourrissons. L'OMS coordonne désormais ses interventions relevant de la sécurité sanitaire des aliments avec les systèmes mondiaux en vigueur pour les urgences en rapport avec les animaux et la production primaire. L'OMS a convoqué une réunion des trois autres organisations des Nations Unies chefs de file pour la nutrition, à savoir la FAO, l'UNICEF et le PAM, en vue d'élaborer une proposition de réforme conjointe du Comité permanent des Nations Unies sur la Nutrition. La coopération technique s'est attachée à réduire la consommation de sel et à protéger les enfants contre les pressions exercées dans la Région européenne à des fins de marketing ; à faire face aux problèmes de sécurité sanitaire des aliments et de nutrition dans la Région africaine ; à élargir l'approche intégrée à la planification et au financement dans la Région du Pacifique occidental ; à promouvoir l'action intersectorielle entre les protagonistes de la sécurité sanitaire des aliments dans la Région des Amériques ; à atténuer les effets du changement climatique sur la nutrition dans la Région de l'Asie du Sud-Est ; et à élaborer une stratégie nutritionnelle régionale par le biais du tout nouveau Comité consultatif sur la Nutrition dans la Région de la Méditerranée orientale.</p>
9.2	<p><b>Élaboration et distribution aux États Membres de normes – y compris de références, critères, priorités de recherche, principes directeurs, manuels de formation – pour accroître leur capacité d'évaluer toutes les formes de malnutrition, les maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et y faire face, et promouvoir des habitudes alimentaires saines.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Dans le cadre de la Commission du Codex Alimentarius FAO/OMS, de nouvelles normes ont été élaborées, notamment dans le but d'évaluer les aliments génétiquement modifiés et de prévenir la résistance antimicrobienne. L'OMS et la FAO se sont employées à améliorer la qualité des avis scientifiques fournis au Codex et il a été proposé de convoquer des réunions communes d'experts sur la nutrition. Au sein de l'OMS, on a centralisé la communication d'informations sur la sécurité sanitaire des aliments et les évaluations de risque font maintenant l'objet d'une coordination uniforme pour tous les périls d'ordre alimentaire. Une bibliothèque regroupant des données factuelles sur les actions probantes en matière de nutrition a été conçue afin de normaliser, d'actualiser et de diffuser les conseils pertinents de l'OMS. Des orientations ont été publiées concernant la nutrition et le VIH. Un nouveau manuel de procédure a été mis au point dans le but de simplifier l'élaboration des directives alimentaires qui ont été adoptées par plus d'une centaine de pays.</p>
9.3	<p><b>Amélioration du suivi et de la surveillance des besoins et évaluation des interventions dans le domaine de la nutrition et des maladies chroniques liées à l'alimentation et amélioration de l'aptitude à recenser les meilleures options politiques dans les situations stables comme dans les situations d'urgence.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Les États Membres ont continué à bénéficier d'un soutien les aidant à adopter et à mettre en œuvre les normes de croissance de l'enfant, notamment via la tenue d'ateliers de formation dans 25 pays répartis sur cinq Régions. La base de données mondiale de l'OMS sur la croissance et la malnutrition, laquelle permet d'effectuer des comparaisons internationales, comprend maintenant quelque 3000 enquêtes réalisées dans 145 pays. La base de données mondiale de l'OMS sur l'indice de masse corporelle a été conçue pour renseigner les pays sur le surpoids et l'obésité des adultes ; une banque de données mondiale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant a aussi été créée. Le système d'information sur le paysage nutritionnel a été instauré en vue d'établir des profils nutritionnels par pays en reliant toutes</p>



	<p>les bases de données de l'OMS sur la nutrition et en regroupant les indicateurs relatifs à la nutrition, à la sécurité sanitaire des aliments et au développement qu'utilisent actuellement les bases de données des organismes partenaires. Les estimations sur la prévalence de l'obésité et ses tendances ont été publiées dans les rapports des <i>Statistiques sanitaires mondiales</i>. Un tour d'horizon des indicateurs et des méthodes de surveillance nutritionnelle a été impulsé.</p>
9.4	<p><b>Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux États Membres visés pour l'élaboration, le renforcement et la mise en œuvre de plans, de politiques et de programmes destinés à améliorer la nutrition sur toute la durée de la vie, dans les situations stables comme dans les situations d'urgence.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Dans le cadre de l'examen mondial des politiques d'alimentation et de nutrition, 108 pays ont analysé leurs politiques en la matière. L'OMS, en collaboration avec la FAO, l'UNICEF, le PAM et l'ONUSIDA, a encouragé la tenue de consultations régionales sur la nutrition et le VIH/sida dans les Régions d'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, lesquelles ont débouché sur la rédaction de plans nationaux d'action pour l'intégration des volets « soins alimentaires et soutien aux personnes vivant avec le VIH » dans les programmes gouvernementaux. L'Organisation a passé en revue les répercussions de la crise mondiale des prix des denrées alimentaires sur les régimes alimentaires et la nutrition et épaulé 12 pays de quatre Régions pour qu'ils trouvent des réponses concrètes à cette crise. L'approche Communication à visée comportementale tendant à accroître les taux d'allaitement maternel a été valorisée et soutenue dans le cadre de la campagne visant à appliquer la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La capacité de traiter la malnutrition sévère a aussi été intensifiée, notamment par l'élaboration de directives au niveau des pays.</p>
9.5	<p><b>Renforcement des systèmes de surveillance, de prévention et de lutte pour les maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques ; création et intégration dans les systèmes nationaux de surveillance existants de programmes de surveillance et d'évaluation des risques alimentaires, les résultats étant diffusés aux principaux intervenants.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Le Réseau mondial OMS de surveillance des maladies d'origine alimentaire, (ex Salm-Surv), qui compte aujourd'hui 173 États Membres, promeut la surveillance intégrée des maladies d'origine alimentaire et zoonotique auprès des professionnels du secteur vétérinaire, de la production de denrées alimentaires et de la santé publique, et propose une formation au suivi intersectoriel de la résistance microbienne. Deux sites de formation supplémentaires ont été mis en place dans les Régions d'Afrique et du Pacifique occidental et 400 professionnels au moins, originaires de 106 pays, en ont bénéficié. L'OMS a lancé une initiative tendant à estimer la charge mondiale de morbidité des maladies d'origine alimentaire et a constitué un groupe de référence pour l'épidémiologie et la charge des maladies d'origine alimentaire. Le degré de contamination du lait humain par des polluants organiques persistants a été mesuré dans 26 pays et les résultats serviront de repère pour surveiller la pollution de l'environnement.</p> <p>Le résultat escompté a été apprécié comme partiellement atteint même si les deux objectifs visés ont été réalisés car le début des études portant sur la charge des maladies d'origine alimentaire a été différé dans certains pays.</p>

<b>9.6</b>	<p><b>Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux États Membres, y compris pour leur participation à l'élaboration de normes internationales afin d'accroître leur capacité d'évaluation des risques dans le domaine des maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et de la sécurité sanitaire des aliments, et pour élaborer et mettre sur pied des systèmes nationaux de contrôle des aliments reliés à des systèmes d'urgence internationaux.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments, qui est une initiative conjointe de l'OMS et de la FAO, a été étoffé et raccordé au Système mondial d'alerte rapide et d'intervention pour les principales maladies animales, y compris les zoonoses (GLEWS), mis en place par l'OIE, la FAO et l'OMS afin de faciliter le partage d'informations entre les autorités de sécurité sanitaire des aliments et les responsables vétérinaires des États Membres. Des urgences internationales récentes comme la contamination par la mélamine des préparations pour nourrissons et la dioxine décelée dans le porc ont montré l'importance d'un réseau intégré.</p>
------------	--

**RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)**

2008-2009	Région africaine	Région des Amériques	Région de la Méditerranée orientale	Région européenne	Région de l'Asie du Sud-Est	Région du Pacifique occidental	Siège de l'OMS	Total
Budget approuvé	39 778	14 608	8 938	5 975	13 939	19 273	24 423	126 934
Fonds disponibles	7 964	3 432	3 146	3 761	4 046	5 445	27 579	55 372
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	20 %	23 %	35 %	63 %	29 %	28 %	113 %	44 %
Dépenses	7 597	3 093	1 921	2 840	3 431	4 363	23 201	46 447
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	19 %	21 %	21 %	48 %	25 %	23 %	95 %	37 %
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	95 %	90 %	61 %	76 %	85 %	80 %	84 %	84 %

Le budget total approuvé pour cet objectif stratégique s'établissait à US \$127 millions, dont US \$55 millions (44 %) ont été mis à disposition moyennant les contributions fixées et des contributions volontaires. Un montant total de US \$53 millions était destiné aux programmes de base et US \$2,7 millions – aux partenariats et dispositifs de collaboration, principalement au Comité permanent des Nations Unies sur la Nutrition.

La difficulté de collecter des contributions volontaires au bénéfice de cet objectif stratégique a entravé l'aptitude de l'OMS à donner suite aux demandes d'avis scientifiques sur la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments. Les nouvelles activités liées à la consommation des denrées alimentaires se sont de plus en plus portées sur l'interconnexion risque-avantages. Le nouveau mécanisme de financement, à savoir l'initiative mondiale en faveur des avis scientifiques relatifs à l'alimentation, qui concerne à la fois la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments, n'a pas encore mobilisé beaucoup de capitaux. Malgré sa consécration par les États Membres, le Réseau mondial des infections d'origine alimentaire (ex-Global Salm-Surv) est essentiellement subventionné par des contributions en nature (formateurs), d'où la nécessité d'intensifier l'action de collecte.

Le développement du Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) a manqué cruellement de financement. L'absence de systèmes nationaux permettant d'évaluer le risque de zoonose et le risque d'origine alimentaire freine les progrès. De tels systèmes doivent être intégrés au sein d'entités nationales de surveillance alimentaire et bénéficier d'une corrélation directe et efficace avec les réseaux internationaux d'urgence comme INFOSAN et le Réseau GLEWS. Le suivi de la politique et de la surveillance nutritionnelles est actuellement sous-financé même si la prochaine publication du rapport d'étape mondial sur le développement de l'action nutritionnelle doit faciliter la campagne de sensibilisation et de collecte de fonds. Les initiatives tendant à estimer la charge mondiale de morbidité des maladies d'origine alimentaire, en particulier le Groupe de travail de référence sur l'épidémiologie des maladies d'origine alimentaire, ont réussi à mobiliser d'importantes ressources moyennant des efforts ciblés et cohérents pour financer le Secrétariat, le Groupe de référence et son équipe spéciale ; cela prouve que les États Membres et les bailleurs de fonds reconnaissent la valeur de cette initiative. Toutefois, seule la moitié des fonds requis pour ce projet sexennal a été recueillie.

Sur les fonds disponibles, US \$46 millions (84 %) ont été utilisés au cours de l'exercice.

### **ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS**

Si l'action normative de l'OMS fait l'unanimité, le regain d'intérêt pour l'orientation stratégique, la surveillance des maladies d'origine alimentaire et le renforcement des laboratoires a permis d'intensifier encore le rôle de l'Organisation. La reconnaissance accrue des donateurs a permis de soutenir des initiatives comme le Groupe de travail de référence sur l'épidémiologie des maladies d'origine alimentaire. La mise sur pied d'un système uniforme et coordonné pour regrouper les avis scientifiques relatifs à la sécurité sanitaire des aliments devrait offrir de nouvelles possibilités d'intervenir et de rationaliser les activités dans ce secteur. Les actions à mener et le partage d'informations ont été efficacement intégrés à tous les niveaux de l'Organisation et avec les organismes partenaires. L'utilisation des matériels pédagogiques intitulés « Cinq clés pour des aliments plus sûrs » a montré l'efficacité de la promotion et de l'appui au niveau régional.

En ce qui concerne la nutrition, il convient d'intensifier les efforts en vue de créer des synergies entre les trois niveaux de l'Organisation. L'analyse des stratégies de coopération avec les pays a mis en évidence le fait que la nutrition tendait à être reléguée, voire déléguée à d'autres organismes et que cette question allait, par conséquent, être abordée avec les représentants de l'OMS. Un plan mondial visant à renforcer la capacité du personnel de l'OMS a été élaboré et est en instance de financement.



	<p>sur les gens destiné à sensibiliser les principaux experts nationaux de la santé publique, et des outils permettant d'évaluer les services de santé publique ont été utilisés dans le processus de réforme des soins de santé dans 10 pays. Des études de cas des pays ont été menées afin d'évaluer l'impact des réformes de la fourniture de soins de santé telles que la décentralisation des services de santé, les meilleures pratiques en matière de renforcement des services de santé de district et communautaires, et l'autonomie des hôpitaux. Des instruments relatifs à la sécurité des patients, et en particulier les lignes directrices de l'OMS relatives à la sécurité chirurgicale et la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale ont été actualisées ; dans la Région de la Méditerranée orientale, l'initiative pour des hôpitaux soucieux de la sécurité des patients a fait l'objet d'un essai pilote dans sept pays et l'initiative des partenariats africains pour la sécurité des patients a été lancée. L'OMS a terminé ses recherches sur les manifestations indésirables et mis au point un programme d'études sur la sécurité des patients à l'intention des écoles de médecine pour pallier les lacunes en matière de sécurité.</p>
10.2	<p><b>Amélioration des capacités nationales de gouvernance et d'orientation par un dialogue politique fondé sur des bases factuelles, un renforcement de la capacité institutionnelle pour l'analyse et l'élaboration des politiques, une évaluation des résultats des systèmes de santé reposant sur une stratégie, une plus grande transparence et une responsabilité accrue en matière de résultats, et une collaboration intersectorielle plus efficace.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Un cadre d'appui aux stratégies du secteur de la santé et aux processus de planification sanitaire dans les pays répondant aux attentes du renouvellement des soins de santé primaires est en préparation. La coopération technique a été axée principalement sur le renforcement des capacités en matière de planification sanitaire et d'élaboration des politiques dans plus de 60 pays à faible revenu, la mobilisation de ressources provenant par exemple de l'Alliance GAVI et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la mise en œuvre de stratégies sanitaires et l'évaluation de la performance des systèmes de santé, et le soutien au dialogue sur les stratégies sanitaires dans 45 pays de la Région africaine et 14 de la Région des Amériques. L'OMS a également élaboré des outils de planification et de calcul des coûts qui sont utilisés pour développer des services de santé. On a entrepris la mise en place de centres de renseignements sanitaires qui fournissent aux États Membres des analyses de la situation de leurs systèmes de santé régulièrement actualisées.</p>
10.3	<p><b>Amélioration de la coordination des différents mécanismes (y compris l'aide des donateurs) permettant d'appuyer les efforts des États Membres visant à atteindre les cibles nationales pour le développement de leur système de santé et les buts sanitaires mondiaux.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Une aide supplémentaire a été apportée en vue d'aligner plus précisément les interventions mondiales sur les plans de santé nationaux et de soutenir les initiatives de pays à travers, par exemple, les processus de planification nationaux, des tables rondes, des mécanismes de coordination des donateurs et des plates-formes associant une diversité de partenaires. Un document de référence relatif au processus de la Déclaration de Paris comportant un outil de référence rapide a été actualisé. Dans le cadre du Partenariat international pour la santé et les initiatives apparentées, un groupe de travail interinstitutions présidé par l'OMS a élaboré un cadre d'évaluation conjointe des plans sanitaires nationaux, et des orientations ont été</p>

	<p>fournies à 18 pays quant à l'utilisation d'outils et de cadres communs pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé. L'OMS a collaboré avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et la Banque mondiale, facilitant leur passage vers des mécanismes de financement plus harmonisés, ainsi qu'avec l'OCDE et la Banque mondiale pour la préparation d'un rapport<sup>1</sup> à soumettre au troisième forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide. Des études de cas de pays sur le respect du programme d'action relatif à l'efficacité de l'aide ont été réalisées au Cambodge, aux Philippines, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam, et l'OMS continue à suivre l'efficacité de l'aide dans certains pays.</p>
10.4	<p><b>Renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les pays apportant et utilisant des informations de haute qualité et récentes pour la planification sanitaire et pour suivre les progrès vers la réalisation des buts nationaux et des principaux buts internationaux.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>En collaboration étroite avec le Réseau de métrologie sanitaire, l'OMS a aidé à renforcer les systèmes d'information sanitaire. Des évaluations ont été effectuées sur la qualité des données dans quatre pays de la Région européenne, sur les établissements de santé dans cinq pays de la Région africaine, sur la composante analytique des études du secteur de la santé dans trois Régions, et sur les systèmes d'information sanitaire dans 65 pays ; un plan d'action mondial a été établi dans 30 pays. Des consultations régionales se sont tenues sur le renforcement des systèmes d'information sanitaire dans la Région de l'Asie du Sud-Est et sur l'amélioration des statistiques démographiques dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental.</p> <p>Le résultat escompté a été considéré comme partiellement atteint même si l'indicateur cible a été atteint car le résultat n'a pas été pleinement atteint dans toutes les Régions.</p>
10.5	<p><b>Amélioration des connaissances et des bases factuelles permettant de prendre des décisions en matière de santé grâce à une consolidation et à la publication des bases factuelles existantes, à un encouragement de la production de connaissances dans les domaines prioritaires et à une orientation mondiale de la politique de recherche sanitaire et de la coordination dans ce domaine, y compris en ce qui concerne le comportement éthique.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Le Siège et tous les bureaux régionaux ont établi des résumés annuels de statistiques essentielles, et des progrès ont été faits en ce qui concerne la mise en place de bases de données et d'observatoires régionaux, et en ce qui concerne l'amélioration de</p>

<sup>1</sup> *Une aide efficace, une meilleure santé : rapport du forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide, Accra, 2-4 septembre 2008.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, Organisation pour la Coopération et le Développement économiques et Banque mondiale, 2008.

	<p>l'interopérabilité des bases de données. Des rapports spéciaux ont été publiés, notamment sur les femmes et la santé<sup>1</sup> et sur les risques pour la santé dans le monde.<sup>2</sup> De nombreux pays de toutes les Régions ont reçu un appui pour la collecte et l'analyse de données, dans le cadre d'enquêtes sur les ménages – par exemple sur les bilans de santé et le vieillissement – de l'évaluation des établissements ou de recensements, y compris au niveau du district. La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes a été préparée, ainsi que la onzième révision sous forme électronique, et les travaux ont débuté sur des classifications relatives à la sécurité des patients et à la médecine traditionnelle. En 2009, une politique de recherche a été adoptée dans la Région des Amériques. Les Bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale ont poursuivi l'élaboration de leurs stratégies régionales sur la base du projet de stratégie de recherche pour la santé.</p> <p>Le résultat escompté a été considéré comme partiellement atteint car certains aspects ayant trait principalement à la coordination et à la direction de la recherche pour la santé n'ont pas été pleinement atteints dans toutes les Régions.</p>
<p><b>10.6</b></p>	<p><b>Renforcement de la recherche nationale en santé pour le développement des systèmes sanitaires dans le contexte de la recherche régionale et internationale et de l'engagement de la société civile.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Le projet de stratégie OMS de recherche pour la santé a été examiné par le Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session et recommandé pour adoption par la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.<sup>3</sup> En attendant son examen par l'Assemblée de la Santé,<sup>4</sup> plusieurs départements de l'OMS utilisent ce cadre pour actualiser certaines stratégies ou plans, par exemple dans les domaines de la sécurité sanitaire des aliments, de la grippe et de la sécurité des patients. La Stratégie de recherche a notamment été intégrée à la Stratégie mondiale et au Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. Le portail EVIPNET a permis à de nouveaux pays de renforcer leurs systèmes de recherche en santé comme en témoigne la solidité accrue des études menées localement. Une étude argumentée portant sur les questions éthiques de la recherche en santé publiée récemment sera utilisée lors des cours de formation future.<sup>5</sup></p>

<sup>1</sup> *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

<sup>2</sup> *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

<sup>3</sup> Voir EB/124/2009/REC/2.

<sup>4</sup> Renvoyé à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, voir document WHA62/2009/REC/3, procès-verbal de la première réunion du Bureau.

<sup>5</sup> Cash R. et al., eds. *Casebook on ethical issues in international health research*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

10.7	<p><b>Mise au point et application de politiques et de stratégies de gestion des savoirs et de cybersanté en vue d'un renforcement des systèmes de santé.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Des stratégies de gestion du savoir ont été préparées dans quatre bureaux régionaux et une stratégie de cybersanté dans plusieurs pays. Un plus grand nombre de stratégies de coopération de l'OMS avec les pays comportent désormais des éléments de gestion du savoir et de cybersanté et tiennent compte de l'utilisation des technologies d'information sanitaire et des technologies de communication pour renforcer les systèmes de santé. Les partenariats ont été étendus à davantage d'organismes des Nations Unies et autres organismes de développement. La couverture de l'Interréseau-Santé Initiative d'Accès aux Recherches a été élargie, des cours de formation connexe ont été organisés et des matériels de formation ont été mis à disposition en plusieurs langues.</p>
10.8	<p><b>Renforcement de l'information et des bases de données sur les personnels de santé et renforcement des capacités des pays en matière d'analyse, de planification et d'application des politiques, d'échange d'informations et de recherche.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Des efforts supplémentaires ont été faits pour recueillir des données et des informations pour les ressources humaines en vue de la planification sanitaire, du suivi, de la recherche et de la sensibilisation aux niveaux régional et mondial. L'Atlas mondial des personnels de santé, qui peut être consulté sur Internet, est activement alimenté par l'OMS à tous les niveaux, mais bien que la couverture ait augmenté, seuls 44 % des États Membres notifient des données. Une étude administrative a été effectuée concernant l'existence d'unités de ressources humaines pour la santé dans les ministères de la santé comme indicateurs de substitution permettant de mesurer leurs capacités techniques et institutionnelles de concevoir et de diriger la mise en œuvre de politiques connexes.</p>
10.9	<p><b>Appui technique fourni aux États Membres, tout particulièrement à ceux confrontés à de graves difficultés en matière de personnel de santé, afin d'améliorer la production et la répartition du personnel de santé, le dosage des compétences et la fidélisation.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>On a continué à suivre les progrès accomplis sur le plan du développement des ressources humaines pour la santé parmi les 57 pays souffrant de pénuries aiguës de personnels. Selon un bilan, 47 pays sont désormais dotés de plans sur plusieurs années et 25 de plans d'investissement pour améliorer la qualité de la formation des professionnels de santé, mais six seulement disposent de ressources nécessaires pour financer ces plans.</p>



<p><b>10.10</b></p>	<p><b>Appui technique et politique fondé sur des bases factuelles apporté aux États Membres afin d'améliorer le financement du système de santé, en ce qui concerne la disponibilité des fonds, la protection contre les risques financiers et sociaux, l'équité, l'accès aux services et l'efficacité de l'utilisation des ressources.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Face à une demande croissante de soutien technique des pays en vue d'élargir et d'entretenir l'accès aux services et à la protection contre les risques sociaux et financiers, l'OMS a prêté son concours à plus de 65 pays. Des efforts concertés ont eu lieu dans toute l'Organisation afin d'obtenir rapidement des renseignements des pays concernant l'impact sur la santé de la crise financière et leur suggérer des moyens de maintenir ou d'améliorer la couverture universelle tant que cette crise durera. L'OMS a continué à recueillir et diffuser les données factuelles sur les aspects des politiques de financement de la santé en tenant compte de différents intérêts : améliorer l'efficacité et réduire les coûts dans les pays à revenu plus élevé et mobiliser des ressources supplémentaires pour abandonner les paiements directs par l'utilisateur dans les pays à revenu plus faible. Les États Membres de toutes les Régions ont sollicité un appui pour élaborer soit des stratégies générales de financement de la santé, parfois dans le cadre de plans généraux de la santé, soit des éléments d'un système de financement de la santé, tels que des systèmes de paiement des fournisseurs, de financement des hôpitaux et d'assurance-maladie.</p> <p>Le résultat escompté a été considéré comme partiellement atteint même si les cibles de l'indicateur avaient été atteintes car le résultat n'a pas été pleinement atteint dans trois Régions.</p>
<p><b>10.11</b></p>	<p><b>Élaboration de normes, de critères et d'outils de mesure pour suivre l'utilisation des ressources, estimer les conséquences économiques de la maladie et les coûts et les effets des interventions, les frais catastrophiques, la paupérisation et l'exclusion sociale, et appui et suivi concernant leur utilisation.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Des lignes directrices sur l'estimation de l'impact économique des maladies et des traumatismes,<sup>1</sup> ainsi que sur le calcul des dépenses en ressources humaines pour la santé dans le cadre d'un exercice sur les comptes nationaux de la santé<sup>2</sup> ont été mises au point sous forme définitive. Plus de 30 pays ont demandé et reçu un appui pour l'utilisation d'outils, par exemple pour déterminer les frais catastrophiques liés aux versements directs par l'utilisateur et les répercussions financières et les coûts de l'assurance-maladie. Compte tenu du nombre croissant de demandes d'appui émanant de pays pour la préparation des propositions à soumettre aux initiatives mondiales en faveur de la santé, le Bureau régional de l'Afrique a appuyé la préparation de propositions à soumettre au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme présentées par 22 pays et à l'Alliance GAVI présentées par neuf pays.</p>

<sup>1</sup> WHO guide to identifying the economic consequences of disease and injury. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

<sup>2</sup> Dal Poz, M. R. et al. Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health: with special applications for low- and middle- income countries. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale et Agency for International Development des États-Unis d'Amérique, 2009, chapitre 6.

**BUDGET PROGRAMME 2008-2009 – RAPPORT SUR L'APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION**

	<p>Le résultat escompté a été considéré comme partiellement atteint même si le nombre visé d'États Membres ayant reçu un soutien technique pour l'utilisation des outils OMS de suivi, d'évaluation et de gestion financière avait été atteint car les résultats n'avaient pas été pleinement atteints dans deux Régions.</p>
<b>10.12</b>	<p><b>Mesures prises pour préconiser l'affectation de fonds supplémentaires à la santé lorsqu'ils sont nécessaires ; renforcer les capacités de mettre au point une politique de financement de la santé et l'interprétation et l'utilisation de l'information financière ; et stimuler la production et la concrétisation des connaissances pour la mise au point d'une politique de soutien.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>L'OMS a apporté un soutien à plus de 50 pays pour le suivi de leurs dépenses de santé en rapport avec l'élaboration des politiques. Le Bureau régional du Pacifique occidental a actualisé le cadre d'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé tandis que le Bureau régional de l'Europe collaborait avec le Kirghizistan et le Tadjikistan pour mettre en œuvre des approches sectorielles du financement. Les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental ont collaboré à la préparation de modules de formation sur la politique de financement et le Bureau régional des Amériques a apporté un soutien aux pays pour la conception et le suivi des documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté. Le Bureau régional de l'Afrique a apporté un soutien aux pays pour mesurer l'efficacité et étudier la faisabilité d'un financement fondé sur les résultats.</p> <p>Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été considéré comme partiellement atteint même si le nombre cible de partenariats dans lesquels l'OMS avait participé et les pays avaient reçu des options de financement à long terme avait été atteint car quatre bureaux de l'OMS ont signalé qu'un financement insuffisant avait compromis les progrès.</p>

**RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)**

<b>2008-2009</b>	<b>Région africaine</b>	<b>Région des Amériques</b>	<b>Région de la Méditerranée orientale</b>	<b>Région européenne</b>	<b>Région de l'Asie du Sud-Est</b>	<b>Région du Pacifique occidental</b>	<b>Siège de l'OMS</b>	<b>Total</b>
Budget approuvé	142 093	37 462	66 206	48 567	57 829	46 607	115 290	514 054
Fonds disponibles <sup>1</sup>	58 780	21 494	39 493	38 301	34 406	39 282	194 288	426 089
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	<i>41 %</i>	<i>57 %</i>	<i>60 %</i>	<i>79 %</i>	<i>59 %</i>	<i>84 %</i>	<i>169 %</i>	<i>83 %</i>
Dépenses	51 785	20 818	34 680	29 533	30 553	28 838	122 417	318 625
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	<i>36 %</i>	<i>56 %</i>	<i>52 %</i>	<i>61 %</i>	<i>53 %</i>	<i>62 %</i>	<i>106 %</i>	<i>62 %</i>
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	<i>88 %</i>	<i>97 %</i>	<i>88 %</i>	<i>77 %</i>	<i>89 %</i>	<i>73 %</i>	<i>63 %</i>	<i>75 %</i>

<sup>1</sup> Dont US \$23 000 en fonds non répartis.

Le budget total approuvé pour l'objectif stratégique était de US \$514 millions, dont US \$495 millions pour les programmes de base et US \$19 millions pour les partenariats et les dispositifs de collaboration tels que l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients, le Réseau de métrologie sanitaire et l'Alliance mondiale pour les personnels de santé.

Sur le budget approuvé, US \$426 millions du budget approuvé (83 %) ont été mis à disposition à travers les contributions fixées et volontaires, dont US \$347 millions (70 %) pour les programmes de base et US \$79 millions (407 % du budget approuvé) pour les partenariats et les dispositifs de collaboration. Dans la Région africaine et celles de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, le budget approuvé dépassait généralement le montant des fonds qui pouvaient être mobilisés et mis en œuvre pour l'appui aux systèmes de santé au niveau des pays.

Sur les fonds disponibles, US \$319 millions (75 %) ont été mis en œuvre pendant l'exercice biennal. Un montant total de US \$273 millions (79 %) ont été consacrés aux programmes de base et US \$46 millions (58 %) aux partenariats et aux dispositifs de collaboration. Le taux d'exécution inférieur à la moyenne pour les partenariats et les dispositifs de collaboration était principalement dû au niveau plus élevé que prévu de financement reçu, dont une proportion était réservée à des activités en 2010-2011.

#### **ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS**

Le regain d'intérêt pour le renforcement des systèmes de santé et les soins de santé primaires constituait un fait nouveau positif. L'alignement des activités concernant les systèmes de santé, les initiatives mondiales en faveur de la santé et divers programmes de financement fondés sur des plans propres au pays a été une première étape vers l'amélioration du fonctionnement des systèmes de santé nationaux. Si les partenariats internes et externes ont été renforcés, la synergie et la collaboration entre tous les niveaux de l'Organisation sont des aspects qui demandent encore à être améliorés. Le manque de compétences, en particulier au niveau des pays, est une difficulté majeure. C'est pourquoi les effectifs des personnels de santé doivent être augmentés et leurs compétences renforcées dans les pays où les besoins sont les plus grands.

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

Au cours de l'exercice 2008-2009, 29 pays ont, avec le soutien pérenne de l'OMS, formulé ou actualisé leur politique pharmaceutique et 10 ont élaboré une politique de transplantation ; plusieurs pays des Régions d'Afrique et du Pacifique occidental ont défini leur politique nationale sur la médecine traditionnelle et 15 pays ont arrêté une politique de sécurité transfusionnelle. Les directives et stratégies relatives aux politiques pharmaceutiques ont été mises à jour dans deux Régions. Les États Membres ont adopté la Stratégie mondiale et le Plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

Fin 2009, 46 organismes nationaux de réglementation des médicaments et 114 organismes de réglementation des vaccins ont fait l'objet d'une évaluation officielle. La surveillance applicable à la préqualification des vaccins contre l'infection par le virus de la grippe pandémique A (H1N1) 2009 a été évaluée dans 13 pays. Bon nombre de pays en développement n'ont toujours pas de mécanisme réglementaire adéquat pour les médicaments, les vaccins, les produits sanguins, les produits diagnostiques et autres technologies sanitaires.

Malgré le potentiel des stratégies globales d'approvisionnement et l'utilisation rationnelle des produits médicaux visant à réduire le gaspillage médical et économique, leur promotion a été entravée par le manque d'intérêt politique au niveau national et l'insuffisance des ressources au sein de l'OMS.

**APPRÉCIATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION**

Sur les **trois résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** pour cet objectif stratégique, l'un a été « pleinement atteint » et les deux autres « partiellement atteints ».

<b>Pleinement atteint (1)</b>	<b>Partiellement atteints (2)</b>	

<b>11.1</b>	<p><b>Plaidoyer et soutien en faveur de la formulation et du suivi de politiques nationales complètes concernant l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Cinquante-six pays au total ont obtenu un soutien pour formuler, mettre en œuvre et suivre leur politique pharmaceutique nationale ; des experts originaires de 60 autres pays ont participé à des sessions de formation dans des domaines connexes. Les indicateurs mondiaux permettant de suivre l'accès aux médicaments essentiels ont été affinés et utilisés dans deux rapports des Nations Unies consacrés à la réalisation de l'objectif 8 du Millénaire pour le développement.<sup>1,2</sup> Le premier Congrès mondial de l'OMS sur la médecine</p>
-------------	---

<sup>1</sup> *Delivering on the global partnership for achieving the Millennium Development Goals: Millennium Development Goals gap task force report 2008*. New York, Organisation des Nations Unies, 2008.

<sup>2</sup> *Strengthening the global partnership for development in a time of crisis: Millennium Development Goals gap task force report 2009*. New York, Organisation des Nations Unies, 2009.

	<p>traditionnelle, tenu à Beijing du 7 au 9 novembre 2008, a adopté la Déclaration sur l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé nationaux. Un nouveau processus de réglementation des vaccins a été expérimenté dans trois pays et un programme mondial de formation permettant de passer au crible les données cliniques de l'homologation des vaccins a été conçu. Un appui technique a été fourni à 22 pays prioritaires pour leur permettre d'étayer leurs services de transfusion sanguine et à 39 autres pour qu'ils améliorent la sécurité des injections.</p> <p>Le résultat escompté a été apprécié comme partiellement atteint car l'appui prévu dans les domaines de la gestion des approvisionnements pharmaceutiques et de l'innocuité du sang et des produits sanguins, n'a pas été mis en œuvre, en grande partie du fait de l'insuffisance des contributions volontaires.</p>
11.2	<p><b>Élaboration de lignes directrices, normes et critères internationaux concernant la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'utilisation d'un bon rapport coût/efficacité des technologies et produits médicaux, et plaidoyer et soutien en faveur de leur application au niveau national et/ou régional.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Au total, 67 monographies mondiales sur la qualité des médicaments, sept normes de référence, 30 spectres de référence et 10 séries de directives sur la qualité des produits pharmaceutiques ont été publiées. Le programme de préqualification des Nations Unies, géré par l'OMS, a préqualifié 84 produits, dont 14 formules pédiatriques. Dix-neuf normes mondiales sur la qualité des vaccins ont été arrêtées ou actualisées. Fin 2009, 98 vaccins préqualifiés avaient été fabriqués dans 16 pays, subvenant ainsi aux besoins de 53 % de la cohorte des naissances dans 112 pays. Les efforts d'harmonisation de la réglementation se sont intensifiés dans la Région africaine. Au final 12 normes mondiales, assorties des orientations s'y rapportant, ont été rendues publiques ; elles visaient notamment le don de sang, la transplantation de cellules et de tissus d'origine humaine et la planification des investissements. Des participants originaires de nombreux pays ont pris part aux programmes de formation consacrés à la sécurité transfusionnelle, aux soins chirurgicaux d'urgence et à d'autres technologies sanitaires. Les processus de préqualification des produits diagnostiques applicables au VIH/sida et au paludisme ont débuté.</p>
11.3	<p><b>Au Secrétariat, ainsi que dans les programmes régionaux et nationaux, élaboration – sur la base de données factuelles – et promotion d'orientations politiques pour inciter les agents de santé et les patients à faire un usage scientifiquement rationnel et économiquement efficace des technologies et produits médicaux.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>La dix-septième édition de la liste modèle OMS des médicaments essentiels et la deuxième édition de la liste modèle OMS des médicaments essentiels destinés à l'enfant sont parues en mars 2009. La plupart des pays de tous niveaux de revenu sont en train de les adapter et d'établir des listes nationales qui serviront de base à l'achat des produits pharmaceutiques et à leur utilisation dans le secteur public ; certains s'en inspirent aussi pour leurs régimes d'assurance et de remboursement. Des cours de formation ont été organisés à l'échelle régionale et plusieurs pays ont été épaulés dans le domaine des directives cliniques, de la tarification des produits et du remboursement des médicaments essentiels. Un projet de liste d'appareils médicaux essentiels, destinés à une centaine de protocoles de pratiques cliniques et à cinq catégories d'établissements de soins, a été établi. Suite à la résolution WHA60.16 sur les progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, la base de données mondiale</p>

**BUDGET PROGRAMME 2008-2009 – RAPPORT SUR L'APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION**

	regroupant les études pertinentes a été achevée. L'appui aux pays pour promouvoir l'usage rationnel auprès des prescripteurs et des patients tend à se limiter aux activités normatives nationales comme la mise à jour des listes de médicaments essentiels et des directives thérapeutiques et aux projets expérimentaux, alors que les programmes de mise en œuvre nationale pleinement développés restent rares dans toutes les Régions.
	Le résultat escompté a été apprécié comme partiellement atteint en raison du manque d'intérêt politique au niveau des pays et de l'insuffisance des ressources au sein de l'OMS.

**RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)**

2008-2009	Région africaine	Région des Amériques	Région de la Méditerranée orientale	Région européenne	Région de l'Asie du Sud-Est	Région du Pacifique occidental	Siège de l'OMS	Total
Budget approuvé	22 592	8 940	16 763	6 971	14 290	9 989	54 488	134 033
Fonds disponibles <sup>1</sup>	20 968	5 573	7 852	3 465	5 917	13 609	103 038	160 497
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	93 %	62 %	47 %	50 %	41 %	136 %	189 %	120 %
Dépenses	19 147	5 200	6 572	3 635	5 401	9 049	77 635	126 638
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	85 %	58 %	39 %	52 %	38 %	91 %	142 %	94 %
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	91 %	93 %	84 %	105 %	91 %	66 %	75 %	79 %

Le budget approuvé total pour cet objectif stratégique s'établissait à US \$134 millions, dont US \$160 millions (120 %) ont été recueillis par les contributions fixées et des contributions volontaires. L'accroissement tenait principalement à la nécessité de disposer d'un financement complémentaire pour les activités normatives mondiales, notamment l'élargissement du programme de préqualification OMS/Nations Unies pour les vaccins prioritaires, les produits pharmaceutiques et diagnostiques, et pour le programme d'amélioration des médicaments destinés aux enfants. Sur les crédits disponibles, US \$127 millions (79 %) ont été dépensés au cours de l'exercice. Les fonds disponibles n'ont pas été intégralement mis en œuvre car certaines contributions ne sont parvenues que tardivement et le recrutement du personnel attaché à ces programmes a donc été différé.

Sur le budget approuvé, 41 % devaient aller aux fonctions normatives à l'échelle mondiale et 59 % aux activités d'appui aux Régions et aux pays. La difficulté de collecter des fonds pour les activités d'appui aux pays, en particulier dans les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est, s'est traduite par le non-financement d'une partie du budget régional et des pays. Avec l'augmentation du budget mondial pour les fonctions normatives, il en a résulté un ratio de dépenses de 61 % pour les activités normatives et de 39 % pour l'appui aux Régions et aux pays. Ce ratio a été constant au cours des exercices précédents et ne s'applique pas à l'OMS dans son ensemble, mais reflète correctement l'importance du volet « normes mondiales » de cet objectif stratégique.

<sup>1</sup> Dont US \$74 000 de fonds non répartis.

### **ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS**

Lorsque des sujets techniques, comme la contrefaçon des médicaments ou la préqualification des produits, suscitent à la fois un grand intérêt politique et des controverses, certaines conditions s'imposent pour assurer la continuité des progrès, à savoir : une vaste consultation mondiale, des règles et des procédures strictement appliquées, la publication d'une norme mondiale unique reposant sur l'ensemble des données scientifiques disponibles, et une transparence totale à l'égard des progrès et innovations futures.

Les autorités de réglementation ont été bien préparées et ont réagi avec vigueur à la nécessité de faciliter l'élaboration rapide de vaccins contre l'infection par le virus de la grippe pandémique A (H1N1) 2009, tout en préservant, en proportion, la surveillance indépendante de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des produits candidats. Les autorités des États Membres ont également coopéré avec l'OMS et entre elles pour échanger des informations afin d'adopter un consensus en la matière.

Certains domaines techniques, comme la maîtrise de la résistance antimicrobienne, la promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments et des appareils médicaux, ainsi que la sécurité des injections, manquent de financement extrabudgétaire et ne progressent donc pas beaucoup, bien qu'ils soient soutenus par des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et se caractérisent par des avantages médicaux et économiques potentiels.

Le fait de combler le manque de moyens des pays à revenu faible ou intermédiaire pourrait améliorer la mise en œuvre des activités prévues. Par exemple, moins d'un tiers des États Membres possèdent un mécanisme de réglementation des produits diagnostiques et, si les dispositions existent, il arrive souvent qu'elles ne soient pas appliquées. Dans ces pays-là, l'OMS devrait s'employer à faciliter la réforme institutionnelle et à renforcer les capacités des cadres attachés à ces organismes.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 12**

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

La crise économique mondiale et la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 ont nécessité le resserrement de la coopération entre tous les techniciens de l'Organisation, améliorant ainsi la diffusion d'informations périodiques sur les risques et les ripostes adaptées aux situations nationales. La série de conférences régionales sur le renouveau des soins de santé primaires a clairement attribué un rôle de chef de file à l'OMS et encouragé la collaboration avec les pays et les partenaires. Outre les sessions des organes directeurs, les réunions des groupes de travail intergouvernementaux sur l'innovation en matière de santé publique et la propriété intellectuelle et sur la préparation à la pandémie de grippe ont facilité les échanges entre États Membres sur les urgences de santé publique. Des progrès ont été accomplis concernant l'alignement des stratégies de coopération des pays sur les priorités des États Membres et l'harmonisation au sein des Nations Unies et avec d'autres partenaires de l'action de développement. L'Organisation a renforcé son engagement en faveur des mécanismes et initiatives de partenariat, comme le processus expérimental du groupe des Nations Unies dans le domaine du développement intitulé « Unis dans l'action » et le Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées, en particulier à l'échelon des pays.

**APPRÉCIATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION**

Sur les **quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** pour cet objectif stratégique, tous ont été « pleinement atteints ».

<b>Pleinement atteints (4)</b>			
--------------------------------	--	--	--

<b>12.1</b>	<p><b>Bon encadrement et ferme direction de l'Organisation assurés moyennant un renforcement de la gouvernance, de la cohérence, de la responsabilité et de la synergie des activités de l'OMS.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>L'encadrement, la synergie et les performances ont été étayés dans toute l'Organisation moyennant la tenue de réunions périodiques du Groupe de la politique mondiale, ainsi que l'organisation de retraites mensuelles à l'intention des sous-directeurs généraux, la convocation périodique des équipes de direction au niveau régional et la participation plus étroite des chefs des bureaux de pays de l'OMS, par exemple à l'occasion de leur cinquième réunion mondiale. Le Directeur général a montré une fois encore que l'OMS assumait son rôle de chef de file en dialoguant de façon constructive avec différents partenaires tout en coordonnant le programme d'action sanitaire, et en soutenant activement le Secrétaire général des Nations Unies sur les questions de politique étrangère et de santé mondiale. Plusieurs réunions de groupes de travail intergouvernementaux se sont soldées par l'adoption de stratégies et de plans d'action au niveau mondial.</p> <p>Le résultat escompté a été apprécié d'après une évaluation qualitative car on a estimé que l'enquête menée auprès des parties prenantes n'était plus adaptée à la situation.</p>
-------------	---



12.2	<p><b>Présence effective de l'OMS établie dans les pays pour appliquer des stratégies de coopération de l'OMS avec les pays alignées sur le programme national de santé et de développement des États Membres, et harmonisées avec l'équipe des Nations Unies dans le pays et les autres partenaires de l'action de développement.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>La mise en œuvre, jusqu'ici dans deux Régions, du programme de développement des capacités d'harmonisation et d'alignement a permis d'améliorer l'aptitude des équipes de pays à s'engager auprès de leurs partenaires et à harmoniser leurs travaux avec d'autres organismes des Nations Unies et partenaires de l'action de développement. Les bureaux régionaux de l'OMS ont intensifié leur collaboration avec le mécanisme de l'équipe des directeurs régionaux des Nations Unies opérant au sein du cadre de l'aide au développement. Au total, 145 États Membres ont des stratégies de coopération avec les pays qui sont régulièrement actualisées et qui servent à renforcer la composante sanitaire du Cadre et d'autres partenariats à vocation sanitaire et à mobiliser des ressources supplémentaires. Un processus de sélection des chefs de bureau de pays par voie de concours a été impulsé au cours de l'exercice.</p>
12.3	<p><b>Les mécanismes mondiaux de l'action de santé et du développement apportent des ressources techniques et financières plus durables et prévisibles pour la santé, conformément à un programme commun d'action sanitaire tenant compte des besoins et des priorités sanitaires des États Membres.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>L'élaboration d'orientations stratégiques destinées aux processus de réforme des Nations Unies, dont l'initiative « Unis dans l'action », et relatives aux partenariats, a permis d'améliorer la cohérence entre l'OMS et les Nations Unies, d'accueillir des partenariats et de conclure divers accords de collaboration. L'engagement des bureaux régionaux envers les mécanismes de coordination régionale des Nations Unies et les Directeurs régionaux d'autres organismes des Nations Unies a intensifié les synergies et l'harmonisation, permettant ainsi de porter à leur maximum les contributions au programme de développement sanitaire aux niveaux régional et national. Les équipes de pays de l'OMS ont pris la tête du Groupe Santé au sein du cadre de l'aide au développement des Nations Unies. Pour appuyer le renouveau des soins de santé primaires, l'Organisation a aussi dynamisé et étoffé son action en direction de la société civile. Quelque 250 possibilités de collaboration avec le secteur privé ont été passées en revue. Des mémorandums d'accord ont été rendus publics ou reconduits avec quatre partenariats hébergés et plusieurs organisations intergouvernementales.</p>
12.4	<p><b>Connaissances dans le domaine de la santé et matériels de sensibilisation essentiels multilingues mis à la disposition des États Membres, des partenaires de l'action de santé et des autres acteurs concernés moyennant l'échange et la communication des connaissances.</b></p> <p><i>Pleinement atteint</i></p> <p>Parmi les réalisations de l'OMS figuraient la mise en œuvre d'une politique de publication de l'OMS, l'élargissement de la liste d'ensemble des publications, l'adoption et la mise en œuvre de la résolution WHA61.12 sur le multilinguisme et l'amélioration de l'accès à la documentation technique et scientifique grâce aux services de la Bibliothèque mondiale. Des</p>

**BUDGET PROGRAMME 2008-2009 – RAPPORT SUR L'APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION**

	documents d'information fondamentaux, comme les <i>Rapports sur la santé dans le monde</i> , les rapports régionaux et les publications techniques et scientifiques, ainsi que les versions multilingues du <i>Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé</i> et du <i>Rapport sur la santé dans le monde</i> , ont été publiés et distribués dans les délais prévus. Le rôle de l'Internet en matière de partage et de diffusion des informations sanitaires va croissant et des sites Web multilingues sont désormais opérationnels à tous les niveaux de l'Organisation. Celui du Bureau régional pour l'Afrique a été réorganisé en anglais, français et portugais ; celui du Bureau régional pour la Méditerranée orientale propose aujourd'hui l'accès à 40 portails en arabe et en anglais, et 12 bureaux de pays de la Région ont lancé eux aussi des sites Web. Les réseaux d'information sanitaire de l'OMS comprennent la Bibliothèque mondiale de la santé, les Services de documentation, de bibliothèque et d'information sanitaire, la Bibliothèque virtuelle de santé et le groupement des revues médicales.
--	---

**RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)**

2008-2009	Région africaine	Région des Amériques	Région de la Méditerranée orientale	Région européenne	Région de l'Asie du Sud-Est	Région du Pacifique occidental	Siège de l'OMS	Total
Budget approuvé	48 966	16 559	26 482	25 341	14 304	15 636	67 056	214 344
Fonds disponibles	45 088	13 187	22 834	25 358	13 109	15 147	100 184	234 908
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	92 %	80 %	86 %	100 %	92 %	97 %	149 %	110 %
Dépenses	44 967	10 741	23 403	24 903	12 986	13 950	87 516	218 466
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	92 %	65 %	88 %	98 %	91 %	89 %	131 %	102 %
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	100 %	81 %	102 %	98 %	99 %	92 %	87 %	93 %

Le budget total approuvé pour cet objectif stratégique s'établissait à US \$214 millions, dont US \$235 millions (110 %) ont été mis à disposition par le biais des contributions fixées et de contributions volontaires, principalement au titre des dépenses d'appui au programme. Sur les crédits disponibles, US \$218 millions (93 %) ont été utilisés au cours de l'exercice. Une mise en œuvre du budget approuvé supérieure à celle escomptée au Siège et son corollaire qu'est l'accroissement de l'allocation des dépenses d'appui programmatique à cet objectif stratégique étaient essentiellement imputables à une hausse inattendue des coûts salariaux due à la fluctuation des taux de change.

Lors des exercices passés, l'ensemble des dépenses dépassait les recettes tirées de l'appui au programme. Un groupe de travail de l'OMS a été constitué afin d'examiner cette situation et de proposer des modalités pour améliorer l'harmonisation entre les objectifs stratégiques 12 et 13 afin de réaliser des économies et de mettre en place des méthodes de travail permettant le recouvrement intégral des coûts.

Au niveau des Régions, le fonds de développement régional relève de l'objectif stratégique 12, même s'il est surtout sollicité pour des interventions sanitaires d'urgence. Cette conception est actuellement à l'examen et un fonds d'urgence sera mis en place au titre de l'objectif stratégique 5.

### **ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS**

Améliorer la cohérence et le dialogue dans toute l'Organisation et promouvoir son rôle de chef de file, ce à quoi le Directeur général et les Directeurs régionaux se sont pleinement engagés, ont été au cœur de l'attention pendant tout l'exercice biennal. Les stratégies de coopération avec les pays ont, elles aussi, été largement mises en œuvre.

La crise financière a stimulé le débat sur la nécessité de définir plus précisément les fonctions fondamentales de l'OMS. Si la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 a représenté un défi supplémentaire, elle a aussi fourni l'occasion d'expérimenter les mécanismes de collaboration, les partenariats et les systèmes de communication et de les renforcer en tant que de besoin.

Des ressources appropriées sont nécessaires si l'on veut améliorer l'efficacité et réaliser des économies tout en préservant la qualité des fonctions d'encadrement, de gouvernance et de partenariat de l'OMS. La convocation de groupes de travail intergouvernementaux et de consultations supplémentaires non planifiés a eu des effets négatifs sur les activités programmées. Les partenariats et initiatives sur la santé dans le monde ont aussi accru les demandes formulées auprès du personnel technique de l'OMS, en particulier à l'appui des besoins des pays.

Les stratégies de coopération avec les pays sont désormais reconnues comme un point de référence à l'échelle de l'Organisation pour les activités des pays et doivent, par conséquent, faire l'objet d'un suivi plus rigoureux. Le processus de sélection des chefs de bureau de l'OMS, basé sur les compétences et organisé sur concours, devrait renforcer le rôle de chef de file de l'OMS dans les pays, pour autant qu'il soit strictement appliqué.

Les efforts tendant à harmoniser le budget avec les priorités de l'OMS, et les résultats escomptés avec les ressources disponibles seront poursuivis moyennant un dialogue avec les États Membres. Le suivi des résultats de l'Organisation sera encore renforcé à l'aide d'indicateurs approuvés d'un commun accord.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 13**

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

Le cadre de gestion de l'OMS basé sur les résultats a été renforcé moyennant l'évaluation et l'utilisation plus strictes des indicateurs de performance, et un meilleur alignement sur les priorités définies dans les stratégies de coopération avec les pays. Le Système mondial de gestion (GSM) a été mis en place au Siège et dans la Région du Pacifique occidental ; les préparatifs et la formation idoine se sont achevés en vue de sa mise en œuvre dans les Régions de la Méditerranée orientale, de l'Europe et de l'Asie du Sud-Est. Le Système mondial de gestion dote l'Organisation d'un système pleinement intégré englobant planification et budgétisation, exécution technique et financière, suivi et notification, gestion budgétaire et financière. Les Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) ont été adoptées dans le cadre du processus d'harmonisation des Nations Unies, mais leur couverture ne sera totale que lorsque le GSM deviendra pleinement opérationnel dans toutes les Régions. Le Centre mondial de services propose un appui gestionnaire et administratif dans le domaine des technologies de l'information, de la masse salariale, des ressources humaines, des paiements et des achats. Ses performances avoisinent le niveau de service escompté dans tous les domaines. La plupart des éléments du plan-cadre d'équipement pour 2008-2009 ont été achevés ; de nombreux projets différés sont, toutefois, restés non financés. Le premier plan mondial de mise en valeur des ressources humaines a été établi et un processus révisé a été instauré pour désigner les chefs des bureaux de pays de l'OMS à partir d'une liste mondiale. La coopération a été resserrée entre le Siège et les bureaux régionaux afin de mieux suivre l'alignement entre les dépenses prévues, les ressources des donateurs, l'exécution et les résultats. La décision de créer un comité consultatif d'experts indépendants de la surveillance, que le Conseil exécutif a prise à sa cent vingt-cinquième session dans la résolution EB125.R1, aura des effets positifs sur les systèmes de gestion des risques et de contrôle.

**APPRÉCIATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION**

Sur les **six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** pour cet objectif stratégique, l'un a été « pleinement atteint » et cinq « partiellement atteints ».

<b>Pleinement atteint (1)</b>	<b>Partiellement atteints (5)</b>				

<b>13.1</b>	<p><b>Activités de l'Organisation guidées par des plans stratégiques et opérationnels qui s'appuient sur l'expérience acquise, tiennent compte des besoins des pays, sont élaborés en commun à tous les niveaux de l'Organisation et servent à mesurer la performance et évaluer les résultats.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Le Système de gestion de l'OMS a été conforté et l'on a polarisé davantage sur la collecte des indicateurs de performance et leur analyse et sur la planification de l'action au niveau des pays. Le fait que les indicateurs aient été affinés dans le plan stratégique à moyen terme modifié signifie que les indicateurs des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont plus précis et plus faciles à apprécier et à notifier. Une plus grande compétence dans le domaine de la gestion reposant sur les résultats, des processus de planification, dont la planification stratégique, du suivi des programmes et de leur évaluation s'est traduite par</p>
-------------	---

	<p>une meilleure cohérence et harmonisation des processus de planification et une transparence accrue du suivi des performances et de leur notification. Le cadre d'élaboration et de gestion des programmes au niveau des pays a été clarifié et l'on s'est tout particulièrement employé à faire en sorte que les plans de travail soient alignés sur les priorités indiquées dans les stratégies de coopération avec les pays. Des mécanismes d'examen collégial plus systématique ont amélioré la qualité des processus de planification et la gestion des résultats à tous les niveaux.</p> <p>Les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été appréciés comme partiellement atteints car les délais fixés pour le suivi et la notification n'ont pas toujours été respectés.</p>
13.2	<p><b>Pratiques financières saines et, par un effort de mobilisation et un suivi constants, gestion judicieuse des ressources afin qu'elles correspondent aux budgets programmes.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Grâce à un suivi plus approfondi et en temps réel, le Système mondial de gestion peut déceler et suivre les déficits de financement et les risques, permettant ainsi d'allouer les crédits sur une base plus solide, notamment ceux qui figurent sur le compte des contributions volontaires essentielles. Un engagement actif auprès des bailleurs de fonds en vue d'obtenir des dons à la fois souples et prévisibles s'est traduit par la contribution de 14 donateurs et la signature de plusieurs accords-cadres pluriannuels. Si l'application des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) a légèrement progressé, leur couverture ne sera pas totale tant que le GSM n'aura pas été adopté dans tous les bureaux de l'OMS. Une gestion judicieuse a permis de garantir un rendement positif, bien que modeste, de l'ensemble des capitaux investis nonobstant les difficultés sans précédent liées à la crise bancaire mondiale. Malgré les retards qui ont affecté l'établissement des rapports financiers et la gestion des recettes du fait des problèmes de mise en service du GSM, lesquels ont particulièrement pesé sur la planification des ressources humaines, toutes les obligations ont finalement été respectées.</p> <p>Le résultat escompté a été apprécié comme partiellement atteint en raison de l'insuffisance du montant fixé pour des contributions volontaires totalement flexibles.</p>
13.3	<p><b>Adoption, dans le domaine des ressources humaines, de politiques et pratiques propres à attirer et fidéliser les meilleurs éléments, à promouvoir l'apprentissage et le perfectionnement du personnel, à faciliter la gestion de l'exécution des tâches et à inciter au respect des règles d'éthique.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>La politique des accords contractuels a été modifiée de façon à préserver l'équité entre les différentes catégories d'engagement. <i>Le Cyber-manuel de l'OMS</i> actualisé a regroupé les procédures et politiques applicables aux ressources humaines sous une forme facilement accessible à l'ensemble du personnel de l'Organisation. De nombreux exercices de formation et d'animation ont été conduits dans le but d'intégrer en douceur les ressources humaines dans le Système mondial de gestion, et un soutien pérenne a été fourni à tous les niveaux organiques. La communication et le dialogue ont été améliorés, notamment grâce aux réunions du Conseil mondial personnel/administration et des administrateurs du personnel des bureaux régionaux, et grâce au lancement du site Web mondial sur la communauté des ressources humaines. L'achèvement, en 2009, du premier plan de travail mondial sur les ressources humaines, a clairement indiqué quelles étaient les priorités de</p>

	<p>l'OMS et devrait faciliter la répartition des rôles et des responsabilités. Les évaluations initiales ont été achevées pour établir la première liste mondiale des chefs des bureaux de pays de l'OMS. Un document portant sur les principes éthiques et déontologiques a été publié et diffusé auprès de tous les fonctionnaires.</p> <p>Le résultat escompté a été apprécié comme partiellement atteint car l'adoption d'un calendrier officiel de mobilité a été différée jusqu'à l'exercice 2010-2011.</p>
<p><b>13.4</b></p>	<p><b>Adoption de stratégies, politiques et pratiques en matière de gestion des systèmes d'information pour offrir des solutions fiables, sûres et d'un bon rapport coût/efficacité tout en tenant compte de l'évolution des besoins de l'Organisation.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Le déploiement du Système mondial de gestion à partir du deuxième semestre 2008 a créé l'occasion de partager une structure commune, de passer en revue l'intégration des systèmes et de regrouper les processus dans toute l'Organisation. Le réseau privé mondial fonctionne maintenant à l'échelon des bureaux régionaux et de pays, permettant ainsi à l'OMS d'utiliser des applications mondiales pour générer des économies d'échelle en matière de gestion opérationnelle. Au cours de l'année 2009, l'action a porté sur l'intégration des processus s'inspirant de la Bibliothèque pour l'infrastructure, des technologies de l'information que le Bureau mondial d'assistance informatique utilise avec ses homologues régionaux. Des structures d'appui ont été conçues et les procédures opérationnelles ont été continuellement affinées afin de servir efficacement l'ensemble des utilisateurs final à tous les niveaux de l'Organisation. Parmi les autres réalisations des technologies de la communication et de l'information figuraient la mise en œuvre d'un Système mondial de gestion de l'identité, l'élaboration de politiques de sécurité de l'information et l'organisation des secours en situation d'urgence.</p> <p>Le résultat escompté a été apprécié comme partiellement atteint en raison de l'adoption limitée du Système mondial de gestion comme plate-forme primaire d'une gestion cohérente de l'information en temps réel.</p>
<p><b>13.5</b></p>	<p><b>Prestation des services gestionnaires et administratifs nécessaires au bon fonctionnement de l'Organisation conformément à des accords sur la qualité de service qui privilégient notamment la réactivité.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>La prestation de services gestionnaires et administratifs a d'abord été entravée par l'adoption du Système mondial de gestion et du Centre mondial de services. Le niveau des services a été perturbé pendant la première année d'exploitation (du sixième au dix-huitième mois de l'exercice biennal), car le Système était instable et la plupart des collaborateurs affectés au Centre étaient nouveaux venus à l'OMS. La prestation de services s'est améliorée courant 2009 et, au deuxième semestre de l'année, le Centre fonctionnait conformément à l'Accord sur la qualité de services. Les comptes fournisseurs ainsi que le service des achats et de la logistique ont tous atteint leurs objectifs fixés, alors que le Bureau de la paie et le Service des ressources humaines au niveau mondial ne les ont que partiellement atteints. Les problèmes relatifs à la qualité et aux contrôles ont été circonscrits et sont en voie de résolution.</p>

<b>13.6</b>	<p><b>Cadre de travail contribuant au bien-être et à la sécurité du personnel dans tous les lieux d'affectation.</b></p> <p><i>Partiellement atteint</i></p> <p>Les réalisations dans ce domaine ont été le fruit d'une gestion minutieuse et de l'exécution de projets de rénovation et d'entretien indispensables. En général, les bureaux régionaux et de pays se sont efforcés d'améliorer la sécurité moyennant des sessions de formation obligatoires pour tous les fonctionnaires, l'octroi d'une assistance technique et la pratique d'exercices d'évacuation en cas d'incendie et d'urgence. Le respect des normes minimales de sécurité opérationnelle dans les bureaux de pays a atteint le taux moyen mondial de 70 % ; des recommandations adaptées ont été formulées dans le cas des bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale.</p>
-------------	--

**RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE (en milliers de US \$)**

2008-2009	Région africaine	Région des Amériques	Région de la Méditerranée orientale	Région européenne	Région de l'Asie du Sud-Est	Région du Pacifique occidental	Siège de l'OMS	Total
Budget approuvé	125 526	29 823	38 040	36 932	49 551	33 214	229 286	542 372
Fonds disponibles	99 885	18 688	37 492	38 268	37 016	29 419	252 294	513 061
<i>Fonds disponibles en pourcentage du budget approuvé</i>	80 %	63 %	99 %	104 %	75 %	89 %	110 %	95 %
Dépenses	99 348	19 337	38 611	37 065	36 755	25 122	233 387	489 624 <sup>1</sup>
<i>Dépenses en pourcentage du budget approuvé</i>	79 %	65 %	102 %	100 %	74 %	76 %	102 %	90 %
<i>Dépenses en pourcentage des fonds disponibles</i>	99 %	103 %	103 %	97 %	99 %	85 %	93 %	95 %

Le budget total approuvé pour cet objectif stratégique s'établissait à US \$542 millions, dont US \$513 millions (95 %) ont été mis à disposition par le biais des contributions fixées et de contributions volontaires. Sur les crédits disponibles, US \$490 millions (95 %) ont été utilisés au cours de l'exercice biennal.

Cinquante-cinq pour cent du financement provenait des contributions fixées, soit 25 % seulement du financement de l'Organisation ; il a été pleinement réalisé. La croissance des opérations de l'Organisation par rapport aux exercices précédents a entraîné une augmentation de l'appui gestionnaire aux programmes, y compris via le renforcement des coûts de conception technologique et de sécurité.

Les contributions volontaires et les recettes liées aux dépenses d'appui aux programmes ont été insuffisantes pour couvrir la part du budget total allouée aux frais de gestion et d'administration. Dans le budget programme 2010-2011, il est prévu de participer aux consultations du système des Nations Unies consacrées au recouvrement des coûts afin de trouver le moyen d'imputer directement aux travaux techniques une partie des

<sup>1</sup> Des dépenses supplémentaires d'un montant de US \$52 millions ont été financées moyennant d'autres mécanismes.

frais administratifs, lorsque tel peut être raisonnablement le cas. Cette quête devrait permettre de mieux appuyer cet objectif stratégique lors du prochain exercice biennal.

### **ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET PRINCIPALES DIFFICULTÉS**

Une bonne partie des travaux liés à cet objectif stratégique a été influencée par les préparatifs de lancement du Système mondial de gestion à tous les niveaux. Les nouvelles modalités et disciplines ont modifié la façon dont l'OMS planifie son action et dont les plans s'articulent autour de la mise en œuvre des programmes et des sources de financement. Le déploiement des technologies de l'information a, lui aussi, été touché.

La mise en place du Système mondial de gestion s'est soldée par des difficultés de fonctionnement, l'irritation des usagers et beaucoup de temps passé à rectifier le tir. Pour assurer à l'avenir efficacité de gestion et responsabilisation, il conviendra de miser davantage sur la qualité des données du Système, la planification des ressources humaines et financières, les normes et processus communs, sans oublier le suivi et l'analyse des facteurs de coût.

Une budgétisation trop optimiste, assortie d'un niveau de contribution externe inférieur à celui fixé par l'Assemblée mondiale de la Santé, a mis en évidence le manque de concordance entre les ressources et la mise en œuvre du programme. Le Secrétariat est en train d'élaborer des stratégies pertinentes, dont un plan d'action destiné à affiner l'alignement des ressources, lequel sera soumis à l'examen du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif.

= = =