



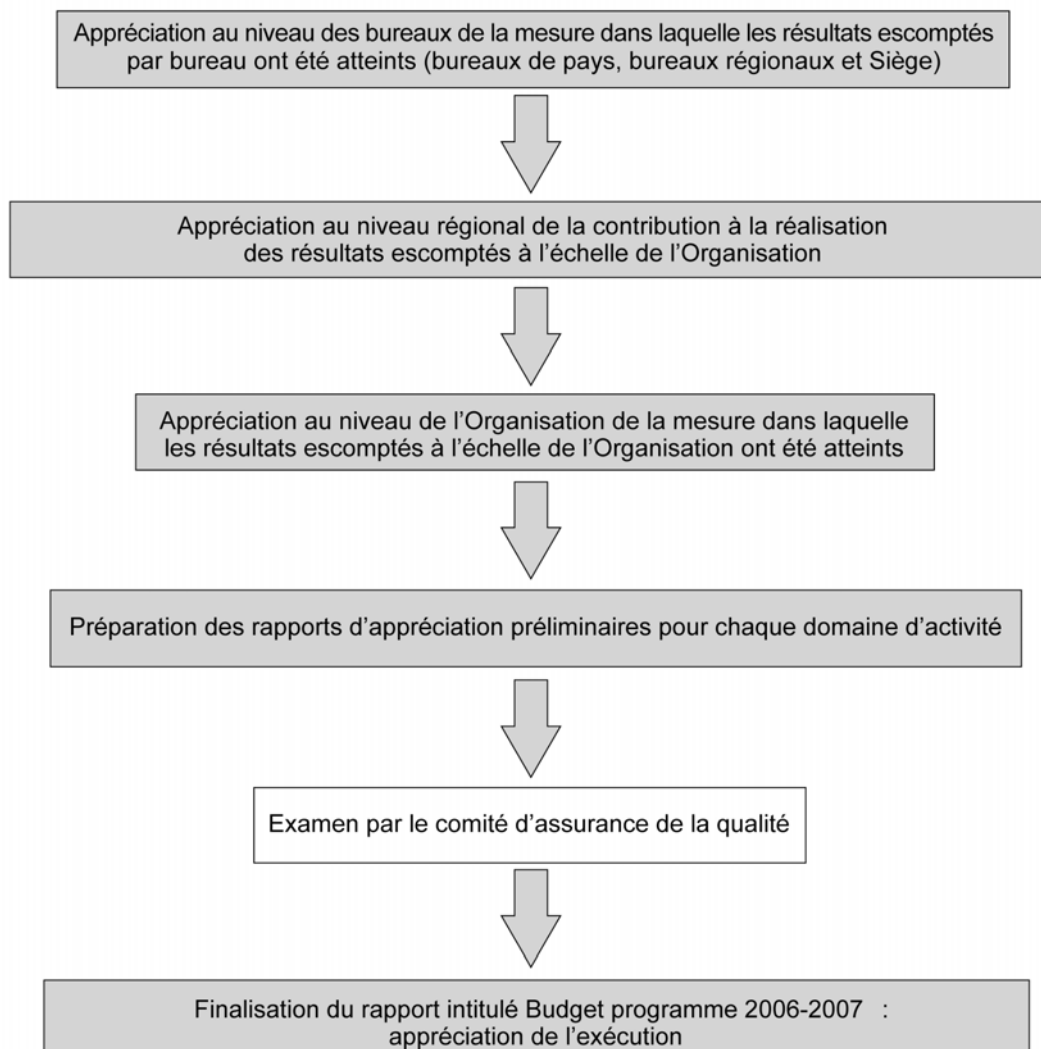
Budget programme 2006-2007 : appréciation de l'exécution

Rapport du Secrétariat

1. L'appréciation de l'exécution du budget programme 2006-2007 a deux objectifs principaux : évaluer la façon dont le Secrétariat atteint les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, dont le Secrétariat est pleinement responsable ; et recenser les principales réalisations des Etats Membres et du Secrétariat par rapport aux objectifs de l'OMS.
2. L'appréciation de l'exécution fait partie intégrante du cadre gestionnaire de l'OMS fondé sur les résultats. Les processus biennaux de suivi et d'évaluation dont il fait partie comprennent également le suivi périodique des plans de travail et l'examen à mi-parcours des progrès vers la réalisation des résultats escomptés. Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif a noté, à sa septième réunion, l'importance d'un suivi et d'une évaluation rapides pour l'appréciation de l'exécution du budget programme.¹
3. Outre qu'elle recense les principales réalisations, l'appréciation de l'exécution analyse les points suivants : les facteurs de réussite, les obstacles, les enseignements et les mesures requises pour améliorer l'exécution, et l'exécution financière du budget programme pour chaque domaine d'activité.
4. Pour l'exercice biennal 2006-2007, il s'est agi principalement d'un processus d'auto-appréciation, commençant par l'évaluation par les bureaux eux-mêmes (Siège, bureaux régionaux et bureaux de pays) de la façon dont ils ont atteint les résultats escomptés par bureau. Les bureaux ont examiné la prestation de services et la fourniture de produits, suivi et actualisé les valeurs des indicateurs pour les résultats escomptés et fourni des informations textuelles sur la réalisation de ces résultats.
5. Les valeurs des indicateurs et les commentaires issus de l'appréciation de l'exécution par les bureaux ont été rassemblés au niveau régional et leur synthèse a fait l'objet de rapports sur les contributions des Régions à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation.

¹ Voir document EB122/3.

Budget programme 2006-2007 : processus d'appréciation de l'exécution



WHO 08.18

6. Une synthèse des conclusions de l'évaluation de l'exécution à l'échelle de l'Organisation a ensuite été effectuée au Siège afin d'établir des rapports d'appréciation à l'échelle de l'Organisation pour chaque domaine d'activité.

7. Afin d'améliorer la fiabilité et la précision des conclusions de l'appréciation, un comité d'assurance de la qualité, composé de deux experts extérieurs et d'un haut responsable de l'OMS, a passé en revue les rapports concernant les 36 domaines d'activité à l'échelle de l'Organisation pour repérer les incohérences, les omissions et les erreurs factuelles. Il a attaché une attention particulière à l'examen des éléments étayant les valeurs citées dans les rapports concernant la réalisation des cibles des indicateurs. Les rapports ont ensuite été révisés à la lumière des recommandations du comité d'assurance de la qualité.

8. L'appréciation de l'exécution est considérée comme solide et comme l'évaluation la plus complète entreprise par l'Organisation. Elle a toutefois ses limites et demandera à être améliorée à

l'avenir, ce qui sera considérablement facilité par l'introduction du Système mondial de gestion, qui améliorera la transparence et fournira des données en « temps réel ».

9. Dans l'analyse des réalisations, une attention particulière a été portée aux valeurs cibles des indicateurs fixées dans le budget programme 2006-2007. Les indicateurs ne mesurant pas tous les aspects d'un résultat escompté, on peut considérer que le fait de ne se fier qu'à la valeur d'un indicateur pour déterminer la mesure dans laquelle le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été atteint peut constituer une limite méthodologique. On citera parmi les autres points faibles l'imprécision ou l'absence de valeurs de base pour certains indicateurs, l'existence d'indicateurs de mauvaise qualité qui ne se prêtent pas à une mesure, des résultats escomptés et des cibles d'indicateurs trop ambitieux, et un suivi insuffisant par certains gestionnaires. Les définitions et le caractère mesurable des indicateurs seront améliorés.

10. Outre qu'elles fournissent des informations aux organes directeurs et aux gestionnaires, les conclusions de l'appréciation de l'exécution serviront à la préparation du projet de budget programme 2010-2011, à la reprogrammation des plans opérationnels pour l'exercice biennal 2008-2009 et à la prise de décision concernant l'affectation et la réaffectation de ressources humaines et financières.

11. Le Secrétariat considère le rapport sur l'appréciation de l'exécution comme un élément central de son cadre gestionnaire fondé sur les résultats et comme une expression concrète du respect des principes de transparence et de responsabilité comptable.

12. Les conclusions de l'appréciation de l'exécution du budget programme 2006-2007 sont résumées ci-après. Le rapport complet sera examiné par les comités régionaux dans le courant de l'année et par le Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session en janvier 2009, conformément au calendrier recommandé par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif en janvier 2007.¹

OBJECTIFS DE L'OMS : REALISATIONS ET DEFIS

13. Cette section récapitule les principales réalisations enregistrées et les défis relevés en vue d'atteindre les objectifs fixés dans le budget programme 2006-2007.

Maladies infectieuses

14. Les maladies infectieuses et transmissibles, notamment l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme, ont continué de contribuer à la morbidité et à la mortalité, d'empêcher les gens de gagner leur vie et de compromettre le développement au cours de la période biennale. L'optimisme suscité par la baisse de l'incidence de la tuberculose et une généralisation de la stratégie OMS de lutte contre la tuberculose (DOTS), avec l'augmentation du dépistage et des taux de succès thérapeutique demeurés élevés, a été tempéré par la propagation d'une forme multirésistante de la maladie et par l'émergence de la tuberculose ultrarésistante. Les taux de prévalence mondiaux de la tuberculose ont diminué, mais à un rythme qui ne sera probablement pas suffisant pour obtenir la réduction visée de moitié d'ici 2015. Les conclusions préliminaires montrent que l'incidence des cas graves et sans complications du paludisme a chuté dans toutes les Régions et que la proportion de ménages possédant au moins une

¹ Document EB120/3.

moustiquaire imprégnée d'insecticide a augmenté au niveau mondial, en particulier en Afrique. Fin 2007, 74 pays avaient adopté les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine comme politique nationale de traitement du paludisme. On a cependant enregistré au moins un million de décès par an dus au paludisme, dont 82 % chez les enfants de moins de cinq ans. Une méthodologie plus robuste pour estimer l'incidence du VIH/sida a suggéré que la pandémie avait atteint un pic, en partie en raison des efforts de prévention et des progrès dus à l'introduction et à l'élargissement des traitements antirétroviraux. Au total, près de 140 pays étaient dotés à la fin de l'exercice biennal de programmes complets de prévention et de soins concernant le VIH.

15. A la fin de 2007, les efforts de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite avaient permis de réduire le nombre de cas de poliomyélite de 84 % par rapport à 2006, et la transmission autochtone du poliovirus avait été interrompue en Egypte et au Niger et était de plus en plus restreinte géographiquement dans les quatre pays d'endémie restants. La vaccination antirougeoleuse a continué d'apporter des avantages importants sur le plan de la santé publique. La réduction du nombre de décès par rougeole a dépassé les cibles fixées à l'origine, l'Afrique – la Région à plus forte charge de morbidité rougeoleuse – en tête. Bien qu'au niveau mondial la couverture par trois doses de vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux n'ait augmenté que de 2 % (passant à 79 %), dans la Région africaine de l'OMS, la couverture a augmenté de 7 %, passant à 72 %. Dans 12 autres Etats Membres, la couverture vaccinale par trois doses de ce vaccin a dépassé 90 %.

16. Au cours de l'exercice biennal 2006-2007, la menace d'une pandémie de grippe aviaire a persisté, pratiquement aucun pays ayant connu une forte flambée parmi les élevages commerciaux ou de subsistance ne parvenant à éliminer le virus sur son territoire, et le taux de mortalité des personnes infectées demeurant élevé. Le 15 juin 2007, le Règlement sanitaire international (2005), dont l'un des objectifs est de stopper les événements à la source avant qu'ils ne représentent une menace internationale, est entré en vigueur. Face aux préoccupations au sujet de la grippe aviaire, au moins 105 pays ont actualisé leurs plans stratégiques nationaux contre les zoonoses. Les pays sont également de plus en plus nombreux à pouvoir contribuer de façon significative à la recherche internationale sur les maladies transmissibles. Les capacités de recherche scientifique clinique, sociale et de laboratoire ont été développées de même que les capacités de formation dans les principales institutions d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie.

17. Au moins 90 pays avaient mis en place un programme national dirigé contre une ou plusieurs maladies tropicales endémiques. Plus de 75 pays progressaient vers les objectifs adoptés par l'Assemblée de la Santé en matière d'éradication ou d'élimination de certaines maladies. Les activités intensifiées dans le cadre de la campagne pour l'éradication de la dracunculose ont permis de ramener le nombre de cas de plus de 25 200 en 2006 à moins de 10 000 fin 2007.

Maladies non transmissibles

18. La charge des maladies non transmissibles chroniques est élevée dans toutes les Régions, représentant 60 % des décès dans le monde et 80 % des décès dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Une réduction de la charge mondiale de la cécité et de la déficience visuelle a été enregistrée pour la première fois, et des progrès ont été faits dans la collecte de données concernant la surdité et la déficience auditive. Un nombre croissant de pays ont bénéficié d'un soutien technique de l'OMS pour élaborer des politiques, des plans et des programmes nationaux pour lutter contre les maladies non transmissibles. Quatre-vingt-neuf pays avaient formulé, ou étaient en train de formuler des politiques ou des programmes de prévention pour lutter contre la violence et les traumatismes, et 49 pays avaient élaboré des politiques concernant les incapacités et mis en oeuvre des plans pour renforcer les services de réadaptation. Pendant la période biennale, le nombre de stratégies de promotion de la santé a augmenté rapidement au niveau des pays ; beaucoup intégraient des domaines

prioritaires et des plans concernant des activités de santé publique, s'agissant par exemple du vieillissement, des jeunes, de l'approche de la promotion de la santé selon les milieux, de la santé bucco-dentaire, des maladies non transmissibles et des facteurs de risque. Une proportion croissante de pays a également pris des mesures pour renforcer les politiques et les services de soins aux personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives, y compris de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire.

19. Cent cinquante et un Etats Membres étaient devenus Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac à la fin de la période biennale, ce qui fait de cette Convention l'un des traités le plus largement et le plus rapidement ratifiés de l'histoire de la santé publique. Seize pays avaient adopté une interdiction pratiquement générale du tabac dans au moins huit lieux (hôpitaux, écoles, universités, administrations publiques, lieux de travail fermés, restaurants, bars et autres lieux publics fermés, par exemple). Trente-cinq autres pays avaient totalement interdit l'usage du tabac dans les établissements de santé et les établissements d'enseignement, ainsi que dans au moins trois autres cadres. La proportion constituée par les taxes dans le prix d'un paquet de cigarettes atteignait entre 50 % et 75 % dans 55 pays et dépassait 75 % dans quatre autres. Vingt pays remplissaient les normes fixées par la Convention-cadre s'agissant de l'interdiction de la publicité, et 41 remplissaient les critères de la Convention pour les mises en garde sanitaires à faire figurer sur les paquets de cigarettes.

20. Dans le domaine de la nutrition, 101 pays avaient mis en place des politiques et des programmes pour lutter contre la malnutrition, et au moins 59 pays faisaient état de progrès vers la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement lié à la nutrition. En ce qui concerne les efforts en faveur de la sécurité sanitaire des aliments, 78 % des Etats Membres avaient mis en commun des données sur les maladies d'origine alimentaire dans le cadre du réseau mondial OMS de surveillance des salmonelles, et 85 % des Etats Membres participaient au Réseau international OMS des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments. En septembre 2007, plus de 50 pays et organisations internationales participant au Forum international de haut niveau sur la sécurité sanitaire des aliments (Beijing, 26 et 27 novembre 2007) ont adopté la Déclaration de Beijing sur la sécurité sanitaire des aliments, qui invite instamment les pays à élaborer des programmes complets pour améliorer la protection du consommateur.

Systemes de santé

21. On a observé une nette augmentation du nombre de partenariats, d'initiatives, de mécanismes de financement et d'agences d'exécution consacrés à la santé publique pendant l'exercice 2006-2007 ; la santé s'est également vu accorder un rang de priorité plus élevé dans les programmes de développement et d'action politique. A la fin de l'exercice biennal, 72 pays avaient adopté de nouvelles méthodes de gouvernance s'agissant des systèmes de santé et 51 pays mettaient en oeuvre des stratégies ou des approches organisationnelles visant à renforcer la fourniture de services de santé. Des efforts concertés dans ce domaine sont parvenus à sensibiliser davantage de pays à l'importance de garantir des ressources humaines suffisantes pour la santé ; pratiquement toutes les Régions ont adopté des résolutions sur des plans régionaux en matière de ressources humaines pour la santé, la plupart ayant revu leurs plans et politiques nationaux de ressources humaines ou en ayant élaboré de nouveaux. Des observatoires régionaux des ressources humaines pour la santé ont été créés dans la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale, tandis que le réseau de la Région des Amériques a continué à se développer.

22. A la fin de l'exercice biennal, au moins 132 pays avaient mis en place des politiques pharmaceutiques nationales nouvelles ou actualisées au cours des 10 années précédentes, rassemblant l'ensemble des éléments du programme de médicaments essentiels. Au moins 88 pays de cinq Régions utilisaient des cadres opérationnels de base pour l'intégration des technologies sanitaires essentielles

dans les systèmes de santé dans le cadre de leurs politiques nationales de gestion des technologies de la santé.

23. Dans au moins 50 pays, les capacités de produire des informations essentielles pour l'élaboration des politiques ont été nettement renforcées, y compris les capacités de produire des informations sur les flux des dépenses de santé et sur l'étendue de l'appauvrissement et des catastrophes financières liés aux versements directs pour les soins de santé. Un nombre important de pays ont évalué leurs systèmes d'information sanitaire et commencé à éliminer les faiblesses qu'ils comportaient. On a pu disposer de meilleures données sur la couverture des interventions, et les pays ont utilisé davantage les données globales pour évaluer la performance des systèmes de santé. Toutefois, les capacités nationales de compte rendu des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5 sont restées insuffisantes, et l'on n'a pas observé de signe d'une réduction du déficit de financement de la recherche en santé. En ce qui concerne la parité des sexes en matière de santé, on a observé une augmentation du pourcentage d'Etats Membres utilisant les outils OMS pour prendre en compte des considérations sexospécifiques lors de l'élaboration des politiques, des stratégies et des programmes de santé.

Santé de la mère et de l'enfant

24. On estime que la proportion de femmes vues par une personne qualifiée au moins une fois pendant la période prénatale a atteint 85 % au cours de l'exercice biennal. La présence d'une accoucheuse qualifiée au moment de l'accouchement a également sensiblement augmenté. Dans la plupart des pays d'Asie, d'Europe et du Moyen-Orient, pratiquement toutes les femmes accouchent en présence d'un agent de santé qualifié. Au niveau mondial, près de 70 % des femmes accouchent avec l'aide d'une personne qualifiée, même si les proportions varient selon qu'il s'agit de populations urbaines ou rurales ou à revenu faible ou élevé. A la fin de l'exercice, le suivi des progrès mondiaux vers la réalisation de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement (Réduction de la mortalité de l'enfant) a révélé que, sur les 68 pays à plus fort taux de mortalité, 16 étaient en voie d'atteindre l'objectif, 26 progressaient mais devaient encore accélérer les progrès, et 12 n'avaient fait aucun progrès. Les pays de toutes les Régions avaient élaboré des stratégies pour la santé de l'enfant, dont la plupart utilisent la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant comme principal moyen de réduction de la mortalité de l'enfant. La prise en charge des cas augmente avec 56 % des enfants présumés atteints de pneumonie vus par un dispensateur de soins et 38 % des enfants atteints de diarrhée recevant une thérapie de réhydratation orale et continuant d'être alimentés. Les interventions à l'appui de la santé des adolescents ont été élargies, leur principal objectif étant de créer des services de santé accueillants pour les adolescents et d'atteindre les adolescents les plus exposés.

Santé et environnement

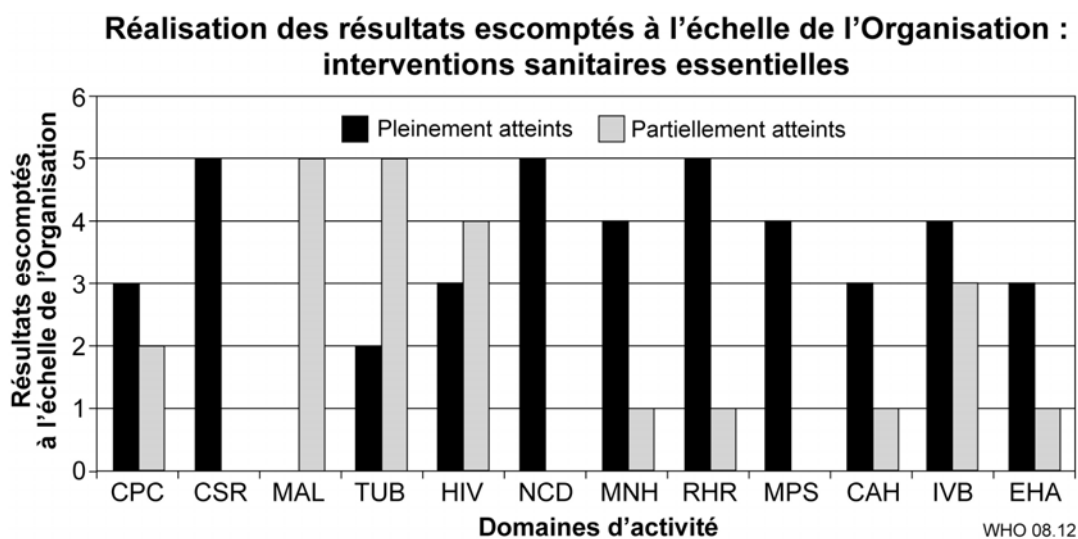
25. Divers engagements ont été pris au cours de l'exercice en faveur de la protection de l'environnement et de la santé aux niveaux national, régional et international. Certains de ces engagements étaient assez larges, par exemple la Déclaration de Bangkok sur l'environnement et la santé adoptée lors du premier Forum ministériel régional sur l'environnement et la santé (Bangkok, 8-9 août 2007). D'autres portaient sur des questions particulières telles que l'eau et l'assainissement ou la médecine du travail. Le changement climatique et la santé ont fait l'objet d'une attention internationale accrue dans le cadre des efforts déployés dans l'ensemble du système des Nations Unies pour lutter contre le réchauffement mondial.

MESURE DANS LAQUELLE LE SECRETARIAT A ATTEINT LES RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION

26. Au cours de la préparation du budget programme 2006-2007, les 36 domaines d'activité ont été divisés en quatre groupes d'activité distincts mais interdépendants, à savoir : les interventions sanitaires essentielles ; les politiques et systèmes de santé et les produits y relatifs ; les déterminants de la santé ; et l'appui efficace aux Etats Membres. Le présent rapport, qui s'articule autour des mêmes catégories, récapitule les principaux résultats ; il évalue également la réalisation compte tenu des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation fixés dans le budget programme 2006-2007, et dont le Secrétariat est tenu pour responsable. Le degré de réussite dans la réalisation de ces résultats escomptés est classé selon la terminologie suivante : « pleinement atteint » signifie que toutes les cibles des indicateurs pour les résultats escomptés ont été atteintes ou dépassées ; « partiellement atteint » signifie qu'une ou plusieurs cibles n'ont pas été atteintes ; et « abandonné, reporté ou données insuffisantes » signifie que les changements apportés aux plans d'origine se sont traduits par l'abandon du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation, que la réalisation du résultat escompté a été reportée au-delà de l'exercice 2006-2007, ou qu'il n'existe pas de données suffisantes pour déterminer le degré de réalisation.

Interventions sanitaires essentielles

27. Douze domaines d'activité entrent dans ce groupe.¹



28. **Maladies transmissibles : prévention et lutte (CPC).** Pendant l'exercice biennal, les activités se sont poursuivies en vue de consolider et de rationaliser les stratégies de lutte contre les maladies tropicales négligées, et des données probantes ont suggéré que la chimiothérapie préventive de masse pouvait interrompre les chaînes de transmission. Plusieurs interventions, techniques et instruments novateurs et rentables ont été mis au point et validés dans les milieux pauvres en ressources, et l'accès

¹ Maladies transmissibles : prévention et lutte (CPC) ; Alerte et action en cas d'épidémie (CSR) ; Paludisme (MAL) ; Tuberculose (TUB) ; VIH/sida (HIV) ; Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles (NCD) ; Santé mentale et toxicomanies (MNH) ; Santé génésique (RHR) ; Pour une grossesse à moindre risque (MPS) ; Santé de l'enfant et de l'adolescent (CAH) ; Vaccination et mise au point de vaccins (IVB) ; et Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (EHA).

à ceux-ci a été élargi comme prévu au cours de l'exercice. Deux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité maladies transmissibles : prévention et lutte n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent l'établissement de principes directeurs, de politiques et de stratégies ; et la création et le maintien de partenariats novateurs.

29. **Alerte et action en cas d'épidémie (CSR).** Dans le cadre d'une approche plus globale de la sécurité sanitaire mondiale, le Secrétariat a mis sur pied un mécanisme d'alerte et d'action en cas d'épidémie et d'autres urgences de santé publique, qui fonctionne 24 heures/24, 365 jours par an. Pour répondre aux exigences du Règlement sanitaire international (2005), au cours de l'exercice, on a accéléré la fourniture d'un soutien à d'autres programmes, notamment dans le domaine de la sécurité chimique, de la radioprotection et de la sécurité sanitaire des aliments. Un soutien technique rapide a été apporté aux pays confrontés à des épidémies de choléra, de méningite, de grippe aviaire, de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg et de fièvre jaune. Tous les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité alerte et action en cas d'épidémie ont été pleinement atteints.

30. **Paludisme (MAL).** Le Programme mondial de lutte antipaludique a été revitalisé et des signes d'amélioration des résultats en matière de lutte antipaludique, y compris une baisse de la mortalité, ont été enregistrés. Toutefois, les activités visant à associer des campagnes de « rattrapage » et de « maintien », approche supposant des activités de vaccination systématique dans le cadre du Programme élargi de vaccination et des services prénatals, n'ont pas progressé dans la plupart des pays. De mauvaises prévisions et des capacités insuffisantes d'achat et de gestion de la chaîne d'approvisionnement ont gêné les efforts visant à élargir les activités et à opérer la transition de la chloroquine vers les associations comportant de l'artémisinine pour le traitement du paludisme. La prise en charge à domicile du paludisme et des systèmes de surveillance systématique au niveau des pays sont également demeurés insuffisants dans certains cas. C'est pourquoi les cinq résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour le domaine d'activité paludisme n'ont été que partiellement atteints.

31. **Tuberculose (TUB).** Le Plan mondial du Partenariat Halte à la tuberculose 2006-2015 ainsi que la stratégie Halte à la tuberculose de l'OMS, sur laquelle repose le Plan, ont été lancés au cours de cet exercice. La coordination entre les partenaires de la lutte antituberculeuse a été améliorée dans la plupart des pays ; en outre, des progrès significatifs ont été faits en ce qui concerne la mise en place de nouvelles approches visant à élargir l'accès à la lutte antipaludique et son efficacité par les moyens suivants : collaboration public-privé, collaboration entre programmes de lutte antituberculeuse et de lutte contre le VIH, participation de la communauté et mobilisation sociale. Le Service pharmaceutique mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux et le Comité Feu vert ont également élargi leur couverture, notamment dans les milieux pauvres en ressources. Cinq des sept résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité tuberculose n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent la mise en oeuvre d'un plan mondial d'extension de la stratégie DOTS ; le soutien à la mise en oeuvre de plans nationaux à long terme pour l'extension de la stratégie DOTS et le maintien de la lutte antituberculeuse ; le maintien de l'engagement politique et la mobilisation de ressources suffisantes ; le maintien et l'élargissement des systèmes de surveillance et d'évaluation aux niveaux national, régional et mondial ; et la formulation de recommandations adéquates et le soutien aux pays pour traiter la tuberculose multirésistante dans les pays à forte prévalence du VIH.

32. **VIH/sida (HIV).** Toutes les Régions ont enregistré une augmentation significative de la couverture par le traitement antirétroviral au cours de l'exercice. On a également observé une nette augmentation des ressources destinées au VIH/sida, et un appui a été fourni pour aider les pays à avoir accès aux fonds. Les pays ont également reçu un soutien pour renforcer les capacités de leurs systèmes de santé de faire face au VIH/sida et à d'autres affections. Dans la Région africaine, le pourcentage de

districts dotés d'au moins un établissement pratiquant le dépistage et le conseil pour le VIH est passé à près de 60 % – soit un décuplement par rapport à l'exercice précédent. Dans la Région des Amériques, le plan stratégique régional VIH/sida/IST, 2006-2015 – destiné à soutenir la réalisation de l'objectif d'accès universel au traitement pour le VIH/sida – a été approuvé par le Quarante-Sixième Conseil directeur de l'OPS.¹ Quatre des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour le domaine d'activité VIH/sida n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent la fourniture d'un soutien aux pays pour une extension équitable des activités de traitement et de soins ; l'utilisation de principes directeurs et autres outils normatifs ; le renforcement des systèmes de notification et de surveillance ; et la fourniture d'un soutien pour un approvisionnement ininterrompu en fournitures et médicaments liés au VIH.

33. Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles (NCD). Des stratégies et cadres régionaux de surveillance, de prévention et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles ont été élaborés et approuvés dans trois Régions, et la collecte de données a progressé de façon significative dans la plupart des Régions grâce à des enquêtes utilisant l'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque. Un nombre croissant de pays ont fait appel au soutien technique de l'OMS pour élaborer des politiques, des plans et des programmes nationaux de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles. Tous les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour le domaine d'activité surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles ont été pleinement atteints.

34. Santé mentale et toxicomanies (MNH). La quantité et la qualité du soutien technique fourni aux Etats Membres dans le domaine des troubles mentaux et neurologiques et des troubles liés aux toxicomanies ont augmenté de façon substantielle au cours de l'exercice. L'OMS fournit des données scientifiques de qualité au niveau mondial concernant les aspects de santé publique de ces troubles et a joué un rôle directeur dans la protection des droits des patients. Une évaluation des problèmes de santé publique entraînés par l'usage nocif de l'alcool dans le monde a été effectuée ; un examen des données de santé publique concernant l'efficacité des différentes options politiques a également été mené à bien sur la base d'une large consultation des partenaires. Un résultat escompté à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité santé mentale et toxicomanies n'a été que partiellement atteint. Il a trait à la fourniture d'un soutien aux pays afin d'améliorer leurs capacités d'élaborer des stratégies, des programmes et des interventions fondés sur des données factuelles pour prévenir et traiter les troubles mentaux et neurologiques.

35. Santé génésique (RHR). Les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS ont continué à mettre en oeuvre la stratégie OMS en matière de santé génésique, notamment en élaborant des plans de pays. Un plan d'action mondial en rapport avec la stratégie mondiale OMS de lutte contre les infections sexuellement transmissibles a également été élaboré en 2007. Le Programme de partenariat stratégique OMS/FNUAP a aidé à favoriser les liens qui manquaient entre les activités de santé sexuelle et de santé génésique, en particulier dans les domaines de la planification familiale et des infections sexuellement transmissibles dans les pays. Un résultat escompté à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité santé génésique n'a été que partiellement atteint. Il a trait à la mise à disposition de données, produits et technologies nouveaux afin d'améliorer la santé sexuelle et génésique, et au renforcement des capacités de recherche.

36. Pour une grossesse à moindre risque (MPS). Les efforts visant à rendre la grossesse plus sûre ont bénéficié d'une action de sensibilisation, d'un engagement politique et d'un financement accru de

¹ Résolution CD46.R15.

la part des donateurs bilatéraux et des pays eux-mêmes. La planification et le suivi conjoints ont été améliorés, ce qui a permis l'élaboration de politiques et de stratégies coordonnées et une amélioration du soutien technique aux pays. Les capacités nationales et institutionnelles visant à améliorer la survie et la santé de la mère et du nouveau-né ont également été renforcées. Les quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité Pour une grossesse à moindre risque ont été pleinement atteints au cours de l'exercice.

37. **Santé de l'enfant et de l'adolescent (CAH).** La mise en oeuvre de la stratégie OMS pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant a beaucoup progressé dans toutes les Régions, ce qui s'est traduit par une couverture géographique élargie et par une attention accrue portée à la formation préalable, aux soins hospitaliers, à la santé du nouveau-né et aux interventions communautaires. L'importance relative des décès néonataux dans la mortalité générale des moins de cinq ans étant mieux comprise, les activités à l'appui de la santé du nouveau-né ont été développées dans toutes les Régions et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant a été élargie à la période néonatale. Les activités en matière de santé de l'adolescent ont également été étendues à tous les niveaux de l'Organisation, l'objectif principal étant de créer des services de santé accueillants pour les adolescents et d'atteindre les adolescents les plus exposés. Les efforts dans ce domaine ont bénéficié de la publication d'une étude dans le cadre d'une série sur la programmation en matière de santé des adolescents,¹ intégrant l'approche « A vos marques, prêts, partez » pour l'évaluation des données factuelles concernant l'efficacité des interventions. Un résultat escompté à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité santé de l'enfant et de l'adolescent n'a été que partiellement atteint. Il a trait à la fourniture de conseils et d'un appui technique et à l'exécution de recherches afin d'améliorer la survie, la croissance et le développement du nouveau-né et de l'enfant.

38. **Vaccination et mise au point de vaccins (IVB).** Au cours de l'exercice, l'OMS et l'UNICEF ont élaboré et mis en oeuvre la stratégie intitulée La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015. Un ensemble d'activités visant à accélérer l'introduction de nouveaux vaccins a également été mis en place en collaboration avec l'Alliance GAVI. Un plan d'action concernant les vaccins nouveaux et sous-utilisés a été élaboré afin de constituer une plate-forme de coordination des activités connexes dans les pays dont les besoins en vaccins sont les plus grands. Suite au lancement du plan d'action mondial pour accroître l'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique, des progrès importants ont été enregistrés pour ce qui est d'évaluer les stratégies les plus prometteuses, d'aider les pays à acquérir les technologies de fabrication du vaccin antigrippal et de déterminer les priorités de la recherche. Des résultats satisfaisants ont été obtenus en ce qui concerne les recherches soutenues par l'OMS, y compris les recherches (en partenariat avec le Program for Appropriate Technology in Health) concernant un vaccin antiméningococcique A conjugué et la recherche d'un vaccin antirougeoleux en aérosol. Une stratégie de recherche et développement a également été élaborée concernant les vaccins antipaludiques. Trois résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour le domaine d'activité vaccination et mise au point de vaccins n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent le renforcement des capacités des pays pour les aider à appliquer les politiques et à faire en sorte que les programmes de vaccination utilisent des vaccins de qualité vérifiée ; l'amélioration de l'accès aux vaccins et l'accélération des efforts de lutte contre la maladie ; et la coordination et le soutien efficaces afin notamment d'interrompre la circulation de tout poliovirus réintroduit et de parvenir à la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite.

39. **Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (EHA).** Les activités de l'OMS dans le cadre des partenariats pour des activités dans les Etats Membres en matière de réduction des risques, de préparation, d'action et de relèvement en cas de catastrophe ont

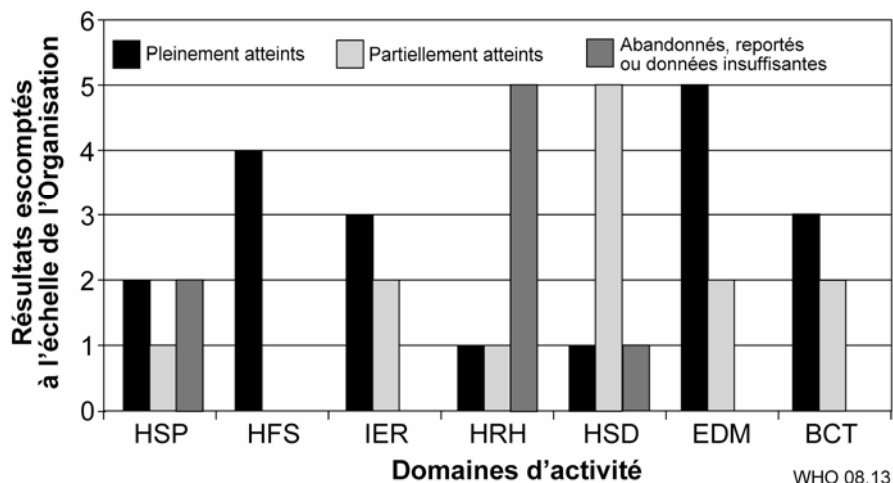
¹ OMS, Série de Rapports techniques, N° 938, 2006.

considérablement progressé dans toutes les Régions. L'OMS a rempli le rôle d'organisme chef de file du groupe Santé dans le cadre du processus de réforme de l'aide humanitaire des Nations Unies, réunissant entre 30 et 40 partenaires du système des Nations Unies et au-delà. L'Organisation a également participé activement aux différents organes du Comité permanent interorganisations pour l'action humanitaire. L'interaction efficace avec les donateurs a progressé et l'OMS a continué de se montrer un partenaire actif dans la stratégie internationale de prévention des catastrophes. Les modes opératoires normalisés pour les urgences sanitaires et les procédures gestionnaires et administratives internes ont été révisés, et un nouveau mécanisme a été mis en place pour la fourniture de moyens d'urgence pour faire face à des crises sanitaires et permettre de mobiliser des compétences techniques plus efficacement. Des activités techniques interpays visant à renforcer la préparation en cas de catastrophe, à réduire les risques et à améliorer les capacités de gestion des catastrophes au sein du secteur de la santé ont été entreprises dans tous les bureaux régionaux. Un résultat escompté à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité préparation aux situations d'urgence et organisation des secours n'a été que partiellement atteint. Il a trait au renforcement de la présence opérationnelle dans les pays.

Politiques et systèmes de santé et produits y relatifs

40. Sept domaines d'activité entrent dans ce groupe.¹

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation : politiques et systèmes de santé et produits y relatifs



41. **Politiques relatives au système de santé et prestation des services (HSP).** Le personnel de l'OMS a collaboré avec les fonctionnaires gouvernementaux de toutes les Régions afin d'orienter les politiques, les stratégies et les réformes du secteur de la santé. Outre qu'elle a accru sa participation et son influence en amont, l'OMS a apporté une importante contribution au renforcement des systèmes de santé et à la façon dont ceux-ci sont financés par les organismes extérieurs. L'affectation spéciale

¹ Politiques relatives au système de santé et prestation des services (HSP) ; Financement de la santé et protection sociale (HFS) ; Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche (IER) ; Ressources humaines pour la santé (HRH) ; Elaboration de politiques pour la santé et le développement (HSD) ; Médicaments essentiels (EDM) ; et technologies de la santé essentielles (BCT).

de ressources par l'Alliance GAVI – « le volet renforcement des systèmes de santé » – a représenté une initiative importante à cet égard : au cours de l'exercice, 40 propositions ont été établies avec l'appui de l'OMS et près de US \$420 millions ont été mis à la disposition des pays par ce biais. Les activités de l'OMS en matière de sécurité des patients se sont développées rapidement au cours de l'exercice. Un cadre permettant d'orienter les activités en matière de renforcement des systèmes de santé – « *Everybody's business* »¹ (L'affaire de tous) – a été mis au point et publié et les activités en matière de renforcement des systèmes de santé ont été plus étroitement liées et intégrées aux travaux sur des problèmes particuliers afin d'améliorer les résultats. Un résultat escompté à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activités politiques relatives au système de santé et prestation des services n'a été que partiellement atteint. Il a trait à l'élaboration de lignes directrices et à la fourniture d'un soutien technique en matière de formulation des politiques, réglementation, planification stratégique, mise en oeuvre de réformes et coordination interinstitutions. La mesure dans laquelle deux autres résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été atteints n'a pu être déterminée. Ils concernent la fourniture de conseils et d'un soutien technique sur la façon de mieux harmoniser les politiques de santé publique fondées sur la population et les politiques relatives aux services de santé ; et la fourniture de conseils et d'un soutien technique en vue d'une intégration effective des services de santé et des programmes axés sur des maladies particulières.

42. **Financement de la santé et protection sociale (HFS).** A travers le dialogue, l'analyse et le renforcement des capacités, l'OMS a pu promouvoir et faciliter des processus politiques au niveau national dans la perspective de l'objectif de couverture universelle et d'autres objectifs de financement de la santé et de protection sociale. L'OMS a par ailleurs apporté une contribution importante à la collecte, à l'analyse et à la diffusion d'informations essentielles nécessaires aux décideurs, notamment avec la mise en commun des meilleures pratiques en matière de financement de la santé. La collaboration avec les partenaires internes et externes dans le domaine du financement de la santé et de la protection sociale a augmenté dans toute l'Organisation. Les quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité financement de la santé et protection sociale ont été pleinement atteints.

43. **Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche (IER).** Des statistiques sanitaires essentielles telles que celles qui sont présentées dans les *Statistiques sanitaires mondiales* ont été publiées dans les Régions et au Siège, et un nombre élevé de consultations du site Web de l'OMS ont été enregistrées de ce fait. La recherche sur les systèmes de santé et les systèmes d'information sanitaire ont été renforcés dans les pays, et des analyses de la situation sanitaire et de ses tendances ont été effectuées dans la Région africaine et dans la Région des Amériques. D'importantes analyses mondiales ont été effectuées, y compris s'agissant de la charge mondiale de morbidité, de la mortalité et des causes de décès. Deux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent le renforcement de la recherche nationale en santé pour permettre le développement de systèmes de santé ; et la fixation de directives et de normes pour garantir une conduite éthique de la recherche en santé et la diffusion des meilleures pratiques au sein de l'OMS.

44. **Ressources humaines pour la santé (HRH).** Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*² a mis en lumière la crise mondiale des ressources humaines pour la santé. La Journée mondiale de la Santé 2006 a été consacrée aux personnels de santé et, en mai 2006, l'Alliance mondiale pour les

¹ *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

² *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

personnels de santé – partenariat mondial visant à améliorer la sensibilisation – était lancée. Ces efforts de sensibilisation ont permis d’inscrire la crise des ressources humaines pour la santé au premier rang des préoccupations internationales en matière de santé. Un cadre d’action commun visant à fournir une approche cohérente et complète de l’analyse et de l’élaboration de la politique des ressources humaines a été élaboré et est maintenant mis en oeuvre dans plusieurs pays. Un résultat escompté à l’échelle de l’Organisation dans le domaine d’activité ressources humaines pour la santé n’a été que partiellement atteint. Il concerne le renforcement des capacités dans le domaine du leadership, de l’élaboration des politiques, de la santé publique, de la gestion et de la recherche. La mesure dans laquelle cinq autres résultats escomptés à l’échelle de l’Organisation ont été atteints n’a pu être déterminée car la définition des valeurs cibles des indicateurs était fonction d’une enquête de base qui n’a pas été conduite au cours de l’exercice comme cela avait été prévu à l’origine.

45. **Elaboration de politiques pour la santé et le développement (HSD).** Plusieurs partenariats importants pour la santé et le développement – y compris des partenariats avec des organismes des Nations Unies, des pays, des institutions nationales chargées des droits de l’homme, des comités nationaux d’éthique et des organisations non gouvernementales – ont été établis ou renforcés. Plusieurs documents normatifs ont été élaborés et publiés au cours de l’exercice, dont le rapport final de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, des fiches d’information sur la santé et les droits de l’homme, un rapport sur les considérations éthiques à prendre en compte lors de la mise au point d’une action de santé publique face à la grippe pandémique, et un cadre méthodologique pour évaluer le commerce des services de santé. Cinq résultats escomptés à l’échelle de l’Organisation dans le domaine d’activité élaboration de politiques pour la santé et le développement n’ont été que partiellement atteints. Ils concernent le renforcement de la capacité des pays afin de s’assurer que les plans et les stratégies soutiennent l’accroissement des investissements en matière de santé ; l’engagement de l’OMS dans le dialogue au niveau mondial, et la diffusion des meilleures pratiques et processus en matière de développement ; le début de la mise en oeuvre de la stratégie de l’OMS sur la santé et les droits de l’homme, et le renforcement des capacités au niveau régional pour offrir un soutien aux Etats Membres leur permettant d’intégrer une approche des droits fondamentaux dans leurs politiques, législations et programmes liés à la santé ; l’augmentation des moyens aux niveaux national, régional et mondial pour évaluer, mesurer et gérer les risques transfrontaliers pour la santé publique ; et le renforcement de la capacité des Etats Membres de formuler et mettre en oeuvre une législation et une réglementation pour protéger et promouvoir la santé publique. Un autre résultat escompté à l’échelle de l’Organisation, qui concernait l’approbation par les organes directeurs de l’OMS et l’adoption par les pays des recommandations de la Commission de l’OMS sur l’Equité et les Déterminants sociaux de la Santé, a été reporté.

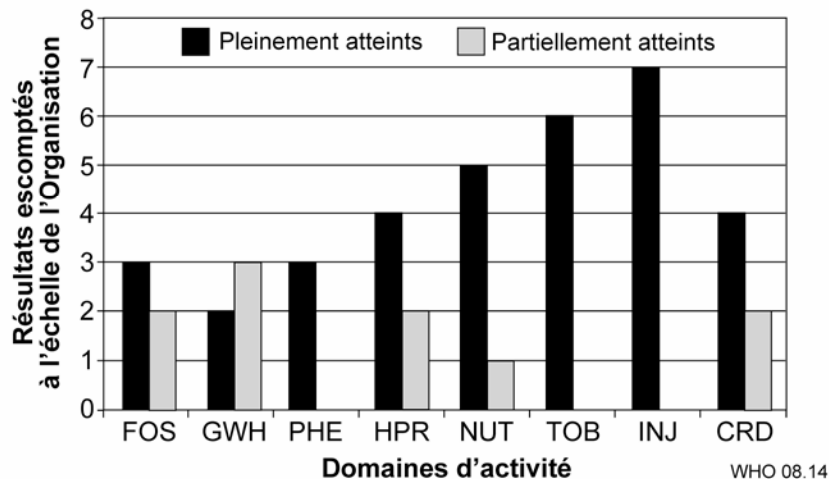
46. **Médicaments essentiels (EDM).** Le Programme de présélection des médicaments essentiels géré par l’OMS et l’utilisation de la méthodologie OMS/Health Action International d’enquête sur les prix des médicaments ont été élargis au cours de l’exercice. Un plus grand nombre de pays ont élaboré ou actualisé leurs politiques pharmaceutiques nationales, rassemblant tous les éléments du programme de médicaments essentiels. Vingt-sept normes mondiales ont été élaborées au cours de l’exercice, dont des normes de qualité pour les nouveaux médicaments essentiels concernant le VIH/sida et le paludisme, des normes pour les médicaments destinés aux enfants et des normes interorganisations des Nations Unies pour les organismes d’achat de médicaments ; un programme mondial de lutte contre les médicaments contrefaits a également été mis en place. Deux résultats escomptés à l’échelle de l’Organisation dans le domaine d’activité médicaments essentiels n’ont été que partiellement atteints. Ils ont trait à la promotion de systèmes efficaces et sûrs pour l’approvisionnement en médicaments ; et au renforcement et à la promotion des normes et lignes directrices mondiales applicables à la qualité, à l’innocuité et à l’efficacité des médicaments.

47. **Technologies de la santé essentielles (BCT).** Le système OMS d'achat en gros a facilité la fourniture d'outils diagnostiques de qualité pour le VIH à 45 Etats Membres. On est ainsi parvenu à réaliser des économies importantes tout en garantissant la qualité. Des avis ont été fournis à plusieurs Etats Membres quant aux stratégies à suivre pour le dépistage du VIH, y compris la sélection et l'utilisation de kits de dépistage. La Journée mondiale du don de sang a été célébrée dans la majorité des pays dans toutes les Régions et marquée par un événement mondial à Ottawa. Dans le cadre de la Journée mondiale du don de sang, l'initiative mondiale sur la sécurité transfusionnelle pour la maternité sans risque a été lancée. Au cours de l'exercice biennal, 29 pays supplémentaires ont élaboré des politiques transfusionnelles nationales et des plans stratégiques pour la sécurité transfusionnelle. Dans le domaine de la sécurité des injections, 44 pays supplémentaires ont mis en oeuvre des politiques et des stratégies complètes sur la sécurité des injections. Deux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité technologies de la santé essentielles n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent la fourniture d'un appui pour le développement des capacités pour la mise au point de procédures normalisées et l'utilisation de listes modèles de dispositifs médicaux essentiels ; et la promotion et la fourniture d'un soutien efficace en vue de l'établissement de modules appropriés d'informations sous forme électronique utilisables dans les systèmes de soins de santé.

Déterminants de la santé

48. Huit domaines d'activité figurent dans ce groupe.¹

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation : déterminants de la santé



49. **Sécurité sanitaire des aliments (FOS).** Plus de 238 évaluations des risques ont été effectuées dans le domaine des risques alimentaires d'origine microbiologique et chimique, ce qui a permis de fournir rapidement des avis et des conseils scientifiques aux Etats Membres qui s'efforcent d'accroître leur capacité de gestion des risques pour la santé d'origine alimentaire. En 2006, une stratégie visant à estimer la charge mondiale des maladies d'origine alimentaire a été mise en oeuvre et un groupe

¹ Sécurité sanitaire des aliments (FOS) ; Parité des sexes en matière de santé (GWH) ; Santé et environnement (PHE) ; Promotion de la santé (HPR) ; Nutrition (NUT) ; Tabac (TOB) ; Violence, traumatismes et incapacités (INJ) ; et Recherche sur les maladies transmissibles (CRD).

consultatif d'experts international a été créé pour fournir des estimations sur toutes les causes de maladies considérées (germes pathogènes ou produits chimiques). La diffusion par l'OMS des « cinq clés pour des aliments plus sûrs » a également été élargie au niveau des pays. En outre, le Fonds fiduciaire du Codex a financé la participation de 338 spécialistes nationaux de la sécurité sanitaire des aliments d'une centaine de pays à 34 réunions de la Commission du Codex Alimentarius. Deux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité sécurité sanitaire des aliments n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent le renforcement des programmes d'action et de surveillance des maladies d'origine alimentaire et des risques liés aux aliments, et l'établissement de réseaux internationaux ; et la fourniture de conseils techniques aux pays pour les aider à évaluer et à gérer les risques et avantages liés aux produits issus des nouvelles technologies dans l'alimentation.

50. **Parité des sexes en matière de santé (GWH).** L'Assemblée mondiale de la Santé a, dans sa résolution WHA60.25, pris note avec satisfaction de la stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS. La mise en oeuvre de la stratégie a commencé au cours de la période biennale, et des mécanismes de collaboration ont été mis au point pour assurer la planification conjointe nécessaire et la fourniture d'un soutien technique. L'OMS a joué un rôle plus important dans les interventions interorganisations dans le cadre de l'action des Nations Unies contre la violence sexuelle et sexiste lors des crises et des situations d'urgence. Des données factuelles ont été réunies concernant les liens entre l'égalité des sexes et la santé dans des domaines comme le VIH/sida, le paludisme, la médecine du travail, la lutte antitabac, le vieillissement et les maladies transmissibles. De nouveaux partenariats ont été établis afin de concevoir des méthodes et des outils permettant d'élargir l'analyse des spécificités de chaque sexe à l'OMS ; l'harmonisation des efforts pertinents a également été améliorée. Trois résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité parité des sexes en matière de santé n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent la prise en compte de données factuelles dans les normes et les stratégies ; l'amélioration des compétences et des capacités du personnel de l'OMS pour ce qui est d'intégrer une démarche soucieuse d'égalité entre les sexes dans leurs activités ; et l'amélioration de la compréhension par le public des questions liées à la parité des sexes au moyen d'activités de sensibilisation.

51. **Santé et environnement (PHE).** L'élaboration du plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017 et son approbation par la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé¹ ont déclenché plusieurs initiatives régionales et des mesures au niveau des pays dans le domaine de l'environnement et de la santé pour traiter les problèmes qui touchent les travailleurs. Des évaluations de la charge mondiale de morbidité ont été effectuées au cours de l'exercice en ce qui concerne la salubrité de l'environnement, et les capacités régionales ont été renforcées en ce qui concerne les éléments suivants : la gestion de la qualité de l'eau de boisson, des plans de contrôle de la qualité de l'eau, la pollution de l'air intérieur, la sécurité sanitaire des aliments, la gestion des déchets dangereux, la prise en charge intégrée des vecteurs de maladie, la réduction des concentrations d'arsenic, la gestion des déchets biomédicaux, la santé et la sécurité au travail, et la mise en place d'approches fondées sur des cadres de vie sains. Les trois résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité santé et environnement ont été pleinement atteints.

52. **Promotion de la santé (HPR).** Une bonne partie des activités de l'OMS avec les pays ont porté sur le renforcement des capacités, un soutien étant fourni pour des cours universitaires, des formations en cours d'emploi et des cours spéciaux au niveau régional. Les pays ont également reçu un soutien pour progresser vers un financement durable de la promotion de la santé, même si les investissements généraux dans ce domaine restent faibles et les modes de financement limités. Des publications

¹ Résolution WHA60.26.

importantes sur la théorie et l'efficacité de la promotion de la santé sont parues ; toutefois, les exemples d'études de pays en développement sont restés peu nombreux. Parmi les autres domaines sur lesquels portent les activités de l'OMS en matière de promotion de la santé figurent la promotion de la santé scolaire et la surveillance des comportements en matière de santé. Deux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité promotion de la santé n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent la validation et la diffusion de données factuelles concernant l'efficacité des stratégies et interventions de promotion de la santé, et l'instauration d'un partenariat mondial pour appuyer les pays dans la mise en oeuvre des recommandations de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Bangkok, 7-11 août 2005).

53. **Nutrition (NUT).** Le lancement en avril 2006 des normes OMS de croissance de l'enfant a marqué une étape majeure. La diffusion mondiale des normes et des efforts déployés à cet égard pour renforcer les capacités régionales ont progressé ; et 83 pays appliquent déjà les normes. Des directives OMS/FAO sur l'enrichissement des aliments en micronutriments ont été publiées,¹ portant à la fois sur des questions de santé publique et des questions techniques. La rédaction d'une déclaration conjointe sur la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère par l'OMS, le PAM, l'UNICEF et le Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies a également été une réalisation importante, susceptible d'avoir un impact positif sur la mortalité de l'enfant. La première phase du projet intitulé « Landscape Analysis on Countries' Readiness to Act in Nutrition » a été entamée dans 36 pays à forte prévalence du retard de croissance. Un résultat escompté à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité nutrition n'a été que partiellement atteint. Il a trait à l'appui technique et au soutien à la formulation de politiques pour améliorer l'alimentation en situation de crise ou d'autres situations particulières.

54. **Tabac (TOB).** Le nombre de pays Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a augmenté rapidement ; parallèlement, la transition du secrétariat intérimaire de la Convention-cadre vers un secrétariat permanent de la Convention a été menée à bien. Aux niveaux, national, régional et mondial, les activités de sensibilisation de l'OMS et le soutien technique pour la mise en oeuvre et la ratification de la Convention-cadre ont permis à des Etats Membres de devenir Parties à la Convention. A la fin de la période biennale, des politiques antitabac d'un bon rapport coût/efficacité étaient appliquées par un grand nombre de pays. Un système de surveillance regroupant la grande majorité des Etats Membres a été mis en place et des recommandations importantes ont été élaborées par l'OMS. Les six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans ce domaine d'activité ont été pleinement atteints.

55. **Violence, traumatismes et incapacités (INJ).** L'OMS a sensibilisé aux menaces associées aux accidents de la circulation routière, à la violence et aux traumatismes et promu des moyens d'y faire face. L'Organisation a également oeuvré à améliorer la vie des personnes handicapées. Plusieurs partenariats importants ont été créés ou renforcés à tous les niveaux, y compris des réseaux mondiaux et régionaux de points focaux dans les ministères de la santé, le Groupe des Nations Unies pour la collaboration en matière de sécurité routière, l'Alliance pour la prévention de la violence et des partenariats avec un ou plusieurs organismes des Nations Unies. La première Semaine mondiale des Nations Unies pour la sécurité routière consacrée aux jeunes usagers de la route a été célébrée dans pratiquement tous les pays du monde ; dans le cadre de cette manifestation, de jeunes responsables de 100 pays ont assisté à l'Assemblée mondiale de la Jeunesse pour la Sécurité routière (Genève, 23-29 avril 2007). Plusieurs pays ont reçu un soutien pour la mise sur pied de programmes visant à renforcer la prévention et à améliorer les services d'urgence et de réadaptation. Plusieurs documents

¹ *Guidelines on food fortification with micronutrients.* Genève, Organisation mondiale de la Santé et Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 2006 (sous presse).

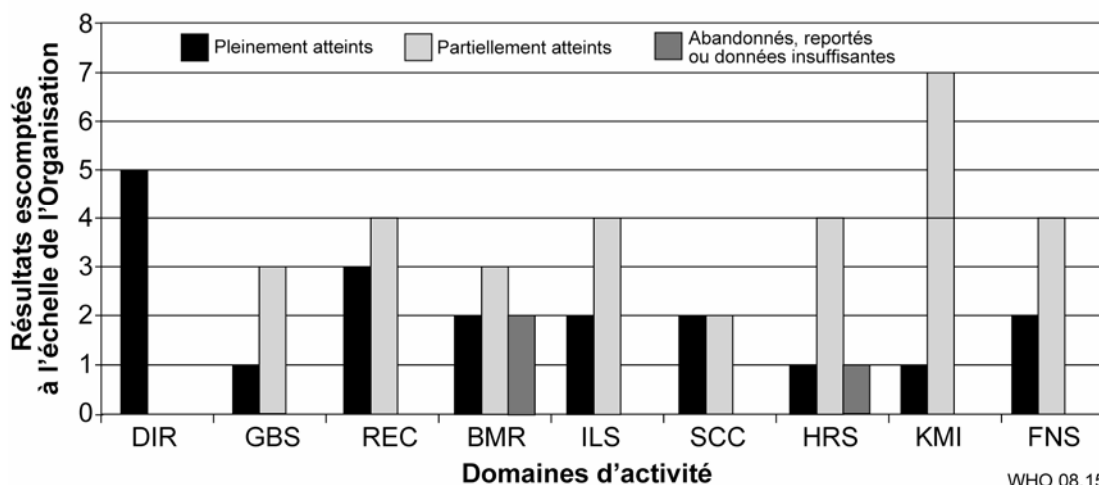
normatifs importants ont également été élaborés au cours de l'exercice. Les sept résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans ce domaine d'activité ont été pleinement atteints.

56. **Recherche sur les maladies transmissibles (CRD).** La recherche sur la participation communautaire à la fourniture de soins de santé a continué à donner des résultats importants. Des études multipays de grande envergure ont montré que les interventions axées sur la communauté en Afrique pouvaient être élargies à la mise en oeuvre conjointe de cinq interventions maximum, y compris le traitement à domicile du paludisme et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. L'OMS a mis sur pied des réseaux d'innovation préconcurrentiels pour la recherche de médicaments en associant des universités et des entreprises de pays développés et de pays en développement. Ces réseaux commencent à proposer de nouveaux projets de recherche de médicaments pour des maladies négligées. Deux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité recherche sur les maladies transmissibles n'ont été que partiellement atteints. Ils ont trait à la conception d'outils pour prévenir et combattre les maladies infectieuses ; et à l'élaboration et à la validation de politiques de santé publique prévoyant la mise en oeuvre des stratégies de prévention et de lutte.

Appui efficace aux Etats Membres

57. Ce groupe comporte neuf éléments, souvent considérés comme des domaines d'activité fondamentaux.¹

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation : appui efficace aux Etats Membres



58. **Direction (DIR).** L'Organisation a géré de manière satisfaisante les suites d'une tragédie imprévisible, le décès soudain du Dr LEE Jong-wook, et a continué à assurer la direction et à fournir l'appui voulu aux Etats Membres pendant la période de transition avant la nomination d'un nouveau Directeur général. Pendant l'exercice, les Etats Membres ont été encouragés à approuver plusieurs stratégies et plans d'action mondiaux importants, notamment la stratégie mondiale de lutte contre les

¹ Direction (DIR) ; Organes directeurs (GBS) ; Relations extérieures (REC) ; Planification, coordination des ressources et surveillance (BMR) ; Infrastructure et logistique (ILS) ; Présence essentielle de l'OMS dans les pays (SCC) ; Gestion des ressources humaines à l'OMS (HRS) ; Gestion du savoir et technologie de l'information (KMI) ; et Budget et gestion financière (FNS).

maladies sexuellement transmissibles,¹ la stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS,² et le plan d'action mondial pour la santé des travailleurs.³ Les cinq résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans ce domaine d'activité ont été pleinement atteints.

59. **Organes directeurs (GBS).** Les services fournis ont garanti le déroulement harmonieux des réunions ordinaires des organes directeurs au Siège et dans les Régions. D'autres réunions des organes directeurs ont été organisées et tenues, notamment des sessions extraordinaires du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé en 2006 et deux Conférences des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Les consultations informelles sont de plus en plus utilisées pour garantir une meilleure coopération, communication et coordination des politiques entre les Etats Membres et le Secrétariat. Trois résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité organes directeurs n'ont été que partiellement atteints. Ils ont trait à l'adoption de résolutions axées sur des questions de politique générale et de stratégie donnant des orientations claires aux Etats Membres et au Secrétariat ; à l'amélioration de la communication entre les Etats Membres, les membres du Conseil exécutif et le Secrétariat ; et au déroulement des réunions des organes directeurs dans les langues officielles de l'OMS.

60. **Relations extérieures (REC).** Des consultations et une coordination efficaces avec les organisations du système des Nations Unies ont été assurées au cours de l'exercice, l'OMS participant à l'initiative pour la réforme de l'ONU dans huit pays pilotes. L'Organisation a développé ses activités avec des banques de développement régionales ainsi que des instances et des institutions régionales de développement. Quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité relations extérieures n'ont été que partiellement atteints. Ils ont trait à la base de ressources pour l'OMS ; au renforcement de la valeur ajoutée par la participation du secteur privé aux programmes de santé publique ; à l'amélioration de la transparence et de l'accès aux informations concernant les organisations non gouvernementales ; et à l'extension du projet Académie de la santé.

61. **Planification, coordination des ressources et surveillance (BMR).** Le cadre gestionnaire de l'OMS fondé sur les résultats a été révisé au cours de l'exercice avec le passage d'un cycle de planification stratégique biennal à un cycle sur six ans et l'introduction d'une planification et d'une programmation horizontales plus ramassées, en ramenant les 36 domaines d'activité programmatiques à 13 objectifs stratégiques. On a mobilisé un niveau de fonds sans précédent, ce qui a permis de financer le budget programme 2006-2007. Le onzième programme général de travail 2006-2015 a été approuvé⁴ et le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 également ;⁵ dans sa résolution portant ouverture de crédits,⁶ l'Assemblée de la Santé a approuvé le budget programme 2008-2009. Trois résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité planification, coordination des ressources et surveillance n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent l'application du cadre gestionnaire révisé et des processus y relatifs ; l'application d'un système mondial de planification et d'administration des ressources volontaires ; et l'appui, à tous les niveaux de l'Organisation, à la culture et à la pratique de la gestion axée sur les résultats. Un résultat escompté à l'échelle de

¹ Résolution WHA59.19.

² Résolution WHA60.25.

³ Résolution WHA60.26.

⁴ Résolution WHA59.4.

⁵ Résolution WHA60.11.

⁶ Résolution WHA60.12.

l'Organisation relatif à la mise en place d'un système d'information sur la gestion du programme mondialement compatible a été abandonné afin de réorienter les efforts sur la mise en place du Système mondial de gestion. On ne disposait pas de données suffisantes pour déterminer la mesure dans laquelle un autre résultat escompté à l'échelle de l'Organisation, relatif au renforcement des capacités des services d'assurance de la qualité, avait été atteint.

62. **Infrastructure et logistique (ILS).** Des travaux d'agrandissements, des travaux de rénovation et des projets de construction ont été menés à bien, y compris l'achèvement du nouveau bâtiment de l'OMS/ONUSIDA au Siège et de nouveaux bâtiments à usage de bureaux et des rénovations dans la Région des Amériques et dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale. L'OMS a pris possession des locaux du nouveau Centre mondial de services de Kuala Lumpur fin 2007 et le plan directeur d'équipement – qui projette sur 10 ans les besoins mondiaux en infrastructure de l'Organisation – a été finalisé, et l'Assemblée de la Santé en a pris note et a approuvé le budget correspondant pour les dépenses d'équipement dans la résolution portant ouverture de crédits.¹ Des négociations avec les compagnies aériennes ont permis d'utiliser des routes plus favorables et de travailler en commun avec d'autres institutions des Nations Unies, ce qui a permis des économies considérables sur les billets d'avion. Quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité infrastructure et logistique n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent la gestion efficace et rentable des fonctions de soutien logistique ; la fourniture d'un soutien efficace au plan de l'infrastructure et de la logistique aux réunions techniques et aux réunions mondiales des organes directeurs ; l'amélioration de la sécurité et de la sûreté des terrains et bâtiments ; et l'aménagement des biens immobiliers.

63. **Présence essentielle de l'OMS dans les pays (SCC).** A la fin de l'exercice, 80 % des bureaux de pays étaient raccordés au Réseau privé mondial, ce qui a énormément contribué à renforcer la communication à l'échelle de l'Organisation. Toutes les Régions ont convenu d'aller vers un processus de sélection sur concours au niveau institutionnel pour le recrutement des chefs de bureaux de pays. La délégation de pouvoirs a été renforcée dans certaines Régions. La quatrième réunion mondiale des chefs de bureaux de pays de l'OMS avec le Directeur général et les Directeurs régionaux a été organisée fin 2007. Deux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans ce domaine d'activité n'ont été que partiellement atteints. Ils ont trait à l'amélioration de la présence essentielle de l'OMS et de la capacité d'exécuter le programme stratégique de l'OMS au niveau des pays ; et au renforcement des mécanismes de mise en oeuvre et de suivi efficaces des politiques d'action en faveur des pays et de décentralisation de l'OMS.

64. **Gestion des ressources humaines à l'OMS (HRS).** Diverses améliorations ont été apportées à la gestion des ressources humaines, y compris les processus de sélection accélérés, les tests électroniques, les outils électroniques et le recrutement groupé pour des postes analogues. Un soutien à la création du Centre mondial de services a été apporté en ce qui concerne la classification des postes, le recrutement et les relations avec l'extérieur, le développement des carrières et la révision des traitements et des prestations. Quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité gestion des ressources humaines à l'OMS n'ont pas été pleinement atteints. Ils concernent l'instauration d'un nouveau système mondial d'information sur les ressources humaines ; la mise en place de programmes de formation efficaces ; le maintien des procédures et systèmes applicables au recrutement et le respect des obligations contractuelles ; et la mise en place de systèmes de gestion de la sécurité du personnel. Un autre résultat escompté à l'échelle de l'Organisation, relatif à l'application du système de roulement et de mobilité, a été reporté.

¹ Résolution WHA60.12.

65. **Gestion du savoir et technologie de l'information (KMI).** La stratégie mondiale pour les technologies de l'information et de la communication a été publiée au cours de l'exercice ; l'initiative d'accès aux recherches InterRéseau-Santé et les deux programmes apparentés ont permis d'offrir un libre accès à des informations médicales, environnementales, agricoles et nutritionnelles en ligne à quelque 4500 institutions de plus de 100 Etats Membres. Sept résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité gestion du savoir et technologie de l'information n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent l'élaboration de politiques et de stratégies en matière de gestion du savoir ; l'intégration des produits d'information de l'OMS dans les systèmes d'apprentissage ; la conception et la mise en place d'une architecture unifiée en matière de gestion et de technologie de l'information à l'OMS ; la mise en place d'une infrastructure technologique et de stratégies d'information adéquates ; l'application des produits et outils d'information de l'OMS ; la mise à disposition de l'Organisation des technologies existantes selon un bon rapport coût/efficacité ; et la mise en place d'un Système mondial de gestion pleinement opérationnel.

66. **Budget et gestion financière (FNS).** Des progrès ont été faits en ce qui concerne la préparation en vue de la mise en oeuvre des nouveaux systèmes de comptabilité et de gestion budgétaire et financière dans le cadre du Système mondial de gestion. Toutes les dates limites statutaires pour l'établissement de rapports ont été respectées au cours de l'exercice. L'application des recommandations du Commissaire aux Comptes et du vérificateur intérieur des comptes a été assez satisfaisante, et des contrôles internes adéquats ont été maintenus. Des progrès satisfaisants ont été enregistrés dans l'application des nouvelles pratiques comptables (normes comptables internationales du secteur public) et les intérêts perçus ont enregistré une performance satisfaisante. Quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine d'activité budget et gestion financière n'ont été que partiellement atteints. Ils concernent l'élaboration de politiques et de conseils pour l'application de fonctions conformes au nouveau Système mondial de gestion ; l'établissement de prévisions budgétaires intégrées et la réalisation des projections, du suivi et des rapports concernant les revenus et les dépenses ; la préparation des rapports financiers et autres rapports réglementaires et leur présentation à l'Assemblée de la Santé ; et la mise en oeuvre d'une stratégie de financement pour la gestion budgétaire intégrée.

ENSEIGNEMENTS TIRES ET MESURES REQUISES POUR AMELIORER L'EXECUTION

67. Les enseignements suivants et les mesures requises pour améliorer l'exécution n'ont trait qu'aux questions gestionnaires et organisationnelles ; les questions d'ordre technique sont traitées dans le rapport complet.

68. Les principaux enseignements tirés par le Secrétariat au cours de l'exercice biennal 2006-2007 ont été les suivants :

- les séances d'information approfondies et les consultations élargies avec les Etats Membres sont des mécanismes efficaces pour mieux faire comprendre des points complexes inscrits à l'ordre du jour avant les réunions des organes directeurs ;
- la sensibilisation, l'information et la diffusion de matériels OMS jouent un rôle indispensable pour promouvoir les politiques auprès de nos Etats Membres et de nos partenaires ;
- une planification coordonnée aux trois niveaux de l'Organisation contribue à harmoniser l'exécution des programmes ;

- les capacités des pays de mettre en pratique des stratégies mondiales ou régionales restent limitées dans certains domaines d'activité ;
- les indicateurs utilisés ne se prêtent pas toujours à être mesurés et les cibles étaient dans certains cas trop ambitieuses ;
- des contraintes administratives et d'ordre procédural ont continué à gêner l'élargissement des activités dans de nombreux domaines d'activité et de nombreux lieux ;
- l'externalisation et la délocalisation des services peuvent réduire les défenses opérationnelles dans certains bureaux.

69. Parmi les mesures requises pour améliorer l'exécution figurent :

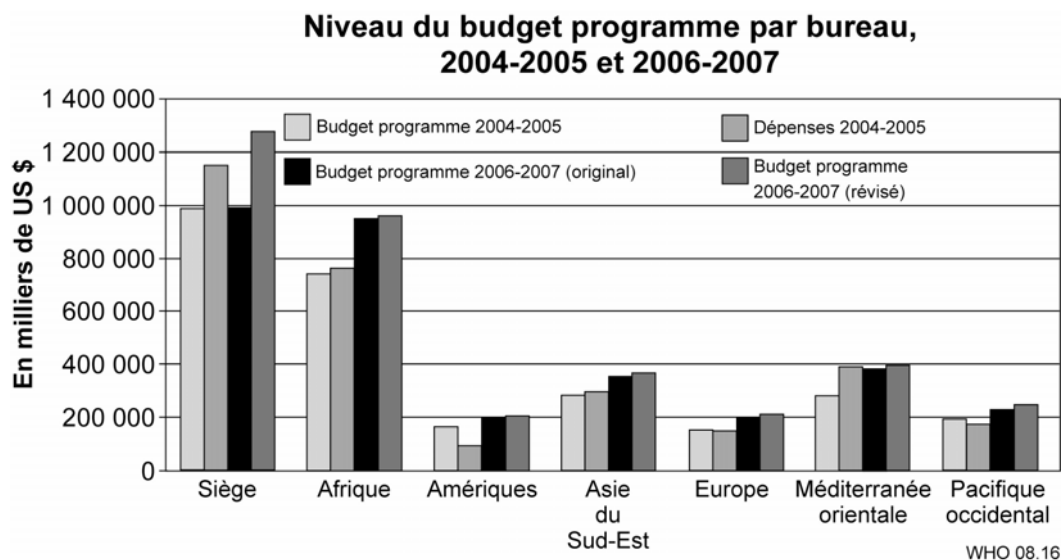
- le renforcement des capacités des équipes de l'OMS dans les pays pour les aider à respecter les exigences en matière d'alignement et d'harmonisation avec les différents partenariats et les organisations du système des Nations Unies ;
- l'amélioration des outils et des méthodes permettant d'examiner l'efficacité de l'OMS dans les pays ;
- le renforcement des capacités des bureaux régionaux et de pays à communiquer efficacement avec le public et les médias ;
- l'amélioration de la coordination et de la cohésion avec les organes du système des Nations Unies, les organismes bilatéraux, les banques de développement, les organisations non gouvernementales, la société civile et les universités ;
- la discussion avec les principaux donateurs afin de rechercher des financements plus souples et plus prévisibles conformément aux priorités convenues fixées dans le budget programme de l'OMS ;
- la révision des indicateurs d'exécution dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 pour vérifier qu'ils sont mesurables ;
- la rationalisation des politiques et des procédures administratives et gestionnaires pour améliorer l'efficacité et faciliter l'extension des activités, surtout au niveau des pays ;
- une rationalisation accrue des procédures en matière de ressources humaines afin d'accélérer le recrutement ;
- le renforcement de la fonction de coordination du budget et des ressources de l'OMS ;
- l'accroissement des capacités des unités techniques d'analyser les ressources disponibles, les dépenses et les taux d'exécution financière.

EXECUTION FINANCIERE

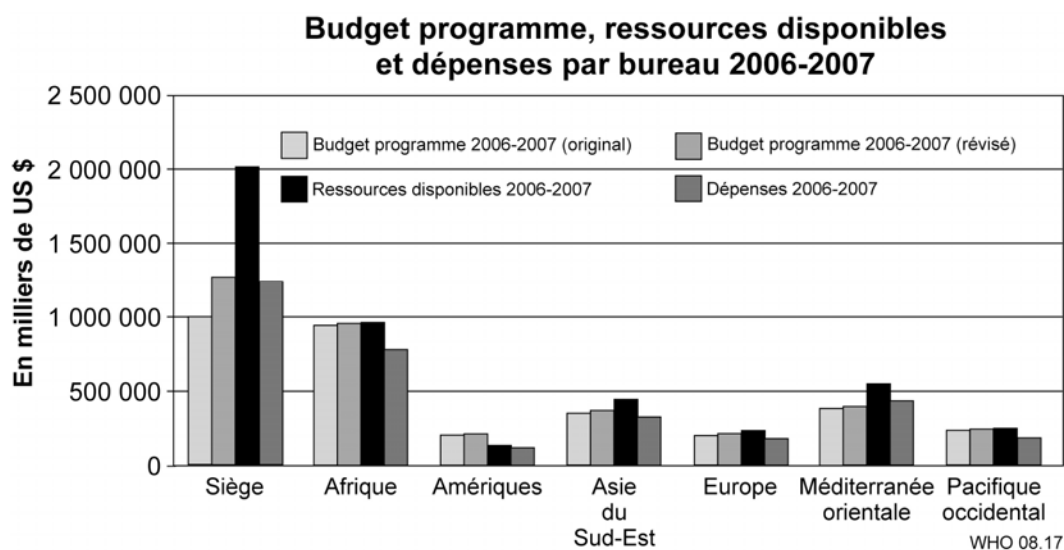
70. Le montant de US \$3313 millions prévu à l'origine dans le budget programme 2006-2007 est passé à US \$3670 millions au cours de l'exercice. Le dernier chiffre représente une augmentation de

30 % par rapport au budget programme 2004-2005. De nouvelles exigences pèsent sur l’OMS et de nouveaux mécanismes de financement ont été mis à disposition pour soutenir la mise en oeuvre des priorités approuvées dans des propositions supérieures à ce qui était prévu à l’origine dans le budget programme 2006-2007.

71. La croissance du budget programme 2006-2007 a été en grande partie due à une augmentation des allocations budgétaires dans les domaines suivants : Service pharmaceutique mondial du partenariat Halte à la tuberculose, activités liées à la grippe aviaire, activités supplémentaires en matière de vaccins et de vaccination concernant l’Alliance GAVI, présélection des médicaments, ressources humaines pour la santé et sécurité des patients. Les activités dans ces domaines sont principalement mises en oeuvre par le Siège ; c’est pour cette raison que l’augmentation la plus importante du budget a été attribuée au Siège, des augmentations moins importantes étant consenties aux niveaux régional et national.



72. Malgré un niveau record des dépenses pour l’exécution des programmes, qui ont augmenté de 14 % par rapport à l’exercice 2004-2005, l’exécution financière n’a pas suivi la croissance rapide du budget enregistrée pendant l’exercice 2006-2007. Les dépenses des programmes au cours de l’exercice 2006-2007 se sont montées à US \$3098 millions, soit 93,5 % du montant original couvert par le budget programme 2006-2007 et 84,4 % du budget programme révisé pour la même période.



73. Les ressources financières disponibles pour les activités programmatiques de l'Organisation pour l'exercice 2006-2007 se sont élevées à US \$4257 millions. Un montant important – US \$1600 millions – a donc pu être reporté pour les activités programmatiques de l'exercice 2008-2009. L'analyse de l'exécution du budget programme 2006-2007 révèle ce qui suit :

- Les crédits du budget programme ont été dans une large mesure réservés à des affectations spéciales et répartis de façon inégale entre les programmes et les principaux bureaux.
- Le budget ordinaire n'a représenté que 21 % des recettes effectives par rapport à 29 % pour l'exercice 2004-2005.
- L'une des conséquences de la dépendance croissante de l'OMS vis-à-vis des contributions volontaires est qu'un montant important de crédits est susceptible d'être reporté d'un exercice sur l'autre. En outre, ces fonds sont indispensables pour assurer le fonctionnement ininterrompu de l'Organisation, en particulier en ce qui concerne la confirmation des engagements du personnel. Il est difficile d'estimer le montant minimal devant être reporté d'un exercice sur l'autre pour permettre à l'Organisation de fonctionner efficacement, et ce parce que les contributions volontaires ne sont pas toutes reçues au même moment, parce que la répartition des fonds est inégale – certains étant réservés à certaines activités –, et parce que certains fonds sont détenus dans le cadre de partenariats.
- En raison de la politique comptable révisée, appliquant une méthodologie selon laquelle les contributions volontaires sont comptabilisées à la signature des accords avec les donateurs, les recettes comptabilisées pour l'exercice 2006-2007 ont augmenté de US \$423,8 millions, ce qui a eu un impact non négligeable sur le montant reporté.
- L'application, au titre des nouvelles règles comptables, du principe d'exécution effective, c'est-à-dire que les dépenses comptabilisées correspondent aux résultats atteints, a eu des répercussions sur le niveau des dépenses notifiées, faisant apparaître l'exécution comme plus faible (la différence estimée pour l'exercice 2006-2007 est d'environ US \$125 millions). Cela entraîne une légère distorsion de la comparaison des dépenses d'un exercice à l'autre.
- Parmi les facteurs qui ont une incidence sur le niveau d'exécution du budget, on citera des difficultés à développer les capacités techniques et administratives proportionnellement à la

croissance de la demande et des recettes. Le développement au niveau des pays est particulièrement difficile, d'autant plus en raison d'un déploiement des ressources humaines décalé dans le temps, et de retards dans les transferts de fonds vers les Régions et les pays pour des raisons administratives.

- La croissance rapide des fonds dans le secteur de la santé ne constitue pas seulement un défi pour la capacité de mise en oeuvre de l'OMS, mais sollicite également à outrance les ministères de la santé et d'autres partenaires et homologues avec lesquels l'OMS travaille.
- L'impact sur les dépenses est également influencé par les dons arrivant tardivement dans l'exercice ; toutefois, c'est un problème récurrent et le volume des dons n'a pas changé sensiblement entre l'exercice 2004-2005 et l'exercice 2006-2007.
- Les ressources reçues pour des partenariats hébergés par l'OMS et les ressources destinées à faire face à des flambées de maladies et à des crises ont eu des répercussions sur le taux d'exécution ; toutefois, aucun de ces aspects ne peut être totalement maîtrisé par le Secrétariat étant donné que les partenariats sont, par définition, des accords de collaboration, et que l'action en cas de flambées ou de crises est fonction de circonstances extérieures. Au cours de l'exercice 2006-2007, la croissance des recettes pour ces deux catégories a eu un impact important sur l'ensemble du budget. A l'avenir, la différenciation entre les divers segments du budget programme sera améliorée par une meilleure séparation entre les budgets et les flux de recettes dans les différentes catégories.
- L'affectation à des activités déterminées d'une grande partie des fonds mis à disposition de l'Organisation a également constitué une contrainte majeure ; malgré un financement solide dans l'ensemble, certaines activités ont connu de ce fait un déficit de financement. Bien que les recettes aient considérablement augmenté pendant l'exercice 2006-2007 par rapport à l'exercice 2004-2005, la croissance n'a pas été répartie de façon égale entre tous les domaines d'activité ou entre les principaux bureaux, et l'alignement des ressources disponibles sur le budget programme ne s'est pas amélioré.

74. La répartition des dépenses entre le Siège et les Régions est restée inchangée entre l'exercice 2004-2005 et l'exercice 2006-2007 (Siège 38 %, Régions et pays 62 %). On espère qu'un certain nombre d'améliorations administratives – notamment la réforme de la gestion des ressources humaines et la rationalisation des procédures de recrutement, ainsi que l'introduction du Système mondial de gestion – amélioreront à plus long terme le taux d'exécution.

75. Pendant l'exercice 2006-2007, l'Organisation a pris des mesures pour améliorer l'équilibre dans l'exécution entre les lieux d'affectation et les domaines d'activité. Un groupe consultatif sur les ressources financières a été créé, dont tous les sous-directeurs généraux et les directeurs de la gestion des programmes des bureaux régionaux sont membres permanents. Ce groupe, placé sous la présidence du Directeur général adjoint, jouera un rôle de plus en plus important au cours de l'exercice 2008-2009. Il conseillera le Directeur général sur la disponibilité et l'utilisation des ressources et les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés dans le budget programme. Il contrôlera l'exécution de la totalité du programme de l'Organisation et donnera des avis sur les mesures éventuelles à prendre pour assurer une exécution efficace en vue d'atteindre les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation définis dans le plan stratégique à moyen terme, et les résultats exprimés dans les plans de travail à tous les niveaux de l'Organisation.

76. La création de comptes communs est essentielle pour soutenir les activités du groupe consultatif. Pendant l'exercice 2006-2007, ces comptes ont détenu des ressources dont l'utilisation

était tout à fait souple ou des ressources dont l'affectation ne précisait que le domaine d'activité. Les décisions concernant la répartition des ressources entre les principaux bureaux ont été fondées sur un dialogue au sein même des domaines d'activité, associant le Siège et les bureaux régionaux. Ce processus avait pour but de soutenir la mise en oeuvre des priorités définies dans le budget programme. Le soutien des donateurs à cette initiative a été encourageant, 11 Etats Membres donateurs ayant versé des fonds suffisamment souples entrant dans cette catégorie de recettes.

77. Le mécanisme des comptes communs a permis – tant au plan interne qu'au plan externe – de mieux comprendre les complexités et les difficultés inhérentes au financement de l'OMS. Compte tenu des interconnexions qui existent entre les différentes parties de l'Organisation, le groupe consultatif sur les ressources financières peut jouer un rôle important. Le dialogue se poursuit avec les donateurs de façon à ce qu'un mécanisme solide puisse être mis en place pour augmenter la proportion de fonds moins strictement réservés lors des futurs exercices.

78. Sur la base de l'expérience positive du groupe consultatif et du mécanisme des comptes communs, un fonds commun des contributions volontaires a été constitué. Il est géré de manière transparente et responsable, assurant le versement de crédits pour combler les déficits de financement les plus graves s'agissant des objectifs stratégiques au Siège et dans les Régions. Le fonds a pour but d'offrir une vue d'ensemble à haut niveau de la mise en oeuvre du budget programme de sorte que l'on puisse intervenir pour améliorer des résultats particuliers de même que l'efficacité générale de l'Organisation.

Tableaux

**Tableau 1 – Récapitulation du budget et des dépenses
Budget ordinaire par niveau organique et montant total des contributions volontaires
Exercice 2006-2007
(en milliers de US \$)**

	Budget programme 2006-2007	Virements effectués et soldes non affectés	Budget effectif ^{a/} au 31 décembre 2007	Dépenses 2006-2007	Taux d'exécution ^{c/} en % du budget effectif
Budget ordinaire					
Pays	355 021	(12 700)	342 321	337 194	98,5
Régions	246 257	63	246 320	245 222	99,6
Niveau mondial (Siège)	278 528	3 060	281 588	280 932	99,8
<i>Total partiel</i>	879 806	(9 577)	870 229	863 348	99,2
Divers	35 509	(231)	35 278	35 278	100,0
<i>Total budget ordinaire</i>	915 315	(9 808)	905 507	898 626	99,2
Contributions volontaires	2 754 846 ^{b/}		2 754 846	2 372 488	86,1
Total	3 670 161	(9 808)	3 660 353	3 271 114	89,4
 <i>A déduire :</i>					
Elimination – Activités liées aux programmes de l'OMS Etat I annexe 2 (à l'exclusion des dépenses d'appui aux programmes US \$152 091 (en milliers))				172 850	
Total – Activités liées aux programmes de l'OMS					
Etat I	3 670 161			3 098 264	84,4

^{a/} Le budget effectif représente la partie du budget programme qui a été affectée et ajustée au moyen de virements entre des sections de la résolution portant ouverture de crédits et/ou les bureaux.

^{b/} Chiffres concernant les autres sources d'après le document EB120/3 (document EBPBAC5/5).

^{c/} Le taux d'exécution repose sur le budget effectif tel qu'il figure dans ce Tableau, tandis que les Tableaux 2, 3 et 4 font apparaître le taux d'exécution sur la base du budget programme approuvé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA58.4 et indiqué dans le document EB120/3 (document EBPBAC5/5).

**Tableau 2 – Récapitulation du budget et des dépenses
par domaine d'activité – tous bureaux confondus
Exercice 2006–2007 (en milliers de US \$)**

Domaine d'activité	Budget ordinaire			Contributions volontaires			Ensemble des fonds		
	Budget programme	Dépenses	%	Budget programme	Dépenses	%	Budget programme	Dépenses	%
Maladies transmissibles : prévention et lutte	20 059	24 112		132 924	79 060		152 983	103 172	67,4
Recherche sur les maladies transmissibles	3 757	3 375		104 700	73 852		108 457	77 227	71,2
Alerte et action en cas d'épidémie	47 925	41 439		182 594	101 428		230 519	142 867	62,0
Paludisme	15 085	15 905		122 424	154 795		137 509	170 700	124,1
Tuberculose	11 836	10 600		222 690	174 927		234 526	185 527	79,1
VIH/sida	16 148	14 474		258 745	138 694		274 893	153 168	55,7
Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles	30 728	25 951		33 375	13 437		64 103	39 388	61,4
Promotion de la santé	14 577	17 488		38 070	15 855		52 647	33 343	63,3
Santé mentale et toxicomanies	12 772	10 738		19 492	10 004		32 264	20 742	64,3
Tabac	13 856	10 870		26 214	16 036		40 070	26 906	67,1
Nutrition	9 431	7 787		17 077	10 850		26 508	18 637	70,3
Santé et environnement	36 799	33 997		53 613	32 010		90 412	66 007	73,0
Sécurité sanitaire des aliments	8 390	9 114		17 627	7 814		26 017	16 928	65,1
Violence, traumatismes et incapacités	4 973	4 724		17 628	10 332		22 601	15 056	66,6
Santé génésique	8 074	8 697		68 498	52 525		76 572	61 222	80,0
Pour une grossesse à moindre risque	24 857	17 068		40 294	17 621		65 151	34 689	53,2
Parité des sexes en matière de santé	4 373	3 172		13 330	5 224		17 703	8 396	47,4
Santé de l'enfant et de l'adolescent	27 453	17 576		75 004	40 333		102 457	57 909	56,5
Vaccination et mise au point de vaccins	14 371	17 089		512 369	636 490		526 740	653 579	124,1
Médicaments essentiels	17 029	18 807		53 839	43 592		70 868	62 399	88,0
Technologies de la santé essentielle	12 139	11 637		16 547	12 177		28 686	23 814	83,0
Elaboration de politiques pour la santé et le développement	16 160	14 825		29 203	14 807		45 363	29 632	65,3
Politiques relatives au système de santé et prestation des services	43 302	50 869		88 365	35 564		131 667	86 433	65,6
Ressources humaines pour la santé	38 987	39 663		52 661	18 715		91 648	58 378	63,7

Domaine d'activité	Budget ordinaire			Contributions volontaires			Ensemble des fonds		
	Budget programme	Dépenses	%	Budget programme	Dépenses	%	Budget programme	Dépenses	%
Financement de la santé et protection sociale	16 145	12 436		28 822	6 640		44 967	19 076	42,4
Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche	21 151	20 812		69 255	36 744		90 406	57 556	63,7
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	9 035	10 666		100 402	271 354		109 437	282 020	257,7
Présence essentielle de l'OMS dans les pays	128 624	135 052		61 979	31 758		190 603	166 810	87,5
Gestion du savoir et technologie de l'information	57 319	59 319		88 861	53 230		146 180	112 549	77,0
Planification, coordination des ressources et surveillance	12 213	13 956		13 479	7 910		25 692	21 866	85,1
Gestion des ressources humaines à l'OMS	22 384	21 444		29 489	34 386		51 873	55 830	107,6
Budget et gestion financière	21 827	20 439		21 050	22 770		42 877	43 209	100,8
Infrastructure et logistique	68 524	66 309		61 259	101 338		129 783	167 647	129,2
Organes directeurs	24 933	26 810		10 446	8 113		35 379	34 923	98,7
Relations extérieures	17 783	15 619		15 043	11 061		32 826	26 680	81,3
Direction	26 787	30 509		11 417	15 170		38 204	45 679	119,6
Domaines d'activité fondamentaux – Total	879 806	863 348		2 708 785	2 316 616		3 588 591	3 179 964	88,6
Divers									
Couverture du risque de change	15 000	14 775		5 000	1 825		20 000	16 600	
Fonds immobilier	7 509	7 396		6 061	409		13 570	7 805	
Fonds pour la technologie de l'information	10 000	9 850		15 000	27 188		25 000	37 038	
Fonds pour la sécurité	3 000	3 257		20 000	26 450		23 000	29 707	
Total – Divers	35 509	35 278		46 061	55 872		81 570	91 150	
Total – ENSEMBLE DES BUREAUX	915 315	898 626	98,2	2 754 846	2 372 488	86,1	3 670 161	3 271 114	89,1

**Tableau 3 – Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation
pleinement atteints, partiellement atteints, abandonnés, reportés ou pour lesquels
les données qui permettraient de déterminer le degré de réalisation sont insuffisantes
– par domaine d'activité**

Sigle	Domaine d'activité	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pleinement atteints	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation partiellement atteints	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation abandonnés, reportés ou pour lesquels les données qui permettraient de déterminer le degré de réalisation sont insuffisantes	Totaux
Interventions sanitaires essentielles					
CPC	Maladies transmissibles : prévention et lutte	3	2	0	5
CSR	Alerte et action en cas d'épidémie	5	0	0	5
MAL	Paludisme	0	5	0	5
TUB	Tuberculose	2	5	0	7
HIV	VIH/sida	3	4	0	7
NCD	Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles	5	0	0	5
MNH	Santé mentale et toxicomanies	4	1	0	5
RHR	Santé génésique	5	1	0	6
MPS	Pour une grossesse à moindre risque	4	0	0	4
CAH	Santé de l'enfant et de l'adolescent	3	1	0	4
IVB	Vaccination et mise au point de vaccins	4	3	0	7
EHA	Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	3	1	0	4
Politiques et systèmes de santé et produits y relatifs					
HSP	Politiques relatives au système de santé et prestation des services	2	1	2	5
HFS	Financement de la santé et protection sociale	4	0	0	4
IER	Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche	3	2	0	5
HRH	Ressources humaines pour la santé	1	1	5	7

Sigle	Domaine d'activité	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pleinement atteints	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation partiellement atteints	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation abandonnés, reportés ou pour lesquels les données qui permettraient de déterminer le degré de réalisation sont insuffisantes	Totaux
HSD	Elaboration de politiques pour la santé et le développement	1	5	1	7
EDM	Médicaments essentiels	5	2	0	7
BCT	Technologies de la santé essentielles	3	2	0	5
Déterminants de la santé					
FOS	Sécurité sanitaire des aliments	3	2	0	5
GWH	Parité des sexes en matière de santé	2	3	0	5
PHE	Santé et environnement	3	0	0	3
HPR	Promotion de la santé	4	2	0	6
NUT	Nutrition	5	1	0	6
TOB	Tabac	6	0	0	6
INJ	Violence, traumatismes et incapacités	7	0	0	7
CRD	Recherche sur les maladies transmissibles	4	2	0	6
Appui efficace aux Etats Membres					
DIR	Direction	5	0	0	5
GBS	Organes directeurs	1	3	0	4
REC	Relations extérieures	3	4	0	7
BMR	Planification, coordination des ressources et surveillance	2	3	2	7
ILS	Infrastructure et logistique	2	4	0	6
SCC	Présence essentielle de l'OMS dans les pays	2	2	0	4
HRS	Gestion des ressources humaines à l'OMS	1	4	1	6
KMI	Gestion du savoir et technologie de l'information	1	7	0	8
FNS	Budget et gestion financière	2	4	0	6
Totaux		113	77	11	201

= = =