



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixantième session

Malabo, Guinée équatoriale, 30 août – 3 septembre 2010

Point 7.3 de l'ordre du jour provisoire

**AVANT PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2012-2013
Version du Comité Régional**

1. L'avant-projet de budget programme 2012-2013 est présenté aux comités régionaux pour débat et commentaires.
2. Tout au long du document, les références au budget programme 2008-2009 et au budget programme 2010-2011 correspondent aux budgets biennaux approuvés par l'Assemblée de la Santé dans les résolutions WHA60.12 et WHA62.9 respectivement. Les références à «l'exécution pour 2008-2009» se rapportent aux dépenses et aux charges financières signalées dans le rapport sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2008-2009 (document A63/29).
3. L'avant-projet de budget programme comprend des révisions de certains indicateurs qui figurent dans le plan stratégique à moyen terme modifié, lequel a été approuvé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA62.11 en mai 2009. Tout au long du document, le soulignement indique les changements apportés dans le plan stratégique à moyen terme modifié. Les éléments qui étaient auparavant intitulés «Cibles à atteindre d'ici 2011» dans le plan stratégique à moyen terme modifié ont été remplacés dans l'avant-projet de budget programme par un nouvel élément intitulé «Base 2012». De nombreuses bases et cibles à atteindre d'ici 2013 ont été mises à jour pour refléter les conclusions tirées de l'appréciation de l'exécution du budget programme 2008-2009.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS STRATÉGIQUES	12
1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	12
2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	19
3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle	25
4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé	30
5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	36
6. Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque	41
7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	46
8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement	51
9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	56
10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles	61
11. Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	69
12. Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail	72
13. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat	75
Tableaux financiers	
Annexe 1	79
Annexe 2	81

Arrondissement des chiffres : Le budget programme de l'OMS est établi en milliers de US dollars et présenté en millions. Chacun des chiffres indiqués est correct mais, du fait qu'ils sont arrondis, il peut y avoir un léger écart entre le total qui apparaît et le total qu'on obtient en additionnant les différents chiffres figurant sur la version imprimée. Dans ce cas, le montant total qui apparaît doit être considéré comme correct car il tient compte de toutes les décimales.

INTRODUCTION

Ce premier projet de budget programme 2012-2013 est présenté aux six comités régionaux pour examen bien plus d'un an avant d'être mis à exécution. Le processus de consultation qui s'ensuivra au sein des organes directeurs régionaux et mondiaux déterminera les aspects qui seront privilégiés au final dans le budget biennal et apportera sa justification à l'enveloppe financière globale. Comme par le passé, le projet de budget programme est ambitieux et représente, dans une certaine mesure, un idéal, car certains éléments seront peut-être limités par la façon dont la situation économique mondiale évoluera. À ce stade précoce du processus, le budget proposé est analogue au budget programme approuvé pour 2010-2011 en ce qui concerne le segment des programmes de base.

Le budget programme biennal 2012-2013 est le dernier relevant du plan stratégique à moyen terme 2008-2013. La structure du plan, dont les 13 objectifs stratégiques restent inchangés sur plusieurs exercices, présente les avantages de la stabilité et de la comparabilité. Toutefois, l'importance de **l'intégration** de l'action de l'OMS dans tous les programmes et à tous les niveaux de l'Organisation est devenue de plus en plus évidente. Les objectifs stratégiques du plan stratégique à moyen terme sont conçus pour indiquer l'orientation générale et les priorités. La réelle difficulté est de faire en sorte qu'ils n'imposent pas des cloisonnements artificiels. Les exemples sont nombreux. La lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a des retombées positives sur la santé de la mère et de l'enfant ; un meilleur état nutritionnel est le résultat de l'action menée au titre de plusieurs objectifs stratégiques ; une plus grande capacité à faire face aux flambées de maladies émergentes et de maladies à tendance épidémique aide à mieux faire face aux dimensions sanitaires des crises humanitaires. Les fonctions essentielles de l'OMS ne sont pas l'apanage d'un niveau de l'Organisation en particulier : elles interagissent à différents niveaux de l'OMS de manière à obtenir de meilleurs résultats. Le processus consistant à favoriser une plus grande intégration et à chercher des synergies entre les Départements, les Groupes, le Siège, les Régions et les bureaux de pays est permanent et restera la méthode de prédilection.

Autre grand thème du budget présenté ici : **la continuité**. Concrètement, il s'agit de mettre à profit les enseignements tirés de l'appréciation de l'exécution du budget programme 2008-2009 et de l'application à plus grande échelle des interventions qui se sont avérées utiles et efficaces. Une telle démarche est particulièrement importante pour les interventions visant à améliorer les services de santé destinés à la mère et à l'enfant.

Le troisième thème est **le changement** : de nouvelles orientations et de nouvelles priorités ont parfois été énoncées dans les stratégies de coopération avec les pays ou définies dans les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé. L'un des exemples illustrant ces changements est l'évolution des processus intergouvernementaux, qui sont passés de la politique à l'action concrète, comme dans le programme de renforcement des systèmes de santé, et de la recherche à l'application de ses résultats, comme dans le programme de lutte contre les maladies non transmissibles.

Le projet de budget programme 2012-2013 sera présenté après qu'à sa dernière réunion plénière de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement (20-22 septembre 2010), l'Assemblée générale des Nations Unies aura fait le point sur les progrès accomplis. Quand l'exécution du budget commencera, il ne restera plus que trois ans avant 2015. Le bilan qui sera fait à cette réunion permettra de donner des orientations politiques plus précises, de savoir au juste où les progrès sont insuffisants et donc de déterminer sur quoi l'OMS doit faire porter ses efforts. En ce qui concerne la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, l'OMS concentrera son attention sur les pays à lourde charge de morbidité. Son mode d'action sera la collaboration et la répartition des tâches avec d'autres organismes des Nations Unies, d'un commun accord avec eux. L'action sera menée dans le respect des plans de développement nationaux ainsi que des politiques et stratégies sanitaires nationales.

Une amélioration réelle de la santé des femmes, des nouveau-nés et des jeunes enfants nécessitera une gamme complète d'interventions techniques assurées sur toute la durée de l'existence et conjuguées à des mesures visant à renforcer les systèmes de prestation des soins et à peser sur les déterminants sociaux et économiques de la santé des femmes. Ce travail s'appuiera sur les données rassemblées

dans la publication *Les femmes et la santé*,¹ qui donne un aperçu des conséquences et des coûts d'une mauvaise prise en charge des problèmes sanitaires des filles et des femmes au moment où elles en ont besoin.

L'un des principaux enseignements tirés des exercices précédents est que, pour atteindre les objectifs sanitaires fixés, il faut garantir un accès équitable à un système de santé qui offre des services de grande qualité. La configuration exacte des services dépend du contexte propre aux pays mais exige en toutes circonstances un financement suffisant des soins et une répartition des risques ; des effectifs bien formés et suffisamment rémunérés ; des informations sur lesquelles fonder les décisions politiques et administratives ; une infrastructure et des moyens logistiques pour acheminer les médicaments et les vaccins là où l'on en a besoin ; des installations bien entretenues, organisées selon un système d'orientation-recours ; et un leadership qui définit une orientation claire et tire parti du potentiel de tous les acteurs, et plus particulièrement de celui des communautés.

Une politique et une stratégie nationales solides peuvent garantir la complémentarité de tous les éléments indispensables pour améliorer les résultats sanitaires et permettre ainsi de progresser plus vite sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement. Dans les pays qui reçoivent une aide extérieure importante, des stratégies nationales solides sont le meilleur moyen d'aligner l'aide sur les priorités nationales. L'OMS soutient résolument l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de plans nationaux.

Parce qu'ils sont chiffrés et assortis d'une échéance, les objectifs du Millénaire pour le développement ont incité à mesurer les résultats obtenus et les progrès accomplis, mais ils ont aussi révélé d'importantes carences dans la capacité des pays à générer des statistiques et d'autres informations sanitaires. Quarante-cinq pays, qui abritent 65 % de la population mondiale, n'ont pas de statistiques fiables sur les causes des décès. De ce fait, les causes des décès ne sont ni connues ni enregistrées et les concepteurs des programmes de santé sont obligés de fonder leurs stratégies sur des estimations brutes et imprécises. L'OMS continuera à aider les pays à renforcer leurs systèmes d'information et à développer leurs moyens d'analyse.

Au cours des dix dernières années, la mortalité imputable au VIH/sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies de l'enfance évitables par la vaccination a notablement diminué. C'est un progrès, pas une victoire. Il faut préserver cet acquis tout en s'attaquant à d'autres problèmes prioritaires, notamment les maladies non transmissibles et les troubles mentaux.

Actuellement, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète, les pneumopathies chroniques et d'autres maladies non transmissibles causent 60 % des décès. Beaucoup de ces décès sont prématurés et surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Bien qu'il existe des interventions fondées sur des bases factuelles et d'un coût abordable pour réduire sensiblement la morbidité, les incapacités et la mortalité prématurée, même dans les pays à faible revenu, la charge mondiale des maladies non transmissibles continue d'augmenter, entraînant de graves conséquences pour le développement sanitaire et socio-économique.

Le Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, qui couvre la période 2008-2013, donne des éléments d'orientation solides aux États Membres et au Secrétariat pour s'attaquer à cet énorme problème. D'importants progrès ont été réalisés jusqu'à présent. Grâce à un travail continu de sensibilisation, la lutte contre les maladies non transmissibles bénéficie d'un appui politique de haut niveau aux échelons mondial et national, comme l'ont montré récemment la publication de la Déclaration ministérielle lors du débat de haut niveau du Conseil économique et social des Nations Unies (Genève, 6-9 juillet 2009) et l'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies d'une résolution sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, dans laquelle

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

elle a notamment décidé de tenir en septembre 2011 une réunion de haut niveau sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, avec la participation de chefs d'État et de gouvernement.¹

L'idée qu'il faut agir de toute urgence fait son chemin. La tâche consiste maintenant à suivre l'évolution des maladies non transmissibles et de leurs déterminants, à mettre en place des programmes nationaux de lutte et de prévention efficaces, ou à les renforcer, et à rendre les systèmes de santé mieux à même de répondre aux besoins essentiels des personnes atteintes de maladies non transmissibles. Le projet de budget programme 2012-2013 relève le défi.

La pandémie de grippe A (H1N1) 2009 a été le premier véritable « baptême du feu » pour le Règlement sanitaire international (2005). Au moment où commencera l'exécution du budget programme 2012-2013, le Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) aura fini d'examiner l'action du Secrétariat de l'OMS, des États Membres et du réseau d'institutions nationales et internationales face à cette pandémie. Il importera de préserver et de renforcer les éléments du système qui fonctionnent bien. Le Comité est aussi chargé de repérer les domaines où l'OMS pourrait être plus efficace. Il sera tenu compte de ses recommandations dans le projet de budget programme 2012-2013.

Il ressort des discussions à l'intérieur et à l'extérieur de l'Organisation que l'OMS devrait être d'une utilité démontrable à tous les pays et que l'importance de son appui doit être fonction des besoins et de la situation de chaque pays. Dans certains pays, mais pas dans tous, l'OMS fournit un appui par l'intermédiaire d'un bureau de pays. L'une des grandes préoccupations pendant l'exercice sera de revoir et d'équilibrer la répartition des fonctions entre les trois niveaux de l'Organisation. Cet équilibre est particulièrement important dans les domaines prioritaires comme l'élaboration de politiques et de stratégies nationales.

Le budget et le financement de l'OMS doivent être considérés en même temps que les questions de priorité et d'évolution des fonctions essentielles de l'OMS. Les États Membres continuent à débattre des questions stratégiques soulevées en janvier 2010 lors de la consultation initiale sur le financement futur de l'OMS, parallèlement à l'élaboration du présent budget. Lors de cette consultation, les fonctions normatives et la fixation de critères ainsi que la coopération technique avec les pays ont été généralement jugées essentielles pour que l'OMS conserve son rôle de principal spécialiste technique des questions de santé à l'échelle mondiale.

Le débat se poursuit et d'autres points de vue s'exprimeront sur ces questions importantes pour le rôle de l'OMS dans un avenir proche et à plus longue échéance. Le projet de budget programme 2012-2013 qui sera présenté à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2011 aura été modifié à la lumière des suggestions et des recommandations que les États Membres continueront de faire.

Présentation succincte du budget

Le projet de budget programme 2012-2013 s'appuie sur une évaluation des ressources disponibles dans l'environnement financier et sur la capacité d'exécution réelle de l'Organisation. Il réaffirme la volonté du Secrétariat de mieux faire concorder la gestion des ressources avec les réalisations prévues pour les objectifs stratégiques et les grands bureaux, en ce qui concerne notamment les objectifs prioritaires sous-financés. Il est fidèle à la volonté de l'Organisation de renforcer l'appui de première ligne qu'elle fournit aux pays et d'apporter une aide suffisante aux niveaux régional et mondial. Le principe «70 %-30 %» continue de présider à la répartition générale des ressources entre les Régions et le Siège, étant entendu qu'il y aura des variations entre les objectifs stratégiques et les programmes correspondants selon la nature des programmes concernés.

Pour chaque résultat escompté, on a défini une base et des cibles pour l'ensemble de l'Organisation. L'analyse détaillée qui permettra de définir les cibles par bureau et les besoins réels en ressources pour

¹ Résolution A/RES/64/265.

obtenir les résultats escomptés au niveau de l'Organisation tout entière sera effectuée en 2011 dans le cadre d'un processus intégré de planification et de budgétisation opérationnelles. Les priorités des pays seront ainsi mieux respectées, la collaboration sera facilitée dans toute l'Organisation et les besoins en ressources seront estimés avec une plus grande précision.

Auparavant, les contributions fixées étaient gérées parallèlement au budget constitué par les contributions volontaires, mais de façon séparée. De par leur flexibilité, les contributions fixées peuvent s'avérer importantes pour préserver et harmoniser les activités essentielles de l'OMS. Il est proposé que la répartition des ressources provenant des contributions fixées entre les grands bureaux reste la même que pour l'exercice 2010-2011. Toutefois, dans chaque grand bureau, les contributions fixées seront gérées de façon à assurer la plus grande concordance possible entre le budget, les ressources et les résultats dans l'éventail de programmes.

Au cours de l'exercice 2008-2009, il a été proposé de segmenter le budget pour présenter le financement et l'exécution du budget programme de façon plus transparente. Dans le budget programme 2010-2011, le budget a été réparti en trois segments : programmes de base ; programmes spéciaux et dispositifs de collaboration ; interventions en cas d'épidémies ou de crises. Ce découpage a contribué à une plus grande transparence, comme il ressort par exemple des débats sur les partenariats qui ont eu lieu à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, et il a facilité la gestion du budget. D'autres améliorations ont été apportées au cours de l'exercice 2008-2009 : certains programmes sont passés du segment programmes de base au segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, cinq partenariats ont été entièrement retirés du budget programme¹ et les mécanismes de suivi ont été améliorés.

L'avant-projet de budget programme pour 2012-2013 se monte au total à US \$4,804 milliards. L'augmentation de US \$264 millions par rapport au budget approuvé pour 2010-2011 correspond principalement à l'ajustement des budgets du segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration et du segment interventions en cas d'épidémies ou de crises aux réalités de leur financement et de leur exécution (Tableau 1).

- **Les programmes de base** sont ceux pour lesquels l'OMS a le contrôle stratégique et opérationnel exclusif des activités visées, et du choix des moyens, du lieu et du moment de leur mise en œuvre. L'Organisation peut assurer une croissance équilibrée des différents objectifs stratégiques, reflétant les priorités sanitaires d'ensemble, et une répartition uniforme entre les grands bureaux. Il est proposé que ce segment budgétaire s'élève à US \$3,419 milliards, ce qui représente une augmentation de US \$51 millions par rapport au budget approuvé pour 2010-2011. Il est à noter que les objectifs stratégiques 12 et 13 sont intégralement inclus dans les programmes de base alors qu'ils concernent tous les segments budgétaires.
- **Les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration** sont des activités qui entrent pleinement dans le cadre hiérarchique des résultats de l'OMS et qu'elle est chargée d'exécuter. Les activités de ce segment sont toutefois entreprises en collaboration avec des partenaires, aussi l'ampleur des opérations conjuguées est-elle déterminée par la particularité de l'activité et par les décisions stratégiques conjointes de ceux qui y collaborent. Le budget de ce segment a été fixé à US \$922 millions, ce qui correspond au niveau de dépenses en 2008-2009, mais dépasse de US \$100 millions le budget approuvé pour 2010-2011. On trouvera à l'annexe 2 la liste complète des programmes spéciaux et des dispositifs de collaboration pour 2012-2013.
- **Les interventions en cas d'épidémies ou de crises** ont trait à des activités qui dépendent d'événements extérieurs graves. Comme les besoins en ressources sont normalement importants et difficiles à prévoir, le budget ne peut être établi qu'avec une grande marge d'incertitude; pour l'exercice 2012-2013, les besoins ont été estimés à US \$462 millions, ce qui correspond approximativement aux dépenses en 2008-2009. Sur ce montant, US \$147 millions sont destinés aux interventions en cas d'épidémies au titre de l'objectif stratégique 1 et US \$315 millions aux interventions en cas de crises au titre de l'objectif stratégique 5 (Tableau 2).

¹ Les cinq partenariats qui ont été retirés du budget programme de l'OMS sont le Réseau de métrologie sanitaire, le Partenariat Faire reculer le paludisme, le Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en Eau et l'Assainissement, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et le Comité permanent des Nations Unies sur la Nutrition.

Tableau 1 : Exécution pour 2008-2009,¹ budget programme approuvé pour 2010-2011 et projet de budget programme 2012-2013 par segment budgétaire (en millions de US \$)

	2008–2009		2010–2011		Changement par rapport à 2010-2011
	Budget	Exécution	BP approuvé	Projet de BP	
Programmes de base	3 742	2 451	3 368	3 419	51
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration	370	934	822	922	100
Interventions en cas d'épidémies ou de crises	116	469	350	462	112
Total	4 227	3 854	4 540	4 804	264

Le budget programme a augmenté au cours des derniers exercices, mais le financement et l'exécution n'ont pas toujours suivi cette progression. D'importants déficits de financement pour l'ensemble des objectifs stratégiques et des grands bureaux ont compromis l'exécution. Le but recherché pour l'exercice 2012-2013 est une meilleure concordance des résultats, du budget, des ressources disponibles et de l'exécution des programmes.

Le budget global pour 2012-2013 (Tableau 2) demeure proche du niveau du budget approuvé pour 2010-2011. L'accent reste mis sur les objectifs stratégiques 3, 4, 6, 7 et 9. En ce qui concerne les objectifs 3 et 6, cette attention particulière est voulue par le Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles ; pour les objectifs 4 et 9, elle s'explique par la nécessité d'intensifier l'action menée pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement qui concernent la santé de la mère et de l'enfant ; et pour l'objectif 7, elle fait suite aux recommandations de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé.

Le Directeur général entend accroître l'efficacité avec laquelle sont exécutés les objectifs stratégiques 12 et 13 et maintenir l'augmentation des coûts au-dessous du niveau d'opération global. À cette fin, l'ensemble de l'Organisation s'efforce actuellement de maîtriser les coûts en faisant des comparaisons avec des points de référence, en fixant des normes et en adoptant des cibles de réduction des coûts.² Mais parallèlement à cela, de par leur nombre et leur complexité, les processus intergouvernementaux entraînent une augmentation de la demande de ressources qui pèse lourdement sur les objectifs stratégiques 12 et 13.

¹ Par rapport aux dépenses indiquées dans l'appréciation de l'exécution du budget programme 2008-2009, US \$151 millions ont été transférés du segment programmes de base au segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, et US \$46 millions ont été retirés du segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration et ne figurent plus dans le budget programme.

² Le résultat de ce processus sera indiqué dans la version du projet de budget programme 2012-2013 qui sera soumise au Conseil exécutif à sa cent vingt-huitième session, en janvier 2011.

Tableau 2 : Projet de budget programme 2012-2013 par objectif stratégique et par segment, comparé à l'exécution pendant l'exercice 2008-2009 et au budget programme approuvé pour 2010-2011 (en millions de US \$)

Objectif stratégique	Base			Projet de budget programme 2012-2013					
	Exécution 2008-2009 (prog. de base)	BP approuvé 2010-2011		Prog. de base	% de changement par rapport aux dépenses 2008-2009	Prog. spéciaux et dispositifs de collaboration	Interventions en cas d'épidémies ou de crises	Total	% du total général
		Tous segments	Prog. de base						
1	407	1 268	542	581	43	710	147	1 438	30
2	386	634	556	551	43	97	0	649	14
3	89	146	146	146	64	0	0	146	3
4	153	333	292	287	88	34	0	320	7
5	55	364	109	101	84	1	315	418	9
6	89	162	149	143	60	12	0	155	3
7	35	63	63	61	73	1	0	61	1
8	80	114	113	110	37	1	0	111	2
9	42	120	116	96	132	4	0	100	2
10	265	474	420	410	54	45	0	455	9
11	114	115	115	135	19	17	0	152	3
Total partiel : 1-11	1 715	3 793	2 621	2 620	53	922	462	4 005	83
12	260	223	223	290	12			290	6
13	476	524	524	509	7			509	11
Total partiel : 12-13	736	747	747	799	9			799	17
Total général	2 451	4 540	3 368	3 419	40			4 804	100

Afin que le budget programme soit plus réaliste et pour faciliter la bonne répartition des ressources dans l'ensemble de l'Organisation, le budget global du segment programmes de base pour les Régions a été maintenu au même niveau que dans les budgets approuvés pour 2010-2011. Toutes les Régions conservent ainsi une marge de croissance importante par rapport aux dépenses de 2008-2009, croissance que permettra une redistribution des ressources entre le Siège et les Régions (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition du budget du projet de budget programme 2012-2013 par grand bureau et par segment par rapport à l'exécution 2008-2009 et au budget approuvé pour 2010-2011 (en millions de US \$)

Bureau	Base			Projet de budget programme 2012-2013					
	Exécution 2008-2009 (prog. de base)	BP approuvé 2010-2011		Prog. de base, y compris OS 12 et 13	% du total (val.)	% des dépenses 2008-2009	Prog. spéciaux et dispositifs de collaboration	Interventions en cas d'épidémies ou de crises	Total
		Tous segments	Prog. de base, y compris OS 12 et 13						
AFRO	522	1 263	926	926	27	77	402	81	1 409
AMRO	127	256	245	245	7	92	6	7	257
SEARO	252	545	394	394	12	56	80	32	505
EURO	176	262	239	239	7	35	16	11	266
EMRO	197	515	391	391	11	98	163	171	725
WPRO	205	310	293	293	9	42	11	13	316
Siège	970	1 389	881	932	27	-4	246	148	1 325
Total	2 451	4 540	3 368	3 419	100	40	922	462	4 804

Au Siège, le segment programmes de base a été exécuté en 2008-2009 à un niveau supérieur au chiffre approuvé pour 2010-2011. Des mesures fermes s'imposent pour maîtriser la croissance de ce bureau et progresser vers une répartition « 70 %-30 % » entre les Régions et le Siège, ce qui n'est pas sans conséquences. Le budget proposé pour le Siège en 2012-2013 est de 4 % inférieur au chiffre d'exécution pour l'exercice 2008-2009. Ensemble, la hausse des coûts et la discipline budgétaire appliquée ramèneront les opérations du Siège en 2012-2013 à un niveau considérablement inférieur à

celui de 2008-2009. L'élan sera ainsi donné pour transférer des fonctions et des ressources aux Régions et aux pays afin de progresser vers la répartition « 70 %-30 % ». Mais cela exigera des efforts d'ajustement pendant l'exercice 2010-2011.

Financement du budget programme

La situation financière en général et dans plusieurs des principaux États Membres donateurs en particulier incite à penser que l'accroissement habituel des ressources de l'OMS pourrait ralentir ou que les ressources pourraient même diminuer dans l'année ou dans les deux années qui viennent. Il est difficile de prévoir la situation financière, mais il est bon de faire preuve d'une plus grande prudence afin qu'en toutes circonstances, les ressources soient suffisantes pour payer les salaires du personnel et couvrir d'autres coûts qui correspondent à des engagements à long terme et qu'il faut du temps pour ajuster.

Il est prévu que le projet de budget programme soit financé à 20 % par les contributions fixées et à 80 % par des contributions volontaires, la plupart de ces dernières étant versées à des fins spécifiées. Conformément à la tendance constatée, une proportion croissante du budget programme de l'OMS est financée par des contributions volontaires (Tableau 4). Une part importante du budget total est financée par des contributions volontaires à des fins spécifiées, ce qui pose d'importants problèmes à l'OMS. C'est ce qui a été relevé en janvier 2010 lors des débats sur le financement futur de l'OMS : « Si rien ne change, il sera impossible de mieux apparier les fonds avec les priorités définies d'un commun accord. Les participants ont estimé que l'efficacité de l'OMS était étroitement liée à la façon dont elle est financée ».¹

Tableau 4 : Projet de budget programme 2012-2013 : financement par rapport à l'exécution effective pour l'exercice 2008-2009² et au budget programme approuvé 2010-2011 pour l'ensemble des grands bureaux

Budget programme	2008-2009		2010-2011		2012-2013	
	Exécution effective		BP approuvé		Projet de BP	
	Millions de US \$	%	Millions de US \$	%	Millions de US \$	%
Contributions fixées	909		929		929	
Recettes non fixées provenant des États Membres	30		15		15	
Total contributions fixées	939	24	944	21	944	20
Contributions volontaires entièrement ou extrêmement flexibles	111		300		400	
Contributions volontaires moyennement flexibles	196		400		400	
Contributions volontaires à des fins spécifiées	2 654		2 896		3 060	
Total des contributions volontaires	2 961	76	3 596	79	3 860	80
Total des fonds	3 900	100	4 540	100	4 804	100

¹Le financement futur de l'OMS : rapport d'une consultation informelle organisée par le Directeur général, Genève, Suisse, 12-13 janvier 2010 (document WHO/DGO/2010.1). Disponible à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_DGO_2010.1_fre.pdf (consulté le 23 juin 2010).

²Les chiffres d'exécution pour l'exercice 2008-2009 comprennent le montant de US \$46 millions se rapportant aux partenariats qui a été retiré du budget programme.

Contributions fixées

Le niveau des contributions fixées devrait rester le même qu'en 2010-2011. Les recettes non fixées provenant des États Membres pourront continuer à servir d'appui au budget parallèlement aux contributions fixées. Les recettes non fixées sont principalement tirées des intérêts perçus sur les contributions fixées, du recouvrement des arriérés de contributions et des contributions fixées non dépensées à la fin d'un exercice.

Il est proposé de présenter le budget comme un budget unifié financé à la fois par les contributions fixées et les contributions volontaires. La répartition des ressources provenant des contributions fixées entre les grands bureaux devrait rester la même que pour 2010-2011 (Tableau 5). Dans chaque grand bureau, les contributions fixées seront administrées de façon à garantir la plus grande concordance possible entre le budget, les ressources et les résultats pour tout l'éventail des programmes. Si cette proposition est approuvée par les organes directeurs, les sections de la résolution portant ouverture de crédits correspondront aux grands bureaux et non plus aux objectifs stratégiques, comme c'est le cas actuellement. De plus, la répartition des contributions fixées correspondra mieux aux discussions qu'ont eues les organes directeurs et aux préoccupations qu'ils ont exprimées.

Tableau 5 : Projet de financement du budget programme unifié au moyen des contributions fixées par grand bureau, par rapport à l'exécution effective¹ en 2008-2009 et au budget programme approuvé 2010-2011 (en millions de US \$)

Budget programme	2008-2009		2010-2011		2012-2013	
	Exécution effective		BP approuvé		Projet de BP	
Grand bureau	Total	Contributions fixées	Total	Contributions fixées	Total	Contributions fixées
AFRO	1 007	211	1 263	210	1 409	210
AMRO	140	81	256	81	257	81
SEARO	363	103	545	102	505	102
EURO	203	63	262	62	266	62
EMRO	531	91	515	91	725	91
WPRO	230	79	310	79	316	79
Siège	1 426	322	1 389	320	1 325	320
Total	3 900	949	4 540	944	4 804	944

Contributions volontaires

Le compte des contributions volontaires de base, qui comprend des fonds entièrement ou extrêmement flexibles, devient un élément important du modèle de financement de l'OMS. Les contributeurs qui versent ce type de contributions apprennent, tout comme l'OMS, à tirer pleinement parti de ce nouvel instrument de financement. Pour l'exercice 2008-2009, US \$195 millions ont été versés sur le compte des contributions volontaires de base par 14 pays donateurs. Grâce à ce compte, les objectifs stratégiques et les bureaux moins bien financés bénéficient d'un flux de ressources plus important ; les blocages qui surviennent dans l'exécution faute de financement immédiat sont atténués. Le compte des contributions volontaires de base contribue ainsi à une meilleure répartition et à une plus grande efficacité. Il est maintenant en place, assorti du fonds de roulement nécessaire. Ce compte est encore nouveau et relativement modeste mais on devrait commencer à profiter pleinement de ses avantages au cours de l'exercice 2010-2011. Le débat en cours sur le financement futur de l'OMS devrait conduire à

¹On notera que le chiffre d'exécution de US \$3,9 milliards comprend US \$46 millions se rapportant aux partenariats qui ont été retirés du budget programme 2010-2011 (voir également l'annexe 2).

d'autres augmentations du financement flexible que l'Organisation reçoit, tels les fonds destinés au compte des contributions volontaires de base.

Les contributions volontaires de base flexibles au niveau des résultats escomptés pour l'ensemble de l'Organisation, au niveau des grands bureaux ou de l'ensemble de l'Organisation sont dits moyennement flexibles et permettent aux contributeurs qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent verser des fonds entièrement ou extrêmement flexibles d'assouplir leur financement et, ce faisant, d'améliorer la qualité. Les contributions volontaires à des fins spécifiées devraient continuer à constituer la majeure partie du financement de l'Organisation lors de l'exercice 2012-2013. Toutefois, sous l'effet conjugué de la crise financière mondiale et de l'institutionnalisation du compte des contributions volontaires de base, les contributions volontaires à des fins spécifiées devraient représenter une plus faible proportion du financement global pendant l'exercice.

Recouvrement des coûts

Le coût total des objectifs stratégiques 12 et 13 pour 2012-2013 est estimé à US \$799 millions, auxquels il faut ajouter environ US \$60 millions qui, dans le budget programme approuvé pour 2010-2011, étaient financés par un mécanisme distinct.

Au fil des ans, les États Membres ont demandé à l'OMS de veiller au recouvrement intégral des coûts pour les activités financées par des contributions volontaires. Le recouvrement des coûts directs et indirects pose des difficultés dans l'ensemble du système des Nations Unies. En 2009, l'OMS a entrepris d'analyser à l'échelle de l'Organisation les obstacles qui empêchent de recouvrer intégralement les coûts et a étudié les solutions possibles. À l'issue de cette étude, le prélèvement en rapport avec l'occupation des postes a été mis en place le 1^{er} janvier 2010 pour recouvrer les coûts les plus directement associés à la dotation en personnel des programmes et des projets. Ces coûts englobent par exemple le développement et la formation du personnel, l'infrastructure des technologies d'information et de communication, l'administration des ressources humaines, les frais communs de sécurité et les locaux à usage de bureaux. La mise en place de ce prélèvement devrait combler le déficit de financement pour les objectifs stratégiques 12 et 13 anticipé dans le budget programme 2010-2011.

Le prélèvement en rapport avec l'occupation des postes figure comme coût programmatique direct dans tous les objectifs stratégiques et fait partie intégrante des dépenses de personnel normales dans les plans de travail. Ces coûts seront séparés et indiqués clairement dans la version du projet de budget programme 2012-2013 qui sera soumise au Conseil exécutif une fois qu'on disposera d'informations plus complètes sur les recettes effectives.

Financement de la sûreté et de la sécurité du personnel

Les conditions de sécurité ont continué à beaucoup se détériorer dans certains pays et les dépenses nécessaires pour assurer la sécurité du personnel et des opérations de l'Organisation ont monté en flèche. L'OMS a mis en place quatre mécanismes de financement : a) les dépenses d'établissement, correspondant au minimum indispensable de personnels et d'infrastructures, seront financées par les contributions fixées et d'autres formes de financement direct au titre de l'objectif stratégique 13 dans le budget programme ; b) les dépenses dues à des circonstances imprévues telles que l'évacuation d'urgence du personnel seront financées par le fonds pour la sécurité ; c) les dépenses directement liées aux effectifs de personnels, comme la contribution de l'OMS au système de gestion de la sécurité des organismes des Nations Unies, seront couvertes par le mécanisme nouvellement créé du prélèvement en rapport avec l'occupation des postes ; et d) les dépenses liées à la conduite d'opérations dans un lieu d'affectation déterminé en application d'un programme seront couvertes par les plans de travail de chaque programme ou projet. Dans la résolution WHA63.6, l'Assemblée de la Santé a décidé d'allouer US \$10 millions sur les recettes non fixées provenant des États Membres au fonds pour la sécurité en 2010.

Financement du plan-cadre d'équipement

Le financement du plan-cadre d'équipement pose depuis longtemps des difficultés importantes à l'Organisation. Dans le but de mettre en place un mécanisme de financement durable, l'Assemblée de la Santé a adopté la résolution WHA63.7, dans laquelle elle a notamment décidé d'allouer au fonds immobilier un montant de US \$22 millions à prélever sur les recettes non fixées provenant des États Membres afin de couvrir les frais des travaux de rénovation à entreprendre d'urgence. Cette opération n'entre pas dans les dépenses opérationnelles prévues au titre des objectifs stratégiques 1 à 13. Le montant prévu sera affecté aux projets prioritaires définis dans le plan-cadre d'équipement et sur lesquels un compte rendu annuel doit être présenté à l'Assemblée de la Santé. Le financement s'effectue par une retenue de US \$6 millions par an et par un prélèvement de US \$10 millions sur d'autres recettes non fixées provenant des États Membres, ce dernier montant étant fonction des recettes disponibles.

Report

Habituellement, l'Organisation reporte un solde sur les contributions volontaires versées à des fins spécifiées pour couvrir les futurs engagements de dépenses correspondant aux coûts salariaux et aux coûts des activités imputables sur ces projets. Au début de 2012, ce report devrait se monter à environ US \$1,5 milliard. Selon qu'il sera plus ou moins facile, ou même possible, de redistribuer ce report pour couvrir d'autres dépenses prévues – ce qui dépendra du degré de spécification des contributions –, le report sera peut-être un peu moins important à la fin de 2013. Sa diminution contribuerait ainsi au financement du budget programme 2012-2013.

Planification et budgétisation opérationnelles

L'affectation détaillée des ressources est déterminée à une date plus proche de l'exécution du budget programme, d'après les résultats spécifiques escomptés et l'estimation précise des besoins en ressources pour l'exécution telle qu'elle a été convenue. Un processus intégré de planification et de budgétisation opérationnelle se déroulera en 2011. Au cours de ce processus, il sera convenu des réalisations attendues de chaque entité de l'Organisation, selon ses fonctions respectives et la dotation en personnel souhaitable. Les besoins en personnel et en ressources d'une autre nature seront déterminés. Le détail des allocations budgétaires sera fixé sur la base des plans opérationnels adoptés.

L'un des éléments essentiels du processus intégré de planification et de budgétisation opérationnelles est la concordance des engagements pris en matière de résultats et des allocations budgétaires avec les priorités définies au niveau des pays. On pourra ainsi déterminer d'après les priorités des pays les pays cibles pour les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. Les résultats prévus seront alors obtenus de manière mieux coordonnée et plus harmonieuse dans l'ensemble de l'Organisation. On veillera tout particulièrement aussi à ce que les résultats escomptés et les besoins en ressources reposent sur une estimation réaliste des ressources disponibles et soient déterminés en tenant compte de l'efficacité par rapport au coût.

Suivi du budget programme

Le suivi et l'appréciation de l'exécution sont essentiels pour la bonne gestion du budget programme et pour réviser les politiques et les stratégies. Le suivi et l'appréciation de l'exécution du budget programme s'effectuent au bout de 12 mois (évaluation à mi-parcours) et à la fin de l'exercice biennal (appréciation de l'exécution du budget programme).

L'évaluation à mi-parcours permet de suivre et d'apprécier les progrès accomplis vers la réalisation des résultats escomptés. Elle facilite l'adoption de mesures correctives, ainsi que la reprogrammation et la réaffectation des ressources pendant l'exécution. Pour chaque résultat escompté à l'échelle de l'Organisation, on détermine l'état d'avancement enregistré à mi-parcours. Ce processus permet au Secrétariat de repérer et d'analyser les obstacles et les risques rencontrés et de déterminer les mesures nécessaires pour atteindre les résultats escomptés.

L'appréciation de l'exécution du budget programme à la fin de l'exercice est une évaluation complète des résultats obtenus par chaque entité organique et à l'échelle de l'Organisation tout entière, qui indique notamment si les cibles fixées pour les indicateurs des résultats escomptés ont été atteintes. L'accent est mis sur les réalisations effectives par rapport aux résultats prévus et sur les enseignements tirés de l'exécution afin d'aider à la planification pour l'exercice suivant. L'appréciation de l'exécution pour l'exercice 2008-2009 a permis de tirer de l'exécution du budget programme des enseignements dont il a été tenu compte dans le projet de budget programme 2012-2013.

L'ensemble d'indicateurs pour tous les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation figurant dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 modifié a été de nouveau revu à la lumière de l'appréciation de l'exécution du budget programme 2008-2009. Des améliorations supplémentaires ont été envisagées, le cas échéant, afin qu'il soit plus facile de mesurer les indicateurs et d'en rendre compte. L'amélioration et le suivi des indicateurs et des cibles à tous les niveaux de l'Organisation se font de façon progressive. Le travail effectué pendant l'exercice en cours permettra un perfectionnement constant dans le cadre de l'élaboration du prochain plan stratégique à moyen terme.

Les processus d'évaluation à mi-parcours et d'appréciation de l'exécution du budget programme font chacun l'objet d'un rapport ; les deux documents sont présentés aux organes directeurs pour examen. Le calendrier d'établissement de ces documents fixé pour l'exercice 2008-2009 sera maintenu : l'évaluation à mi-parcours sera présentée au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif, au Conseil exécutif, à l'Assemblée de la Santé et aux comités régionaux à leurs sessions qui suivront la première année de l'exercice ; l'appréciation de l'exécution sera présentée aux mêmes organes à leur première session suivant la deuxième année de l'exercice.

OBJECTIF STRATEGIQUE 1

Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles

Portée

Les activités au titre de cet objectif stratégique sont axées sur la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement des maladies transmissibles qui affectent principalement les populations pauvres et marginalisées, et les mesures de lutte, d'élimination et d'éradication dirigées contre ces maladies. Les maladies visées sont notamment : les maladies évitables par la vaccination, les maladies tropicales, les zoonoses et les maladies potentiellement épidémiques, à l'exception du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme.

Principales réalisations à ce jour

La pandémie A (H1N1) 2009 a dominé les activités de l'Organisation et a permis d'affiner les plans nationaux de préparation dans tous les États Membres et la mise en place d'équipes nationales d'intervention rapide, y compris au niveau local. Le Secrétariat et les États Membres ont riposté en collaborant plus étroitement entre eux conformément au Règlement sanitaire international (2005) (RSI) et en accélérant le partage de l'information, de la consultation et de la prise de décision. Les réponses envoyées par 119 États Membres aux questionnaires de 2008 et de 2009 du Secrétariat sur le RSI ont permis de s'apercevoir que l'on continuait à créer des liens intersectoriels et que le personnel du secteur de la santé était au courant des dispositions énoncées dans le RSI. À la fin de 2009, les contributions émanant des États Membres et de divers donateurs, dans le cadre de l'initiative de mise au point de vaccins contre la pandémie, avaient permis à l'OMS d'instituer un cadre logistique et juridique qui permettait à 95 pays en développement d'avoir accès aux vaccins contre la pandémie A (H1N1) 2009.

Les tendances positives relatives à la couverture mondiale par la vaccination se sont poursuivies, la couverture mondiale estimée atteignant 82 % en 2009. On a évité environ cinq millions de décès dans tous les groupes d'âge grâce à la vaccination durant la période biennale. Au cours de la période 2000-2008, les décès dus à la rougeole dans le monde ont baissé de 78 % : ils sont passés d'environ 733 000 en 2000 à 164 000 en 2008. À la fin de 2008, des vaccins contre les pneumocoques et les rotavirus ont été introduits dans 31 et 19 États Membres respectivement.

Malgré la poursuite de la transmission des poliovirus sauvages indigènes en Afghanistan, en Inde, au Nigéria et au Pakistan, des progrès ont été faits vers l'éradication dans ces quatre pays. La réintroduction ou la persistance de ces virus dans 19 pays auparavant exempts de poliomyélite a encore compliqué la situation.

Les travaux de l'OMS relatifs à la lutte contre les maladies tropicales négligées, y compris la lèpre, la trypanosomiase humaine africaine et l'onchocercose, ont attiré une attention et une reconnaissance plus larges à la suite de plans régionaux associés au Plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées 2008-2015. La dracunculose est sur le point d'être éradiquée.

Les pays mènent de plus en plus de recherches par l'intermédiaire de réseaux tels que le Réseau africain pour l'innovation médicamenteuse et diagnostique. Quatre centres régionaux de formation à la recherche de références ont été créés en Colombie, en Indonésie, au Kazakhstan et au Rwanda. Le haut niveau de l'engagement politique attesté à la fois lors de la Conférence ministérielle sur la recherche pour la santé dans la Région africaine, qui s'est tenue à Alger du 23 au 26 juin 2008, et du Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé qui s'est tenu à Bamako du 17 au 19 novembre 2008, a permis d'élever le rang de priorité accordé à la recherche en santé.

Principaux enjeux

Pour faire des progrès en vue d'éradiquer les nombreuses maladies tropicales négligées et les maladies transmissibles, ainsi que la poliomyélite, il faudra surmonter des obstacles tels que la médiocrité des systèmes de prestations. Le fait de donner aux systèmes de santé les moyens de mettre en œuvre les activités prévues dans les zones de conflit représente un défi particulier. En général, les interventions visant à prévenir et à combattre les maladies évitables par la vaccination et les maladies respiratoires, diarrhéiques et à transmission vectorielle devront être intensifiées ; il faudra notamment élargir la couverture vaccinale pour inclure les enfants qui n'ont pas été vaccinés et introduire de nouveaux vaccins. Il faudra soutenir davantage l'intégration du Plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées 2008-2015 dans les plans nationaux, accroître les moyens nécessaires et s'occuper des maladies émergentes, réémergentes et à transmission vectorielle qui présentent des risques pour la sécurité sanitaire mondiale. Non seulement il faudra veiller à la mise en œuvre intégrale du Règlement sanitaire international (2005), mais aussi intensifier la recherche ou la sensibilisation pour inciter les gouvernements et la société civile à prévenir, combattre et traiter les maladies transmissibles.

Priorités et mesures privilégiées pour 2012-2013

Des progrès considérables ont été faits pour éliminer au niveau régional certaines grandes maladies à prévention vaccinale, telles que la poliomyélite, la rougeole et la rubéole qui affectent des millions d'enfants tous les ans. Il est prévu de réduire les activités de vaccination supplémentaires à mesure que l'on éradique ces maladies. On a également réussi à réduire l'impact de maladies telles que l'hépatite B, alors que l'on n'arrive pas encore à maîtriser certaines maladies à prévention vaccinale, dont la grippe. Il est clair que les campagnes de vaccination fonctionnent bien, mais il faut maintenir l'élan généré. Il faudra surtout s'attacher dans ce domaine à faire des progrès pour éradiquer et éliminer certaines maladies au niveau régional, y compris la rougeole, la rubéole et l'hépatite B, et à renforcer la vaccination contre d'autres, telles que la grippe ; à travailler avec les partenaires pour tirer parti des résultats des campagnes jusqu'à ce que les cibles soient atteintes et que les mesures de prévention et de lutte soient intensifiées ; à accroître la disponibilité de l'information pour évaluer et documenter l'efficacité des programmes de vaccination ; et à élargir la vaccination aux enfants non vaccinés et aux groupes d'enfants ayant dépassé l'âge d'un an. La vaccination des groupes d'âge supérieurs élargira la protection et permettra de s'assurer que les activités de vaccination entamées au cours de la première année sont menées à bien. La priorité sera également accordée à l'octroi de fonds aux pays à revenu faible et intermédiaire destinés à mettre en place des campagnes de vaccination et à soutenir la mise en place de moyens novateurs et efficaces pour élargir la couverture vaccinale par l'intermédiaire de systèmes d'achat de vaccins regroupés au niveau régional, de nouveaux partenariats et d'accords financiers, de la fourniture de nouveaux vaccins, de transferts de technologies relatives à la production de vaccins et de l'élargissement de l'accès aux vaccins.

La persistance endémique de la poliomyélite dans quatre pays et sa propagation à d'autres continuent de retarder l'éradication de la maladie et accroissent le risque de réinfection dans les pays qui en sont exempts. On mettra principalement l'accent sur : la mobilisation du soutien politique, technique et financier nécessaire pour mener à bien l'éradication de la poliomyélite ; la collaboration avec les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour tirer parti du nouveau plan stratégique de cette Initiative pour 2010-2012 ; l'adoption de mesures vigoureuses contre les flambées et de stratégies destinées aux populations migrantes ; la planification de la période postérieure à l'éradication en termes de destruction ou d'entreposage et de manipulation dans les conditions de sécurité appropriées des stocks résiduels de matières infectées par le poliovirus sauvage, la certification de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et le confinement définitif des stocks de poliovirus sauvage, ainsi que la faisabilité technique et opérationnelle du remplacement du vaccin antipoliomyélitique buccal par un vaccin antipoliomyélitique inactivé, afin d'éliminer la survenue de la poliomyélite paralytique associée à la vaccination et la circulation de poliovirus dérivés de la souche vaccinale ; et la vérification de l'élimination de ces poliovirus dérivés.

À la suite du lancement du Plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées 2008-2015, des progrès ont été faits dans le traitement et l'élimination de la lèpre, de la maladie de Chagas, de la rage, de la filariose lymphatique et de la dracunculose, et également dans la réduction de l'impact d'autres maladies dont la schistosomiase, la trypanosomiase humaine africaine et le pian.

L'alignement des plans nationaux sur le Plan mondial, ainsi que l'harmonisation de la collaboration multisectorielle, le renforcement de la surveillance et la préparation de plans d'élimination et de stratégies mondiales pour traiter certains aspects des maladies tropicales négligées et des zoonoses ont permis de réaliser des percées. Des stratégies de gestion intégrée des vecteurs et des pesticides ont également été mises au point. L'OMS a soutenu plusieurs pays en leur fournissant des programmes de formation et d'enseignement et en leur facilitant l'accès à des informations vitales, des banques d'échantillons et des banques de données. La collaboration a également été renforcée avec les États Membres et les organismes des Nations Unies, ainsi qu'avec la Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics et l'industrie pharmaceutique, qui a fait des dons de produits pharmaceutiques à grande échelle. On mettra principalement l'accent sur : l'éradication mondiale de la dracunculose et l'éradication régionale de la filariose lymphatique, de la schistosomiase, de la trypanosomiase humaine africaine et du pian ; la mise à disposition accrue de médicaments, notamment pour la schistosomiase et la géohelminthiase, et le soutien des plans nationaux intégrés pour lutter contre les maladies tropicales négligées dans le cadre du Plan mondial, ainsi que la mise en œuvre d'un nouveau plan stratégique pour la dengue qui comprend une gestion vectorielle intégrée et une feuille de route pour l'élaboration de plans nationaux.

La mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) en tant que cadre de préparation, de surveillance, d'alerte, d'évaluation et d'établissement de réseaux est essentielle pour renforcer la sécurité en matière de santé publique au niveau mondial; elle aidera les pays à faire face à l'émergence et la réémergence d'épidémies, de pandémies et de maladies à transmission vectorielle, de maladies liées à l'interface entre humains et animaux, et au changement climatique. Cette mise en œuvre s'avère particulièrement complexe dans les États fragiles et les zones affectées par le conflit et l'insécurité. Durant la période biennale, on insistera principalement sur le renforcement de la sensibilisation, de l'engagement politique et de l'engagement des communautés, de la société civile et du secteur non étatique dans la mise en œuvre du Règlement; le soutien fourni aux pays pour renforcer leur préparation et divers autres moyens, notamment en matière de planification, de systèmes de santé, de surveillance, d'évaluation des risques et de maîtrise des problèmes de santé publique d'importance locale, nationale et internationale; le développement de moyens de recherche pour générer et diffuser les bases factuelles et les connaissances nécessaires pour renforcer la lutte contre la maladie et la prévention ; et l'offre d'un soutien aux États Membres pour résoudre des questions de santé publique liées au partage des virus, intégrer des services de santé dans les communautés urbaines et rurales mal desservies, et constituer des plates-formes de surveillance régionale couvrant l'épidémiologie, l'alerte et la réponse opérationnelle, les capacités des laboratoires, la surveillance événementielle, les maladies à prévention vaccinale et l'évaluation des programmes de vaccination.

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

- Objectifs stratégiques 2, 3, 4, 6 et 9 : pour ce qui est de la lutte intégrée contre les maladies, de la surveillance et des initiatives de recherche harmonisées.
- Objectif stratégique 5 : pour ce qui est de l'appui mutuel dans les opérations de terrain et la sécurité sanitaire.
- Objectif stratégique 8 : pour ce qui est de l'adoption de solutions adéquates pour la gestion des déchets biomédicaux.
- Objectif stratégique 9 : pour ce qui est des aspects des zoonoses relatifs à l'eau et à l'assainissement.
- Objectif stratégique 10 : pour ce qui est de la mise en œuvre des programmes à travers une action financièrement viable des systèmes de santé.
- Objectif stratégique 11 : pour ce qui est de l'accès à des vaccins, des médicaments et des interventions sûrs et efficaces, et de l'assurance de la qualité des matériels diagnostiques et des services de laboratoire.

Principaux programmes spéciaux et dispositifs de collaboration de l'OMS contribuant à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, et figurant dans l'enveloppe budgétaire

- Collaboration efficace avec les partenaires de l'Alliance GAVI.
- Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.
- Partenariat pour la lutte contre les maladies tropicales négligées.
- Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.
- Partenariats pour la recherche sur les vaccins.
- Accord tripartite OMS/FAO/OIE sur la prise en charge de la grippe aviaire et d'autres maladies émergentes.

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Programmes de base							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
155,2	24,0	76,0	21,3	88,1	52,0	164,5	581,1
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration							709,8
Interventions en cas d'épidémies ou de crises							147,0
Total général							1 437,9

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et indicateurs

<p>1.1 Fourniture aux États Membres d'un appui technique et stratégique pour accroître au maximum l'accès équitable de tous à des vaccins de qualité garantie, nouveaux produits et technologies de vaccination compris, et intégrer d'autres interventions essentielles de santé des enfants dans la vaccination.</p>	INDICATEURS			
	1.1.1 Nombre d'États Membres ayant réalisé une couverture vaccinale d'au moins 90 % au niveau national (DTC3)		1.1.2 Nombre d'États Membres qui ont introduit le vaccin anti- <i>Haemophilus influenzae</i> type b dans leur programme national de vaccination	
	BASE 2012			
	135		160	
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013				
145		170		
<p>1.2 Bonne coordination et appui aux États Membres pour la certification de l'éradication de la poliomyélite, et la destruction, ou le confinement approprié, des poliovirus, conduisant à l'arrêt simultané partout dans le monde de la vaccination antipoliomyélitique orale.</p>	INDICATEURS			
	1.2.1 Pourcentage de rapports finals attestant de l'arrêt de la transmission du poliovirus sauvage et du confinement des stocks de poliovirus sauvage acceptés par la commission régionale compétente pour la certification de l'éradication de la poliomyélite		1.2.2 Pourcentage d'États Membres utilisant le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent qui disposent d'un calendrier et d'une stratégie pour mettre un terme le moment venu à son utilisation dans le cadre des programmes de vaccination systématique	
	BASE 2012			
	90 %		50 %	
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013				
100 %		75 %		
<p>1.3 Bonne coordination et fourniture d'un appui aux États Membres pour assurer l'accès de toutes les populations aux interventions de prévention, de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies tropicales négligées, y compris les zoonoses.</p>	INDICATEURS			
	1.3.1 Nombre d'États Membres ayant certifié l'éradication de la dracunculose	1.3.2 Nombre d'États Membres ayant éliminé la lèpre au niveau infranational	1.3.3 Nombre de cas notifiés de trypanosomiase humaine africaine pour l'ensemble des pays d'endémie	1.3.4 Nombre d'États Membres ayant atteint la couverture cible recommandée dans la population à risque pour la filariose lymphatique, la schistosomiase et les géohelminthiases moyennant une chimiothérapie anthelminthique préventive régulière
	BASE 2012			
	190	95	8 500	20
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013				
193	145	7 500	25	

1.4 Fourniture d'un soutien technique et stratégique aux États Membres pour renforcer leur capacité à assurer la surveillance et le suivi de toutes les maladies transmissibles importantes pour la santé publique.	INDICATEURS			
	1.4.1 Nombre d'États Membres dotés de systèmes de surveillance et de formation pour toutes les maladies transmissibles importantes pour la santé publique dans le pays	1.4.2 Nombre d'États Membres pour lesquels des formulaires de déclaration communs OMS/UNICEF sur la surveillance et le suivi de la vaccination ont été reçus au niveau mondial dans les délais fixés		
	BASE 2012			
	150	155		
1.5 Mise au point et validation de connaissances, d'instruments et de stratégies d'intervention nouveaux répondant aux besoins prioritaires pour la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles, et augmentation du nombre des scientifiques de pays en développement à la tête de ces recherches.	INDICATEURS			
	1.5.1 Nombre d'instruments nouveaux ou améliorés ou de stratégies de mise en œuvre, mis au point moyennant une importante contribution de l'OMS, adoptés par le secteur public dans au moins un pays en développement	1.5.2 Pourcentage des publications à comité de lecture basées sur des recherches soutenues par l'OMS dont l'auteur principal vient d'un établissement situé dans un pays en développement		
	BASE 2012			
	9	55 %		
1.6 Soutien fourni aux États Membres pour les aider à se doter des capacités de base minimales requises aux termes du Règlement sanitaire international (2005) pour l'établissement et le renforcement des systèmes d'alerte et d'action à utiliser en cas d'épidémie ou d'autres urgences de santé publique de portée internationale.	INDICATEURS			
	1.6.1 Nombre d'États Membres ayant achevé l'évaluation et mis au point un plan d'action national pour obtenir les capacités essentielles de surveillance et d'action, conformément aux obligations que leur impose le Règlement sanitaire international (2005)	1.6.2 Nombre d'États Membres dont le système de laboratoire national travaille sur au moins un programme externe de contrôle de la qualité pour les maladies transmissibles potentiellement épidémiques		
	BASE 2012			
	160	150		
1.7 Les États Membres et la communauté internationale sont équipés pour détecter, évaluer et combattre les grandes maladies épidémiques et potentiellement pandémiques (grippe, méningite, fièvre jaune, fièvres hémorragiques, peste et variole, notamment) moyennant la conception et la mise en œuvre d'instruments, de méthodes, de pratiques, de réseaux et de partenariats pour la prévention, la détection, la préparation et l'intervention.	INDICATEURS			
	1.7.1 Nombre d'États Membres ayant mis en place des plans de préparation et des modes opératoires normalisés nationaux pour la préparation et l'action face aux principales maladies potentiellement épidémiques	1.7.2 Nombre de mécanismes de coordination internationaux pour fournir les vaccins, les médicaments et le matériel essentiels à utiliser pour les interventions de masse contre les principales maladies épidémiques et maladies potentiellement pandémiques	1.7.3 Nombre de maladies graves émergentes et réémergentes pour lesquelles des stratégies de prévention, de surveillance et de lutte ont été élaborées	
	BASE 2012			
	165	8	8	
1.7 Les États Membres et la communauté internationale sont équipés pour détecter, évaluer et combattre les grandes maladies épidémiques et potentiellement pandémiques (grippe, méningite, fièvre jaune, fièvres hémorragiques, peste et variole, notamment) moyennant la conception et la mise en œuvre d'instruments, de méthodes, de pratiques, de réseaux et de partenariats pour la prévention, la détection, la préparation et l'intervention.	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
	193	9	10	

AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2012-2013

1.8 Coordination et mise à disposition rapide des États Membres des capacités régionales et mondiales de détection, de vérification, d'évaluation des risques et d'action en cas d'épidémie et d'autres urgences de santé publique de portée internationale.	INDICATEURS
	1.8.1 Nombre de sites de l'OMS où le système mondial de gestion des événements est en place pour aider à coordonner l'évaluation des risques, la communication et les opérations de terrain pour le Siège, les bureaux régionaux et de pays
	BASE 2012 90
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013 120
1.9 Interventions et action efficaces des États Membres et de la communauté internationale face aux situations d'urgence déclarées dues à des maladies épidémiques ou potentiellement pandémiques.	INDICATEURS
	1.9.1 Proportion de demandes d'assistance formulées par les États Membres, ayant donné lieu à des interventions mises en œuvre efficacement et en temps voulu par l'OMS moyennant une approche de l'Équipe mondiale pour prévenir, endiguer et combattre les urgences épidémiques et autres urgences de santé publique
	BASE 2012 99 %
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013 99 %

OBJECTIF STRATEGIQUE 2

Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme

Portée

Les activités au titre de cet objectif stratégique porteront sur l'aide à fournir aux pays pour intensifier et améliorer les interventions en matière de prévention, de traitement, de soins et d'appui concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme pour réaliser l'accès universel, notamment dans les groupes de population fortement touchés et les groupes vulnérables ; l'accélération des recherches connexes ; l'élimination des obstacles qui entravent l'accès aux interventions et leur utilisation et affectent leur qualité ; et les moyens de renforcer plus généralement les systèmes de santé.

Principales réalisations à ce jour

Les États Membres confrontés à une lourde charge de morbidité due au VIH/sida, à la tuberculose et/ou au paludisme ont fait des progrès pour traiter ces maladies dans le cadre d'efforts bien conçus et durables, axés sur les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement. La riposte a consisté à tenir compte des besoins spécifiques de populations extrêmement vulnérables, dont les femmes, les enfants, les groupes très pauvres et marginalisés, à offrir un financement novateur et une assistance technique, et à instaurer une collaboration plus étroite entre les partenaires mondiaux. On n'a pas ménagé les efforts pour mesurer le nouvel enjeu que représentent les souches pharmacorésistantes de tuberculose, paludisme et VIH et y faire face.

On a mis les traitements antirétroviraux à la disposition de plus de quatre millions de personnes dans le monde, et renforcé les systèmes de santé pour appliquer efficacement les programmes anti-VIH en améliorant notamment les moyens humains, les systèmes d'information pour gérer l'achat et l'approvisionnement concernant les médicaments et produits diagnostiques liés au VIH, et les moyens diagnostiques de laboratoire pour le VIH et la tuberculose, et suivre les traitements et les stratégies destinés à prévenir la transmission mère-enfant du VIH. La couverture de ce dernier élément dans les pays à revenu faible et intermédiaire s'est élargie et les méthodes de prévention de l'infection à VIH pour les populations les plus exposées – notamment dans le cadre de l'expansion des programmes de circoncision masculine – ont été favorisées dans les pays d'Afrique subsaharienne durement touchés par le VIH/sida. La plupart des progrès ont concerné l'accroissement de l'utilisation des traitements antirétroviraux dans la prévention de la transmission mère-enfant.

Il y a eu une baisse de l'incidence de la tuberculose au niveau mondial, ce qui a permis d'atteindre la cible correspondante pour 2015 concernant l'objectif 6 du Millénaire pour le développement ; les progrès accomplis sont durables, même s'il faut les accélérer. La mortalité due à la tuberculose a baissé de près de 40 % depuis 1990. Grâce à une augmentation du financement interne et international, plus de 40 millions de personnes auront été traitées avec succès dans le cadre de programmes DOTS avant le début de l'exercice. On a intensifié les interventions conjointes contre la tuberculose et le VIH, en dépistant notamment le VIH chez les personnes atteintes de tuberculose et, même si l'on a largement adopté des politiques intégrées en matière de prévention et de soins, il est nécessaire d'en accélérer la mise en œuvre. L'enjeu que représente la tuberculose multirésistante est désormais largement reconnu et l'on constate une volonté plus affirmée d'intensifier la prévention et la riposte. Plus de 80 pays ont pris des mesures pour traiter la tuberculose multirésistante.

Au niveau international, l'engagement en faveur du financement de la lutte contre le paludisme s'est considérablement accru. Les États Membres ont intensifié leur réponse en distribuant des moustiquaires à imprégnation durable et, dans une certaine mesure, des tests diagnostiques rapides ainsi que des traitements par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. C'est dans les pays moins peuplés, où l'investissement par habitant en faveur de l'élimination du paludisme est élevé, que la mise en œuvre de ces activités a eu le plus d'impact. On voit émerger un soutien politique vigoureux concernant l'élimination dans les pays de faible endémie, lequel est suscité par les données qui montrent les liens entre paludisme et développement plus lent. L'investissement des principaux partenaires dans les technologies améliorées et novatrices a retenu l'attention dans ce domaine.

On a accordé aux États Membres un soutien technique coordonné, notamment pour avoir accès aux subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et les gérer. En engageant les communautés et la société civile, on a élargi les partenariats et assuré le financement par les donateurs de la prévention, de la lutte, du traitement et des soins.

Les efforts déployés au niveau national pour lutter contre les trois pandémies ont été suivis et jaugés de façon plus stricte, et cela se reflète dans les rapports annuels détaillés de l'OMS qui ont été largement référencés et ont servi à planifier les ripostes locales, régionales et mondiales et à renforcer l'évaluation de l'impact. Ces résultats ont également permis d'améliorer la qualité et la portée des systèmes d'information sanitaire courants.

Principaux enjeux

Le premier enjeu consistera à maintenir le niveau de financement nécessaire pour intensifier la riposte aux maladies. Malgré une augmentation considérable du financement général, le flux des ressources dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire (tranche inférieure) n'est pas stable. Par conséquent, il est essentiel de veiller à soutenir l'engagement et d'assurer l'utilisation efficace de ces ressources, compte tenu de la nécessité urgente qu'il y a à s'occuper des pays qui n'ont pas encore profité des activités de prévention et de soins, et de la menace sanitaire que représentent les maladies pharmacorésistantes émergentes.

Le deuxième enjeu consistera à mettre en place les moyens indispensables pour entreprendre les actions plus complexes qui seront exigées dans l'avenir. Pour mettre en œuvre les politiques, stratégies et plans de riposte mondiale recommandés pour ces trois maladies, il faudra accroître les moyens techniques et gestionnaires. Ainsi, le dépistage et le traitement des maladies pharmacorésistantes font davantage appel aux agents de santé, aux programmes de soutien et aux communautés touchées, et exigent la fourniture de réponses aux demandes d'assistance technique. Par conséquent, l'OMS devra renforcer son rôle dans la fourniture et la coordination de cette assistance.

Le troisième enjeu consistera à améliorer l'efficacité des systèmes de santé dans le cadre de services mieux intégrés. Il faut réviser les politiques relatives à la couverture maladie universelle, à la réglementation de la qualité des médicaments et aux ressources humaines pour améliorer les résultats concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Il faudra également assurer le conseil et faire preuve d'innovation pour fournir des services intégrés efficaces en matière de soins et de prévention des maladies, de santé maternelle et infantile, de nutrition, de santé sexuelle et génésique, et de satisfaction des besoins des populations et communautés extrêmement vulnérables.

Priorités et mesures privilégiées pour 2012-2013

En règle générale, on maintiendra en priorité la qualité des activités normatives et stratégiques à mesure qu'elles sont mises à jour et révisées pour tenir compte de l'évolution scientifique et pratique en matière de prévention, traitement et soins des maladies. La nouvelle Stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida 2011-2015 détaille les mesures prioritaires à prendre par l'Organisation. En ce qui concerne la tuberculose, l'OMS s'attachera aux priorités décrites dans la Stratégie Halte à la tuberculose et le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, en s'efforçant plus particulièrement d'accélérer encore les efforts visant à prévenir et traiter la tuberculose multirésistante. L'OMS axera ses travaux sur la prévention et le traitement du paludisme, notamment en appliquant des politiques destinées à intensifier l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, des tests diagnostiques rapides et des traitements par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. En général, elle mettra l'accent sur la promotion des soins de santé primaires et des services intégrés concernant ces trois maladies et sur la santé maternelle et infantile, y compris la prévention de la transmission mère-enfant et les services de santé sexuelle et génésique.

Pour répondre à la demande accrue d'assistance technique, il faudra reclasser les priorités et coordonner les efforts déployés par l'ensemble de l'OMS, les mécanismes d'appui technique hébergés, les centres collaborateurs de l'OMS et les partenaires, et également renforcer les moyens des bureaux de pays, assurer l'harmonisation avec les partenariats existants hébergés par l'OMS couvrant le VIH, la tuberculose et le paludisme, et l'engagement stratégique dans les activités du Fonds mondial. Il

faudra par ailleurs élargir les partenariats en engageant les communautés, la société civile et le secteur non étatique dans la prévention et les soins afin de fournir une réponse générale du système de santé. La pharmacorésistance relative aux trois maladies est source de préoccupation croissante et exigera un renforcement des moyens de surveillance et d'endiguement. Il faudra par conséquent s'attacher à renforcer les ressources humaines et la gestion, les programmes courants et le suivi, l'évaluation et la recherche opérationnelle des services de santé, promouvoir l'adoption de normes relatives aux soins de santé et garantir la qualité et l'approvisionnement en temps utile en produits essentiels. Par ailleurs, il faudra nouer des liens de collaboration avec de nouveaux mécanismes de financement, tels que la Fondation du Millénaire, la communauté de brevets et les initiatives visant une couverture maladie universelle, et renforcer les liens existants avec le Fonds mondial et la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID).

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

- Objectif stratégique 1 : en particulier les activités liées à la mise en œuvre d'interventions; au renforcement des capacités de recherche et à l'élargissement de l'accès aux nouveaux outils et stratégies, tels que les vaccins; et au renforcement des systèmes de suivi et de surveillance des maladies transmissibles.
- Objectif stratégique 3 : en particulier les activités liées au VIH et à la santé mentale.
- Objectif stratégique 4 : en particulier les mesures déployées pour soutenir la recherche et le développement de nouveaux outils et interventions; répondre aux besoins particuliers des enfants, des adolescents et des femmes en âge de procréer; formuler et mettre en œuvre des interventions sexospécifiques; et lutter contre les infections sexuellement transmissibles.
- Objectif stratégique 6 : en particulier les activités liées à la prévention du tabagisme et à ses relations avec la tuberculose; et la prévention des rapports sexuels à risque.
- Objectif stratégique 7 : en particulier les activités liées aux approches destinées à améliorer l'équité, favorables aux pauvres, sexospécifiques, éthiques et axées sur les droits de l'homme.
- Objectif stratégique 8 : en particulier les activités relatives à la santé environnementale et ses liens avec le paludisme.
- Objectif stratégique 9 : en particulier les activités relevant de la nutrition et ses liens avec le VIH/sida.
- Objectif stratégique 10 : en particulier les activités liées à l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé; les domaines du renforcement des capacités des ressources humaines, de la formation intégrée et de l'élargissement des réseaux de prestataires de services; les activités visant à réduire au maximum le risque de catastrophe financière et d'appauvrissement dû au paiement direct des dépenses de santé.
- Objectif stratégique 11 : en particulier les activités liées aux médicaments essentiels, aux produits médicaux et aux technologies pour la prévention et le traitement du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme.
- Objectif stratégique 12 : en particulier les activités liées aux connaissances dans le domaine de la santé et au matériel de sensibilisation mis à la disposition des États Membres.

Principaux programmes spéciaux et dispositifs de collaboration de l'OMS contribuant à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, et figurant dans l'enveloppe budgétaire

- Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.
- Partenariat Halte à la tuberculose.
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et UNITAID.
- Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.
- Initiative pour un vaccin anti-VIH (y compris le Programme africain pour un vaccin contre le sida).

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Programmes de base							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
208,2	40,4	90,0	25,5	32,9	55,5	98,8	551,4
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration							97,4
Interventions en cas d'épidémies ou de crises							0,0
Total général							648,8

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et indicateurs

<p>2.1 Élaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables.</p>	INDICATEURS					
	2.1.1 Nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire ayant atteint une couverture de 80 % pour a) le traitement antirétroviral et b) les services de prévention de la transmission mère-enfant	2.1.2 Proportion de pays d'endémie ayant atteint leurs objectifs nationaux liés aux interventions pour prévenir le paludisme	2.1.3 Nombre d'États Membres étant parvenus à dépister au moins 70 % des cas de tuberculose et à en traiter avec succès au moins 85 %	2.1.4 Nombre de pays parmi les 27 pays prioritaires ayant une charge de tuberculose polypharmaco-résistante élevée qui ont diagnostiqué la maladie et commencé un traitement, conformément à la prise en charge dans le cadre de programmes recommandée par l'OMS, pour au moins 70 % des cas estimés de tuberculose polypharmaco-résistante	2.1.5 Proportion d'États Membres à forte charge de morbidité étant parvenus à diagnostiquer, à traiter et à conseiller sur le lieu des soins 70 % des personnes présentant des infections sexuellement transmissibles	
	BASE 2012					
	a) 15 b) 20	<u>Non disponible</u>	46	15	70 %	
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013					
a) 35 b) 45	60 %	50	27	90 %		
<p>2.2 Fourniture d'un soutien stratégique et technique aux pays pour étendre la mise en œuvre des interventions en matière de prévention, de traitement et de soins concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, y compris l'intégration de la formation et de la prestation des services ; l'élargissement des réseaux de prestataires de services ; et le renforcement des moyens de laboratoire et l'amélioration des liens avec d'autres services de santé, tels que les services de santé sexuelle et génésique, de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, de nutrition, de traitement des toxicomanies, de</p>	INDICATEURS					
	2.2.1 Nombre d'États Membres ayant élaboré des politiques et des plans à moyen terme complets recommandés par l'OMS contre le VIH, la tuberculose et le paludisme	2.2.2 Proportion de pays à forte charge de morbidité contrôlant le dépistage du VIH et le conseil à l'initiative des prestataires dans les services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et dans les services de planification familiale	2.2.3 Nombre de pays parmi les 63 pays où la charge du VIH/sida et de la tuberculose est élevée qui mettent en œuvre la politique en 12 points de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose			
	BASE 2012					
	VIH/sida : 115/131 Tuberculose : 118/118 Paludisme : 70/70	60 %		30		
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013					
VIH/sida : 131/131 Tuberculose : 148 Paludisme : 70/70	75 %		45			

soins aux personnes présentant des affections respiratoires, de lutte contre les maladies négligées et de salubrité de l'environnement.			
---	--	--	--

<p>2.3 Fourniture d'un soutien technique et de conseils à l'échelle mondiale concernant les politiques et les programmes destinés à promouvoir un accès équitable à des médicaments essentiels, des outils diagnostiques et des technologies de qualité garantie pour la prévention et le traitement du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme, et leur utilisation rationnelle par les prescripteurs et les consommateurs ; et à assurer un approvisionnement ininterrompu en produits diagnostiques, sang et produits sanguins sécurisés, matériel d'injection, et autres technologies et biens essentiels.</p>	INDICATEURS					
	2.3.1 Nombre de normes mondiales de qualité applicables aux médicaments et aux produits diagnostiques pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme mises au point ou actualisées	2.3.2 Nombre de <u>nouveaux</u> médicaments et outils diagnostiques prioritaires pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme évalués et présélectionnés pour les systèmes d'achat des Nations Unies	2.3.3 Nombre de pays cibles bénéficiant d'un soutien pour accroître l'accès à des médicaments essentiels d'un prix abordable contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, pour lesquels l'approvisionnement est intégré dans le système pharmaceutique national (le nombre de pays cibles est déterminé pour la période de six ans)	2.3.4 Nombre d'États Membres mettant en œuvre un dépistage du VIH/sida de qualité pour tous les dons de sang	2.3.5 Nombre d'États Membres administrant toutes les injections médicales à l'aide de seringues stériles à usage unique	
	BASE 2012					
	Médicaments : <u>95</u>	300	VIH/sida : <u>38</u>	<u>188</u>	170	
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013					
Médicaments : <u>105</u>	400	VIH/sida : <u>ensemble des 50 pays cibles</u>	193	193		

<p>2.4 Renforcement et extension des systèmes mondiaux, régionaux et nationaux de surveillance, d'évaluation et de suivi pour contrôler les progrès sur la voie de la réalisation des cibles et les ressources allouées aux activités de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, et pour déterminer les effets des activités de lutte et l'évolution de la pharmacorésistance.</p>	INDICATEURS	
	2.4.1 Nombre d'États Membres qui communiquent à l'OMS des données annuelles sur la surveillance, le suivi ou les allocations financières à inclure dans les rapports mondiaux annuels sur la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose ou le paludisme et la réalisation de ces objectifs	2.4.2 Nombre d'États Membres qui communiquent à l'OMS des données sur la surveillance de la résistance aux médicaments contre le VIH/sida, la tuberculose ou le paludisme
	BASE 2012	
	VIH/sida : <u>120</u>	VIH/sida : <u>65</u>
	Tuberculose : <u>198</u>	Tuberculose : <u>125</u>
Paludisme : 107	Paludisme : 107	
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013		
VIH/sida : <u>130</u>	VIH/sida : <u>75</u>	
Tuberculose : <u>198</u>	Tuberculose : <u>130</u>	
Paludisme : 107	Paludisme : 107	

<p>2.5 Maintien de l'engagement politique et mobilisation des ressources assurée par des activités de sensibilisation et l'entretien de partenariats pour la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme aux niveaux national, régional et mondial ; fourniture d'un appui aux pays, le</p>	INDICATEURS	
	2.5.1 Nombre d'États Membres disposant de mécanismes de coordination fonctionnels pour la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	2.5.2 Nombre d'États Membres qui ont associé les communautés, les personnes touchées par les maladies, les organisations de la société civile et le secteur privé à la planification, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme
	BASE 2012	
	VIH/sida : <u>118</u>	VIH/sida : <u>120</u>
	Tuberculose : <u>110</u>	Tuberculose : 87
Paludisme : <u>Non disponible</u>	Paludisme : 70	
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013		

AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2012-2013

cas échéant, pour élaborer/renforcer et mettre en œuvre des mécanismes pour la mobilisation et l'utilisation des ressources et accroître la capacité d'absorption des ressources disponibles ; et accroissement de la participation des communautés et des personnes touchées pour étendre au maximum la couverture et les résultats de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.	VIH/sida : 131 Tuberculose : <u>120</u> Paludisme : <u>Non disponible</u>	VIH/sida : 131 Tuberculose : 87 Paludisme : 70
--	---	--

2.6 Mise au point et validation de nouvelles connaissances, de nouveaux outils d'intervention et de nouvelles stratégies qui répondent aux besoins prioritaires en matière de prévention et de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, les scientifiques des pays en développement étant de plus en plus nombreux à conduire ces recherches.	INDICATEURS	
	2.6.1 Nombre de stratégies de mise en œuvre ou d'outils nouveaux et améliorés pour la prévention et la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose ou le paludisme qui ont été mis en place par le secteur public dans au moins un pays en développement	2.6.2 Proportion des publications à comité de lecture issues de recherches qui bénéficient du soutien de l'OMS sur le VIH/sida, la tuberculose ou le paludisme, et dont l'auteur principal travaille dans un établissement situé dans un pays en développement
	BASE 2012	
	6	55 %
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013		
13	60 %	

OBJECTIF STRATEGIQUE 3

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

Portée

L'action entreprise dans le cadre de cet objectif stratégique est axée sur les activités suivantes : l'élaboration de politiques, la mise en œuvre de programmes, le suivi et l'évaluation, le renforcement des systèmes et services de santé et de réadaptation, la mise en œuvre de programmes de prévention et le renforcement des capacités dans le domaine des maladies chroniques non transmissibles, y compris les troubles génétiques, les déficiences visuelles et auditives, les troubles mentaux, comportementaux et neurologiques, dont ceux qui sont dus à l'usage de substances psychoactives, et les traumatismes dus aux accidents de la circulation routière, aux noyades, aux brûlures, aux empoisonnements, aux chutes, à la violence au sein de la famille et de la communauté, et les incapacités, toutes causes confondues.

Principales réalisations à ce jour

Les États Membres ont manifesté leur engagement dans ce domaine en permettant l'adoption par l'Assemblée de la Santé et l'Assemblée générale des Nations Unies de résolutions sur la lutte contre les maladies non transmissibles, la prévention de la violence, la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation, les soins d'urgence en traumatologie, l'incapacité et la réadaptation et la prévention de la cécité évitable et de la déficience visuelle, ainsi que celle de nombreuses résolutions par les comités régionaux, portant notamment sur les sujets suivants : la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation routière dans la Région de la Méditerranée orientale ; une stratégie régionale de lutte contre le cancer dans la Région africaine ; un plan régional de prévention des maladies non transmissibles dans la Région du Pacifique occidental ; et le Plan d'action sur la prévention de la cécité évitable et de la déficience visuelle dans la Région des Amériques. Par ailleurs, une résolution approuvant la Stratégie et le Plan d'action sur la santé mentale a été adoptée par le Quarante-Neuvième Conseil directeur de l'OPS. Un cadre régional de prévention des traumatismes dans la Région du Pacifique occidental a été convenu et une évaluation des progrès de la mise en œuvre d'une résolution sur la prévention des traumatismes dans la Région européenne a été menée à bien.

La mise en œuvre des six objectifs du Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles pour la période 2008-2013 a bien avancé. La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a examiné un rapport de situation concernant les mesures prises durant les deux premières années.¹ Conjointement, le Plan d'action et la sensibilisation factuelle destinée à élever le rang de priorité à accorder à la lutte contre les maladies non transmissibles dans les activités en faveur du développement aux niveaux national et mondial ont produit des résultats concrets, par exemple la Déclaration ministérielle publiée au cours du débat de haut niveau du Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies, qui s'est tenu à Genève du 6 au 9 juillet 2009, et la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A/RES/64/265 sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, dans laquelle il a été notamment décidé de convoquer une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale en septembre 2011, avec la participation de chefs d'État et de gouvernement sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.²

On a élaboré des normes et des indicateurs de base pour les systèmes de surveillance des maladies non transmissibles, lesquels serviront à l'instauration de politiques et au suivi des tendances nationales et mondiales. On a mené une enquête mondiale sur la capacité des États Membres à concevoir et à appliquer des programmes complets de prévention des maladies non transmissibles et on s'est servi du même protocole pour suivre les progrès réalisés sur une période de trois ans. On a évalué l'efficacité

¹ Document A63/12.

² Résolution A/RES/64/265.

de l'action intersectorielle contre les maladies non transmissibles sur la base des enseignements tirés et des recommandations énoncées. En collaboration avec les États Membres et diverses parties prenantes, la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a rédigé puis adopté des résolutions sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants¹ et sur la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.²

La Première Conférence ministérielle mondiale sur la sécurité routière, qui s'est tenue en 2009, a débouché sur l'adoption de la Déclaration de Moscou, qui a amené l'Assemblée générale des Nations Unies à proclamer la période 2011-2020 « Décennie d'action pour la sécurité routière ».

L'OMS a lancé un Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale afin de renforcer les services de santé destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et dus à l'usage de substances psychoactives. L'appui technique fourni par l'OMS aux États Membres couvre l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de législation sur i) les affections non transmissibles, y compris la violence, la prévention des traumatismes et la santé mentale et ii) l'amélioration de la vie des personnes handicapées. Des progrès ont été faits dans l'exécution d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité et de politiques et plans nationaux, ainsi que dans l'élaboration d'une base factuelle plus solide pour les interventions. On a instauré de nouveaux partenariats essentiels, renforcé ceux qui existaient et créé le Réseau mondial de lutte contre les maladies non transmissibles.

Principaux enjeux

Les trois principaux enjeux auxquels les États Membres sont confrontés sont les suivants : renforcer la surveillance et le suivi des maladies non transmissibles et de leurs déterminants ; favoriser l'action intersectorielle pour permettre la prise en compte de la santé dans toutes les politiques ; et améliorer l'accès aux interventions essentielles en matière de soins pour prendre en charge les affections courantes. La disponibilité des ressources dans plusieurs domaines demeure inadéquate par rapport à l'ampleur des problèmes et au potentiel d'action, ce qui limite l'application des plans, recommandations et lignes directrices de l'OMS dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Le budget programme 2012-2013 s'attachera à répondre à ces enjeux.

Priorités et mesures privilégiées pour 2012-2013

La principale priorité de l'exercice biennal consistera à tirer parti des efforts de sensibilisation à grande échelle qui ont permis de sensibiliser davantage le public à la lutte contre les maladies non transmissibles et à susciter un engagement de sa part grâce au renforcement des programmes nationaux et à l'octroi des moyens techniques et gestionnaires voulus, l'accent étant mis sur les pays à revenu faible et intermédiaire. On aidera les programmes nationaux à adapter, mettre en œuvre et évaluer les mesures de prévention primaire, et la prévention des maladies non transmissibles sera intégrée dans les calendriers de développement nationaux. On renforcera l'application des résolutions, cadres, plans d'action et orientations en vigueur et on intégrera la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles, y compris les troubles mentaux et neurologiques, les traumatismes et les incapacités, dans les initiatives en faveur de la consolidation des systèmes de santé.

On mettra également l'accent sur l'élaboration de recommandations factuelles afin d'affiner et de perfectionner les interventions existantes tout en continuant à intégrer la prévention des maladies non transmissibles dans le programme de développement mondial. Il faudra tenir compte, dans l'intensification du développement et le renforcement des programmes nationaux, des enjeux susmentionnés. Il faudra s'efforcer tout particulièrement d'appuyer les initiatives de surveillance des maladies non transmissibles et de les incorporer dans les systèmes d'information sanitaire nationaux. D'autres priorités consisteront à promouvoir des mécanismes destinés à favoriser l'action intersectorielle et la santé dans toutes les politiques, axés sur les bonnes pratiques et les enseignements tirés ; à préparer des bouquets d'interventions factuelles financièrement abordables ; à continuer de

¹ Résolution WHA63.14.

² Résolution WHA63.13.

nouer, consolider et utiliser des partenariats multisectoriels, et notamment à entrer en relation avec de nouvelles parties prenantes dans le gouvernement et la société civile; et à faciliter la contribution du secteur privé à l'application des politiques et plans en vigueur tout en évitant les conflits d'intérêts. La contribution du Réseau mondial de lutte contre les maladies non transmissibles sera accrue dans les domaines de la sensibilisation, de la recherche de ressources novatrices et de l'intensification de la mise en œuvre du Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles.

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

La réalisation de cet objectif stratégique exige des liens solides et une collaboration efficace avec d'autres objectifs stratégiques et notamment :

- Objectif stratégique 2 : pour ce qui est de la mise au point de synergies destinées à accélérer les progrès relatifs à la réalisation des objectifs 5 et 6 du Millénaire pour le développement et à améliorer les soins de santé pour les maladies chroniques.
- Objectif stratégique 4 : pour ce qui est de l'élaboration de synergies visant à accélérer la réalisation de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement.
- Objectif stratégique 5 : pour ce qui est du renforcement des soins d'urgence pour les personnes atteintes de maladies non transmissibles et d'incapacité, de la modernisation des services médicaux d'urgence, de l'augmentation de la prise en charge de grands nombres de victimes et de la fourniture de soins psychosociaux au cours des situations d'urgence et des crises chroniques.
- Objectif stratégique 6 : pour ce qui est de la promotion de la santé, de la surveillance, de la prévention et de la réduction des facteurs de risque pour la santé, et notamment des approches à l'échelle de la population visant à combattre la consommation de tabac, l'usage nocif de l'alcool, le déséquilibre de l'alimentation et la sédentarité, et pour ce qui est du développement de la santé urbaine.
- Objectif stratégique 7 : pour ce qui est de l'intégration des déterminants sociaux de la santé dans les initiatives de prévention, de la promotion de la santé dans toutes les politiques, de la valorisation des droits de l'homme et de l'équité en matière de santé, et de l'intégration d'approches favorables aux pauvres et respectueuses des différences entre les sexes.
- Objectif stratégique 8 : pour ce qui est de la promotion des synergies relatives à la santé au travail, de l'évaluation de l'impact sanitaire, de la contribution à la santé dans toutes les politiques, et de l'évaluation et du traitement des conséquences sanitaires du changement climatique.
- Objectif stratégique 9 : pour ce qui est de l'amélioration de la nutrition tout au long de la vie.
- Objectif stratégique 10 : pour ce qui est de l'intégration de la surveillance des maladies non transmissibles dans l'Observatoire de la santé mondiale et les systèmes d'information sanitaire, et du renforcement des services de santé pour répondre de manière plus efficace aux besoins de soins des personnes atteintes de maladies non transmissibles.

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Programmes de base							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
21,9	11,2	18,1	18,0	22,6	18,0	36,2	145,9
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration							0,0
Interventions en cas d'épidémies ou de crises							0,0
Total général							145,9

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation par localisation et indicateurs

3.1 Sensibilisation et soutien visant à accroître l'engagement politique, financier et technique dans les États Membres afin de traiter le problème des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes et des incapacités, ainsi que de la déficience visuelle, y compris la cécité.	INDICATEURS			
	3.1.1 Nombre d'États Membres dont le ministère de la santé est doté d'un point focal ou d'une unité chargée de la prévention des traumatismes et de la violence possédant son propre budget	3.1.2 Publication et présentation du <i>Rapport mondial sur les incapacités et la réadaptation</i> en application de la résolution WHA58.23	3.1.3 Nombre d'États Membres dont le budget consacré à la santé mentale représente plus de 1 % du budget total de la santé	3.1.4 Nombre d'États Membres dont le ministère de la santé, ou l'autorité sanitaire nationale équivalente, est doté d'une unité dont le personnel et le budget sont réservés à la prévention des maladies chroniques non transmissibles
	BASE 2012			
	162	Publié en 6 langues	90	122
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
170	Diffusion du rapport et mise en œuvre débutée dans 40 pays	100	152	

3.2 Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de réglementations applicables aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et neurologiques, à la violence, aux traumatismes et aux incapacités, ainsi qu'à la déficience visuelle, y compris la cécité.	INDICATEURS			
	3.2.1 Nombre d'États Membres qui disposent de plans nationaux pour prévenir les traumatismes involontaires ou la violence	3.2.2 Nombre d'États Membres ayant commencé à élaborer une politique ou une loi de santé mentale	3.2.3 Nombre d'États Membres ayant adopté une politique nationale multisectorielle sur les maladies chroniques non transmissibles	3.2.4 Nombre d'États Membres qui mettent en œuvre des plans nationaux complets de prévention des déficiences auditives ou visuelles
	BASE 2012			
	88	56	90	100
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
94	64	105	130	

3.3 Amélioration de la capacité des États Membres à recueillir, analyser, diffuser et utiliser des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et neurologiques, de la violence, des traumatismes et des incapacités, ainsi que de la déficience visuelle, y compris la cécité.	INDICATEURS				
	3.3.1 Nombre d'États Membres qui ont présenté à l'OMS, pendant l'exercice, une évaluation complète de leur situation dans le domaine de la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route	3.3.2 Nombre d'États Membres qui ont publié un document contenant des données nationales sur la prévalence et l'incidence des incapacités	3.3.3 Nombre d'États Membres à revenu faible ou intermédiaire qui présentent chaque année des indicateurs de santé mentale de base	3.3.4 Nombre d'États Membres dotés d'un système national de notification sanitaire et présentant des rapports annuels comportant des indicateurs sur les quatre principales maladies chroniques non transmissibles	3.3.5 Nombre d'États Membres attestant, sur la base d'enquêtes en population, de la charge des déficiences auditives ou visuelles
	BASE 2012				
	175	163	110	136	38
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013				
180	168	120	155	50	

3.4 Amélioration des données factuelles réunies par l'OMS sur la rentabilité des interventions visant à prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux, neurologiques et dus à l'usage de substances, la violence, les traumatismes et les incapacités, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.	INDICATEURS					
	3.4.1 Existence d'orientations factuelles sur l'efficacité des interventions pour la prise en charge de certains troubles mentaux, comportementaux ou neurologiques et des troubles dus à l'usage de substances psychoactives		3.4.2 Existence d'orientations ou de lignes directrices factuelles sur l'efficacité ou la rentabilité des interventions pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles			
	BASE 2012					
	Publiée et diffusée pour <u>12</u> interventions		Publiée et diffusée pour 5 interventions			
3.5 Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour la préparation et la mise en œuvre de programmes multisectoriels à l'échelle de la population pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.	INDICATEURS					
	3.5.1 Nombre de lignes directrices applicables aux interventions multisectorielles pour prévenir la violence et les traumatismes involontaires publiées et largement diffusées		3.5.2 Nombre d'États Membres qui ont lancé, au cours de l'exercice, des projets communautaires destinés à faire baisser le nombre de suicides		3.5.3 Nombre d'États Membres mettant en œuvre les stratégies recommandées par l'OMS pour la prévention des déficiences auditives ou visuelles	
	BASE 2012					
	14		<u>21</u>		100	
3.6 Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour améliorer les capacités de leurs systèmes de santé et systèmes sociaux à prévenir et prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, les traumatismes et les incapacités, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.	INDICATEURS					
	3.6.1 Nombre d'États Membres qui ont intégré dans leur système de soins des services de traumatologie pour les victimes de traumatismes ou de violence, en suivant les lignes directrices de l'OMS sur les soins de traumatologie	3.6.2 Nombre d'États Membres mettant en œuvre des programmes communautaires de réadaptation	3.6.3 Nombre d'États Membres à revenu faible ou intermédiaire qui ont mené à bien une évaluation de leurs systèmes de santé mentale en utilisant l'Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale de l'OMS (OMS IESM)	3.6.4 Nombre d'États Membres à revenu faible ou intermédiaire mettant en œuvre des stratégies de soins de santé primaires pour le dépistage du risque cardio-vasculaire et la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles, en utilisant les lignes directrices de l'OMS	3.6.5 Nombre d'États Membres ayant intégré l'aide au sevrage tabagique dans les soins de santé primaires	
	BASE 2012					
	<u>27</u>	<u>35</u>	80	26	40	
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013						
<u>32</u>	<u>41</u>	90	55	45		

OBJECTIF STRATEGIQUE 4

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

Portée

Les activités entreprises au titre de cet objectif stratégique visent à accroître l'usage des interventions de santé publique efficaces, en élargissant l'accès à celles-ci, pour réduire la morbidité et la mortalité liées à la grossesse et à l'accouchement et améliorer la survie de l'enfant ainsi que la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent. Elles sont également axées sur des mesures qui favorisent l'accès universel aux services de santé sexuelle et génésique et permettent notamment de réduire les obstacles à l'utilisation des services et d'atteindre les populations marginalisées. Pour réussir, ces activités doivent être menées de concert avec le renforcement des systèmes de santé et prévoir des soins intégrés, notamment pour les enfants, les adolescents et les femmes en âge de procréer. Elles font ressortir les liens entre différents stades tout au long de la vie et englobent le vieillissement actif et en bonne santé.

Étant donné que la pandémie de VIH se poursuit, il est particulièrement important que les programmes et services destinés aux adolescents et aux femmes en âge de procréer, y compris les soins prénatals, les services de planification familiale et le traitement des infections sexuellement transmissibles, comprennent systématiquement des programmes et des services visant à prévenir et à traiter l'infection à VIH, et surtout prévenir la transmission mère-enfant.

Il est admis qu'il faut aborder les inégalités sous-jacentes entre hommes et femmes pour atteindre les cibles sanitaires des objectifs du Millénaire pour le développement, y compris celles couvertes dans le cadre du présent objectif stratégique. Dans ce contexte, il est de plus en plus admis que la violence à l'encontre des femmes constitue un problème majeur de santé publique, qu'elle est notamment liée à l'infection à VIH et qu'elle exige une plus grande attention de la part de la communauté de santé publique.

Principales réalisations à ce jour

La communauté internationale a laissé entendre qu'elle s'engagerait davantage sur le plan politique pour atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement, en augmentant probablement son financement. Les quatre organismes principaux chargés de ces objectifs – à savoir l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale – ont intensifié et coordonné leurs efforts pour améliorer la santé maternelle et infantile dans les pays qui en ont le plus besoin. L'OMS a élaboré de nouveaux outils et de nouvelles lignes directrices concernant la santé sexuelle et génésique, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et la santé de l'adolescent et a facilité leur utilisation. Au niveau mondial, la mortalité de l'enfant a continué de décliner. Les activités entreprises au titre du présent objectif stratégique se sont axées sur la fourniture d'un appui aux pays pour intensifier la mise en œuvre de la stratégie relative à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et à former davantage d'agents de santé communautaires afin de rapprocher les services des enfants, notamment en introduisant le programme des agents de santé communautaires. La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur la prévention et le traitement de la pneumonie, cause importante de mortalité de l'enfant.¹ Des orientations programmatiques destinées à améliorer la qualité des services amis des jeunes et des services de santé scolaire et à ouvrir l'accès à ces services ont été élaborées afin de promouvoir la santé de l'adolescent.

Les services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ont considérablement augmenté en nombre. Dans la publication intitulée *PMTCT strategic vision 2010-2015*,² l'OMS affirme son

¹Résolution WHA63.24.

²*PMTCT strategic vision 2010-2015: preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals: moving towards the elimination of paediatric HIV*, December 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

engagement, lequel consiste à fournir un soutien au niveau mondial et à celui des pays afin d'élargir l'accès à ces services et de les intégrer dans les programmes de santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant. Le renforcement des systèmes de suivi et de surveillance de la mortalité maternelle a contribué à amplifier le signalement de données par les pays, même s'il reste d'importantes lacunes. Au niveau mondial, la proportion des naissances en présence d'un personnel de santé qualifié a augmenté grâce au soutien continu apporté par l'OMS à la formation des agents de santé et à l'élargissement de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et aux services de planification familiale. La prévalence de la contraception dans les pays en développement s'accroît encore même si certains besoins en matière de planification familiale ne sont toujours pas satisfaits. Le rapport de l'OMS intitulé *Les femmes et la santé*¹ décrit les questions de santé qui touchent plus particulièrement les filles et les femmes tout au long de leur vie. Il recense également les domaines où l'on a besoin de nouvelles données, analyses et recherches, et cherche à stimuler un dialogue politique au niveau des pays ainsi qu'aux niveaux régional et mondial pour éclairer les mesures à prendre et appeler l'attention sur des stratégies novatrices propices à l'amélioration de la santé et de la vie des filles et des femmes dans le monde entier. L'OMS et l'ONUSIDA ont commencé à travailler sur les liens qui existent entre la violence à l'encontre des femmes et l'infection à VIH.

Principaux enjeux

La réduction de la mortalité infantile dépend de plus en plus de la lutte contre la mortalité néonatale : de par le monde, on estime qu'environ 40 % des décès chez l'enfant de moins de cinq ans surviennent au cours du premier mois de la vie, et la plupart au cours de la première semaine. La couverture de ces cas au moyen d'interventions essentielles telles que la thérapie par réhydratation orale pour la diarrhée et la prise en charge des infections respiratoires aiguës par des antibiotiques demeurent inadéquates. La dénutrition continue de jouer un rôle inacceptable important en matière de morbidité et de mortalité chez l'enfant.

La réduction de la mortalité maternelle demeure un enjeu majeur, notamment dans les régions du monde où les systèmes d'enregistrement de l'état civil sont peu ou pas développés. Les services de soins prodigués avant la naissance, au moment de l'accouchement et durant la période du post-partum doivent par conséquent être mis à la disposition de toutes les femmes, et notamment des plus pauvres et de celles qui vivent dans les zones rurales ou éloignées. Il faut s'attacher tout particulièrement à améliorer l'accès à des services de qualité dans les établissements qui offrent des soins obstétricaux d'urgence. Il est nécessaire de disposer à la fois de moyens plus efficaces pour mesurer les progrès accomplis que ceux offerts par les systèmes actuels de surveillance et de suivi, et de systèmes d'information sanitaire plus fiables dans les pays.

La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, dont l'objectif 5, est entravée par la lenteur et l'irrégularité des progrès réalisés pour assurer l'accès universel à des services de santé sexuelle et génésique dans les pays. Le rôle de l'infection à VIH dans la mortalité maternelle apparaît de plus en plus clairement et exige que l'on intensifie les efforts pour prévenir l'infection chez les jeunes, et notamment intégrer les services de prévention et de traitement du VIH dans les services de planification familiale et de soins prénatals. La violence à l'encontre des femmes, et notamment celle exercée par les partenaires intimes, est reconnue comme un problème grave au sujet duquel on a besoin d'informations plus détaillées afin de pouvoir recenser les interventions efficaces.

Puisque la proportion des personnes âgées s'accroît dans le monde entier, les bureaux régionaux et les bureaux de pays reconnaissent l'importance qu'il y a à encourager le vieillissement actif. Même si les interventions de lutte contre la maladie sont couvertes par d'autres objectifs stratégiques, le vieillissement fait partie de la vie et le présent objectif stratégique tient compte de la nécessité d'adopter une approche holistique du vieillissement en bonne santé.

Priorités et mesures privilégiées pour 2012-2013

Pour répondre aux nombreux enjeux, on veillera essentiellement à aider les pays à renforcer leurs systèmes de santé afin de leur permettre de fournir des services intégrés couvrant la santé sexuelle et

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

génésiq ue, notamment pour les adolescents, les soins prénatals, les soins combinés aux mères et aux nouveau-nés durant l'accouchement et la période néonatale/du post-partum, et la prévention et le traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles ainsi que le dépistage et le conseil relatifs à ces maladies. On s'efforcera également d'œuvrer en partenariat avec les autres organismes des Nations Unies, les principaux donateurs et diverses parties prenantes pour fournir un soutien cohérent aux pays dans ce domaine.

On accordera un rang de priorité plus élevé à la fourniture d'un soutien aux pays pour qu'ils intensifient les interventions sanitaires destinées aux enfants et aux nouveau-nés, spécialement au niveau communautaire, et également à la reconnaissance de l'importance du développement de l'enfant pour la vie ultérieure. On insistera en outre sur l'amélioration des indicateurs de la santé maternelle, et sur l'adoption de méthodes permettant de mesurer les progrès faits pour réduire la mortalité maternelle et on invitera les partenaires actifs dans ce domaine à participer au renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les pays. Les États Membres recevront un soutien supplémentaire en vue de : fixer des cibles et indicateurs au niveau national pour garantir l'accès universel à la santé sexuelle et g énésiq ue ; instaurer des systèmes de suivi des progrès, notamment en ce qui concerne la mise à disposition de données nationales sur les résultats sanitaires et des déterminants ventilés par sexe et par âge; et suivre et évaluer les interventions relatives à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. On s'attachera aussi à réduire la mortalité et la morbidité maternelles en continuant à aider les pays à accroître le nombre d'accoucheuses qualifiées et à renforcer leurs compétences, ainsi qu'en améliorant la qualité et l'accès des établissements chargés de fournir des soins obstétricaux d'urgence. On s'intéressera davantage aux jeunes adolescents dans le contexte de la santé scolaire en vue d'influencer les schémas comportementaux, et de faire face à la violence à l'égard des femmes.

Il est prévu d'élaborer un plan d'action mondial pour le vieillissement et la santé ainsi que des lignes directrices et des programmes de formation permettant de satisfaire les besoins des plus âgés, notamment dans les situations d'urgence.

La recherche dans nombre des domaines susmentionnés demeure une priorité essentiellement axée sur l'application des conclusions, surtout lorsqu'il s'agit d'intégrer les principales interventions factuelles dans les systèmes de santé afin de fournir un accès universel aux services de santé g énésiq ue, ainsi qu'aux services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

- Objectifs stratégiques 1 et 2 : en ce qui concerne la mise en place efficace et intégrée d'interventions comme la vaccination et d'autres mesures de lutte contre les grandes maladies infectieuses à travers les services de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et les services de santé sexuelle et g énésiq ue.
- Objectif stratégique 5 : pour ce qui est de la réponse à fournir pour satisfaire les besoins de santé des populations vulnérables, notamment des mères et des enfants en situation d'urgence.
- Objectifs stratégiques 6-9, en particulier les objectifs 6, 7 et 9 : une attention suffisante doit être portée a) aux déterminants sociaux et économiques des problèmes de santé qui limitent les progrès dans le cadre de cet objectif stratégique; b) aux facteurs de risque majeurs tels qu'une mauvaise alimentation; et c) aux approches fondées sur les droits de l'homme et respectueuses des différences entre les sexes pour assurer un accès équitable aux services essentiels.
- Objectifs stratégiques 10 et 11 : pour ce qui est notamment des mesures spécifiques nécessaires pour renforcer les systèmes de santé de façon à ce que l'on puisse rapidement élargir l'accès à des interventions efficaces en santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, et en santé sexuelle et g énésiq ue tout en assurant la continuité des soins tout au long de la vie et aux différents niveaux du système de santé, y compris dans la communauté.

Principaux programmes spéciaux et dispositifs de collaboration de l'OMS contribuant à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, et figurant dans l'enveloppe budgétaire

- Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Programmes de base							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
107,7	25,4	36,0	12,9	36,1	18,0	50,5	286,6
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration							33,9
Interventions en cas d'épidémies ou de crises							0,0
Total général							320,5

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et indicateurs¹

<p>4.1 Appui aux États Membres pour les aider à élaborer une politique, un plan et une stratégie complets en vue d'accélérer l'instauration de l'accès universel à des interventions efficaces en collaboration avec d'autres programmes, en prêtant particulièrement attention aux inégalités entre les sexes et aux inégalités en matière de santé, en assurant la continuité des soins tout au long de la vie, en intégrant la prestation de services aux différents niveaux du système de santé et en améliorant la coordination avec la société civile et le secteur privé.</p>	INDICATEURS		
	<p>4.1.1 Nombre d'États Membres cibles dotés d'une politique intégrée visant à instaurer l'accès universel à des interventions efficaces pour améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant</p>	<p>4.1.2 Nombre d'États Membres qui ont élaboré, avec le soutien de l'OMS, une politique visant à instaurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique</p>	
	BASE 2012		
	À définir à la fin de 2011		À définir à la fin de 2011
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
28 au-dessus de la base		10 au-dessus de la base	
<p>4.2 Renforcement des capacités de recherche nationales selon les besoins et mise à disposition de données factuelles, de produits, de technologies, d'interventions et de méthodes d'exécution nouveaux présentant un intérêt aux niveaux national et/ou mondial afin d'améliorer la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, de permettre aux gens de vieillir en restant actifs et en bonne santé, et d'améliorer la santé sexuelle et génésique.</p>	INDICATEURS		
	<p>4.2.1 Nombre de centres de recherche qui ont bénéficié d'une première subvention pour un appui et un développement institutionnels complets</p>	<p>4.2.2 Nombre d'études achevées et soutenues par l'OMS portant sur des questions prioritaires</p>	<p>4.2.3 Nombre d'études systématiques nouvelles ou actualisées portant sur les meilleures pratiques, les politiques et les normes de soins, destinées à améliorer la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents, à favoriser le vieillissement actif et en bonne santé ou à améliorer la santé sexuelle et génésique</p>
	BASE 2012		
	À définir à la fin de 2011	À définir à la fin de 2011	À définir à la fin de 2011
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
4 au-dessus de la base	12 au-dessus de la base	20 au-dessus de la base	

¹Tous les indicateurs sont passés en revue pour assurer l'harmonisation des mesures dans tous les bureaux ; des définitions claires du dénominateur et du numérateur s'appliqueront à la fin de 2011.

AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2012-2013

<p>4.3 Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé maternelle utilisés dans les pays, et notamment fourniture d'un appui technique aux États Membres afin d'intensifier l'action pour faire en sorte que des soins qualifiés soient prodigués à toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés, pendant l'accouchement et les périodes post-partum et postnatale, en particulier pour les populations pauvres et défavorisées, les progrès étant suivis.</p>	INDICATEURS	
	<p>4.3.1 Nombre d'États Membres mettant en œuvre des stratégies visant à accroître la couverture des soins qualifiés à l'accouchement</p>	
	<p>BASE 2012 À définir à la fin de 2011</p>	
	<p>CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013 25 au-dessus de la base</p>	
<p>4.4 Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la survie et la santé néonatales appliqués au niveau des pays, et soutien technique fourni aux États Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle, la mise en place d'interventions efficaces et le suivi des progrès.</p>	INDICATEURS	
	<p>4.4.1 Nombre d'États Membres mettant en œuvre des stratégies pour accroître la couverture des interventions concernant la survie et la santé du nouveau-né</p>	
	<p>BASE 2012 À définir à la fin de 2011</p>	
	<p>CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013 10 au-dessus de la base</p>	
<p>4.5 Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé et le développement de l'enfant appliqués au niveau des pays, et appui technique fourni aux États Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle de la population par des interventions efficaces, et le suivi des progrès, en prenant en considération les normes internationales et normes relatives aux droits de l'homme, notamment les dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant.</p>	INDICATEURS	
	<p>4.5.1 Nombre d'États Membres mettant en oeuvre des stratégies visant à accroître la couverture par des interventions de santé et développement de l'enfant</p>	<p>4.5.2 Nombre d'États Membres qui ont élargi la couverture de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant à plus de 75 % des districts cibles</p>
	<p>BASE 2012 À définir à la fin de 2011</p>	<p>À définir à la fin de 2011</p>
	<p>CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013 10 au-dessus de la base</p>	<p>15 au-dessus de la base</p>
<p>4.6 Fourniture d'un appui technique aux États Membres pour la mise en œuvre de politiques et de stratégies fondées sur des données factuelles en matière de santé et développement de l'adolescent et pour l'extension d'un ensemble d'interventions efficaces en matière de prévention, de traitement et de soins conformément aux normes établies.</p>	INDICATEURS	
	<p>4.6.1 Nombre d'États Membres dotés d'un programme fonctionnel de santé et développement de l'adolescent</p>	
	<p>BASE 2012 À définir à la fin de 2011</p>	
	<p>CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013 10 au-dessus de la base</p>	

<p>4.7 Mise à disposition de lignes directrices, d'approches et d'outils et fourniture d'un appui technique aux États Membres pour intensifier la mise en œuvre de la stratégie destinée à accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique, l'accent étant mis notamment sur l'instauration d'un accès équitable à des services de santé sexuelle et génésique de qualité, en particulier là où les besoins ne sont pas satisfaits, et dans le respect des droits fondamentaux pour ce qui touche à la santé sexuelle et génésique.</p>	<p>INDICATEURS</p>	
	<p>4.7.1 Nombre d'États Membres mettant en œuvre la stratégie de l'OMS pour la santé génésique pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique fixés à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, lors de l'examen quinquennal qui a suivi (CIPD+5), lors du Sommet du Millénaire et à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2007</p>	<p>4.7.2 Nombre d'États Membres cibles ayant passé en revue leurs législations, réglementations ou politiques nationales en matière de santé sexuelle et génésique</p>
	<p>BASE 2012</p>	
	<p><u>À définir à la fin de 2011</u></p>	
	<p>CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013</p>	
	<p><u>10 au-dessus de la base</u></p>	<p><u>3 au-dessus de la base</u></p>
	<p>BASE 2012</p>	
	<p><u>À définir à la fin de 2011</u></p>	
<p>4.8 Fourniture aux États Membres de lignes directrices, d'approches et d'outils, ainsi que d'une assistance technique afin d'accroître la sensibilisation pour que le vieillissement en bonne santé soit considéré comme une question de santé publique, d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des programmes visant à maintenir une capacité fonctionnelle maximale tout au long de la vie et à former les dispensateurs de soins de santé aux méthodes qui permettent aux gens de vieillir en restant en bonne santé.</p>	<p>INDICATEURS</p>	
	<p>4.8.1 Nombre d'États Membres disposant d'un programme fonctionnel en faveur du vieillissement actif conforme à la résolution WHA58.16 intitulée « Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action »</p>	
	<p>BASE 2012</p>	
	<p><u>À définir à la fin de 2011</u></p>	
	<p>CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013</p>	
	<p><u>10 au-dessus de la base</u></p>	
	<p>BASE 2012</p>	
	<p><u>À définir à la fin de 2011</u></p>	

OBJECTIF STRATEGIQUE 5

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

Portée

Les efforts conjoints des États Membres et du Secrétariat concernant cet objectif stratégique recouvrent les aspects suivants : préparation du secteur de la santé aux situations d'urgence ; action intersectorielle pour la réduction des risques et de la vulnérabilité dans le cadre de la Stratégie internationale des Nations Unies pour la prévention des catastrophes ; réponse aux besoins de santé dans les situations d'urgence et les crises (y compris aux besoins en matière de nutrition, d'eau et d'assainissement) ; évaluation des besoins des populations touchées ; mesures sanitaires pendant les phases de transition et de relèvement après un conflit ou une catastrophe ; santé des migrants ; égalité des sexes dans l'action humanitaire conformément au mandat de l'OMS dans le cadre de la réforme de l'action humanitaire dans le système des Nations Unies ; système mondial d'alerte et d'action pour les urgences de santé publique liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) ; réduction des risques dus à des menaces particulières ; et programmes de préparation et d'intervention pour les urgences de santé publique liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments. L'OMS apporte ainsi une contribution à la sécurité sanitaire, qui a également des incidences déterminantes pour les efforts de promotion de la paix et répond aux mandats qui lui ont été confiés par les États Membres dans trois résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé, les résolutions WHA58.1, WHA59.22 et WHA61.17.

Principales réalisations à ce jour

Un nombre toujours plus grand d'États Membres disposent désormais de plans et de programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence pour la réduction des risques des catastrophes, y compris pour améliorer la sécurité des établissements de santé. La capacité institutionnelle a été renforcée au moyen de cours de formation réguliers, tels que ceux destinés aux représentants de l'OMS et aux coordonnateurs du Module de responsabilité sectorielle Santé du Comité permanent interorganisations. Les membres du personnel aux niveaux national, régional et mondial ont reçu une formation aux modes opératoires normalisés de l'OMS pour les situations d'urgence. Une base logistique centrale, disposant de stocks décentralisés dans cinq entrepôts régionaux, a été mise sur pied pour répondre aux situations d'urgence humanitaire, comme aux urgences de santé publique. Des Modules sectoriels Santé dirigés par l'OMS soutiennent les efforts de la plupart des États Membres qui se trouvent confrontés à des situations d'urgence prolongées afin de combler les lacunes les plus graves dans la prestation des services et de répondre aux besoins sanitaires prioritaires. Des interventions de lutte contre les maladies transmissibles ont systématiquement été mises en œuvre lors de toutes les situations de catastrophes naturelles et de conflits aigus, et des profils de risque nationaux pour les maladies transmissibles ont été élaborés pour orienter les efforts d'intervention. Des progrès ont été faits dans l'élaboration des lignes directrices et dans la constitution de réseaux pour les urgences sanitaires liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments, ainsi que pour l'intégration de la parité homme-femme dans le cadre de l'action humanitaire suite aux crises et catastrophes.

L'OMS a joué un rôle influent dans la détermination des politiques humanitaires moyennant sa participation à de nombreux organes interinstitutions.

Principaux enjeux

Les États Membres et les donateurs ont montré une confiance accrue dans le rôle directeur joué par l'OMS en apportant leur contribution financière à des crises prolongées ou à évolution rapide spécifiques. Toutefois, ce financement ne peut être consacré aux activités de base et au personnel. L'absence de financement prévisible, sûr et flexible touche les trois niveaux de l'Organisation, compromettant sa capacité à satisfaire ses engagements à l'égard des États Membres et des populations touchées, ainsi qu'à l'égard des partenaires humanitaires, des donateurs et des autres membres du Comité permanent interinstitutions. L'accès à un financement sûr et souple permettrait à l'Organisation de disposer de manière permanente d'un personnel formé, qualifié et spécialisé afin :

d'aider les États Membres à mettre en place les politiques, programmes, structures et systèmes nécessaires pour la préparation aux situations d'urgence et la réduction des risques, ainsi que pour le suivi de la prestation des services et la collecte et l'analyse des données sanitaires ; de diriger le Module sectoriel Santé à l'appui des priorités et des efforts nationaux, et d'offrir ses compétences techniques aux États Membres et aux partenaires lors des crises prolongées ou des crises à évolution rapide ; et de veiller à ce que les politiques, les orientations, les outils et les approches humanitaires interinstitutions soient mis en œuvre en commun afin d'accroître le nombre des acteurs humanitaires du domaine de la santé prêts à fournir un soutien cohérent et coordonné. En outre, un niveau élémentaire de financement de base de la part de l'Organisation est indispensable pour garantir que les contributions aux procédures d'appel global national et aux appels éclairs sont effectivement mises en œuvre.

Priorités et mesures privilégiées pour 2012-2013

Au cours de l'exercice, la priorité sera accordée à deux domaines. Le premier, la préparation aux situations d'urgence et la réduction du risque de catastrophe, comprend les éléments suivants : élaborer des programmes pour garantir que le secteur de la santé est pleinement intégré à la gestion communautaire des risques associés aux urgences dans les pays où les risques sont les plus élevés ; introduire la préparation aux situations d'urgence de santé publique et la prévention des risques en tant qu'éléments clés des soins de santé primaires ; veiller à ce que les programmes nationaux de gestion des situations d'urgence sanitaire, quels que soient les risques, soient une fonction intégrée des systèmes de santé, des plans et des stratégies sanitaires au niveau national ; prendre des dispositions en vue des urgences sanitaires liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments ; utiliser les études mondiales fiables sur la préparation aux situations d'urgence sanitaire pour préconiser le renforcement des capacités d'intervention en cas d'urgence sanitaire ; réduire la vulnérabilité des établissements de santé aux catastrophes naturelles ; et obtenir que la méthodologie d'évaluation et de cartographie de la vulnérabilité et des risques soit acceptée en tant qu'outil standard de collecte des données de référence pour l'analyse de la vulnérabilité et des risques.

Le second domaine prioritaire porte sur l'élaboration des capacités d'intervention et de relèvement et comprend les éléments suivants : veiller à ce que l'ensemble des procédures d'appel global et d'appels éclairs comporte une composante santé et que les activités de l'OMS dans ce contexte sont effectivement mises en œuvre dans au moins 30 pays chaque année et soient déployées à partir d'une base commune OMS ; élargir la gamme des stocks d'urgence disponibles dans les dépôts régionaux ; familiariser l'ensemble des Départements OMS avec les modes opératoires normalisés ; élaborer et mettre en œuvre des stratégies de relèvement dans le domaine de la santé ; organiser régulièrement des programmes de formation aux niveaux régional et mondial sur la santé publique dans les situations d'urgence humanitaire dans le cadre des programmes généraux de mise en valeur des ressources humaines et de préparation institutionnelle ; et introduire des interventions de lutte contre les maladies transmissibles, des systèmes d'alerte précoce et de surveillance des maladies pour une utilisation dans les situations d'urgence.

L'accent continuera à être mis sur l'amélioration de la direction par l'OMS du Module sectoriel Santé en veillant à une reconnaissance accrue de cette approche par Module sectoriel et à ce que les lignes directrices et les instruments correspondants deviennent pratique courante et soient mis en œuvre conformément à la politique du Comité permanent interinstitutions. Les représentants de l'OMS et le personnel des bureaux de pays ainsi que les coordonnateurs des Modules sectoriels Santé recevront une formation aux procédures applicables aux Modules sectoriels et à l'utilisation des instruments et des lignes directrices pertinentes. L'accent sera également mis sur le travail avec les pays moyennant une présence dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de l'action humanitaire afin de générer des informations sanitaires et des renseignements qui seront publiés dans les bulletins des Modules sectoriels Santé, ainsi que sur l'analyse des capacités de relèvement des systèmes de santé dans huit pays au moins.

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

- Objectif stratégique 1 : pour ce qui est du Règlement sanitaire international (2005) et de l'action en cas d'urgences de santé publique liées à des épidémies.
- Objectif stratégique 3 : pour ce qui est des inégalités entre les sexes et de la violence à l'égard des femmes, des besoins psychosociaux des populations les plus touchées, des besoins de santé des personnes handicapées, de la prise en charge d'un grand nombre de victimes et des soins aux malades chroniques.
- Objectif stratégique 4 : pour ce qui est de répondre aux besoins de santé des populations vulnérables, en particulier des femmes et des enfants dans les situations d'urgence.
- Objectif stratégique 8 : pour ce qui est de l'action intersectorielle pour la préparation aux situations d'urgence et la réduction des risques et l'action face à des urgences environnementales, chimiques ou radiologiques.
- Objectif stratégique 9 : pour ce qui est de la nutrition dans les situations d'urgence.
- Objectif stratégique 10 : pour ce qui est de la santé des migrants, de la sécurité des hôpitaux et des mesures de réduction des risques dans le secteur de la santé.

Principaux programmes spéciaux et dispositifs de collaboration de l'OMS contribuant à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, et figurant dans l'enveloppe budgétaire

- Service de suivi Santé et Nutrition.

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Programmes de base							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
31,5	13,5	14,0	5,8	10,3	6,4	20,0	101,5
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration							1,4
Interventions en cas d'épidémies ou de crises							315,5
Total général							418,4

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et indicateurs

5.1 Élaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux États Membres pour la mise au point et le renforcement de plans et de programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence.	INDICATEURS	
	5.1.1 Proportion des États Membres dotés de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence portant sur des risques multiples	5.1.2 Nombre d'États Membres mettant en œuvre des programmes visant à réduire la vulnérabilité des installations sanitaires aux conséquences des catastrophes naturelles
	BASE 2012	
	65 %	50
5.2 Élaboration de normes et de critères et renforcement des capacités pour permettre aux États Membres d'organiser rapidement des secours en cas de catastrophes associées à des risques naturels et de crises liées à des conflits.	INDICATEURS	
	5.2.1 Dispositifs opérationnels mis en place dans les Régions et au Siège pour permettre l'activation des moyens d'urgence dans les situations d'urgence aiguë	5.2.2 Nombre de programmes de formation régionaux et mondiaux concernant les opérations de santé publique en situation d'urgence
	BASE 2012	
	100 %	22
5.3 Élaboration de normes et de critères et renforcement des capacités pour permettre aux États Membres d'évaluer les besoins et de planifier les interventions pendant les phases de transition et de relèvement après un conflit ou une catastrophe.	INDICATEURS	
	5.3.1 Nombre de plans d'action humanitaire ayant une composante santé élaborés pour les situations d'urgence persistante	5.3.2 Nombre de pays en situation de transition ayant élaboré une stratégie de relèvement pour le secteur de la santé
	BASE 2012	
	Dans tous les pays où sont en poste des coordonnateurs humanitaires	18
5.4 Fourniture aux États Membres d'un soutien technique coordonné en matière de lutte contre les maladies transmissibles dans les situations de catastrophes naturelles et de conflits.	INDICATEURS	
	5.4.1 Proportion de catastrophes naturelles aiguës ou de conflits pour lesquels des interventions de lutte contre les maladies transmissibles ont été mises en œuvre, et notamment pour lesquels des systèmes d'alerte rapide et de surveillance des maladies en cas d'urgence ont été activés	
	BASE 2012	
	100 %	
5.5 Fourniture aux États Membres d'un appui pour le renforcement de la préparation nationale et la mise en place des mécanismes d'alerte et d'action pour les urgences sanitaires liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments.	INDICATEURS	
	5.5.1 Proportion d'États Membres dotés de plans nationaux de préparation, d'alerte et d'intervention en cas d'urgences chimiques, radiologiques et environnementales	5.5.2 Nombre d'États Membres dotés de points focaux pour le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments et pour le réseau des urgences liées à l'environnement
	BASE 2012	
	65 %	Dans tous les États Membres
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013		
70 %	Dans tous les États Membres	

AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2012-2013

5.6 Établissement d'une communication, de partenariats et d'une coordination efficaces avec les autres organisations du système des Nations Unies, les gouvernements, les organisations non gouvernementales locales et internationales, les universités et les associations professionnelles aux niveaux national, régional et mondial.	INDICATEURS	
	5.6.1 Proportion d'États Membres touchés par des situations d'urgence aiguë et d'États où persiste une situation d'urgence et où est en poste un coordonnateur de l'action humanitaire dans lesquels le Module sectoriel Santé du Comité permanent interorganisations des Nations Unies est opérationnel conformément aux normes dudit Module	5.6.2 Proportion d'États Membres où persiste une situation d'urgence et où est en poste un coordonnateur de l'action humanitaire, qui bénéficient d'une présence technique durable de l'OMS portant sur la préparation aux urgences, l'organisation des secours et le relèvement
	BASE 2012	
	80 %	75 %
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
100 %	90 %	
5.7 Mise en œuvre en temps voulu et de manière efficace des interventions dans les situations d'urgence aiguë ou persistante, et des opérations de relèvement.	INDICATEURS	
	5.7.1 Proportion des situations d'urgence aiguë pour lesquelles l'OMS mobilise et coordonne l'action au niveau national et international	5.7.2 Proportion des interventions concernant des situations d'urgence chronique mises en œuvre conformément à la composante santé des plans d'action humanitaire
	BASE 2012	
	90 %	100 %
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
100 %	100 %	

OBJECTIF STRATEGIQUE 6

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

Portée

Les activités entreprises au titre de cet objectif stratégique sont axées sur des méthodes et processus intégrés, complets, multisectoriels et multidisciplinaires de promotion de la santé et de prévention recoupant l'ensemble des programmes OMS pertinents, et sur la prévention et la réduction de six facteurs de risque majeurs : le tabagisme, l'alcoolisme, la consommation de drogues et d'autres substances psychoactives, une alimentation déséquilibrée et la sédentarité, ainsi que les rapports sexuels à risque.

Les principales activités comprennent l'élaboration de politiques, de stratégies, de normes, de principes directeurs et d'interventions éthiques et fondés sur des données factuelles pour la promotion de la santé, la prévention des maladies et la réduction des facteurs de risque majeurs. Une attention particulière est accordée à la surveillance des facteurs de risque et au renforcement des capacités de promotion de la santé dans tous les programmes pertinents.

Principales réalisations à ce jour

Le Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles pour la période 2008-2013 fournit un cadre général pour lutter contre les facteurs de risque modifiables communs aux principales maladies non transmissibles, à savoir les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques.

À la fin 2009, 167 États Membres étaient devenus Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. La Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool a été élaborée, en collaboration avec les États Membres, et adoptée par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,¹ et des mécanismes régionaux d'information sur l'alcool et la santé ont été introduits. Des études mondiales ont été menées sur l'alcool et la santé et sur l'évaluation des capacités des pays à lutter contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles. Des politiques et des interventions reposant sur des données factuelles ont aidé les pays à prévenir ou à réduire les problèmes de santé publique dus à la consommation d'alcool ou de drogues.

Dans toutes les Régions, des stratégies visant à promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique ont été adaptées pour correspondre aux besoins nationaux sur la base de la Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et 66 pays ont adopté des stratégies multisectorielles apparentées. Le nombre de pays utilisant des sources novatrices et durables de financement pour la promotion de la santé, telles que la taxation à objet désigné du tabac et de l'alcool, a augmenté. Toutefois, il y a une prise de conscience croissante des « lacunes dans la mise en œuvre » qui existent entre les données factuelles appelant à promouvoir la santé et les actions concrètes. À la fin de 2009, les dispositions clés de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac étaient de mieux en mieux mises en œuvre. Toutefois, malgré une large ratification, seuls 20 pays avaient approuvé une législation antitabac complète, et 26 une interdiction totale de la publicité pour le tabac, sa promotion et son parrainage. Plus de 25 % des États Membres (49 pays) avaient constaté une relative réduction de la prévalence du tabagisme d'au moins 10 %. Grâce à la collaboration intersectorielle, les missions d'évaluation de la taxation du tabac ont achevé leurs travaux en Égypte, en Indonésie, aux Maldives, au Pakistan et en Ukraine.

Des normes ont été élaborées pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles ainsi que des indicateurs de base pour suivre les tendances aux niveaux national et mondial. Les indicateurs de base sont intégrés actuellement dans l'Observatoire mondial de la cybersanté. L'approche par étapes de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies

¹ Résolution WHA63.13.

non transmissibles ainsi que l'enquête mondiale sur la santé des étudiants, menée dans les écoles, sont désormais plus largement utilisées. Actuellement, 123 pays ont reçu une formation à l'approche STEPwise ; 80 pays ont achevé leur collecte de données, dont 19 ont mené plusieurs enquêtes. Cent trois pays au total ont reçu une formation pour mener à bien l'enquête mondiale sur la santé des étudiants dans les écoles ; 54 pays ont achevé leur collecte de données, dont huit ont renouvelé les enquêtes menées.

Les données factuelles générées sur les déterminants et les conséquences des comportements sexuels à risque ont été incluses dans le rapport de l'OMS intitulé *Les femmes et la santé*,¹ et des interventions visant à réduire les risques ainsi que des instruments pour la surveillance ont été mis au point. Un examen systématique a été réalisé, et une consultation d'experts a eu lieu, sur les interventions efficaces pour lutter contre la violence à l'égard des femmes et le VIH/sida. Les conclusions ont servi de fondement aux programmes et aux orientations politiques. L'OMS a également contribué au document d'orientation de l'UNESCO sur la sexualité.²

Principaux enjeux

Les efforts de sensibilisation menés dans le passé ont permis de mieux faire connaître les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque communs ; toutefois, les ressources, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, sont insuffisantes compte tenu de l'ampleur du problème et des interventions requises. Les interventions intersectorielles doivent aussi être renforcées, en particulier pour lutter contre le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'absence d'exercice physique et l'usage nocif de l'alcool. Des secteurs, tels que les finances, les transports, l'urbanisme, l'éducation, l'agriculture, et l'industrie agroalimentaire qui, soit contribuent aux risques soit pourraient jouer un rôle notable dans leur diminution, ne sont que peu incités à travailler ensemble dans le souci d'une amélioration de la santé.

L'élaboration de nouvelles stratégies et la participation d'un plus large éventail d'acteurs à la diminution des risques, tout en évitant les conflits d'intérêts, requièrent une conception prudente des stratégies d'évaluation et des mesures incitatives, et notamment un dialogue permettant de mettre en lumière les intérêts partagés des mesures et/ou des réglementations. Les stratégies et mesures incitatives pertinentes doivent aussi être accessibles, de manière appropriée. L'amélioration des techniques d'évaluation et de surveillance des principaux facteurs de risque et leur intégration dans les systèmes d'information sanitaire nationaux constituent un réel défi. Les règles de participation du secteur privé doivent être élaborées de manière plus précise et les actions intersectorielles mises en œuvre selon des approches et des politiques reposant sur la prise en compte de la santé dans tous les domaines.

Les actions visant à promouvoir la santé doivent être intégrées dans les travaux généraux sur les affections prioritaires en santé publique. La résolution WHA60.24 sur la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation appelle les États Membres, entre autres, à formuler des politiques judicieuses pour promouvoir la santé en tant qu'élément essentiel du développement social et économique équitable. Le défi à relever consistera à améliorer l'intégration des interventions de promotion de la santé reposant sur des données factuelles et présentant un bon rapport coût/efficacité dans les systèmes de santé.

Les comportements sexuels à risque et les risques liés à la sexualité restent un sujet particulièrement délicat ; une volonté politique forte et une collaboration étroite entre institutions sont essentielles pour réussir dans ce domaine.

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

² *International technical guidance on sexuality education*. Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture, Paris, 2009.

Priorités et mesures privilégiées pour 2012-2013

Un degré de priorité élevé sera accordé aux activités visant à sensibiliser et à susciter une prise de conscience ainsi qu'au suivi approprié des résultats de la réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles, qui sera organisée par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2011. Cette manifestation permettra de prendre conscience de la manière dont les facteurs de risque des maladies non transmissibles – en particulier le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et une mauvaise alimentation – sont un frein aux progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Parmi les autres éléments à privilégier dans ce domaine figurent l'étude et la satisfaction des besoins non satisfaits des groupes vulnérables, l'intégration de la promotion de la santé et des activités de prévention des maladies, et la réduction des inégalités sanitaires et sociales moyennant les travaux entrepris sur les déterminants sociaux de la santé et le regain d'intérêt pour les soins de santé primaires.

L'accent sera mis sur l'intégration de la promotion de la santé dans le cadre général des divers programmes sanitaires moyennant l'élaboration et la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions abordables, reposant sur des données factuelles, et visant à promouvoir la santé. Les stratégies et plans nationaux seront également élargis, en premier lieu moyennant les actions suivantes : des actions au niveau des pays, telles que la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ; un ensemble d'interventions disponibles sur Internet visant à prévenir ou diminuer les principaux facteurs de risque sanitaire, à utiliser dans le cadre du soutien aux pays ; des modèles opérationnels et des bonnes pratiques à intégrer dans les politiques et programmes visant à améliorer l'alimentation ; un soutien technique, le renforcement des capacités et la création de partenariats intersectoriels dans les Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac qui sont des pays à revenu faible ou intermédiaire ; et des actions de lutte contre les facteurs de risque, tels que les rapports sexuels à risque.

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

- Objectifs stratégiques 2, 3, 4, 7, 8 et 9 : tandis que ces derniers portent sur les déterminants de la mauvaise santé et visent à renforcer la prestation de services, le but de l'objectif stratégique 6 est de créer des environnements sains qui permettent aux individus de faire des choix favorables à la santé. Les résultats attendus de l'objectif stratégique 6 complètent ceux de l'objectif stratégique 3, qui est axé sur la surveillance, la prévention et les soins de santé visant à lutter contre les maladies non transmissibles, les troubles mentaux, la violence et les traumatismes, et la déficience visuelle.

Principaux programmes spéciaux et dispositifs de collaboration de l'OMS contribuant à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, et figurant dans l'enveloppe budgétaire

- Centre OMS pour le développement sanitaire (Kobe).
- Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Programmes de base							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
23,9	13,9	17,5	17,0	22,1	18,0	30,1	142,6
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration							11,9
Interventions en cas d'épidémies ou de crises							0,0
Total général							154,5

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et indicateurs

<p>6.1 Fourniture aux États Membres d'avis et d'un soutien pour qu'ils puissent renforcer leur capacité de promotion de la santé dans tous les programmes pertinents et établir des collaborations multisectorielles et multidisciplinaires efficaces pour promouvoir la santé et prévenir ou réduire les facteurs de risque majeurs.</p>	INDICATEURS			
	6.1.1 Nombre d'États Membres qui ont fait une évaluation et établi un rapport sur au moins l'un des domaines d'action et des engagements des conférences mondiales sur la promotion de la santé	6.1.2 Nombre de villes qui ont mis en œuvre des programmes pour une urbanisation saine en vue de réduire les inégalités sanitaires		
	BASE 2012			
	40	22		
<p>6.2 Fourniture de conseils et d'un soutien pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque majeurs par l'élaboration, la validation et la diffusion de cadres, d'outils et de méthodes d'exploitation dans les États Membres à forte charge ou à charge croissante de mortalité et d'incapacité imputable à ces facteurs de risque.</p>	INDICATEURS			
	6.2.1 Nombre d'États Membres disposant d'un système national fonctionnel de surveillance des principaux facteurs de risque pour la santé dans la population adulte, fondé sur l'approche STEPwise de l'OMS	6.2.2 Nombre d'États Membres disposant d'un système national fonctionnel de surveillance des principaux facteurs de risque pour la santé chez les jeunes, fondé sur la méthodologie mondiale d'enquête sanitaire en milieu scolaire		
	BASE 2012			
	85	58		
<p>6.3 Élaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres à forte charge ou à charge croissante de morbidité et de mortalité associées au tabagisme, afin de renforcer les institutions pour les aider à traiter/prévenir les problèmes de santé publique connexes. Une aide sera également fournie à la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac pour mettre</p>	INDICATEURS			
	6.3.1 Nombre d'États Membres disposant de données comparables sur la prévalence du tabagisme chez l'adulte, obtenues à partir d'enquêtes représentatives, nationales et récentes, telles que l'enquête mondiale sur le tabagisme chez l'adulte ou STEPS	6.3.2 Nombre d'États Membres ayant instauré une interdiction complète de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail intérieurs	6.3.3 Nombre d'États Membres interdisant la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac	
	BASE 2012			
	65	22	27	
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013				
75	26	29		

en œuvre les dispositions de la Convention et élaborer des protocoles et des principes directeurs.				
<p>6.4 Élaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres à forte charge ou à charge croissante de morbidité et mortalité associées à la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, afin de renforcer les établissements pour combattre/prévenir les problèmes de santé publique connexes.</p>	INDICATEURS			
	<p>6.4.1 Nombre d'États Membres ayant élaboré, grâce au soutien de l'OMS, des stratégies, des plans et des programmes pour combattre ou prévenir les problèmes de santé publique entraînés par la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives</p>	<p>6.4.2 Nombre de stratégies, de principes directeurs, de normes et d'outils techniques de l'OMS élaborés pour aider les États Membres à prévenir et à réduire les problèmes de santé publique entraînés par la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives</p>		
	BASE 2012			
	50		14	
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013				
60		17		
<p>6.5 Élaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres à forte charge ou à charge croissante de morbidité et de mortalité associées à une alimentation déséquilibrée et au manque d'exercice physique, afin de renforcer les établissements et de combattre ou prévenir les problèmes de santé publique connexes.</p>	INDICATEURS			
	<p>6.5.1 Nombre d'États Membres qui ont adopté des stratégies et des plans multisectoriels en faveur d'une alimentation saine ou de la pratique d'exercice physique fondés sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de l'OMS</p>	<p>6.5.2 Nombre d'instruments techniques de l'OMS destinés à aider les États Membres à promouvoir une meilleure alimentation ou l'exercice physique</p>		
	BASE 2012			
	65		20	
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013				
71		24		
<p>6.6 Élaboration de politiques, de stratégies, d'interventions, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres pour promouvoir une sexualité à moindre risque et renforcer les établissements afin de prendre en charge les conséquences sociales et individuelles des rapports sexuels à risque.</p>	INDICATEURS			
	<p>6.6.1 Nombre d'États Membres produisant des données sur les déterminants et/ou les conséquences des rapports sexuels à risque</p>	<p>6.6.2 Nombre d'États Membres produisant des données comparables sur les indicateurs relatifs aux rapports sexuels à risque, à l'aide des instruments de surveillance STEPS de l'OMS</p>		
	BASE 2012			
	10		5	
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013				
12		8		

OBJECTIF STRATEGIQUE 7

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

Portée

Les activités entreprises au titre de cet objectif stratégique sont axées sur : un rôle directeur dans l'action intersectorielle concernant les déterminants sociaux et économiques de la santé au sens large ; l'amélioration de la santé de la population et de l'équité en santé en répondant mieux aux besoins des groupes sociaux pauvres, vulnérables et exclus ; les liens entre la santé, la pauvreté et divers facteurs sociaux et économiques (travail, logement et éducation ; facteurs commerciaux et macroéconomiques ; et condition sociale de divers groupes tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes déplacées et les minorités ethniques) ; l'élaboration de politiques et de programmes éthiques, tenant compte des inégalités entre les sexes, et qui parviennent à répondre durablement aux besoins des pauvres et autres groupes vulnérables tout en étant conformes aux droits de l'homme.

Principales réalisations à ce jour

Il est reconnu que la meilleure façon d'atteindre l'équité en santé consiste à mettre en œuvre des politiques et des programmes qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé. Au total, 18 monographies nationales consacrées aux facteurs propices ou contraires à l'action intersectorielle au service de l'équité en santé ont été analysées ; et les outils et les moyens nécessaires ont été mis au point pour faciliter les opérations menées dans les pays. Le Secrétariat et les Etats Membres ont aussi conforté leur capacité d'analyse de l'équité en santé en la ventilant par sexe et origine ethnique.

Aujourd'hui, l'Organisation a davantage conscience du fait qu'en appliquant à la santé une approche fondée sur les droits de l'homme, conforme aux conventions internationales et régionales pertinentes, elle favorise à la fois le développement social et économique. Les considérations relatives aux droits de l'homme, à l'éthique et aux différences entre les sexes sont en cours d'intégration dans de nombreux programmes de santé publique de l'OMS, à tous les niveaux ; l'action normative essentielle se poursuit au niveau intersectoriel ; les capacités se développent aux niveaux régional et national ; et une concertation a été impulsée dans le domaine de la santé des femmes. Des documents normatifs abordant l'éthique de la santé publique et l'éthique de la recherche ont été diffusés ; plusieurs centaines de professionnels de santé ont suivi une formation dans toutes les Régions de l'OMS ; les comités d'éthique de la recherche et les comités nationaux d'éthique ont été renforcés pour leur permettre de s'atteler aux nouveaux problèmes qui apparaissent au niveau des pays ; enfin, la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé les Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains.¹

Par ailleurs, une relation de travail étroite s'est maintenant établie avec le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme. L'action tendant à intégrer l'approche de la santé fondée sur les droits de l'homme a été menée conjointement aux niveaux national, régional et au niveau du Siège.

Principaux enjeux

L'objectif stratégique porte sur toute une gamme de sujets intimement liés, qui ont été largement reconnus comme les plus susceptibles de conduire à des résultats équitables en matière de santé. L'établissement d'un consensus et les campagnes de sensibilisation ont réussi à instaurer une base solide pour promouvoir une collaboration resserrée entre les domaines d'activité visés, poursuivre les efforts d'intégration – par exemple dans le domaine des différences hommes-femmes, de l'éthique et des droits de l'homme – et multiplier les partenariats avec des protagonistes extérieurs à l'OMS. En conséquence, la demande d'appui technique émanant des Etats Membres s'est accrue.

¹ Résolution WHA63.22.

Pour répondre aux attentes suscitées par plusieurs rapports et orientations publiés sur les droits de l'homme, les différences hommes-femmes et l'éthique, il faudra mener des activités de suivi appropriées. La coopération technique s'impose, en particulier au niveau des pays – niveau auquel il est toujours difficile d'attirer les ressources suffisantes pour assurer une mise en œuvre efficace. L'amélioration de la rentabilité future passe par la recherche de solutions innovantes, comprenant notamment l'étude des modalités permettant d'employer plus efficacement les moyens existants, de concevoir des programmes de coopération financables et d'œuvrer de concert avec les partenaires en vue d'atteindre ces objectifs.

Les processus décisionnels respectant l'éthique, tant au sein de l'OMS qu'en dehors, bénéficient d'un solide soutien. Leur transparence et leur équité nécessitent la mise en place d'un cadre d'éthique.

Priorités et mesures privilégiées à prendre pour 2012-2013

Comme la nécessité de s'atteler aux déterminants sociaux de la santé est largement admise, les travaux portant sur cette priorité de santé publique s'intéresseront désormais davantage aux « modalités d'action » qu'à la « teneur ». À cette fin, on concevra les outils et les programmes susceptibles de garantir avec efficacité l'application des recommandations de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, tant au sein de l'Organisation qu'à l'extérieur.

La mise en œuvre portera principalement sur deux grands domaines d'action. Le premier consistera à encourager via l'action intersectorielle une approche pangouvernementale de la santé, aux termes de laquelle les autres secteurs seront invités à incorporer les questions et les politiques d'ordre sanitaire dans leurs programmes sectoriels. Au niveau mondial, il importera d'étoffer les partenariats avec les parties prenantes, les organismes des Nations Unies et les bailleurs de fonds afin de combattre les inégalités sanitaires et d'assurer la surveillance nécessaire.

Le deuxième domaine aura trait au renforcement des capacités des Etats Membres pour leur permettre d'intégrer pleinement les approches respectueuses des différences entre les sexes, fondées sur les droits de l'homme et sur l'éthique dans le cadre général du secteur de la santé et au-delà – y compris pour ce qui est du commerce et de la diplomatie sanitaire mondiale – tout en tenant compte des questions relatives aux déterminants sociaux de la santé et en y donnant suite. Il importe aussi d'accroître la responsabilité du secteur de la santé et de multiplier les interventions visant à combattre la violence à l'égard des femmes, en particulier au niveau des soins de santé primaires.

Les autres priorités concernent notamment la diffusion des notions de droits de l'homme et d'éthique et leur application aux programmes de santé publique, en particulier ceux qui touchent aux maladies transmissibles, à la transplantation d'organes, à la recherche et aux nouvelles technologies. Le Secrétariat envisage d'évaluer les aspects éthiques des programmes de l'OMS. Des consultations mondiales seront organisées afin de définir les questions d'éthique auxquelles doit s'atteler l'Organisation en priorité. La stratégie d'intégration de l'analyse des différences entre les sexes et des mesures respectueuses de ces différences dans l'action de l'OMS fera l'objet d'un examen visant à déterminer les points forts et les lacunes découlant de sa mise en œuvre. Pour promouvoir la santé des femmes en se basant sur les conclusions du rapport de l'OMS intitulé *Les femmes et la santé*,¹ il conviendra de : i) proposer des orientations politiques, programmatiques et des actions de sensibilisation destinées à éclairer la réaction des États Membres, des partenaires et des divers protagonistes du rapport ; ii) de se concentrer sur l'analyse de l'équité et son suivi ; et iii) d'évaluer l'efficacité des politiques chargées de traiter la question des déterminants sociaux de la santé dans les pays et de partager les enseignements tirés. Les efforts déployés par le Secrétariat pour intensifier les capacités nationales de présentation de données ventilées ont été couronnés de succès ; par conséquent, c'est sur le petit nombre de pays nécessitant un soutien supplémentaire que portera l'action ultérieure.

Les travaux relatifs à la santé et aux droits de l'homme s'attacheront à promouvoir la santé comme un droit fondamental au regard du droit international et à intégrer l'approche fondée sur les droits de

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

l'homme dans les politiques et les programmes de l'OMS, tout en confortant la capacité du Secrétariat et des Etats Membres en la matière.

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

L'équité en santé, les normes éthiques, l'égalité hommes-femmes, ainsi que les approches favorables aux pauvres et les droits de l'homme intéressent tous les autres objectifs stratégiques.

- Objectifs stratégiques 1-5 : malgré la complexité technique de la question, il est fermement établi que les déterminants sociaux et économiques, de même que l'offre, la qualité et l'éthique des services cliniques se répercutent très largement sur l'état de santé.
- Objectifs stratégiques 6, 8 et 9 : l'objectif stratégique 7 porte principalement sur les déterminants et les facteurs structurels (tels que le marché du travail, le système éducatif et les inégalités entre les sexes) qui définissent la position des individus dans la hiérarchie sociale, et qui agissent sur les déterminants intermédiaires tels que l'environnement, y compris l'alimentation (objectifs stratégiques 8 et 9) et des facteurs individuels tels que les comportements (objectif stratégique 6). Une approche éthique s'impose en particulier pour aborder les comportements et les responsabilités de chacun, les obligations professionnelles ainsi que les priorités de santé et de recherche.
- Objectifs stratégiques 10 et 11 : les politiques et systèmes de santé doivent comporter une action intersectorielle sur les déterminants de la santé et une analyse éthique. La prise de mesures cohérentes pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé dépend également de l'existence de données sanitaires convenablement ventilées et de la capacité de les analyser et de les utiliser pour élaborer des politiques et mettre en place des services qui répondent aux besoins des différents groupes sociaux et traitent les facteurs structurels.

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Programmes de base							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
13,0	7,4	4,5	7,7	12,9	2,0	13,0	60,5
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration							0,6
Interventions en cas d'épidémies ou de crises							0,0
Total général							61,2

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et indicateurs

7.1 Importance des déterminants sociaux et économiques de la santé reconnue dans toute l'Organisation et intégrée dans l'action normative de l'OMS et sa collaboration technique avec les États Membres et d'autres partenaires.	INDICATEURS	
	7.1.1 Nombre de Régions OMS dotées d'une stratégie régionale sur les déterminants sociaux et économiques de la santé recensés dans le rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, approuvé par le Directeur général	
	BASE 2012	
	6	
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
	6	
7.2 Prise par l'OMS d'une initiative destinée à fournir des possibilités et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international pour traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé, notamment pour comprendre quelles sont les conséquences du commerce et des accords commerciaux sur la santé publique, agir sur celles-ci et pour encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable.	INDICATEURS	
	7.2.1 Nombre de comptes rendus publiés par les pays sur la prise en compte des déterminants sociaux pour l'équité en matière de santé	7.2.2 Nombre d'outils destinés à aider les pays à analyser les conséquences du commerce et des accords commerciaux sur la santé
	BASE 2012	
	14	9
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
38	10	
7.3 Collecte, synthèse et analyse de données économiques et sociales intéressant la santé ventilées par sexe, âge, appartenance ethnique, revenu et état de santé (maladie ou incapacité, par exemple).	INDICATEURS	
	7.3.1 Nombre de rapports publiés par les pays au cours de l'exercice et contenant des données ventilées et une analyse de l'équité en matière de santé	
	BASE 2012	
	40	
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
	60	
7.4 Promotion d'approches de la santé fondées sur l'éthique et les droits de l'homme à l'OMS et aux niveaux national et mondial.	INDICATEURS	
	7.4.1 Nombre d'outils mis au point à l'intention des États Membres ou du Secrétariat donnant des orientations sur la façon d'utiliser les droits de l'homme pour faire progresser la santé	7.4.2 Nombre d'outils élaborés pour les États Membres ou le Secrétariat donnant des orientations sur la façon d'utiliser l'analyse éthique pour améliorer les politiques de santé
	BASE 2012	
	37	16
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
45	20	

AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2012-2013

7.5 Intégration de l'analyse des sexospécificités et de mesures réactives dans l'action normative de l'OMS et soutien aux États Membres pour l'élaboration de politiques et de programmes tenant compte des différences entre les sexes.	INDICATEURS	
	7.5.1 Nombre d'outils ou de documents OMS élaborés ou actualisés, ou d'activités conjointes entreprises par des unités techniques de l'Organisation afin de promouvoir des mesures sexospécifiques dans l'action de l'OMS	7.5.2 Nombre d'activités visant à intégrer les différences entre les sexes menées dans les États Membres et soutenues par l'OMS
	BASE 2012	
	85	170
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013		
95	203	

OBJECTIF STRATEGIQUE 8

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

Portée

Cet objectif stratégique vise à réduire tout un éventail de risques sanitaires et environnementaux classiques, actuels et émergents. Les activités viseront à encourager une mobilisation forte du secteur de la santé, en faveur de la prévention primaire des maladies par l'aménagement de l'environnement et à donner une orientation stratégique et expliquer aux partenaires des secteurs autres que la santé, comment faire en sorte que leurs politiques et leurs investissements soient bénéfiques pour la santé.

Les activités seront axées sur l'évaluation et la gestion des risques liés à la salubrité de l'environnement et à la santé au travail, notamment : une qualité de l'eau et un assainissement inadéquats ; la pollution de l'air à l'intérieur des locaux et l'utilisation des combustibles solides ; et la transmission vectorielle des maladies. Elles porteront également sur les risques pour la santé liés aux changements intervenant dans l'environnement mondial (changement climatique et perte de biodiversité, par exemple) ; la mise au point de nouveaux produits et technologies (nanotechnologies, par exemple) ; la production et la consommation d'énergie de sources nouvelles et le nombre et l'utilisation croissants de produits chimiques ; et les risques pour la santé liés aux changements dans les modes de vie, à l'urbanisation et aux conditions de travail (par exemple dérèglementation du travail, élargissement du secteur informel et exportation de pratiques professionnelles dangereuses vers les pays pauvres).

Principales réalisations à ce jour

Au cours de l'exercice 2010-2011, le quart de la charge totale de morbidité qui est imputable aux facteurs de risque environnementaux a été la cible d'une action pluridirectionnelle, à savoir : grandes initiatives stratégiques, activités de renforcement des capacités dans les Régions et les pays, publication de critères normatifs, orientations et modules d'un type nouveau, et actions de sensibilisation. Parmi les temps forts figurent l'organisation de la Première Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique, réunie conjointement par le PNUE et l'OMS, et la Déclaration de Libreville qui en a résulté ; le lancement d'une nouvelle collaboration interinstitutions visant à réduire le recours au DDT pour la lutte antivectorielle ; la mise en chantier de l'Initiative mondiale de promotion des soins de santé sans mercure ; l'approbation, pendant la deuxième session de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques (Genève, 11-15 mai 2009), d'une résolution sur les aspects sanitaires d'une gestion rigoureuse des produits chimiques ; le renforcement de la collaboration interinstitutions pour l'élimination des maladies liées à l'amiante dans le cadre de l'application de la résolution WHA60.26 ; et l'approbation par le Conseil exécutif, à sa cent vingt-quatrième session, d'un plan de travail élaboré dans le contexte de la résolution WHA61.19 sur le changement climatique et la santé.¹ Le thème de la Journée mondiale de la Santé 2008, intitulé « Protéger la santé face aux changements climatiques », a donné lieu à des activités de sensibilisation menées dans toutes les Régions, et à des contributions de l'OMS à la Quinzième Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques.

Principaux enjeux

Les principaux enjeux consistent : i) à aider les États Membres à s'atteler aux déterminants environnementaux de la santé et à la mauvaise santé (prévention primaire) par le biais d'actions intersectorielles conduites dans différents domaines de la vie quotidienne (par exemple les communautés, les transports publics, les écoles et les lieux de travail), et notamment à renforcer la base factuelle permettant d'élaborer des politiques intersectorielles en concevant des systèmes intégrés pour évaluer à la fois les risques encourus et les conséquences pour la santé et l'environnement ; ii) à

¹ Résolution EB124.R5.

aider les États Membres et les groupes de travail régionaux à donner suite aux engagements pris par les ministres de la santé et de l'environnement (dans les Déclarations de Libreville, Parme, Jeju et autres) et respecter les accords mondiaux relatifs à l'environnement dans lesquels la protection ou la promotion de la santé publique figure comme objectif primordial.

En outre, persuader les responsables de l'élaboration des politiques du secteur public de prendre en considération les bénéfices communs qui découleraient d'un environnement plus sain reste une gageure pour l'OMS. Bien que la collaboration multisectorielle sur les atténuations du changement climatique et l'analyse de ses effets sur la santé aux niveaux national et international se soient avérées fructueuses, la complexité d'un tel exercice doit être reconnue. Les efforts tendant à promouvoir l'adhésion nationale aux projets intersectoriels entrepris pour mettre en œuvre la Déclaration de Libreville en Afrique rencontrent des difficultés du même ordre.

Priorités et mesures privilégiées à prendre pour 2012-2013

Fort de la prise de conscience accrue des questions de santé et d'environnement et des critères normatifs, orientations et modules qui ont été élaborés, cet exercice biennal s'attachera en priorité à renforcer la capacité des secteurs nationaux de santé à réagir aux changements climatiques et améliorer la santé publique par des politiques d'adaptation et d'atténuation (bénéfices sanitaires communs) dans des secteurs comme l'agriculture, l'énergie, l'environnement, le transport et l'approvisionnement en eau, ainsi qu'à épauler les pays pour qu'ils consolident les mécanismes de gouvernance applicables à la salubrité de l'environnement. Il importera aussi d'accroître les capacités normatives ; d'encourager i) l'élaboration de politiques nationales de l'eau et de cadres institutionnels visant à protéger la qualité de l'eau de boisson et ii) la mise sur pied de services de médecine du travail dans les pays en développement ; de développer les capacités d'appui aux accords internationaux relatifs à l'environnement auxquels l'OMS est Partie ainsi que les capacités d'évaluation et de communication en matière de risques environnementaux et sanitaires ; et de soutenir la création d'alliances stratégiques nationales et régionales sur la santé et l'environnement ou de consolider celles qui existent.

On continuera de prendre en compte les préoccupations sanitaires persistantes liées aux produits chimiques (notamment l'amiante, le plomb et le mercure), à la pollution atmosphérique intérieure et extérieure, à la salubrité de l'eau et à sa disponibilité, aux déchets électroniques et aux rayonnements non ionisants. Cette démarche nécessitera une collaboration intersectorielle plus efficace et systématique au niveau des pays, en particulier entre les secteurs de la santé et de l'environnement.

Parallèlement aux efforts visant à soutenir la mise en œuvre dans les pays, la valorisation des liens entre la santé, le développement durable et l'économie basée sur une « croissance verte » se poursuivra. Les mesures prises porteront sur la qualification et la quantification ultérieures des avantages sanitaires liés aux politiques environnementales, dont la collecte, la compilation et l'analyse systématiques d'informations croisées sur la santé et l'environnement dans le but d'étayer la mise au point d'options stratégiques reposant sur des bases factuelles tant pour la santé publique que pour l'environnement et de suivre l'efficacité de leur mise en œuvre par rapport aux bases chiffrées. Cela favorisera notamment l'application des Déclarations de Libreville et de Parme. On insistera davantage sur l'évaluation des risques conjugués par rapport à celle des risques individuels. Seront privilégiées aussi les activités consistant, par exemple, à réduire le recours à l'utilisation des combustibles solides pour se chauffer et cuisiner, à renforcer la base factuelle sous-tendant l'efficacité des interventions menées au service de la santé primaire et de l'environnement en milieu urbain, et à coordonner l'appui à la médecine du travail.

Enfin, il y a lieu de revitaliser les partenariats du système des Nations Unies et les partenariats régionaux portant sur l'environnement et la santé en invoquant l'amélioration de la santé pour obtenir un engagement intersectoriel et placer ensuite les bénéfices obtenus au cœur des efforts d'atténuation des effets du changement climatique.

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

- Objectif stratégique 5 : la préparation aux situations d'urgence liées à l'environnement et l'organisation des secours, essentielles pour atteindre l'objectif stratégique 8, sont liées à d'autres aspects de l'action en situation d'urgence.
- Objectif stratégique 1 : le renforcement des capacités des systèmes de santé à s'adapter aux effets sur la santé du changement climatique, moyennant une amélioration du système d'alerte rapide et des capacités d'intervention face aux maladies transmissibles contribuera à réduire la vulnérabilité vis-à-vis des menaces pour la sécurité sanitaire et à réduire les effets sanitaires, sociaux et économiques potentiels du changement climatique pour ce qui est des maladies transmissibles concernées.
- Objectifs stratégiques 2 à 4 : l'élimination des risques pour la santé liés à l'environnement pouvant éviter jusqu'à un quart de la charge mondiale de morbidité, les activités contribueront particulièrement à réduire la charge de morbidité parmi les enfants (objectif stratégique 4), la charge de morbidité due aux maladies à transmission vectorielle (objectif stratégique 2) et celle due aux maladies non transmissibles (objectif stratégique 3).
- Objectif stratégique 10 : les services de salubrité de l'environnement et de médecine du travail font partie intégrante de la fonction préventive des services de santé.
- Objectifs stratégiques 5, 6, 7, 9 et 12 : il est essentiel d'inciter les secteurs de l'économie à réduire les risques et à promouvoir la santé à travers leurs investissements et leurs décisions politiques, s'agissant de l'action sur les déterminants de la santé (objectifs stratégiques 5, 6, 7 et 9) et pour établir des partenariats visant à promouvoir l'action sanitaire mondiale (objectif stratégique 12).

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Programmes de base							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
16,3	10,4	12,5	19,0	14,1	11,0	26,2	109,6
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration							1,4
Interventions en cas d'épidémies ou de crises							0,0
Total général							110,9

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et indicateurs

<p>8.1 Réalisation d'évaluations et élaboration et actualisation de normes et de principes fondés sur des données factuelles concernant les principaux risques pour la santé liés à l'environnement (par exemple qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, qualité de l'eau de boisson et recyclage des eaux usées).</p>	INDICATEURS	
	<p>8.1.1 Nombre d'États Membres ayant mené des évaluations de menaces spécifiques pour la santé liées à l'environnement ou ayant quantifié la charge de morbidité liée à l'environnement avec l'appui technique de l'OMS au cours de l'exercice</p>	<p>8.1.2 Nombre de normes, principes ou directives OMS nouveaux ou actualisés concernant les risques professionnels ou les risques pour la santé liés à l'environnement publiés au cours de l'exercice</p>
	<p>BASE 2012</p> <p>44 20</p>	
	<p>CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013</p> <p>47 23</p>	
<p>8.2 Fourniture d'un soutien et de conseils techniques aux États Membres pour la mise en œuvre d'interventions de prévention primaire destinées à réduire les risques pour la santé liés à l'environnement, à accroître la sécurité et à promouvoir la santé publique, y compris dans des cadres particuliers (par exemple les lieux de travail, les habitations ou les villes) et dans les groupes de population vulnérables (par exemple les enfants).</p>	INDICATEURS	
	<p>8.2.1 Nombre d'États Membres mettant en place des interventions de prévention primaire pour réduire les risques pour la santé liés à l'environnement, avec l'appui technique de l'OMS, dans au moins l'un des cadres suivants : lieux de travail, habitations ou villes</p>	
	<p>BASE 2012</p> <p>52</p>	
	<p>CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013</p> <p>55</p>	
<p>8.3 Fourniture d'une assistance technique et d'un soutien aux États Membres pour renforcer au niveau national les systèmes, fonctions et services de gestion des risques pour la santé au travail et de salubrité de l'environnement.</p>	INDICATEURS	
	<p>8.3.1 Nombre d'États Membres ayant mis en œuvre au niveau national des plans ou politiques d'action pour la gestion des risques pour la santé au travail, par exemple en liaison avec le plan d'action mondial de l'OMS pour la santé des travailleurs (2008-2017), avec l'appui du Secrétariat</p>	
	<p>BASE 2012</p> <p>72</p>	
	<p>CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013</p> <p>77</p>	

OBJECTIF STRATEGIQUE 9**Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable****Portée**

Les activités entreprises au titre de cet objectif stratégique sont axées sur : la qualité nutritionnelle et la sécurité sanitaire des aliments ; la promotion d'habitudes alimentaires saines tout au long de la vie (et d'abord pendant la grossesse et l'allaitement et pour l'alimentation d'appoint) et la prise en compte des maladies chroniques liées à l'alimentation ; la prévention des troubles nutritionnels, y compris les carences en micronutriments, et la lutte contre ceux-ci, notamment parmi les groupes biologiquement et socialement vulnérables, l'accent étant mis sur les situations d'urgence, et dans le contexte de l'épidémie de VIH/sida ; la prévention des maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et la lutte contre celles-ci ; la promotion d'actions intersectorielles destinées à encourager la production et la consommation d'aliments de qualité et de sécurité adéquates et l'accès à ceux-ci ; et la promotion de niveaux plus élevés d'investissements dans la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires aux niveaux national, régional et mondial.

Principales réalisations à ce jour

L'adoption, à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, d'une résolution sur la promotion d'initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments a prouvé l'engagement des États Membres à cet égard.¹

Ce domaine décisif fait l'objet d'une plus grande attention et, par conséquent, l'OMS a préconisé davantage de cohérence et d'efficacité dans l'appui prodigué aux États Membres, de concert avec les partenaires des Nations Unies, la Banque mondiale et les organisations non gouvernementales. Une collaboration durable avec des partenaires internationaux, dont la FAO et l'OIE, a permis de partager les informations sur les événements alimentaires par le biais du Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) et des réseaux régionaux.

Par ailleurs, l'OMS a étayé son système afin de fournir des avis scientifiques sur la nutrition et des principes directeurs actualisés dans les domaines suivants : enrichissement des aliments en micronutriments ; malnutrition ; consommation de sucre et de matières grasses. Dans le cadre de la Commission mixte FAO/OMS du Codex Alimentarius, de nouvelles normes ont été élaborées, notamment en ce qui concerne l'évaluation des aliments génétiquement modifiés et la prévention de la résistance aux antimicrobiens. Le programme de formation consacré aux Cinq Clés pour des aliments plus sûrs a démarré dans plus de 70 pays répartis dans toutes les Régions de l'OMS.

Des normes de croissance ont été approuvées dans 109 pays et leur adoption est en cours d'examen dans 69 autres. La base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition de l'enfant contient près de 3000 enquêtes, réalisées dans 145 pays, et les résultats sont présentés sous une forme normalisée rendant possibles les comparaisons internationales. Le Système d'information sur le paysage nutritionnel a été mis en place, ce qui a permis d'établir le profil nutritionnel des pays ; les 36 les plus touchés par la malnutrition chronique ont mené à bonne fin l'analyse de leur engagement national et de leur volonté d'agir dans le domaine de la nutrition ; 115 pays ont, quant à eux, fait le point sur leur politique alimentaire et nutritionnelle.

Une initiative de premier plan a été lancée dans le but d'estimer la charge mondiale de morbidité des maladies d'origine alimentaire et 173 États Membres ont, de surcroît, adhéré au Réseau mondial de surveillance des infections d'origine alimentaire.

¹ Résolution WHA63.3.

Principaux enjeux

La réalisation des objectifs 1, 4 et 5 du Millénaire pour le développement dans les pays où la charge de morbidité est forte passe par l'élargissement des interventions nutritionnelles, lequel est intimement lié à la nécessité de renforcer les capacités nationales et d'accroître les ressources financières permettant de mettre en œuvre lesdites interventions dans ces pays.

L'intégration d'activités efficaces de surveillance au sein des systèmes nationaux d'information sanitaire demande à être affinée ; il conviendra aussi de mobiliser des ressources supplémentaires pour permettre à l'OMS de consolider plus avant ses fonctions normatives et d'étayer les conseils scientifiques et techniques prodigués aux États Membres.

Priorités et mesures privilégiées pour 2012-2013

Les principales activités de cet exercice biennal se déclinent comme suit : élargir les interventions nutritionnelles s'adressant à la fois aux enfants de moins de deux ans et à leur mère; compléter la révision constante du dispositif d'actions essentielles en nutrition en incorporant des interventions de nutrition maternelle dans la gestion intégrée de la grossesse et de l'accouchement; renforcer les réseaux OMS internationaux existants – comme le Réseau mondial de surveillance des infections d'origine alimentaire, le Système mondial de surveillance continue de l'environnement (GEMS/Food) et INFOSAN – afin de conforter la capacité nationale d'essais en laboratoire, la surveillance intégrée et le partage de données mondiales; et favoriser l'application de méthodologies d'évaluation basées sur le rapport avantages/risques pour éclairer l'élaboration de lignes directrices qui tiennent compte de considérations relatives à la sécurité sanitaire des aliments et à la nutrition.

Les mesures privilégiées concerneront : la mise au point et l'actualisation de politiques qui s'attellent au double fardeau de la malnutrition; l'examen des interventions nutritionnelles essentielles à partir des bases factuelles disponibles; la surveillance de la nutrition, notamment de l'état nutritionnel et des habitudes alimentaires; et la mise à disposition d'orientations sur les interventions nutritionnelles efficaces et le suivi de leurs effets.

Les activités complémentaires consisteront notamment à répondre aux besoins énoncés dans les stratégies de coopération avec les pays pour inciter ces derniers à renforcer les activités nationales pertinentes ; à mener des études par pays afin d'estimer la charge de morbidité des maladies d'origine alimentaire ; à resserrer les liens entre INFOSAN et le Règlement sanitaire international (2005) à l'appui des recherches effectuées sur les flambées de maladies relatives à la sécurité sanitaire des aliments et sur les ripostes en rapport. Une action concertée de sensibilisation et de mobilisation des ressources est également envisagée.

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

La réalisation de cet objectif stratégique exige des liens solides et une collaboration efficace avec d'autres objectifs stratégiques, en particulier :

- Objectif stratégique 1 : pour ce qui est de la prévention des zoonoses et des maladies d'origine alimentaire et de la corrélation entre les vaccins et l'état nutritionnel.
- Objectif stratégique 2 : pour le développement et l'amélioration de la prévention, du traitement, des soins et du soutien en ce qui concerne le VIH/sida et la tuberculose.
- Objectif stratégique 3 : pour ce qui est de la surveillance et de la prévention des maladies non transmissibles liées au régime alimentaire et de la prévention des malformations congénitales et des troubles génétiques et congénitaux.
- Objectif stratégique 4 : pour ce qui est des interventions de santé publique pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.
- Objectif stratégique 5 : pour ce qui est de se préparer aux situations d'urgence, de réduire leur impact sur l'état nutritionnel de la population et d'assurer le rétablissement au sortir d'une crise.

- Objectif stratégique 6 : pour ce qui est de promouvoir des habitudes alimentaires saines tout au long de la vie.
- Objectif stratégique 7 : pour ce qui est d'aborder les déterminants sociaux des différences d'accès à l'alimentation et aux soins et d'état nutritionnel.
- Objectif stratégique 8 : pour ce qui est des risques pour la santé liés à l'environnement.
- Objectif stratégique 10 : pour ce qui est d'intégrer la surveillance de la nutrition dans les systèmes d'information sanitaire, en évaluant les coûts et la rentabilité des interventions nutritionnelles et pour ce qui est de prodiguer des soins alimentaires via les services de santé.
- Objectif stratégique 12 : pour ce qui est de renforcer la gouvernance, les partenariats et de resserrer la collaboration avec les organismes des Nations Unies, la Banque mondiale et d'autres protagonistes.

Principaux programmes spéciaux et dispositifs de collaboration de l'OMS contribuant à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, et figurant dans l'enveloppe budgétaire

- Commission du Codex Alimentarius.

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Programmes de base							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
31,7	12,6	11,0	6,0	8,4	10,0	16,5	96,1
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration							4,1
Interventions en cas d'épidémies ou de crises							0,0
Total général							100,2

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et indicateurs

<p>9.1 Formation de partenariats et d'alliances, développement du leadership et mise en place d'une coordination et de réseaux avec toutes les parties prenantes aux niveaux mondial, régional et des pays, afin de promouvoir la sensibilisation et la communication, d'encourager l'action intersectorielle, d'accroître les investissements en matière de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité des approvisionnements alimentaires, et d'élaborer et de soutenir un programme de recherche.</p>	INDICATEURS	
	<p>9.1.1 Nombre d'États Membres dotés de mécanismes de coordination fonctionnels et institutionnalisés pour promouvoir l'action et les approches intersectorielles dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité des approvisionnements alimentaires ou de la nutrition</p>	<p>9.1.2 Nombre d'États Membres qui ont fait figurer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires, ainsi qu'un mécanisme en vue de leur financement, dans leurs approches sectorielles ou leurs documents stratégiques de réduction de la pauvreté</p>
	BASE 2012	
	<p><u>Sécurité sanitaire des aliments/sécurité des approvisionnements alimentaires</u> : 100 <u>Nutrition</u> : 100</p>	<p><u>Sécurité sanitaire des aliments/sécurité des approvisionnements alimentaires</u> : 70 <u>Nutrition</u> : 35</p>
<p>9.2 Élaboration et distribution aux États Membres de normes – y compris de références, critères, priorités de recherche, principes directeurs, manuels de formation – pour accroître leur capacité d'évaluer toutes les formes de malnutrition, les maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et y faire face, et promouvoir des habitudes alimentaires saines.</p>	INDICATEURS	
	<p>9.2.1 Nombre de normes, principes directeurs ou manuels de formation nouveaux en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments produits et distribués aux États Membres et dans la communauté internationale</p>	<p>9.2.2 Nombre de normes, principes directeurs, outils et matériels de formation nouveaux concernant la prévention et la prise en charge des maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques</p>
	BASE 2012	
	<p><u>Sécurité sanitaire des aliments</u> : 20 (+200 normes du Codex) <u>Nutrition</u> : 30</p>	5
<p>9.3 Amélioration du suivi et de la surveillance des besoins et évaluation des interventions dans le domaine de la nutrition et des maladies chroniques liées à l'alimentation et amélioration de l'aptitude à recenser les meilleures options politiques dans les situations stables comme dans les situations d'urgence.</p>	INDICATEURS	
	<p>9.3.1 Nombre d'États Membres qui ont adopté et mis en œuvre les normes OMS de croissance de l'enfant</p>	<p>9.3.2 Nombre d'États Membres qui disposent de données de surveillance représentatives au niveau national sur les principales formes de malnutrition</p>
	BASE 2012	
	70	120
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013		
100	140	

AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2012-2013

9.4 Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux États Membres visés pour l'élaboration, le renforcement et la mise en œuvre de plans, de politiques et de programmes destinés à améliorer la nutrition sur toute la durée de la vie, dans les situations stables comme dans les situations d'urgence.	INDICATEURS					
	9.4.1 Nombre d'États Membres qui ont mis en œuvre au moins trois des mesures prioritaires recommandées dans la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	9.4.2 Nombre d'États Membres qui ont mis en œuvre des stratégies pour lutter contre la malnutrition liée à des carences en micronutriments et la prévenir	9.4.3 Nombre d'États Membres qui ont mis en œuvre des stratégies pour promouvoir de bonnes habitudes alimentaires afin de prévenir les maladies chroniques liées à l'alimentation	9.4.4 Nombre d'États Membres qui ont intégré la nutrition dans leurs interventions face au VIH/sida	9.4.5 Nombre d'États Membres <u>ayant bénéficié d'un soutien pour optimiser la nutrition dans les situations d'urgence (englobant les phases de planification de la préparation, d'intervention en cas d'urgence et de rétablissement)</u>	
	BASE 2012					
	105	75	75	70	50	
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013					
120	80	80	80	70		

9.5 Renforcement des systèmes de surveillance, de prévention et de lutte pour les maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques ; création et intégration dans les systèmes nationaux de surveillance existants de programmes de surveillance et d'évaluation des risques alimentaires, les résultats étant diffusés aux principaux intervenants.	INDICATEURS	
	9.5.1 Nombre d'États Membres qui ont établi ou renforcé la collaboration intersectorielle pour les zoonoses d'origine alimentaire : prévention, lutte et surveillance	9.5.2 Nombre d'États Membres qui ont mis en place un plan pour la réduction de l'incidence d'au moins une grande zoonose d'origine alimentaire
	BASE 2012	
	75	80
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
85	90	

9.6 Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux États Membres, y compris pour leur participation à l'élaboration de normes internationales afin d'accroître leur capacité d'évaluation des risques dans le domaine des maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et de la sécurité sanitaire des aliments, et pour élaborer et mettre sur pied des systèmes nationaux de contrôle des aliments reliés à des systèmes d'urgence internationaux.	INDICATEURS	
	9.6.1 Nombre d'États Membres sélectionnés recevant un soutien pour participer à des activités normatives internationales liées à l'alimentation, telles que celles de la Commission du Codex Alimentarius	9.6.2 Nombre d'États Membres sélectionnés qui ont mis sur pied des systèmes nationaux de sécurité sanitaire des aliments comportant des liens avec des systèmes d'urgence internationaux
	BASE 2012	
	85	70
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
80	85	

OBJECTIF STRATEGIQUE 10

Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles

Portée

Au titre de cet objectif, on cherche à améliorer la prestation des services de santé afin d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires. Cette démarche s'inspire des principes des soins de santé primaires et suppose l'extension de la couverture des services, ainsi que l'amélioration de l'équité en matière d'accès et de résultats. Elle se concentre sur cinq des six éléments d'action sur l'offre, ou blocs constitutifs, caractérisant les systèmes de santé : direction et gouvernance, financement de la santé, personnels de santé, systèmes d'information sanitaire, organisation et gestion de la prestation de services.¹ Les activités relatives à ces blocs constitutifs s'accompagnent de mesures visant à accroître la participation de la communauté au perfectionnement des systèmes de santé. Chaque domaine est étayé par des recherches, de la documentation et une analyse comparative.

Indépendamment du volet purement technique, les activités menées au titre de cet objectif porteront notamment sur la coordination des efforts menés dans toute l'Organisation pour aider les États Membres à élaborer des politiques, des stratégies et des plans nationaux et à les mettre en œuvre. Une politique et une stratégie nationales de santé solides assureront la complémentarité entre tous les maillons de la chaîne en vue d'améliorer les résultats. Dans les pays qui bénéficient d'une aide extérieure assez conséquente, les stratégies nationales représentent le meilleur moyen d'harmoniser les apports externes et les priorités nationales.

Principales réalisations à ce jour

En partenariat avec d'autres acteurs, l'OMS a élaboré un cadre normatif et conceptuel – reposant sur la notion des six blocs constitutifs –, lequel a largement servi à orienter l'action de renforcement des systèmes de santé. Dans le domaine du financement, le *Rapport sur la santé dans le monde, 2010* présente un guide de la prise de décision à l'usage des pays désireux de financer la couverture universelle. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2012* mettra l'accent sur la recherche au service d'une meilleure santé. Dans le domaine des systèmes d'information, l'OMS a mis au point un cadre de suivi commun à utiliser au niveau des pays, que tous les partenaires du Groupe des Huit ont approuvé. La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.² Des progrès rapides ont été accomplis concernant l'instauration puis la consolidation de systèmes tendant à promouvoir la sécurité des patients moyennant une sensibilisation accrue, la constitution de bases factuelles et la conception d'outils d'amélioration. Dans le droit-fil de la portée élargie de cet objectif, l'OMS a aussi élaboré un cadre applicable aux politiques, stratégies et plans de santé nationaux, qui sera soumis à l'examen des États Membres au cours de l'exercice 2010-2011.

Grâce au plaidoyer réitéré de l'OMS et de ses partenaires, le rôle essentiel que jouent les systèmes de santé dans l'amélioration des résultats obtenus est désormais largement acquis. La consolidation des systèmes de santé figure en bonne et due forme dans la Déclaration ministérielle du segment de haut niveau réuni à Genève, du 6 au 9 juillet 2009, par le Conseil économique et social des Nations Unies et dans les déclarations des sommets du G8, tenus en 2008 et en 2009. Un système de santé solide est maintenant considéré comme primordial pour améliorer la santé maternelle et accélérer la réalisation de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement (Améliorer la santé maternelle). L'importance politique croissante accordée aux systèmes de santé et la reconnaissance de l'effet délétère du sous-investissement persistant se sont traduites par le rehaussement du financement alloué à la consolidation des systèmes de santé. L'Alliance GAVI et le Fonds mondial ont augmenté leur contribution, de même que la Banque mondiale.

¹ Les produits médicaux, les vaccins et les technologies – qui représentent le bloc constitutif restant – relèvent de l'objectif stratégique 11.

² Résolution WHA63.16.

Plusieurs Régions ont mis en place un observatoire des systèmes de santé, calqué partiellement sur l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Ce réseau continuera de proposer un flux continu d'analyses comparatives devant servir à la concertation nationale. On a commencé à mettre sur pied un réseau national de renseignements sur la santé, destiné à fournir régulièrement aux États Membres une analyse de situation actualisée. Suite au concours que l'OMS a apporté au Troisième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide (Accra, 2-4 septembre 2008), le groupe de travail sur l'efficacité de l'aide, hébergé par le Comité d'Aide au Développement (OCDE), a institué le groupe sur la santé comme secteur témoin, qu'il a chargé d'examiner et de promouvoir des stratégies tendant à accroître l'efficacité du soutien technique et financier extérieur dans le secteur de la santé.

Le Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+) – entité coordonnée par l'OMS et la Banque mondiale qui compte 47 partenaires, dont 22 pays en développement – est un modèle dont on peut s'inspirer pour amplifier l'élaboration des politiques, stratégies et plans nationaux. L'évaluation conjointe des stratégies nationales, processus en cours d'élaboration avec toute une gamme de partenaires, peut aussi servir à évaluer la conformité aux normes de bonne pratique.

Principaux enjeux

Pour l'Organisation, le principal enjeu consiste à répondre efficacement à la demande croissante de soutien technique de qualité, formulée par les pays. Au cours de l'exercice 2010-2011, plus de 30 pays ont bénéficié d'un appui leur permettant de recenser le nombre de personnes exposées à des dépenses catastrophiques liées au paiement direct des soins, et d'estimer l'incidence financière et les coûts de l'assurance-maladie. Suite à la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*, les demandes de soutien de ce type auront tendance à se multiplier. Viendront encore grossir les rangs des solliciteurs les pays soumettant une proposition au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou à l'Alliance GAVI ; les pays souhaitant étoffer leur système d'information et concevoir des plans de formation et de fidélisation des personnels de santé ; les ministères de la santé et les hôpitaux désireux d'accroître la sécurité des patients. Par ailleurs, si le cadre applicable aux politiques, stratégies et plans nationaux de santé est adopté par la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, en 2011, l'Organisation verra affluer de nouvelles demandes de la part des pays intéressés.

L'OMS peut puiser dans un corpus croissant de connaissances et de données d'expérience pour renforcer les systèmes de santé des pays auxquels elle prodigue des conseils. Parallèlement, des décisions stratégiques dans des domaines sensibles comme le financement de la santé et les ressources humaines doivent tenir pleinement compte du contexte politique dans lequel elles s'inscrivent. L'enjeu pour l'OMS consiste à assurer une cohérence conceptuelle, vu le rôle qu'elle joue en tant que principal défenseur des ministères de la santé et les conseils contradictoires qui risquent d'émaner d'autres partenaires. De surcroît, l'Organisation dispose d'une capacité restreinte qui doit se concentrer sur les domaines où elle a un avantage comparatif manifeste.

Priorités et mesures privilégiées pour 2012-2013

Compte tenu de l'analyse qui précède, il faudrait changer de cap dans certains domaines. Au cours de cet exercice, il s'agira essentiellement de veiller à ce que les pays puissent obtenir le soutien technique requis. L'OMS pourra peut-être imprimer le mouvement, exploitant les ressources de l'Organisation à tous les niveaux, et redoublant d'efforts pour étayer les capacités nécessaires dans les bureaux de pays. L'Organisation s'emploiera parallèlement à mettre en place les réseaux d'appui technique qui permettront à la fois d'accroître l'accès à une prestation de qualité et d'aider à étoffer la capacité institutionnelle des pays.

Sera aussi privilégiée l'amélioration des liens entre la consolidation des systèmes de santé et les autres objectifs stratégiques. Cette démarche s'exprimera clairement dans la dynamisation des politiques, stratégies et plans nationaux où le renforcement des systèmes de santé et l'accroissement de l'efficacité de l'aide ne représentent qu'une partie de l'ensemble. De même, comme le renforcement des systèmes de santé est un moyen d'obtenir des résultats et non une fin en soi, l'accent sera davantage mis sur la collaboration régulière, plutôt que ponctuelle, avec les programmes principalement axés sur la prestation d'interventions techniques.

Une attention supplémentaire sera aussi portée au rôle de partenaire qui incombe à l'OMS. L'action menée par l'Organisation pour atteindre les objectifs de renforcement des systèmes de santé dans le cadre du présent budget sera confortée si elle se comporte comme un membre digne de foi, en harmonie avec l'équipe de pays du système des Nations Unies, et si elle est épaulée pour mettre en œuvre les dispositions de la Déclaration de Paris et du programme d'action d'Accra (notamment en ce qui concerne le renforcement des systèmes nationaux de gestion financière, d'information financière et d'achats de façon à ce que les partenaires puissent y recourir en toute confiance).

L'essor rapide des systèmes d'information et des capacités statistiques des pays sera une priorité spécifique pour l'OMS. L'objectif consiste à appuyer la consolidation de bases nationales d'information sanitaire normalisées qui fournissent et utilisent des informations de qualité et actualisées pour la planification de la santé dans les pays et pour suivre les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs nationaux et des grands objectifs internationaux. S'agissant des ressources humaines, la priorité numéro un est d'élaborer des lignes directrices mondiales pour éduquer les professionnels de santé, en particulier les médecins et le personnel infirmier, de façon à ce qu'ils soient pleinement réceptifs à la situation locale dans laquelle ils se trouvent. En outre, des orientations seront élaborées dans le but de permettre aux pays de conforter leur stratégie d'information applicable aux ressources humaines pour la santé. En ce qui concerne la prestation de services, la préoccupation majeure restera la réorganisation conforme aux quatre domaines stratégiques, à savoir : traiter les inégalités sanitaires en progressant vers la couverture universelle ; placer l'être humain au cœur de la prestation de services ; intégrer la santé dans les politiques publiques de tous les secteurs ; et doter la gouvernance sanitaire d'une équipe dirigeante ouverte à la diversité.

Le renforcement des systèmes de santé continuera d'être appuyé par une solide base normative, de recherche et de suivi. Il s'agira notamment d'affiner la classification et la terminologie et de parachever la Onzième Révision de la Classification internationale des Maladies. La surveillance de la situation et des tendances sanitaires mondiales se poursuivra et englobera notamment les activités suivantes : analyses de la charge de morbidité et des facteurs de risque, estimations des indicateurs sanitaires de base, évaluation de l'élargissement et prise en compte des lacunes comme, par exemple, l'information relative à la mortalité maternelle.

Si le principal infléchissement consiste à glisser du niveau mondial vers celui des pays, concrétisant ainsi les éléments dont on dispose, il n'en demeurera pas moins nécessaire d'améliorer la qualité dans le domaine du renforcement des systèmes de santé. L'appui aux capacités et systèmes nationaux d'amélioration des connaissances et des éléments factuels au service de la prise de décision sanitaire visera à promouvoir l'accès aux données existantes, leur regroupement et leur publication, à faciliter la production de connaissances dans des domaines prioritaires et à favoriser l'encadrement mondial de la politique de recherche en santé et de sa coordination, y compris eu égard à l'éthique.

Le budget comprend des domaines d'activité qui ne sont pas complètement nouveaux. Néanmoins, l'incidence d'une vaste gamme de nouveautés sur le coût et l'efficacité des systèmes de santé doit être évaluée. Certaines technologies nouvelles, si elles ne sont pas maîtrisées, pourraient rapidement faire grimper les coûts et, par là même, les inégalités. D'autres pourraient avoir l'effet opposé, réduisant les coûts de façon spectaculaire tout en augmentant le rendement. La cybersanté est un domaine essentiel à explorer. Sur les 115 pays interrogés en 2009 par l'Observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS, 53 avaient une politique en vigueur. Il faudra étudier d'urgence l'impact de ces politiques.

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

- Tous les objectifs stratégiques liés à l'obtention de résultats sanitaires spécifiques, essentiellement les objectifs stratégiques 1 à 4.
- Tous les objectifs stratégiques liés à la santé et à la maladie : l'action menée fournira la base d'une collaboration étroite avec la composante données factuelles.
- Objectif stratégique 5 : compléter les activités destinées à répondre aux conditions particulières de prestation des services dans les contextes fragiles.

- Objectif stratégique 7 : l'action menée aidera à transposer sur le plan de la prestation des services les acquis en matière d'équité, de politiques sanitaires en faveur des populations défavorisées et de réalisation progressive du droit à la santé notamment.
- Objectif stratégique 12 : s'employer notamment à fournir des grandes orientations, à renforcer la gouvernance, la production de connaissances, l'accès aux connaissances, et à encourager les partenariats et la collaboration avec les pays.

Principaux programmes spéciaux et dispositifs de collaboration de l'OMS contribuant à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, et figurant dans l'enveloppe budgétaire

- Alliance mondiale pour la sécurité des patients.
- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.
- Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé.
- Alliance mondiale pour les personnels de santé.
- Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Programmes de base							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
123,0	33,2	44,0	30,8	57,3	39,0	82,1	409,5
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration							
Interventions en cas d'épidémies ou de crises							
							0,0
Total général							
							454,5

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et indicateurs

<p>10.1 Amélioration de la gestion et de l'organisation de la prestation des services de santé intégrés basés sur la population par des dispensateurs et des réseaux publics et non publics, reflétant la stratégie des soins de santé primaires, le renforcement de la couverture, l'équité, la qualité et la sécurité des services de santé individuels et dans la population, ainsi que le renforcement des résultats sanitaires.</p>	INDICATEURS	
	10.1.1 Nombre d'États Membres ayant régulièrement actualisé les bases de données sur le nombre et la répartition des centres de soins et des interventions sanitaires proposées	
	BASE 2012	
	35	
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
	40	
<p>10.2 Amélioration des capacités nationales de gouvernance et d'orientation par un dialogue politique fondé sur des bases factuelles, un renforcement de la capacité institutionnelle pour l'analyse et l'élaboration des politiques, une évaluation des résultats des systèmes de santé reposant sur une stratégie, une plus grande transparence et une responsabilisation accrue en matière de résultats, et une collaboration intersectorielle plus efficace.</p>	INDICATEURS	
	10.2.1 Nombre d'États Membres qui ont au cours des cinq dernières années mis au point des processus de planification sanitaire nationale complète en consultation avec les parties prenantes	10.2.2 Nombre d'États Membres qui effectuent une évaluation régulière ou périodique des progrès accomplis, y compris dans la mise en œuvre de leur plan sanitaire national, sur la base d'une évaluation des résultats de leur système de santé décidée d'un commun accord
	BASE 2012	
	107	65
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
	115	75
<p>10.3 Amélioration de la coordination des différents mécanismes (y compris l'aide des donateurs) permettant d'appuyer les efforts des États Membres visant à atteindre les cibles nationales pour le développement de leur système de santé et les buts sanitaires mondiaux.</p>	INDICATEURS	
	10.3.1 Nombre d'États Membres dans lesquels les contributions apportées par les principales parties prenantes sont harmonisées avec les politiques nationales, mesuré en fonction de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide	
	BASE 2012	
	30	
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
	35	

AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2012-2013

10.4 Renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les pays apportant et utilisant des informations de haute qualité et récentes pour la planification sanitaire et pour suivre les progrès vers la réalisation des buts nationaux et des principaux buts internationaux.	INDICATEURS	
	10.4.1 Proportion des pays à revenu faible ou intermédiaire disposant de statistiques sanitaires adéquates et d'un suivi des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé qui satisfont aux normes adoptées	
	BASE 2012 45 %	
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013 60 %	

10.5 Amélioration des connaissances et des bases factuelles permettant de prendre des décisions en matière de santé grâce à une consolidation et à la publication des bases factuelles existantes, à un encouragement de la production de connaissances dans les domaines prioritaires et à une orientation mondiale de la politique de recherche sanitaire et de la coordination dans ce domaine, y compris en ce qui concerne le comportement éthique.	INDICATEURS				
	10.5.1 Proportion des pays pour lesquels des profils de grande qualité comportant des statistiques sanitaires essentielles sont disponibles à partir de bases de données en libre accès	10.5.2 Nombre de pays dans lesquels l'OMS joue un rôle clé pour appuyer la production et l'utilisation d'informations et de connaissances, y compris la collecte de données primaires au moyen d'enquêtes, des registres d'état civil ou de l'amélioration ou de l'analyse et de la synthèse des données des établissements sanitaires en vue de l'élaboration des politiques et de la planification	10.5.3 Mise en place et maintien aux niveaux mondial et régional d'une recherche effective de mécanismes de coordination et d'orientation sanitaires		
	BASE 2012 90 %			35	Mécanismes fonctionnant au niveau mondial et partout au niveau régional
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013 90 %			45	Mécanismes fonctionnant au niveau mondial et partout au niveau régional

10.6 Renforcement de la recherche nationale en santé pour le développement des systèmes sanitaires dans le contexte de la recherche régionale et internationale et de l'engagement de la société civile.	INDICATEURS		
	10.6.1 Proportion des pays à revenu faible ou intermédiaire dans lesquels le système de recherche en santé satisfait à des normes minimales fixées au niveau international	10.6.2 Nombre d'États Membres qui se conforment à la recommandation de consacrer au moins 2 % de leur budget de la santé à la recherche (Commission sur la Recherche en Santé pour le Développement, 1990)	
	BASE 2012 15 %		8
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013 20 %		9

10.7 Mise au point et application de politiques et de stratégies de gestion des savoirs et de cybersanté en vue d'un renforcement des systèmes de santé.	INDICATEURS				
	10.7.1 Nombre d'États Membres adoptant des politiques de gestion des savoirs afin de combler le retard en matière de savoir-faire, en particulier pour réduire la fracture numérique	10.7.2 Nombre d'États Membres ayant accès à des revues scientifiques internationales par voie électronique et à des archives sur les connaissances en sciences médicales conformément à l'enquête semestrielle de l'Observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS	10.7.3 Proportion des États Membres disposant de politiques, de stratégies et de cadres réglementaires de cybersanté conformément à l'enquête semestrielle de l'Observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS		
	BASE 2012 100			170	75
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013 110			180	90

10.8 Renforcement de l'information et des bases de connaissances sur les personnels de santé et renforcement des capacités des pays en matière d'analyse, de planification et d'application des politiques, d'échange d'informations et de recherche.	INDICATEURS	
	10.8.1 Nombre de pays notifiant au moins deux séries de données sur les ressources humaines pour la santé au niveau national au cours des cinq dernières années, figurant dans le Global Atlas of the Health Workforce	10.8.2 Nombre d'États Membres dotés d'une unité nationale chargée des politiques et de la planification concernant les ressources humaines pour la santé
	BASE 2012	
	96	50
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
	100	55
10.9 Appui technique fourni aux États Membres, tout particulièrement à ceux confrontés à de graves difficultés en matière de personnel de santé, afin d'améliorer la formation et la répartition du personnel de santé, le dosage des compétences et la fidélisation.	INDICATEURS	
	10.9.1 Proportion des 57 pays confrontés à de graves difficultés en matière de personnel de santé, recensés dans le <i>Rapport sur la santé dans le monde, 2006</i> , qui sont dotés d'un plan pluriannuel relatif aux ressources humaines pour la santé	10.9.2 Proportion des 57 pays confrontés à de graves difficultés en matière de personnel de santé, recensés dans le <i>Rapport sur la santé dans le monde, 2006</i> , qui sont dotés d'un plan d'investissement pour améliorer la formation et l'éducation du personnel soignant
	BASE 2012	
	50 %	25 %
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
	55 %	30 %
10.10 Appui technique et politique fondé sur des bases factuelles apporté aux États Membres afin d'améliorer le financement du système de santé en ce qui concerne la disponibilité des fonds, la protection contre les risques financiers et sociaux, l'équité, l'accès aux services et l'utilisation rationnelle des ressources.	INDICATEURS	
	10.10.1 Nombre d'États Membres bénéficiant d'un appui technique et politique pour obtenir des fonds supplémentaires destinés à la santé ; réduire les obstacles financiers à l'accès, l'incidence des frais catastrophiques et de la paupérisation liée aux frais de santé ; ou améliorer la protection sociale et l'utilisation rationnelle et équitable des ressources	10.10.2 Nombre d'exposés politiques fondamentaux établis, diffusés et préconisés, décrivant les meilleures pratiques concernant l'augmentation des recettes, le regroupement et les achats, y compris la sous-traitance, la prestation de services et la réalisation d'interventions et la réaction face à la fragmentation dans les systèmes liée aux programmes verticaux et à l'acheminement des fonds internationaux
	BASE 2012	
	Non disponible	17 exposés techniques
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
	Non disponible	22 exposés techniques
10.11 Élaboration de normes, de critères et d'outils de mesure pour suivre l'utilisation des ressources, estimer les conséquences économiques de la maladie et les coûts et les effets des interventions, les frais catastrophiques, la paupérisation et l'exclusion sociale, et appui et suivi concernant leur utilisation.	INDICATEURS	
	10.11.1 Outils, normes et critères essentiels élaborés, diffusés et préconisés pour orienter l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, conformément au besoin exprimé, portant notamment sur le suivi et l'affectation des ressources, la budgétisation, la gestion financière, les conséquences économiques de la maladie et de l'exclusion sociale, l'organisation et l'efficacité de la prestation de services, y compris par sous-traitance, ou l'incidence des frais catastrophiques et de la paupérisation	10.11.2 Nombre d'États Membres ayant bénéficié d'un appui technique à l'utilisation des outils de l'OMS pour suivre et évaluer l'adéquation et l'utilisation des fonds, estimer les besoins financiers futurs, gérer et surveiller les fonds disponibles ou suivre l'impact de la politique financière sur les ménages
	BASE 2012	
	Outils et cadres modifiés, actualisés et diffusés selon les besoins	Non disponible
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
	Outils et cadres modifiés, actualisés et diffusés selon les besoins	Non disponible
10.12 Mesures prises pour préconiser l'affectation de fonds supplémentaires à la santé lorsqu'ils sont nécessaires ; renforcer les capacités de mettre au point une politique de financement de la santé et l'interprétation et l'utilisation de l'information financière ; et stimuler la production et la	INDICATEURS	
	10.12.1 Présence et rôle de chef de file de l'OMS dans les partenariats internationaux, régionaux et nationaux et l'utilisation de ses données pour accroître le financement de la santé dans les pays à faible revenu ou fournir un appui aux pays en ce qui concerne la conception et le suivi des documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, les approches sectorielles, les cadres de dépenses à moyen terme et d'autres mécanismes de financement à long terme capables de fournir une protection sociale compatible avec les soins de santé primaires	10.12.2 Nombre d'États Membres ayant bénéficié d'un soutien pour renforcer la capacité de formulation des politiques et stratégies de financement de la santé et l'interprétation des données financières, ou d'informations fondamentales sur les dépenses de santé, le financement, l'efficacité et l'équité afin d'orienter le processus
	BASE 2012	

AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2012-2013

concrétisation des connaissances pour la mise au point d'une politique de soutien.	Participation de l'OMS à 6 partenariats ; appui sur les options de financement à long terme fourni à 28 pays	Appui technique fourni à 75 pays et mises à jour annuelles des dépenses de santé concernant tous les États Membres, et nouvelles informations sur l'incidence des frais catastrophiques dans 20 pays supplémentaires
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
	Participation de l'OMS à 8 partenariats ; appui fourni à 40 pays	Appui technique fourni à 90 pays, mises à jour annuelles des dépenses de santé concernant tous les États Membres, et informations révisées et actualisées sur les frais catastrophiques dans 20 pays supplémentaires
	INDICATEURS	
	10.13.1 Outils, normes et critères clés pour orienter l'élaboration, l'évaluation et la mise en œuvre des politiques diffusés et dont l'utilisation a été appuyée	10.13.2 Nombre d'États Membres participant aux défis mondiaux sur la sécurité des patients et à d'autres initiatives mondiales sur la sécurité, incluant recherche et évaluation
	BASE 2012	
	2 normes mondiales en matière de sécurité et 20 outils d'appui essentiels	45
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
4 normes mondiales en matière de sécurité et 40 outils d'appui essentiels	90	

10.13 Élaboration de normes, critères et outils de mesure pour aider les États Membres à quantifier et à réduire le niveau des soins dispensés présentant un risque.

OBJECTIF STRATEGIQUE 11

Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation

Portée

Les produits médicaux englobent les médicaments d'origine chimique et biologique, les vaccins, le sang et les produits sanguins, les cellules et tissus d'origine principalement humaine, les produits biotechnologiques, les remèdes traditionnels et les dispositifs médicaux. Les technologies englobent les tests diagnostiques, l'imagerie et les tests de laboratoire. Les activités à entreprendre au titre de cet objectif stratégique consisteront à rendre plus équitable (en termes de disponibilité, de prix et d'accessibilité économique) l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels dont la qualité, la sécurité, l'efficacité et le rapport coût/avantages sont garantis et à faire en sorte qu'ils soient utilisés de façon rationnelle et rentable. Les éléments à privilégier pour le bon usage des produits et technologies sont : la mise en place de systèmes de réglementation appropriés ; la sélection sur la base de données probantes ; l'information du prescripteur et du patient ; les procédures diagnostiques, cliniques et chirurgicales adéquates ; les politiques en matière de vaccination ; les systèmes d'approvisionnement, les modalités de distribution et la sécurité des injections ; enfin, les transfusions sanguines. L'information englobe les directives cliniques, l'information indépendante sur les produits et la promotion conforme à l'éthique. Les activités décrites ci-dessus contribueront à la mise en œuvre, sous l'égide de l'OMS, de mesures spécifiques prévues dans la stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. En outre, des mesures précises seront prises, en collaboration avec d'autres organisations intergouvernementales concernées – dont l'OMPI, l'OMC et la CNUCED –, concernant l'application et la gestion de la propriété intellectuelle en faveur de l'innovation liée à la santé et pour la promotion de la santé publique.

Principales réalisations à ce jour

L'OMS a élaboré, mis à jour et promu des systèmes internationaux de nomenclature et des normes et critères internationaux de qualité pour les vaccins, les médicaments et les technologies médicales, et, par l'intermédiaire du Programme de présélection des médicaments OMS/ONU, l'Organisation a présélectionné une série de médicaments, y compris des formulations pédiatriques ainsi que des vaccins. La dix-septième édition de la liste modèle OMS des médicaments essentiels et la deuxième édition de la liste modèle OMS des médicaments essentiels destinés à l'enfant ont été publiées. Un projet de liste d'appareils médicaux essentiels, destinés à une centaine de protocoles de pratiques cliniques et à cinq catégories d'établissements de soins, a été établi. Des programmes nationaux visant à promouvoir l'accès aux médicaments, et la qualité et l'usage rationnel de ceux-ci, ont reçu un soutien, et des réunions de formation et de sensibilisation réunissant de nombreux participants ont été tenues dans des domaines apparentés. Dix pays au total ont élaboré des politiques nationales relatives à la transplantation. Les Régions OMS de l'Afrique et du Pacifique occidental ont mis à jour les lignes directrices et stratégies régionales relatives aux politiques pharmaceutiques, et plusieurs pays de ces Régions ont défini des politiques nationales sur la médecine traditionnelle. Un soutien technique a été apporté aux pays prioritaires en vue du renforcement de leurs services de transfusion sanguine et de l'amélioration de la sécurité des injections. Un total de 15 pays ont élaboré des politiques de sécurité transfusionnelle.

Les indicateurs mondiaux permettant de suivre l'accès aux médicaments essentiels ont été affinés et utilisés dans deux rapports des Nations Unies consacrés aux progrès réalisés pour atteindre la cible 8.E de l'objectif 8 du Millénaire pour le développement. Un cadre de suivi et de mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle a été élaboré. Fin 2009, 46 organismes nationaux de réglementation des médicaments et 114 organismes de réglementation des vaccins avaient fait l'objet d'une évaluation officielle et de nombreux laboratoires des pays en développement participaient au système externe d'assurance de la qualité de l'OMS. Plusieurs blocs économiques régionaux en Afrique travaillent à une harmonisation de la réglementation au niveau régional. La plupart des pays s'appuient désormais sur les listes nationales de médicaments essentiels pour l'achat et l'utilisation des médicaments dans le secteur public. Des cours de formation régionaux ont eu lieu, et plusieurs pays ont reçu un soutien spécifique dans le domaine des lignes directrices cliniques, de la tarification des médicaments et du remboursement des médicaments essentiels.

Principaux enjeux

De nombreux pays en développement ne disposent toujours pas de mécanisme de réglementation approprié pour les médicaments, les vaccins, les produits sanguins, les produits diagnostiques et autres technologies sanitaires. Malgré les possibilités que représentent les stratégies globales d'approvisionnement et l'utilisation rationnelle des produits médicaux pour réduire le gaspillage médical et économique, les progrès dans leur promotion sont entravés par un manque d'intérêt politique au niveau national et l'insuffisance des ressources au sein de l'OMS.

Priorités et mesures privilégiées pour 2012-2013

Au cours de l'exercice, la priorité sera accordée à la poursuite et à l'augmentation des travaux sur l'élaboration des politiques et à l'élargissement de l'accès aux technologies et produits médicaux. L'accent sera mis sur les approches transversales au sein des systèmes de santé, telles que l'introduction des avantages des médicaments dans l'assurance-maladie, les ressources humaines pour l'approvisionnement en médicaments, la fourniture d'un soutien complet aux hôpitaux de district, ainsi que les programmes visant à promouvoir la transparence, une bonne gouvernance et la prévention de la corruption. Outre les médicaments essentiels pour les maladies prioritaires, une attention plus grande sera également accordée à l'accès à des catégories spécifiques de produits médicaux tels que les médicaments essentiels destinés aux enfants, les médicaments à usage restreint pour lutter contre la douleur, pour les soins palliatifs des malades en phase terminale et les toxicomanies, et les sérums antirabique et antivenimeux. Les travaux se poursuivront pour mettre au point des concepts novateurs dans le domaine de la santé publique, tels que la promotion des communautés de brevets et les politiques de tarification des médicaments.

La priorité sera également donnée à la poursuite du soutien aux pays réalisant des travaux de normalisation pour améliorer la qualité des technologies et des produits médicaux. Les mesures privilégieront l'harmonisation de la réglementation au niveau mondial et la collaboration régionale pour promouvoir l'efficacité, la qualité et la sécurité des vaccins, des médicaments et des technologies, ainsi que la lutte contre les médicaments ne répondant pas aux normes ou contrefaits. L'OMS continuera à mener à bien ses fonctions normatives dans les domaines suivants : le programme de nomenclature des dénominations communes internationales ; les prescriptions de qualité pour les médicaments et produits biologiques ; les normes relatives aux bonnes pratiques de fabrication ; la *Pharmacopée internationale* ; la liste modèle OMS des médicaments essentiels, y compris la présélection des nouveaux vaccins et médicaments pour les maladies négligées ; et le programme de présélection des Nations Unies. Le troisième domaine prioritaire a trait à la poursuite de l'élaboration de concepts novateurs en termes de santé publique, tels que ceux qui sont mis en lumière dans la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, ainsi qu'aux politiques de tarification des médicaments.

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

- Objectifs stratégiques 1 à 5 (résultats sanitaires) : aucun d'entre eux ne peut être atteint sans recours aux produits médicaux essentiels, aux médicaments et aux technologies de santé. En ce qui concerne l'accès, les activités relevant de cet objectif stratégique porteront sur des éléments « horizontaux » comme les systèmes complets d'approvisionnement, les enquêtes sur les prix et les politiques nationales de tarification. Concernant le soutien dans les domaines de l'assurance de la qualité et de la réglementation, toutes les activités de l'OMS sont regroupées sous cet objectif stratégique. Les activités concernant l'usage rationnel porteront sur des questions d'ordre général comme la sélection des médicaments essentiels sur la base de données probantes, l'élaboration de lignes directrices cliniques, la pharmacovigilance et la sécurité des patients, l'observance des traitements à longue échéance et la lutte contre la résistance aux antimicrobiens.
- Objectif stratégique 10 : les activités au titre de l'objectif stratégique 11 contribuent également à la prestation des services de santé et au financement durable des produits et des technologies, dont dépend aussi l'accès. Une approche intégrée des systèmes de santé favorisant les soins de santé primaires sera privilégiée.
- Objectif stratégique 7 : pour ce qui est de la bonne gouvernance.
- Objectif stratégique 12 : pour ce qui est de la politique publique mondiale.
- Objectifs stratégiques 1 et 2 : pour ce qui est de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Programmes de base							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
23,2	7,7	10,0	5,0	16,1	14,0	59,1	135,1
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration							17,0
Interventions en cas d'épidémies ou de crises							0,0
Total général							152,1

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et indicateurs

11.1 Plaidoyer et soutien en faveur de la formulation et du suivi de politiques nationales complètes concernant l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation.	INDICATEURS			
	11.1.1 Nombre d'États Membres bénéficiant d'un soutien pour élaborer et mettre en œuvre des politiques nationales officielles concernant l'accès aux technologies ou produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation	11.1.2 Nombre d'États Membres bénéficiant d'un soutien pour élaborer des systèmes nationaux complets d'achat ou d'approvisionnement, ou pour les renforcer	11.1.3 Nombre d'États Membres bénéficiant d'un soutien pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies nationales et des mécanismes de réglementation concernant le sang et les produits sanguins ou la lutte contre l'infection	11.1.4 Publication d'un rapport mondial biennal sur les prix, la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments, reposant sur l'ensemble des rapports nationaux et régionaux disponibles
	BASE 2012			
	90	50	30	Publication d'un rapport
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
100	70	40	Publication de deux rapports (2011 et 2013)	
11.2 Élaboration de lignes directrices, normes et critères internationaux concernant la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'utilisation d'un bon rapport coût/efficacité des technologies et produits médicaux, et plaidoyer et soutien en faveur de leur application au niveau national et/ou régional.	INDICATEURS			
	11.2.1 Nombre de normes de qualité, de préparations de référence, de lignes directrices et d'outils élaborés ou actualisés en vue d'améliorer la fourniture, la gestion, l'utilisation, la qualité ou la réglementation des technologies et produits médicaux	11.2.2 Nombre de désignations communes internationales attribuées à des produits médicaux	11.2.3 Nombre de médicaments, vaccins, produits diagnostiques et matériels prioritaires présélectionnés en vue de leur achat par le système des Nations Unies	11.2.4 Nombre d'États Membres pour lesquels la fonctionnalité des autorités nationales de réglementation a été évaluée ou a bénéficié d'un appui
	BASE 2012			
	15 de plus	9 200	300	80
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
15 de plus	9 300	350	90	
11.3 Au Secrétariat, ainsi que dans les programmes régionaux et nationaux, élaboration – sur la base de données factuelles – et promotion d'orientations politiques pour inciter les agents de santé et les patients à faire un usage scientifiquement rationnel et économiquement efficace des technologies et produits médicaux.	INDICATEURS			
	11.3.1 Nombre de programmes nationaux ou régionaux bénéficiant d'un appui pour promouvoir l'usage scientifiquement rationnel et économiquement efficace des technologies ou produits médicaux	11.3.2 Nombre d'États Membres ayant mis à jour leur liste de médicaments, vaccins ou technologies essentiels au cours des cinq dernières années et qui l'utilisent pour les achats ou pour les remboursements dans le secteur public		
	BASE 2012			
	60	135		
	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
70	150			

OBJECTIF STRATEGIQUE 12

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

Portée

Le présent objectif stratégique facilite les activités de l'OMS au titre de tous les autres objectifs stratégiques. En réponse aux priorités établies dans le onzième programme général de travail, il tient compte de l'évolution sensible du contexte dans lequel s'inscrit la santé internationale. Cet objectif couvre trois grands domaines complémentaires : rôle directeur, gouvernance et cohérence de l'Organisation ; soutien de l'OMS aux divers États Membres, présence de l'OMS dans les États Membres et dialogue avec les États Membres y compris soutien aux initiatives des pouvoirs publics, coordination et gestion efficace des acteurs et partenaires de la santé et des ressources pertinentes ; enfin, rôle mobilisateur de l'Organisation pour faire en sorte que l'énergie et l'expérience collectives des États Membres et d'autres acteurs agissent sur les questions de santé importantes aux niveaux mondial et régional.

La principale innovation qui sous-tend cet objectif réside dans l'influence qu'il tente d'exercer sur les débats mondiaux et régionaux en mettant à profit l'expérience que l'OMS a des pays – et ce afin d'exercer une influence positive sur l'environnement dans lequel travaillent les responsables politiques nationaux, et de contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et d'autres objectifs convenus au niveau international en matière de santé.

Principales réalisations à ce jour

La cohérence et la synergie des activités menées dans les différentes unités de l'Organisation se sont améliorées grâce à l'ascendant du Directeur général et aux bonnes relations de travail avec les Directeurs régionaux et les Sous-Directeurs généraux. Des progrès ont été accomplis afin de mettre en adéquation les stratégies OMS de coopération avec les pays et leurs priorités nationales, et de les harmoniser avec celles des organismes des Nations Unies et autres partenaires de développement. Les stratégies de coopération avec les pays sous-tendent l'élaboration des plans de travail biennaux de l'OMS, l'alignement de la capacité fondamentale des bureaux de pays sur les besoins des pays, et le renforcement du volet santé du Plan-cadre d'aide au développement des Nations Unies. Aux niveaux mondial, régional et national, l'OMS a renforcé sa collaboration avec le Groupe de développement des Nations Unies, les équipes de Directeurs régionaux du Groupe et les équipes de pays des Nations Unies. Le rôle de chef de file qu'assume l'OMS, en partenariat avec les organismes des Nations Unies, la Banque mondiale, les partenaires mondiaux de la santé et les principales organisations bilatérales, a permis de rehausser le niveau d'efficacité des plates-formes mises en place au niveau des pays au service de l'action, de la coordination et de la cohérence.

Principaux enjeux

L'aptitude à intervenir en amont continuera d'être nécessaire pour permettre à l'Organisation de relever les défis mondiaux – actuels et futurs – qui ont une incidence sur la santé des personnes, les systèmes de santé nationaux et, par suite, sur la santé de populations entières. L'OMS devra s'adapter aux défis que posent des besoins et des attentes sanitaires en mutation, des priorités concurrentielles et une configuration complexe d'acteurs et de mécanismes de financement sanitaires. Comme la communauté internationale suit les progrès réalisés pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, le rôle de la santé doit continuer à être valorisé. Parallèlement, l'accent est mis de façon plus marquée sur l'action et les priorités de base de l'OMS, à savoir : présenter des résultats dans les domaines où elle a un net avantage comparatif, en laissant les autres tâches à la charge de ceux qui sont les mieux placés pour les accomplir. L'Organisation doit aussi s'imposer davantage pour réduire la fragmentation et parvenir à mettre en adéquation les multiples partenaires mondiaux et nationaux qui appuient les stratégies sanitaires des pays. Une meilleure communication et un accès accru à l'information rehausseront la qualité de l'action menée par l'OMS.

Priorités et mesures privilégiées pour 2012-2013

L'OMS doit conserver sa capacité d'analyser les répercussions des défis sanitaires actuels, nouveaux et émergents et d'y faire face. Elle œuvrera étroitement avec les pays afin de faire avancer le programme mondial d'action sanitaire et d'épauler les États Membres dans l'élaboration de stratégies et plans nationaux de santé qui reflètent leurs besoins. Ce faisant, l'OMS assurera une concordance plus étroite entre le niveau et le type de soutien fourni et les besoins nationaux, y compris dans les pays où l'Organisation n'est pas présente au sens matériel du terme. L'OMS continuera d'améliorer l'efficacité et l'efficience de son intervention dans les pays et avec eux. Dans ceux où opèrent un grand nombre de partenaires du développement, l'OMS s'efforcera de renforcer les capacités nationales afin de faciliter la coopération technique et de favoriser l'action menée par les pouvoirs publics pour attirer des partenaires qui appuieront des stratégies et plans de santé nationaux bien conçus. L'Organisation continuera d'étudier les moyens d'améliorer l'efficacité et la pluralité de la gouvernance sanitaire mondiale ; elle intégrera et rationalisera les délais et ressources nécessaires pour faire fonctionner tous les organes directeurs de l'OMS et pour organiser les réunions préparatoires, les conseils d'administration des partenariats, les groupes de travail et les groupes internationaux spéciaux. La collaboration avec les organismes des Nations Unies et l'adhésion élargie au processus de réforme seront confortées, y compris au niveau des pays. Les stratégies d'intervention du secteur commercial privé seront améliorées, l'interaction avec le secteur non gouvernemental étendue et le cadre opérationnel des partenariats développé. On privilégiera l'amélioration des performances de l'Organisation moyennant le suivi et l'évaluation continus des principaux indicateurs, la fourniture d'orientations stratégiques tendant à intensifier les mécanismes institutionnels d'intégrité et d'obligation redditionnelle, et l'élaboration d'un cadre financier rigoureux.

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

Cet objectif stratégique vise à faciliter la réalisation des 12 autres auxquels il est intrinsèquement lié en imprimant le sens et l'orientation des activités de l'Organisation. Le lien avec l'objectif stratégique 10 est particulièrement fort en raison de l'étroite corrélation qui existe entre l'appui à la direction, la coordination et la gestion nationale du secteur de la santé et les travaux d'élaboration, de financement et d'évaluation des politiques sanitaires et des plans stratégiques nationaux dans lesquels les domaines visés par tous les autres objectifs stratégiques (à l'exception du 12 et du 13) seront à leur juste place. Il est aussi étroitement dépendant et complémentaire de l'objectif stratégique 13 mais, si ce dernier concerne les questions de gestion et d'administration au sein de l'Organisation, l'objectif stratégique 12 est, pour sa part, axé sur les questions liées au rôle directeur et à la gouvernance de l'OMS, sur l'action dans les États Membres et avec eux et sur la collaboration avec les partenaires aux niveaux mondial, régional et des pays, y compris le système des Nations Unies.

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
50,2	15,7	16,5	31,7	26,3	17,1	132,2	289,7

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et indicateurs

12.1 Bon encadrement et ferme direction de l'Organisation assurés moyennant un renforcement de la gouvernance, de la cohérence, de la responsabilisation et de la synergie des activités de l'OMS.	INDICATEURS		
	12.1.1 <u>Pourcentage</u> des documents soumis aux organes directeurs dans les six langues officielles de l'OMS, dans les délais constitutionnels	12.1.2 <u>Niveau de compréhension par les principaux acteurs concernés du rôle, des priorités et des messages essentiels de l'OMS, déterminé à l'issue d'une enquête auprès de ces acteurs</u>	
	BASE 2012		
	95 %	91 % des acteurs connaissent bien/très bien le rôle et les priorités de l'OMS	
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
98 %	96 % des acteurs connaissent bien/très bien le rôle et les priorités de l'OMS		
12.2 Présence effective de l'OMS ¹ établie dans les pays pour appliquer des stratégies de coopération de l'OMS avec les pays alignées sur le programme national de santé et de développement des États Membres, et harmonisées avec l'équipe des Nations Unies dans le pays et les autres partenaires de l'action de développement.	INDICATEURS		
	12.2.1 Nombre d'États Membres où l'OMS aligne ses stratégies de coopération avec les pays sur les priorités et le cycle de développement du pays et harmonise ses activités avec les Nations Unies et les autres partenaires du développement dans les cadres pertinents, tels que le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et les approches sectorielles	12.2.2 <u>Pourcentage</u> de bureaux de pays de l'OMS qui ont revu et ajusté leurs capacités fondamentales en tenant compte de leur stratégie de coopération avec le pays	
	BASE 2012		
	33 des 145 stratégies de coopération avec les pays ont été actualisées/révisées	70 %	
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
42 des 145 stratégies de coopération avec les pays ont été actualisées/révisées	80 %		
12.3 Les mécanismes mondiaux de l'action de santé et du développement apportent des ressources techniques et financières plus durables et prévisibles pour la santé, conformément à un programme commun d'action sanitaire tenant compte des besoins et des priorités sanitaires des États Membres.	INDICATEURS		
	12.3.1 Nombre de partenariats pour la santé auxquels l'OMS est associée et qui appliquent les principes des meilleures pratiques pour les partenariats mondiaux en faveur de la santé	12.3.2 <u>Pourcentage</u> des partenariats pour la santé gérés par l'OMS et conformes aux grandes orientations de l'Organisation en matière de partenariats	12.3.3 <u>Pourcentage</u> des pays où l'OMS encadre les partenariats pour la santé et le développement (officiels ou non), ou est étroitement associée à leur activité, y compris dans le contexte des réformes du système des Nations Unies
	BASE 2012		
	30	100 %	80 %
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
50	100 %	90 %	
12.4 Connaissances dans le domaine de la santé et matériels de sensibilisation essentiels multilingues mis à la disposition des États Membres, des partenaires de l'action de santé et des autres acteurs concernés moyennant l'échange et le partage effectifs des connaissances.	INDICATEURS		
	12.4.1 Nombre moyen de visites mensuelles du site Web du Siège de l'OMS	12.4.2 Nombre de pages dans des langues autres que l'anglais disponibles sur les sites Web des bureaux de pays, des bureaux régionaux et du Siège de l'OMS	
	BASE 2012		
	6,7 millions	80 000	
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
7 millions	90 000		

¹La présence de l'OMS dans les pays lui permet de collaborer efficacement avec ces derniers pour faire progresser le programme mondial d'action sanitaire, contribuer à l'application des stratégies nationales et inscrire les réalités et les perspectives des pays dans les politiques et priorités mondiales.

OBJECTIF STRATEGIQUE 13

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

Portée

Cet objectif couvre les fonctions qui sous-tendent l’action du Secrétariat dans les pays, dans les bureaux régionaux et au Siège. Ces fonctions s’organisent selon un cadre complet de gestion fondée sur les résultats, lequel comprend les processus suivants : planification et budgétisation stratégiques et opérationnelles ; suivi et évaluation des résultats ; gestion des ressources financières moyennant le suivi, la mobilisation et la coordination à l’échelle de l’Organisation pour veiller à ce que les ressources disponibles soient réparties rationnellement dans l’ensemble de l’Organisation ; et gestion des ressources humaines, y compris la planification, le recrutement, le perfectionnement et l’apprentissage du personnel, la santé et la sécurité, la gestion de l’exécution des tâches, les conditions d’emploi et les prestations de façon à refléter les meilleures pratiques du régime commun des Nations Unies. Les activités sont axées sur les éléments suivants : fournir les résultats escomptés ; maintenir l’excellence des résultats et accroître l’engagement des employés ; offrir un milieu de travail favorable, y compris la gestion de l’infrastructure et de la logistique, la sécurité du personnel et des locaux, la fourniture de services médicaux et la gestion des technologies de l’information ; et instaurer de bons mécanismes de responsabilisation et de gouvernance dans tous les domaines.

Principales réalisations à ce jour

Le cadre de gestion de l’OMS fondée sur les résultats a été renforcé grâce à une utilisation plus stricte des indicateurs de résultats et un alignement plus étroit sur les priorités définies dans les stratégies de coopération avec les pays. Le Système mondial de gestion a été introduit dans cinq grands bureaux. Les préparatifs liés à sa mise en œuvre dans la Région africaine progressent de même que ceux relatifs à l’application intégrale des normes comptables internationales du secteur public dans le cadre du processus d’harmonisation des Nations Unies. Le Centre mondial de services est désormais pleinement opérationnel.

Le premier Plan mondial des ressources humaines a été élaboré et un processus révisé relatif à la sélection des chefs des bureaux de pays de l’OMS, à partir d’une liste mondiale d’aptitude, a été introduit. La résolution adoptée par le Conseil exécutif à sa cent vingt-cinquième session,¹ dans laquelle le Conseil a décidé de créer un Comité consultatif indépendant d’experts de la Surveillance, aura un impact positif sur les systèmes de gestion et de maîtrise des risques. Un groupe de travail de l’OMS chargé du recouvrement des coûts a été mis en place ; il a recommandé notamment d’appliquer un nouveau système de recouvrement des coûts per capita pour garantir le financement durable des objectifs stratégiques 12 et 13. L’OMS est la première organisation des Nations Unies à s’être dotée d’une politique mondiale en matière de santé et sécurité au travail. Le présent objectif stratégique couvre également les exigences des autres objectifs stratégiques en matière d’achat ainsi que la recherche et la fourniture de produits pharmaceutiques essentiels et autres produits de santé demandés par les États Membres.

Principaux enjeux

Un des principaux enjeux permanents est de s’assurer que l’Organisation obtienne le maximum d’avantages du Système mondial de gestion, lequel devrait être pleinement opérationnel au début de la période biennale. Ce Système constitue la base principale d’une gestion intégrée de l’information qui est cohérente et en temps réel. Toutefois, il faut contrôler strictement les services d’appui gestionnaire et administratif et veiller à leur qualité moyennant un cadre de contrôle adéquat dans tous les bureaux, afin de maintenir la confiance dans les processus de l’OMS relatifs à la gestion des recettes, des biens et des dépenses. Compte tenu de la nécessité de renforcer les contrôles tout en recherchant l’efficacité économique, l’on réévaluera la prestation de services dans l’ensemble de l’Organisation pour bénéficier au maximum des réseaux administratifs spécialisés existants. Pour ce faire, il faudra encore

¹ Résolution EB125.R1.

améliorer la capacité opérationnelle du Centre mondial de services et également simplifier le Système mondial de gestion. En parallèle, on jugera en permanence le réseau pour identifier les points où il est possible de réaliser des économies dans la prestation des services essentiels, ce qui pourrait entraîner le transfert de certaines fonctions vers des lieux d'affectation à moindre coût, afin d'atteindre les objectifs fixés en matière d'économies de coûts. Cette évolution doit se faire de façon à ne compromettre ni le contrôle interne ni la qualité et la fourniture des services essentiels.

Priorités et mesures privilégiées pour 2012-2013

Il est prévu de perfectionner le Système mondial de gestion en 2013. On procédera à une analyse détaillée avant toute prise de décision sur la stratégie à adopter concernant les technologies de l'information et de la communication afin de s'assurer que le nouveau Système offre le maximum d'avantages et occasionne le minimum de perturbations pour l'utilisateur.

Dans le domaine de la planification et de la mobilisation des ressources, les priorités des pays seront systématiquement intégrées dans la planification générale ; les processus budgétaires et les engagements avec les donateurs seront renforcés afin d'assurer un financement prévisible et souple ainsi qu'un meilleur alignement de la gestion des ressources sur la mise en œuvre des programmes.

On mettra l'accent sur l'application intégrale des normes comptables internationales du secteur public, bien que cela dépende à la fois de l'introduction du Système mondial de gestion dans la Région africaine et de l'état des actifs fixes, des données d'inventaire et des préparatifs comptables. Des changements graduels ont été apportés aux mécanismes de facturation interne et de recouvrement des coûts, et il faut maintenant veiller à adopter une approche méthodique et cohérente qui permette un contrôle adéquat des coûts et une allocation optimale des ressources entre les divers bureaux. Le régime d'assurance-maladie de l'Organisation, géré par le Département Finances, qui fournit une couverture maladie aux membres du personnel en poste ou retraités et à leurs ayants droit, fera l'objet d'une révision majeure axée sur sa gouvernance et sa conception afin que le régime demeure adapté à sa finalité.

Les principaux objectifs retenus dans le domaine de la gestion des ressources humaines consistent à introduire un plan de mobilité systématique, renforcer la gestion de l'exécution des tâches par le personnel, élargir l'accès aux possibilités de promotion du personnel de santé et améliorer la sécurité au travail. Le respect des normes minimales de sécurité opérationnelle est depuis longtemps un objectif mais, jusqu'ici, les progrès ont été entravés par des difficultés liées aux ressources. À condition que l'on dispose de ressources supplémentaires pour la période biennale 2010-2011, on insistera sur la mise en application des normes minimales de sécurité dans tous les lieux d'affectation. On s'intéressera également davantage à la gestion des risques, et ce de façon plus systématique et efficace, car cette question transversale risque d'affecter la réalisation des buts divers couverts par l'objectif stratégique 13.

Liens avec d'autres objectifs stratégiques

L'objectif stratégique 13 ne doit pas être envisagé isolément des autres objectifs stratégiques car sa portée reflète les besoins de l'Organisation dans son ensemble, auxquels il doit répondre. Il doit notamment être envisagé parallèlement à l'objectif stratégique 12. L'objectif stratégique 13 est axé sur les questions gestionnaires et administratives, tandis que l'objectif stratégique 12 l'est sur le rôle directeur et la gouvernance de l'OMS en collaboration avec les États Membres et les partenaires aux niveaux mondial, régional et des pays. L'objectif stratégique 13 couvre également la réforme institutionnelle générale qui permettra de s'assurer que les fonctions susmentionnées sont renforcées en permanence et offrira un soutien plus efficace et un meilleur rapport qualité/prix à l'Organisation ; il est par conséquent étroitement lié aux réformes plus générales entreprises au sein du système des Nations Unies à la fois au niveau des pays et au niveau mondial.

Budget total par localisation pour l'objectif stratégique pour 2012-2013 (en millions de US \$)

Budget (en millions de US \$)							
Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	TOTAL
119,7	29,6	43,5	38,3	44,0	31,6	202,5	509,1

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et indicateurs

13.1 Activités de l'Organisation guidées par des plans stratégiques et opérationnels qui s'appuient sur l'expérience acquise, tiennent compte des besoins des pays, sont élaborés en commun à tous les niveaux de l'Organisation et servent à mesurer l'exécution des tâches et évaluer les résultats.	INDICATEURS	
	13.1.1 <u>Pourcentage</u> des plans de travail nationaux qui ont fait l'objet d'un examen collégial en ce qui concerne la qualité technique, qui tiennent compte de l'expérience acquise et des besoins du pays	13.1.2 <u>Pourcentage</u> de résultats escomptés par bureau dont l'état d'avancement a été actualisé selon les modalités établies pour la présentation des rapports périodiques
	BASE 2012	
	95 %	85 %
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013		
100 %	90 %	

13.2 Pratiques financières saines et, par un effort de mobilisation et un suivi constants, gestion judicieuse des ressources afin qu'elles correspondent aux budgets programmes.	INDICATEURS	
	13.2.1 Degré d'application des normes comptables internationales du secteur public	13.2.2 Montant des contributions volontaires classées comme « contributions entièrement et extrêmement flexibles »
	BASE 2012	
	<u>Systèmes et comptes d'ouverture totalement conformes aux normes IPSAS</u>	US \$300 millions
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013		
<u>Présentation des premiers rapports financiers annuels conformes aux normes IPSAS à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013</u>	US \$400 millions	

13.3 Adoption, dans le domaine des ressources humaines, de politiques et pratiques propres à attirer et fidéliser les meilleurs éléments, à promouvoir l'apprentissage et le perfectionnement du personnel, à faciliter la gestion de l'exécution des tâches et à inciter au respect des règles d'éthique.	INDICATEURS		
	13.3.1 <u>Pourcentage</u> des bureaux qui ont un plan de ressources humaines approuvé pour un exercice	13.3.2 Nombre de membres du personnel qui occupent un nouveau poste ou changent de lieu d'affectation pendant un exercice (reporté jusqu'à l'exercice 2010-2011)	13.3.3 <u>Pourcentage</u> des membres du personnel ayant suivi le cycle du système de gestion et de développement des services du personnel
	BASE 2012		
	100 %	300	80 %
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013			
100 %	500	85 %	

13.4 Adoption de stratégies, politiques et pratiques en matière de gestion des systèmes d'information pour offrir des solutions fiables, sûres et d'un bon rapport coût/efficacité tout en tenant compte de l'évolution des besoins de l'Organisation.	INDICATEURS	
	13.4.1 Nombre de services informatiques assurés dans l'ensemble de l'Organisation conformément aux meilleures pratiques de référence du secteur	13.4.2 Proportion des bureaux qui utilisent en temps réel des données cohérentes sur la gestion
	BASE 2012	
	5	Le Siège, 5 bureaux régionaux et les bureaux de pays qui en relèvent
CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013		
7	Tous les bureaux relevant de l'OMS, y compris les bureaux locaux dans les pays et les bureaux extérieurs, le cas échéant	

AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2012-2013

13.5 Prestation des services d'appui gestionnaire et administratif ¹ nécessaires au bon fonctionnement de l'Organisation conformément à des accords sur la qualité de service qui privilégient notamment la réactivité.	INDICATEURS	
	13.5.1 Proportion des services assurés par le Centre mondial de services conformément aux critères définis par les accords sur la qualité de service	
	BASE 2012	
	90 %	
13.6 Cadre de travail contribuant au bien-être et à la sécurité du personnel dans tous les lieux d'affectation.	INDICATEURS	
	13.6.1 Pourcentage de bureaux appliquant les normes minimales de sécurité opérationnelle	13.6.2 Niveau de financement et exécution du plan-cadre d'équipement biennal
	BASE 2012	
	70 %	70 %
13.6 Cadre de travail contribuant au bien-être et à la sécurité du personnel dans tous les lieux d'affectation.	CIBLES A ATTEINDRE D'ICI 2013	
	95 %	95 %

¹Englobent les technologies de l'information, les ressources humaines, les ressources financières, la logistique et les services linguistiques.

Projet de budget programme 2012-2013

<i>En millions de US \$</i>			
	Programmes de base		
Objectif stratégique	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est
1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	155,2	24,0	76,0
2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	208,2	40,4	90,0
3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle	21,9	11,2	18,1
4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé	107,7	25,4	36,0
5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	31,5	13,5	14,0
6. Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque	23,9	13,9	17,5
7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	13,0	7,4	4,5
8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement	16,3	10,4	12,5
9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	31,7	12,6	11,0
10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles	123,0	33,2	44,0
11. Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	23,2	7,7	10,0
12. Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail	50,2	15,7	16,5
13. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat	119,7	29,6	43,5
Total	925,7	245,0	393,6

TABLEAUX FINANCIERS

par objectif stratégique et par bureau

<i>(avant ajustement du taux de change)</i>					Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration	Interventions en cas d'épidémies ou de crises	Total
par lieu d'affectation							
Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Siège	Total			
21,3	88,1	52,0	164,5	581,1	709,8	147,0	1 437,9
25,5	32,9	55,5	98,8	551,4	97,4	0,0	648,8
18,0	22,6	18,0	36,2	145,9	0,0	0,0	145,9
12,9	36,1	18,0	50,5	286,6	33,9	0,0	320,5
5,8	10,3	6,4	20,0	101,5	1,4	315,5	418,4
17,0	22,1	18,0	30,1	142,6	11,9	0,0	154,5
7,7	12,9	2,0	13,0	60,5	0,6	0,0	61,2
19,0	14,1	11,0	26,2	109,6	1,4	0,0	110,9
6,0	8,4	10,0	16,5	96,1	4,1	0,0	100,2
30,8	57,3	39,0	82,1	409,5	45,0	0,0	454,5
5,0	16,1	14,0	59,1	135,1	17,0	0,0	152,1
31,7	26,3	17,1	132,2	289,7	0,0	0,0	289,7
38,3	44,0	31,6	202,5	509,1	0,0	0,0	509,1
239,0	391,1	292,6	931,7	3 418,7	922,5	462,4	4 803,6

Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration
(en millions de US \$, avant ajustement du taux de change)

Objectifs stratégiques/programmes spéciaux et dispositifs de collaboration	Total
Objectif stratégique 1	
Collaboration avec les partenaires de l'Alliance GAVI à l'appui de l'introduction accélérée des vaccins contre les maladies de l'enfant	
Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	
Partenariat pour la lutte contre les maladies tropicales négligées	
Collaboration avec les partenaires de l'Alliance GAVI à l'appui de la surveillance intégrée	
Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales	
Partenariats pour la recherche sur les vaccins	
Collaboration avec les partenaires de l'Alliance GAVI à l'appui de l'introduction accélérée de vaccins contre les maladies épidémiques	
Accord OMS/FAO/OIE sur la prise en charge de la grippe aviaire et autres maladies émergentes	
Total	710
Objectif stratégique 2	
Initiative OMS/ONUSIDA pour un vaccin anti-VIH (y compris le Programme africain pour un vaccin contre le sida)	
Partenariat Halte à la tuberculose	
Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine	
Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales	
Collaboration avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	
Comité Feu vert/Initiative mondiale pour les laboratoires	
Total	97
Objectif stratégique 4	
Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine	
Total	34
Objectif stratégique 5	
Service de suivi Santé et Nutrition	
Total	1
Objectif stratégique 6	
Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine	
Centre OMS pour le développement sanitaire (Kobe)	
Total	12
Objectif stratégique 7	
Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine	
Total	1

AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2012-2013

TABLEAUX FINANCIERS

Objectifs stratégiques/programmes spéciaux et dispositifs de collaboration	Total
Objectif stratégique 8	
Forum intergouvernemental sur la sécurité chimique	
Total	1
Objectif stratégique 9	
Commission du Codex Alimentarius	
Total	4
Objectif stratégique 10	
Alliance mondiale pour les personnels de santé	
Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales	
Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé	
Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé	
Alliance mondiale pour la sécurité des patients	
Total	45
Objectif stratégique 11	
Programme OMS/ONU sur la présélection des médicaments	
Total	17
Total général	922
Les partenariats suivants étaient inclus dans le budget programme 2008-2009 mais non dans celui de 2010-2011	
Réseau de métrologie sanitaire	
Partenariat Faire reculer le paludisme	
Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en Eau et l'Assainissement	
Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	
Comité permanent des Nations Unies sur la Nutrition	