



Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2016-2017

Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2016-2017

Crédits photo

Page de couverture – de haut en bas : OMS/Pakistan, OMS/R. Barry, S. T. Hawkey, OMS/C. Black, OMS/S. Hasan (également page 24)

Page 1 – OMS/C. Black

Page 10 – OMS/G. Hampton

Page 12 – OMS/K. Reidy

Page 13 – OMS/Bureau régional des Amériques

Page 16 – OMS/L. Mackenzie

Page 20 – OMS/République arabe syrienne

Page 22 – OMS/T. Halvari

Page 23 – OMS/Al. Clements-Hunt

Page 24 – OMS/ S. Hasan

Page 24 – OMS/G. Clarke

Page 25 – OMS/Y. Shimizu

Page 30 – OMS/C. Urbani

Page 32 – OMS/Viet Nam

Page 33 – OMS/Indonésie

Page 35 – OMS/F. Thompson

Page 36/37 – Bureau régional OMS de l'Afrique

Page 40 – OMS/F. Naumann

Page 43 – OMS/B. Boyes

Page 45 – Commission européenne

Page 48 – OMS/C. McNab

Page 50 – Bureau régional OMS des Amériques

Page 51 – OMS/Viet Nam

Page 53 – The Carter Center

Page 54 – OMS/A. Clements-Hunt

Page 55 – Bureau régional OMS des Amériques

Page 57 – OMS/Y. Shimizu

Page 60 – OMS/Afghanistan

Page 62 – OMS/République arabe syrienne

Page 62 – UNICEF

Page 63 – OMS/S. Ramo

Page 66 – OMS/C. Black

Page 72 – Bureau régional OMS de l'Afrique

Quatrième page de couverture - OMS/C. Black

Mise en page et maquette : Studio FFFOG

Imprimé en France

Table des matières

1

Avant-propos du Directeur général

2

Introduction

4

Budget et situation financière :
les points marquants

10

Réalisations

10

Systemes de santé

20

Programme OMS de gestion des situations
d'urgence sanitaire

30

Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

40

Maladies non transmissibles

48

Maladies transmissibles

60

Initiative mondiale pour l'éradication
de la poliomyélite

66

Leadership et fonctions d'appui



Avant-propos du Directeur général



D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus,
Directeur général



La clé de la réussite pour toute organisation, en particulier lorsqu'elle demande aux nations du monde entier de lui confier des fonds en s'engageant à les utiliser dans le but d'améliorer la santé dans le monde, est la responsabilisation.

Celle-ci est d'autant plus nécessaire dans un monde où la concurrence est de plus en plus âpre pour des ressources limitées consacrées au développement et où les résultats obtenus sont examinés avec beaucoup d'attention. Les pays et les autres donateurs veulent à juste titre savoir ce que leurs contributions permettent d'accomplir.

Voilà de quoi il est question dans le présent rapport, qui expose les nombreux succès de l'OMS. L'éradication de la poliomyélite dans le monde entier n'a jamais été aussi proche. Nous avons mis la résistance aux antimicrobiens sous le feu des projecteurs et nous avons mobilisé des ressources pour combattre cette menace. Enfin, nous avons fait naître un engagement politique sans précédent en faveur de la couverture sanitaire universelle.

Ma prédécesseure, la D^{re} Margaret Chan, mérite d'être saluée pour ces réalisations. C'est également elle qui a su tirer les leçons terribles de la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, qui a donné naissance à une OMS mieux préparée que jamais à répondre aux flambées et aux autres situations d'urgence sanitaire.

L'édition précédente du présent rapport était intitulée « Rapport programmatique et financier de l'OMS ». Sous une forme assez dense, qui pouvait paraître intimidante, il détaillait sur 180 pages les activités de l'OMS pendant l'exercice 2014-2015.

Nous adoptons aujourd'hui une nouvelle approche, à commencer par le titre : « Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2016-2017 ». L'objectif est donc de donner un aperçu plus accessible et plus convivial des sources de financement de l'OMS, de la façon dont les fonds sont utilisés et des résultats obtenus.

Ce changement de titre est le reflet de l'évolution de l'OMS elle-même. Elle n'a pas le choix. Pour ne pas être dépassée, pour rester digne de la confiance que lui accordent les États Membres et les donateurs, des transformations fondamentales sont indispensables.

Il faut entre autres arrêter de se concentrer sur les produits pour placer les réalisations et l'impact au centre des préoccupations. L'OMS est un organisme technique, pas un établissement universitaire. Notre savoir-faire technique n'est pas une fin en soi, mais le moyen d'atteindre un but beaucoup plus grand : sauver des vies, prévenir des maladies et améliorer l'état de santé de chacun. Les lignes directrices, les listes de contrôle, les rapports et les autres outils normatifs que nous publions n'ont d'importance que dans la mesure où ils font évoluer les choses là où cela compte le plus : pour les gens, dans les pays.

Le projet de treizième programme général de travail de l'OMS pour 2019-2023 et le cadre d'impact qui l'accompagne fixent trois objectifs concrets et ambitieux : un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle ; un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ; et un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et de plus de bien-être.

Il va de soi qu'il est inenvisageable pour l'OMS d'atteindre ces objectifs en solitaire. Pour réussir, il faudra conclure des partenariats dynamiques tirant parti des forces des nombreux acteurs du domaine de la santé dans le monde. Quoi qu'il en soit, il est admis que si l'OMS ne fait pas preuve d'ambition, ses résultats resteront insuffisants.

L'architecture mondiale de la santé n'a plus rien à voir avec ce qu'elle était en 1948, année où l'OMS a été créée. L'audace et la pertinence de notre vision n'ont pourtant pas varié : nous voulons un monde dans lequel chacun jouit du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre.

La tâche qui nous incombe consiste à faire en sorte que l'OMS soit capable de faire de cette vision une réalité, d'utiliser efficacement les fonds qui lui sont confiés par les donateurs et, par-dessus tout, de créer un monde plus sûr, plus juste et en meilleure santé.



Introduction

Le **Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2016-2017** résume les principales réussites programmatiques et les points marquants de la situation financière au cours de l'exercice. L'association de ces deux domaines, qui fait un parallèle entre les résultats et les ressources allouées, met davantage l'Organisation devant ses responsabilités par rapport aux investissements consentis par les États Membres et les donateurs. Ce rapport cherche également à examiner les résultats à travers le prisme des réalisations et de l'impact plutôt qu'à travers celui des processus et des produits, c'est-à-dire en s'attachant aux réussites plutôt qu'aux activités.

Nouvelles voies et nouvelles orientations

L'exercice 2016-2017 a été synonyme de changement radical pour l'OMS, qui s'est lancée dans de nouveaux projets et a défini de nouvelles orientations. Les objectifs de développement durable, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015,¹ ont établi un tout nouveau programme de travail. Au cours de l'exercice, tous les niveaux de l'Organisation ont pris part à l'élaboration de feuilles de route, de stratégies et de plans afin de poser les bases nécessaires à la réalisation des objectifs ambitieux en matière de santé à l'horizon 2030. L'appel à « ne laisser personne de côté » lancé par les chefs d'État et de gouvernement au moment de l'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030 est matérialisé par la cible de la couverture sanitaire universelle, porteuse de changement, qui sous-tend l'ensemble des autres objectifs liés à la santé. La volonté de réorienter et de renforcer les systèmes de santé pour que tout le monde y ait accès intervient presque 40 ans après la Déclaration historique d'Alma-Ata de 1978, qui avait énoncé l'objectif de la « santé pour tous ».

En mai 2017, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus a été nommé Directeur général de l'OMS. Il a apporté un nouveau point de vue et, en tant que défenseur acharné de la couverture sanitaire universelle, il en a fait la grande priorité de l'OMS. Sa vision de la santé en tant que droit fondamental réaffirme un principe central de l'OMS, qui est inscrit dans sa Constitution et qui se trouve au cœur de son mandat : le droit à la santé. Le Dr Tedros a appelé les pays à prendre trois mesures concrètes pour instaurer la couverture sanitaire universelle, promettant l'appui de l'OMS par l'intermédiaire de ses « compétences techniques de calibre mondial » et de son « action inlassable de plaidoyer politique ».

Parmi les nouvelles voies empruntées, on peut citer la création en 2016, au lendemain de la grave flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, du nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS. Cela marque un profond changement au sein de l'architecture mondiale de gestion des situations d'urgence sanitaire et

offre à l'OMS un levier opérationnel plus solide, qui va au-delà du rôle technique et normatif qui était traditionnellement le sien. Le Programme dirigera et coordonnera l'intervention sanitaire internationale pour contenir les flambées et porter secours dans les situations d'urgence et les catastrophes. Il est déjà intervenu dans le cadre de 50 situations d'urgence dans 47 pays et passe en revue tous les mois 5000 signalements de nouvelles flambées. Les données en temps réel sur les situations d'urgence sont présentées dans un tableau. Une fois tous les 15 jours, le nouveau Conseil de sécurité sanitaire de l'OMS, composé notamment du Directeur général, passe en revue l'ensemble des situations d'urgence. L'amélioration en matière de prise en charge des flambées épidémiques a été constatée à l'occasion de l'intervention coordonnée et rapide de l'OMS lors des récentes flambées de maladie à virus Zika et de fièvre jaune, alors qu'à Madagascar, une flambée de peste a rapidement été endiguée.

La prise de conscience du fait que la résistance aux antimicrobiens est une menace pour la santé mondiale a également accéléré la riposte face à ce problème. À la suite d'une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la résistance aux antimicrobiens, qui s'est tenue à New York en 2016, tous les niveaux de l'Organisation ont redoublé d'efforts afin de mettre en place un plan d'action mondial intersectoriel. La nécessité d'une collaboration accrue a renforcé les liens avec les autres organisations internationales dans le cadre de l'approche « Un monde, une santé », ainsi que dans le cadre du Partenariat mondial sur la recherche-développement en matière d'antibiotiques dont le but est de faire progresser la recherche.

Aller au bout des choses

Pendant qu'elle explorait de nouvelles voies, l'Organisation s'est également efforcée d'aller au bout de certains travaux qui l'occupaient depuis longtemps, ce qui est le cas de la campagne visant à éradiquer le poliovirus. Il y a une dizaine d'années, les progrès étaient au point mort sur fond de difficultés opérationnelles croissantes au Nigéria et d'augmentation du nombre de cas en Inde. Les stratégies qui avaient fonctionné jusque-là pour faire baisser l'incidence de la maladie échouaient à gagner la guerre contre les derniers bastions du virus. Il fallait trouver de nouvelles approches et la campagne a été placée en état d'urgence. En fin de compte, la situation s'est débloquée et l'éradication est aujourd'hui à portée de main, avec une possibilité réelle d'atteindre l'incidence zéro.

Il y a de nombreuses leçons à tirer de la campagne de lutte contre la poliomyélite. La première est que des approches stratégiques et techniques différentes s'imposent lorsque la charge de morbidité ne concerne plus des dizaines de pays d'endémie, mais quelques cas à l'échelle mondiale. Les dernières batailles menant à l'éradication sont les plus difficiles et les plus longues. Des approches innovantes, voire extraordinaires, sont parfois nécessaires pour anéantir les foyers d'infection récalcitrants.

¹ Résolution 70/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Des progrès ont également été faits dans la lutte contre d'autres maladies. La rougeole a maintenant été éliminée dans la Région OMS des Amériques et au moins deux autres maladies tropicales négligées devraient suivre le même chemin. Pour gagner la dernière bataille contre la dracunculose – la douloureuse maladie du ver de Guinée – une surveillance communautaire est mise en place dans chaque village d'endémie connu.

L'effort visant à parvenir jusqu'à chaque malade, dans chaque village connu, pose les bases de la couverture sanitaire universelle. De même, les efforts incessants visant à « mettre fin à l'épidémie » de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme en tant que menace pour la santé publique devront aller au devant des membres les plus pauvres, les plus vulnérables et les plus marginalisés de la société afin de faire en sorte que personne ne soit laissé de côté, ce qui ouvre la voie à un avenir qui garantira la santé pour tous. Il en va de même pour les activités de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, ce qui nécessitera l'amélioration des services de santé et l'élargissement de l'accès aux soins.

Après avoir enregistré des avancées considérables, les efforts doivent se poursuivre pour aller au bout de ces batailles. De nouvelles approches seront nécessaires et il faudra s'attaquer aux questions d'équité, de droits humains, de genre et de déterminants sociaux de la santé.

Évolution et transformation

Au milieu de ces projets qui naissent et qui arrivent à leur terme, le panorama de la santé mondiale est lui aussi en train de changer et l'OMS est en pleine transformation. L'Organisation s'efforce de consolider ses fondations en jouant un rôle moteur et en restructurant la mobilisation des ressources ; en outre, elle cherche à gagner encore en efficacité, en transparence et en responsabilisation.

Si on compare la situation actuelle à celle qui prévalait il y a une vingtaine d'années, on accorde maintenant une plus grande priorité à la santé mondiale, avec davantage de ressources et d'aides mobilisées.

Les partenariats en synergie et en collaboration – faisant intervenir la société civile, les établissements universitaires et les fondations philanthropiques – sont plus nombreux. En outre, la surveillance et la mesure des cibles et des indicateurs sont plus précises et ambitieuses. Les nouvelles initiatives d'avant-garde s'appuient sur les technologies modernes ; c'est le cas des téléphones portables, par exemple, qui sont utilisés pour aider les gens à arrêter de fumer.

L'environnement dans lequel opère l'OMS est complexe et varié, mais le rôle de l'Organisation est toujours aussi crucial. En militant pour la lutte antitabac, en informant la population mondiale au sujet des maladies non transmissibles et en mettant en lumière des questions émergentes comme le vieillissement en bonne santé et la santé des adolescents, l'OMS continue de jouer un rôle directeur essentiel.

L'OMS consacre de plus en plus d'énergie à donner une impulsion politique et à plaider en faveur de la santé dans les plus hautes sphères, de même qu'à recruter des porte-drapeaux et des ambassadeurs de haut niveau. Par exemple, une commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles contribue à la préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles qui aura lieu cette année.

Pour faire face aux défis en matière de santé et aux maladies qui sévissent actuellement, et à la lumière de l'évolution de l'architecture de la santé au niveau mondial, l'OMS dévoilera bientôt un plan audacieux et radicalement nouveau.

Soixante-dix ans après la création de l'Organisation, le projet de treizième programme général de travail, 2019-2023 vise non seulement à transformer l'OMS, mais également à transformer la santé mondiale et, en fin de compte, la vie des habitants de la planète. Après avoir clarifié la mission de l'OMS – promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables – il présente plusieurs changements stratégiques qui doivent permettre de remplir cette mission.

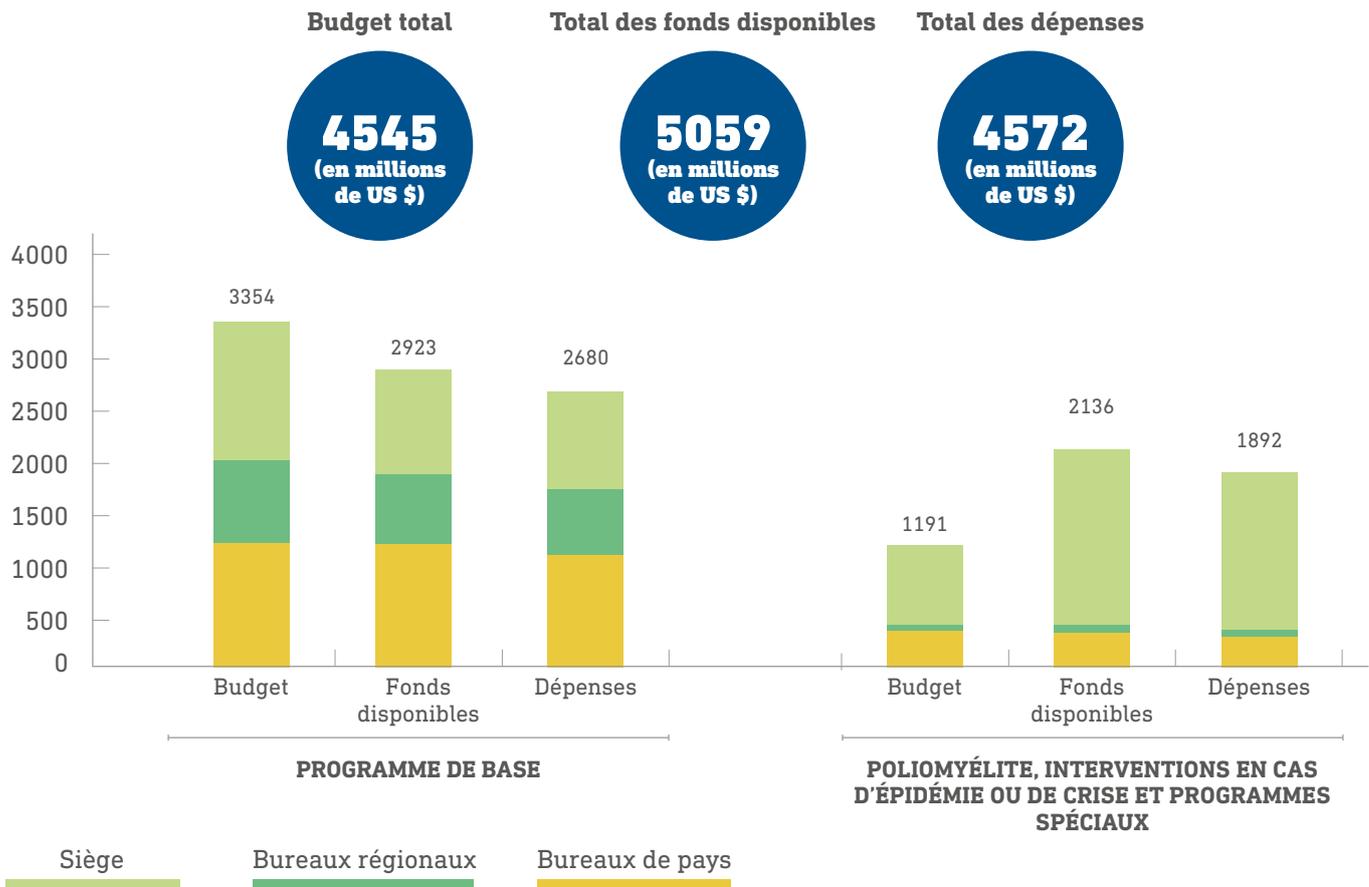
Les objectifs fixés sont ambitieux, mais il n'est pas anodin qu'ils soient assortis de chiffres concrets :

- 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle ;
- 1 milliard de personnes mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ;
- 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et de plus de bien-être.

L'objectif du « triple milliard » n'est pas une mince affaire. C'est une véritable révolution. Mais à une époque où les défis mondiaux sont énormes, une vision audacieuse de l'avenir est peut-être le meilleur traitement qu'un médecin pourrait prescrire.

Budget et situation financière : les points marquants

 Budget, fonds disponibles et dépenses pour le budget programme 2016-2017 (en millions de US \$)



En mai 2015, l'Assemblée de la Santé a approuvé un budget d'un montant de US \$4,385 milliards pour l'exercice 2016-2017. En mai 2016, dans la décision WHA69(9), elle a décidé entre autres d'augmenter le budget à US \$4,545 milliards, fournissant US \$160 millions supplémentaires pour le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire. Les programmes de base représentent 74 % du budget programme approuvé, soit US \$3,354 milliards. Le reste des fonds du budget programme est consacré à la poliomyélite, aux interventions en cas d'épidémie ou de crise et aux programmes spéciaux.

Le graphique ci-dessus récapitule le budget approuvé révisé, les fonds disponibles et les dépenses, par niveau, pour 2016-2017, et montre que plus de 50 % est alloué aux bureaux de pays.¹

D'où vient le financement de l'OMS

La totalité des fonds disponibles pour 2016-2017 s'élevait à US \$5,059 milliards, dont US \$2,923 milliards pour les programmes de base, représentant 87 % du budget des programmes de base.

Les fonds disponibles pour les programmes ne relevant pas du segment de base (à savoir, poliomyélite et interventions en cas d'épidémie ou de crise) sont plus élevés que pour le budget programme, car ces activités dépendent des événements. Ceux-ci ne pouvaient être prévus au moment de l'élaboration du budget programme. Pour la poliomyélite, des ressources supplémentaires étaient nécessaires pour amplifier les activités visant à interrompre la transmission dans plusieurs pays clés tels que l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan. Pour

¹ De plus amples informations sur le budget, les fonds disponibles et les dépenses, par bureau, par bureau de pays, par catégorie et par secteur de programme sont disponibles sur le portail Web du budget programme (<http://open.who.int/>, consulté le 6 mars 2018).

les interventions en cas d'épidémie ou de crise, l'augmentation est due à plusieurs interventions d'urgence majeures menées dans des pays tels que le Soudan du Sud, la Syrie et le Yémen.

Il existe deux principales sources de financement pour le budget programme : les contributions volontaires à objet désigné et les fonds souples, comprenant les contributions fixées, les dépenses d'appui au programme et les contributions volontaires de base. Le financement provenant de contributions volontaires à objet désigné représentait 72 % des fonds disponibles.

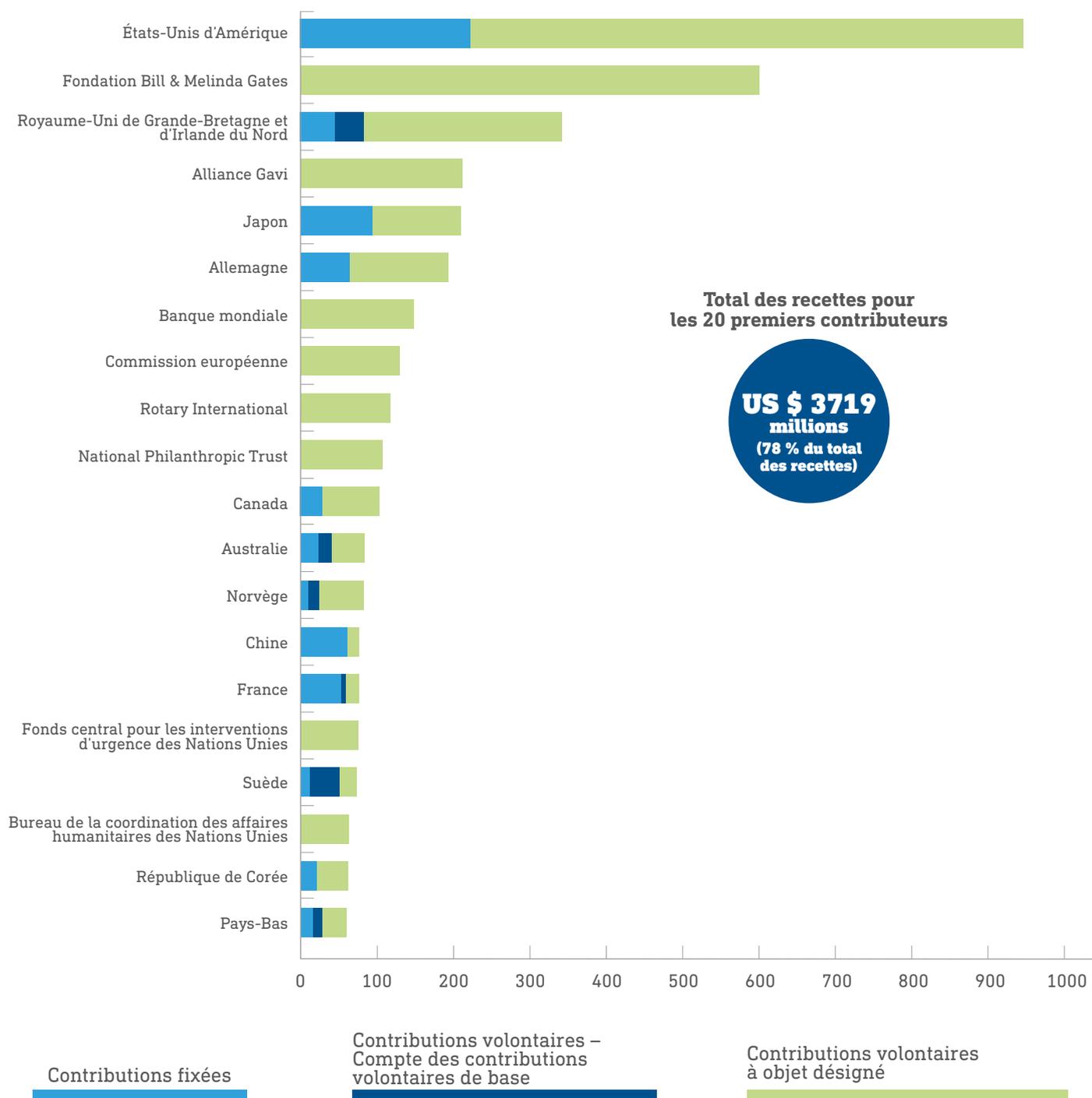
Les fonds disponibles comprennent les recettes comptabilisées pendant l'exercice en cours, plus les fonds reportés de l'exercice précédent, moins les fonds reportés à l'exercice suivant.

Le total des recettes comptabilisées pour le budget programme 2016-2017 était de US \$4,756 milliards, dont US \$928 millions de contributions fixées des États Membres et US \$3,828 milliards de contributions volontaires.²

² Les listes complètes de toutes les contributions volontaires par fonds et par contributeur pour 2016 et 2017 figurent dans des rapports distincts. Documents A70/INF./4 et A71/INF./2, respectivement.

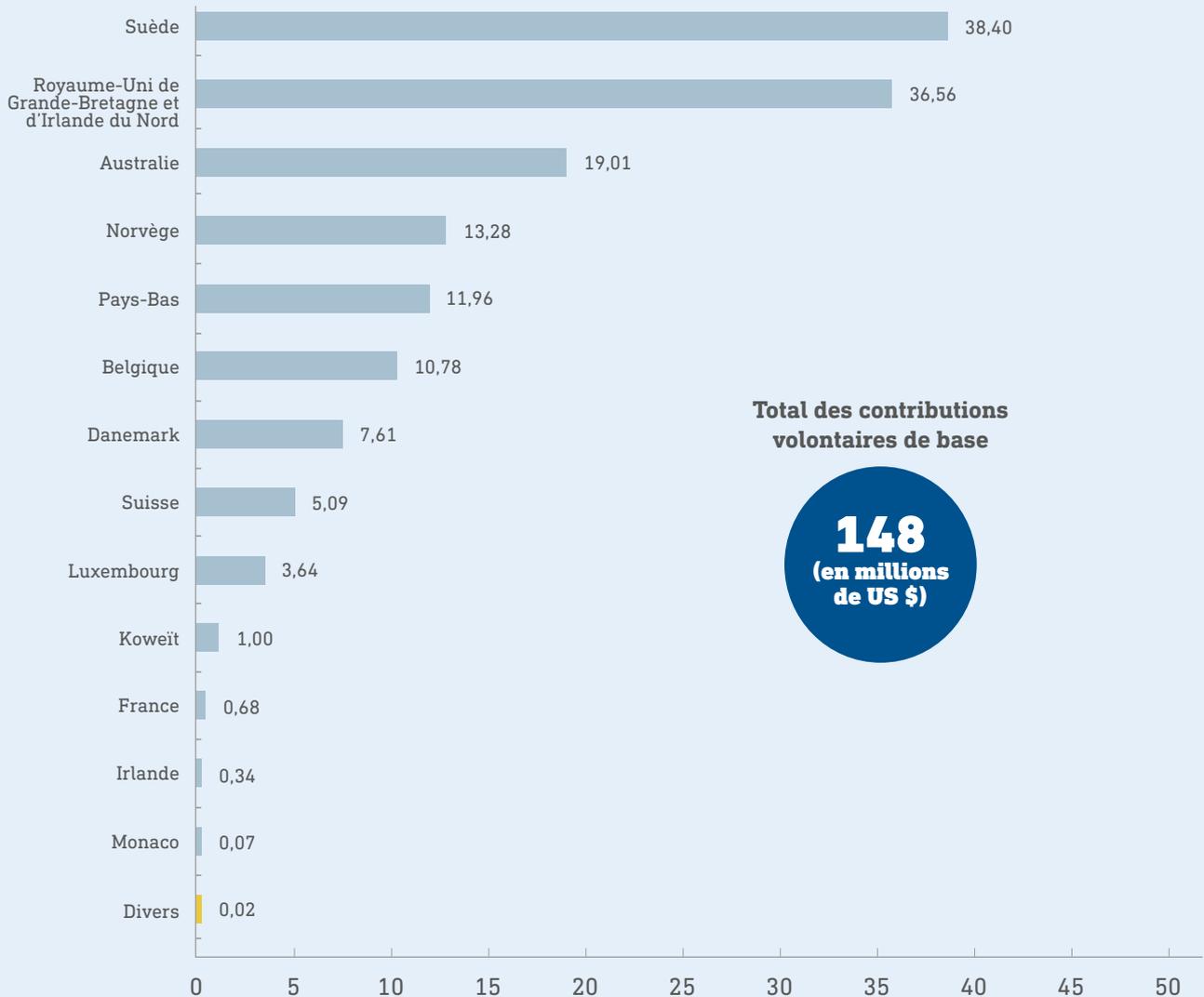


Les 20 premiers contributeurs au budget programme 2016-2017 (en millions de US \$)





Contributeurs au compte des contributions volontaires de base pour 2016-2017 (en millions de US \$)



Compte des contributions volontaires de base

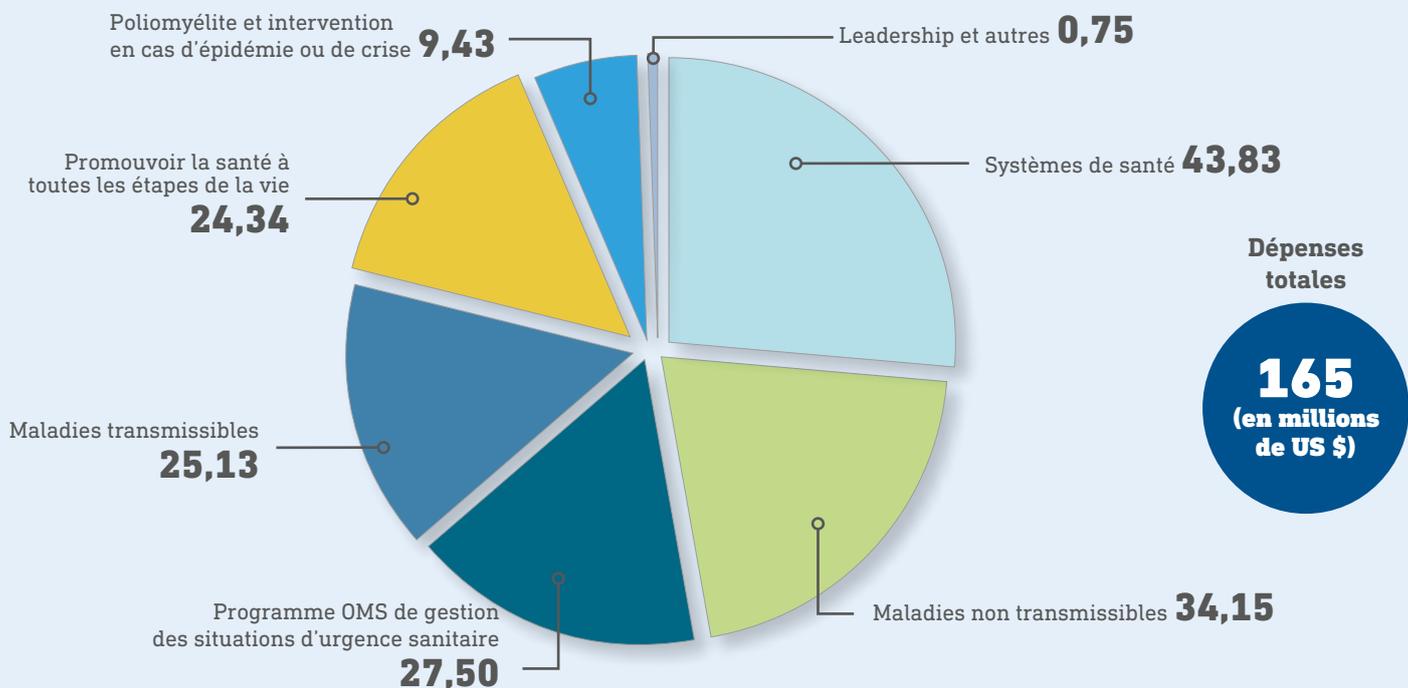
Sur le financement total provenant des contributions volontaires pour 2016-2017, US \$148 millions (ou 4 %) sont versés sur le compte des contributions volontaires de base. Le graphique ci-dessus récapitule le financement de ce dernier par donateur.

Le financement du compte des contributions volontaires de base a diminué au cours de cet exercice, d'importants contributeurs ayant réduit ou interrompu leurs contributions, principalement en raison de décisions de financement

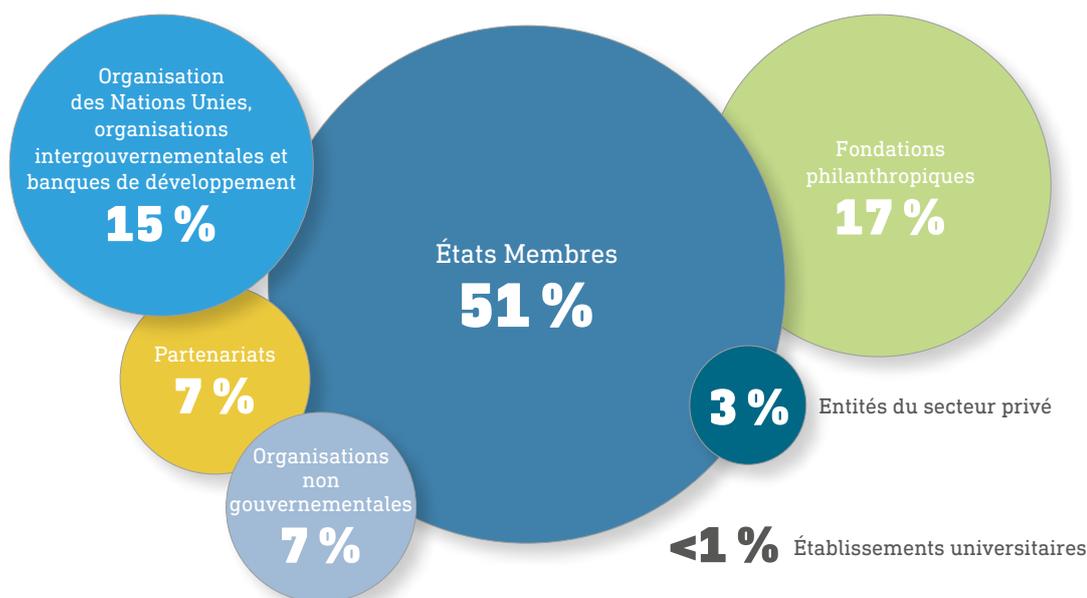
internes. Les contributions volontaires de base fournissent un financement souple pour nombre de catégories et de programmes non financés. Sans ce financement au rôle catalyseur, il serait difficile d'obtenir les résultats programmatiques prévus dans le programme budget approuvé de l'OMS. On trouvera à la page suivante un récapitulatif des dépenses par catégorie. Lors de cet exercice, les dépenses ont excédé les recettes, ce qui a entraîné une baisse des fonds reportés sur 2018-2019.



Charges imputées au compte des contributions volontaires de base, par catégorie, pour l'exercice 2016-2017 (en millions de US \$)



Recettes pour 2016-2017, par source

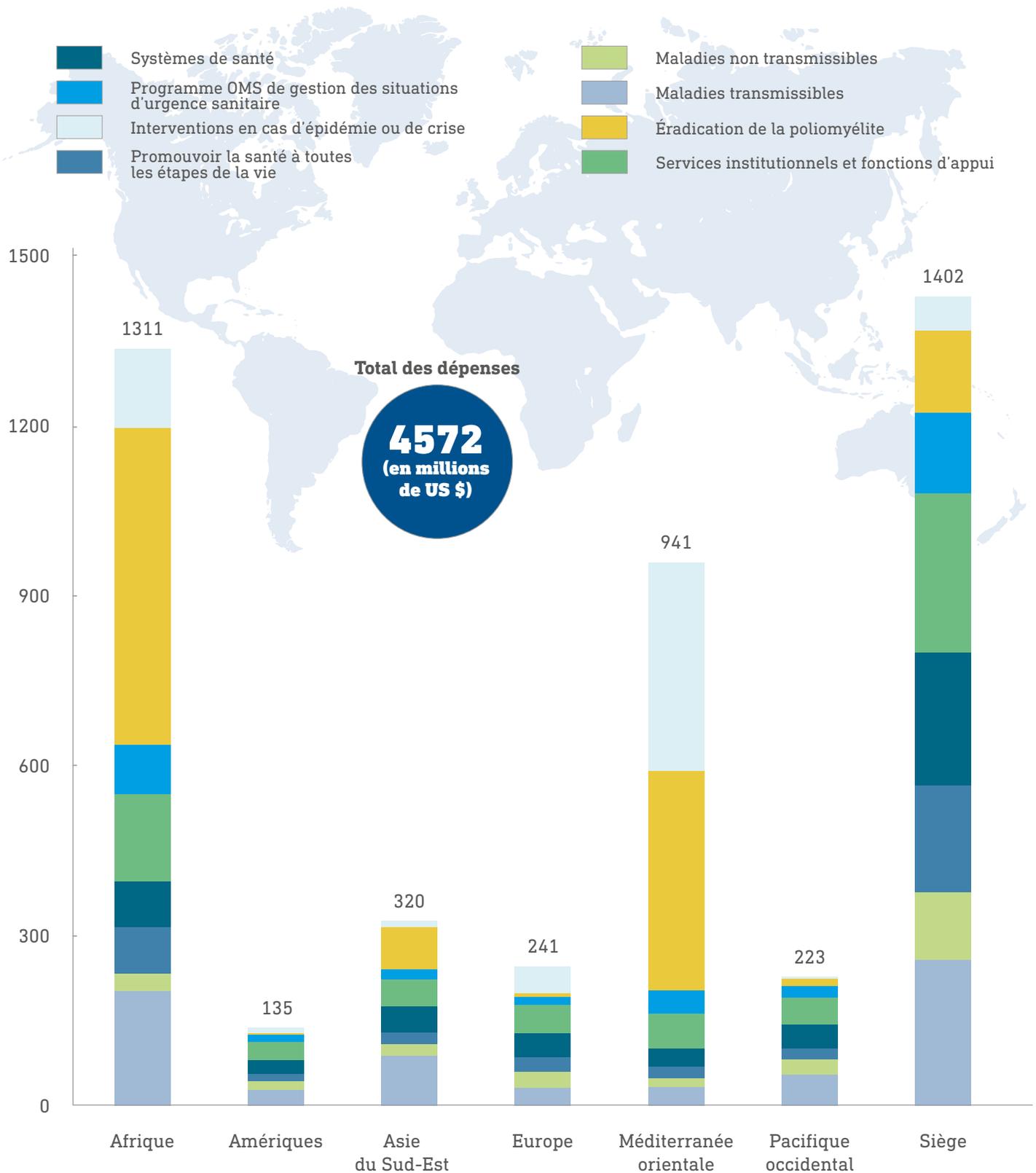


Recettes par source

Les États Membres restent la principale source de contributions volontaires, avec 51 % du total en 2016-2017. Le principal changement par rapport à l'exercice 2014-2015

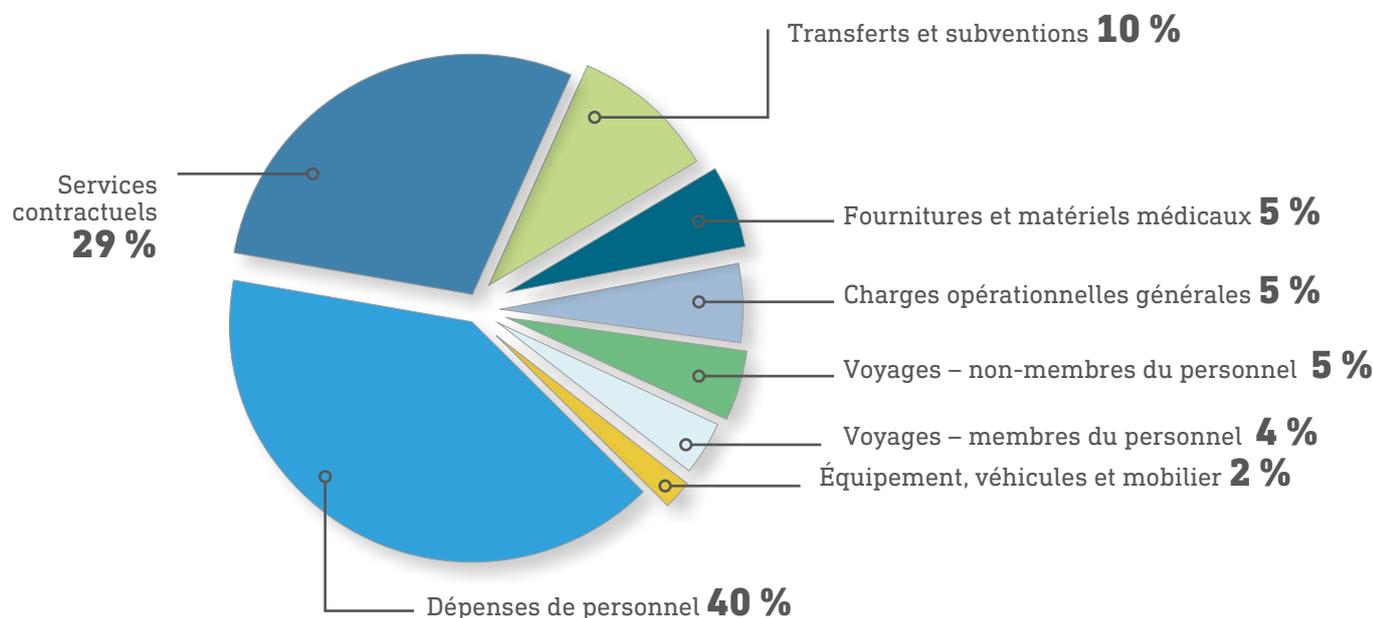
est une augmentation des recettes provenant des fondations philanthropiques due à des contributions plus importantes à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

 Charges du budget programme, par bureau et par catégorie, 2016-2017
(en millions de US \$)





Charges du budget programme par type en 2016-2017



Comment les fonds alloués à l'OMS sont dépensés

En 2016-2017, les dépenses totales du budget programme s'élevaient au total à US \$4,572 milliards (US \$4,357 milliards en 2014-2015), soit une augmentation de 4 % par rapport à 2014-2015. Le graphique sur la gauche récapitule les dépenses par Région et par catégorie.

En 2016-2017, les programmes de base représentaient 59 % des dépenses (61 % en 2014-2015), tandis que la poliomyélite, les situations d'urgence sanitaire et les programmes spéciaux en représentaient 41 % (39 % en 2014-2015).

Certains bureaux dépendent fortement des activités d'éradication de la poliomyélite et de gestion des situations d'urgence sanitaire. Dans la Région de la Méditerranée orientale, 79 % des dépenses sont allouées à l'éradication de la poliomyélite et aux interventions en cas d'épidémie ou de crise, ce qui ne laisse que 21 % pour les programmes de base. Cela entraîne une vulnérabilité financière dans plusieurs bureaux de pays qui dépendent de fonds d'urgence à court terme.

Le graphique ci-dessus récapitule les charges du budget programme par type pour 2016-2017.

Les dépenses du budget programme pour l'exercice 2016-2017 ont augmenté de US \$215 millions, soit 5 % par rapport à l'exercice 2014-2015, principalement en raison de l'augmentation des activités dans les opérations d'urgence.

Les dépenses de personnel constituent le principal type de charges, elles représentent 40 % du total des coûts en 2016-2017. Elles ont augmenté de 4 % par rapport à 2014-2015, les hausses les plus importantes ayant été enregistrées dans les bureaux confrontés à des situations

d'urgence sanitaire et dans le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire. Le nombre de membres du personnel a augmenté de 5 %, avec un effectif total de 8027 personnes.³

Les services contractuels, qui arrivent en deuxième position, représentent 29 % des coûts totaux pour l'exercice 2016-2017 et correspondent aux sommes dépensées pour le recours à des prestataires de services à l'appui des activités programmatiques de l'OMS. Ils ont augmenté de 21 % par rapport à l'exercice 2014-2015, ce qui s'explique principalement par la mise en œuvre directe, dans laquelle l'OMS dirige des campagnes de vaccination en collaboration avec les gouvernements nationaux.

Les frais de voyage ont baissé de 5 % entre l'exercice 2014-2015 et l'exercice 2016-2017, pour deux raisons principales : les membres du personnel ont été moins nombreux à se déplacer par rapport à la période précédente, surtout en 2015, avec un niveau record de déplacements liés à la maladie à virus Ebola ; et la révision des politiques et procédures s'est traduite par des économies dans cette catégorie de dépenses dans toute l'Organisation. Sur l'ensemble des frais de voyage engagés, seulement 44 % concernaient les déplacements de membres du personnel, le reste ayant été utilisé pour les déplacements de personnes ne faisant pas partie du personnel, principalement des participants à des réunions.

Les transferts et les subventions à d'autres entités ont baissé de 11 % en 2016-2017 par rapport à 2014-2015. Cette baisse est principalement due à la réduction de la coopération financière directe suite aux nouvelles politiques dans ce domaine ; elle correspond également à une augmentation de la mise en œuvre directe susmentionnée.

³ Human resources: workforce data as of 31 December 2017 (<http://www.who.int/about/finances-accountability/budget/fr>).

SYSTÈMES DE SANTÉ

“

Le droit de jouir du meilleur état de santé possible doit sous-tendre l'ensemble de nos actions et doit se conjuguer à d'autres préoccupations en matière de droits de l'homme ... Ne laisser personne de côté doit être le maître mot d'un nouvel universalisme novateur dans le cadre duquel la prestation de soins de santé de qualité au grand public est non négociable.

D^{re} Poonam Khetrpal Singh

Directrice régionale de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est

”



Secteurs de programme

Politiques,
stratégies et
plans de santé
nationaux

Services de santé
intégrés centrés sur
la personne

Accès aux médicaments
et aux technologies
sanitaires et
renforcement des
moyens réglementaires

Informations et
données factuelles sur
les systèmes de santé

Principaux objectifs



Renforcer les systèmes de santé afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle



Jeter des fondations solides pour la construction des systèmes de santé : protection financière ; services de santé essentiels accessibles et centrés sur la personne ; technologies sanitaires et médicaments sûrs et efficaces ; ressources humaines compétentes



Promouvoir la recherche sur les systèmes de santé, l'information et les données factuelles



Renforcer les politiques, stratégies et plans de santé nationaux

Voici un scénario bien trop banal en matière de soins de santé : le soutien de famille tombe malade ; pour payer son traitement, la famille dépense l'ensemble de ses économies voire retire un enfant de l'école pour le mettre au travail. Le coût s'avère bien trop élevé, ce qui accule la famille à la pauvreté. En outre, si c'est une fille qui est malade, il se peut que sa survie ne soit pas une priorité : cela fait d'elle une des personnes « laissées de côté ».

De cette façon, 100 millions de personnes tombent chaque année dans l'extrême pauvreté (avec moins de US \$1,90 par jour pour vivre). En outre, presque 200 millions de personnes consacrent un quart du budget de leur ménage aux soins de santé.

L'objectif de la couverture sanitaire universelle – qui permettrait à chacun d'avoir accès aux services de santé dont il a besoin sans rencontrer de difficultés financières – s'incarne dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et son slogan « Ne laisser personne de côté ».

Dans ses travaux visant à renforcer les systèmes de santé, l'OMS accompagne les pays dans la construction de systèmes de santé équitables et centrés sur la personne garantissant la couverture sanitaire universelle.

Principales réalisations

L'engagement international en faveur de l'instauration de la couverture sanitaire universelle s'est accru et les consultations visant à mieux faire comprendre son importance dans le contexte des objectifs de développement durable se sont poursuivies. L'OMS n'a pas ménagé ses efforts pour dégager un consensus sur les priorités relatives au renforcement des systèmes de santé de manière à promouvoir la couverture sanitaire universelle. Le Siège de l'OMS est à l'origine de l'approche **Fit for Purpose, Fit for Context** permettant des interventions sur mesure pour les systèmes de santé.

Tous les bureaux régionaux ont élaboré des stratégies visant à faire progresser la couverture sanitaire universelle. Dans la Région des Amériques, 26 pays préparent des politiques, stratégies et plans de santé nationaux complets dans le cadre de la stratégie régionale. En ce qui concerne les pays des Caraïbes, des procédures de réforme exhaustives ont été lancées. En outre, 13 pays ont mis en œuvre un cadre de surveillance pour la santé universelle. Le Bureau régional du Pacifique occidental a mis en avant un cadre d'action relatif aux objectifs de développement durable qui mobilise les parlementaires et les centres collaborateurs de l'OMS. Le Bureau régional de l'Afrique a également créé un cadre d'action et apporté un soutien technique à 23 pays afin de mettre sur pied des plans stratégiques nationaux complets pour le secteur de la santé.

En outre, le Secrétariat de l'OMS accompagne les pays afin qu'ils « repensent les soins de santé » ; le but est d'améliorer l'efficacité des services de santé pour qu'ils soient en mesure de relever les défis du XXI^e siècle.



Il y a quelques années, un cancer a été diagnostiqué à un ami. Il avait deux solutions. Il pouvait recevoir un traitement, mais cela engloutirait tout l'argent mis de côté pour l'avenir de sa famille. Ou il pouvait renoncer au traitement, laisser la maladie suivre son cours et mourir ... Il a choisi la deuxième option. Il a choisi de mourir parce qu'il ne pouvait pas se payer le traitement qui aurait pu le maintenir en vie.

C'est scandaleux. Personne ne devrait avoir à choisir entre la mort et les difficultés financières.

D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus,
Directeur général de l'OMS



Nouvelle vision pour les systèmes de santé

Les dirigeants mondiaux et les organismes de santé se prononcent de plus en plus pour un changement de perspective, délaissant les programmes verticaux au profit d'une approche plus vaste et mieux coordonnée du renforcement des systèmes de santé, dans le droit fil des stratégies nationales de santé. C'est dans ce contexte que le Gouvernement du Japon, qui a présidé le G7 en 2016, a exposé la **Vision d'Ise-Shima pour la santé mondiale**.

Les dirigeants allemands et japonais ont lancé un appel à associer renforcement des systèmes de santé, couverture sanitaire universelle et sécurité sanitaire, et cette question a été abordée lors de la réunion des pays du G20 en 2017. Il est établi que des systèmes de santé résilients qui fonctionnent bien sont rentables à long terme si on les compare aux ressources qui doivent être mobilisées pour les interventions d'urgence.

Le **pacte mondial du Partenariat international pour la santé (IHP+)** a lancé le projet CSU2030 afin d'élargir la portée du Partenariat, qui œuvre à l'instauration de la couverture sanitaire universelle d'ici 2030. L'OMS a joué un rôle crucial, en association avec la Banque mondiale, pour faire avancer ce processus.

Le Secrétariat a accompagné les États Membres dans la conception d'une approche centrée sur la personne assurant des services de santé accessibles, efficaces et de qualité qui répondent aux besoins des populations. Le **Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne** mis en place par l'OMS en 2016 vise à relever ce défi en appelant à une réorientation de la façon dont les services de santé sont gérés et fournis. Le cadre aide les pays à mettre en place progressivement la couverture sanitaire universelle en concevant des systèmes à l'intention des personnes plutôt que des systèmes axés sur les maladies et les établissements de santé. Nombre d'États Membres ont associé des donateurs avec des programmes de lutte contre des maladies données au cours du processus de développement de stratégies sanitaires et d'ensembles de services. La Région de la Méditerranée orientale a fait activement la promotion de la médecine familiale à l'échelon des soins de santé primaires afin d'améliorer la couverture et la qualité des soins.

Services de santé intégrés dans
15 pays supplémentaires
conformément à la stratégie de l'OMS

12 pays ont mis sur pied des plans
exhaustifs pour le secteur de la santé en
2016-2017, assortis d'objectifs et de cibles

26 pays supplémentaires
poursuivent leur avancée vers la protection
financière avec l'appui de l'OMS en ce qui
concerne les options de financement de la santé

Ne laisser personne de côté au Timor-Leste

La République démocratique du Timor-Leste est un pays jeune qui se relève encore des traumatismes causés par la guerre. Quand le pays est devenu indépendant en 2002, la plupart de ses infrastructures publiques étaient détruites, notamment tous les centres de santé publique. Le pays devait également faire face à d'autres difficultés : une grande prévalence des maladies de l'enfant, une faible couverture vaccinale et un des taux les plus élevés au monde de consommation de tabac, les fumeurs représentant 70 % des hommes et 42 % des adolescents (âgés de 13 à 15 ans).

L'objectif de gratuité et d'universalité des soins de santé est inscrit dans la Constitution et le bureau de pays de l'OMS a appuyé les efforts consentis par le Gouvernement en ce sens. Dans le cadre du programme Saúde na Familia (**Santé en famille**), lancé en 2015, des agents de santé se déploient pour rendre visite aux personnes à domicile afin que tout le monde puisse avoir accès aux soins de santé primaires. Grâce à ces visites à domicile, les professionnels de la santé recensent les personnes ayant besoin d'un suivi médical, conformément au principe visant à ne laisser personne de côté inscrit dans les objectifs de développement durable.

L'OMS a participé à l'élaboration de l'ensemble de services et des lignes directrices relatives aux visites à domicile, a apporté un soutien opérationnel et a fourni de l'équipement essentiel pour les soins de santé primaires. En outre, l'OMS a apporté sa contribution par :

- un engagement politique au plus haut niveau pour les campagnes antitabac, ce qui a permis l'adoption d'une loi complète sur la lutte antitabac ;
- un ensemble de services essentiels visant à lutter contre les principales maladies non transmissibles ;
- une contribution à l'élaboration d'un nouveau calendrier de vaccination ;
- une assistance technique visant à pérenniser le faible taux d'incidence du paludisme.

À la fin de l'année 2016, le programme Saúde na Familia avait permis de visiter et d'enregistrer 90 % des 200 000 foyers du pays.



Transformer le personnel de santé

En 2016, une commission intersectorielle, la **Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique** a prouvé que l'investissement dans les personnels de santé n'est pas une dépense inefficace, mais au contraire un facteur de croissance économique inclusive et un moyen puissant de faire des progrès sur plusieurs objectifs de développement durable. En mai 2017, les recommandations de la Commission ont donné corps à un plan d'action quinquennal intitulé « **S'engager pour la santé et la croissance** ».

Les recommandations ont également été adoptées par 14 forums internationaux et ont débouché sur la Déclaration de Dublin relative aux ressources humaines pour la santé (Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future). En outre, plus de 50 pays utilisent des données ventilées dans leurs rapports sur les personnels de santé. Vingt pays ont trouvé un accord sur la portée de la plateforme de mobilité des professionnels.

Résoudre la crise des services de santé au Mali

Depuis qu'un conflit armé a éclaté en 2012, le Mali connaît une crise complexe. Près de 1 établissement de santé sur 5 a été endommagé et dans le nord, particulièrement dévasté par la guerre, 42 % des établissements ont subi des dommages partiels.

En 2016, le Bureau de pays de l'OMS au Mali a aidé le Gouvernement à cartographier les ressources sanitaires (système HeRAMS) afin d'obtenir un aperçu de la prestation de services (notamment de la disponibilité des agents de santé). Les résultats ont montré une grave pénurie d'établissements de santé (moins de 1 établissement pour 10 000 habitants) et un manque criant de professionnels de la santé (2,8 agents de santé pour 10 000 habitants, alors que la norme OMS en préconise 23).

Les interventions suivantes ont été menées :

- sensibilisation afin de lever des fonds pour recruter des agents de santé ;
- production de données relatives aux agents de santé aux fins de planification et de chiffrage en association avec les partenaires ;
- appui à la rédaction d'un document visant à contribuer à la mobilisation de ressources.

Le Gouvernement a immédiatement pris des mesures. En 2017, le budget consacré au recrutement d'agents de santé a été multiplié par plus de 3 pour atteindre presque US \$6 millions. Entre janvier et septembre 2017, 1227 agents de santé avaient été recrutés, soit bien plus que les 389 de 2016.

Au Brésil, le programme Mais Médicos accroît le nombre de médecins en milieu rural

L'immensité du territoire et les grandes forêts du Brésil ne facilitent pas la mise en place de la couverture sanitaire universelle. En raison de problèmes de recrutement et de fidélisation, certaines zones et certaines populations (les pauvres et les indigènes) manquent cruellement de médecins.

En 2013, le Gouvernement a lancé le programme Mais Médicos, avec l'objectif fondamental de remédier à la pénurie de médecins. Grâce à une collaboration entre le Bureau régional des Amériques/OPS, le Brésil et Cuba, ce sont environ 19 000 médecins qui ont été recrutés pour exercer dans 27 États – souvent dans des zones pauvres, vulnérables ou aux prises avec la violence. Environ 700 municipalités ont profité pour la première fois de la présence d'un médecin. Le programme, qui inclut maintenant des médecins brésiliens, a permis d'offrir des soins de santé primaires à des populations isolées et défavorisées, ce qui a joué un rôle crucial dans la lutte contre le virus Zika et contre la flambée de fièvre jaune, ainsi que dans la prévention de ces maladies.



La Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 définit une vision stratégique visant à atteindre la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable.

Dans la Région africaine, un cadre de mise en œuvre de la Stratégie mondiale a été adopté par la soixante-septième session du Comité régional en 2017, et les capacités nationales et régionales ont été renforcées afin d'utiliser et d'appliquer

l'indicateur des besoins en personnel par rapport à la charge de travail (outil WISN). En outre, des observatoires des ressources humaines ont été créés dans plusieurs pays, ce qui a permis la rédaction de notes d'orientation sur les agents de santé communautaires. Les résultats ont permis d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, un cadre d'action sur le développement des personnels de santé a été adopté. Dans les Régions, l'OMS a apporté son soutien à l'évaluation, à la planification et à la réglementation des personnels de santé, ainsi qu'à la mise en place de mesures permettant de renforcer les établissements de formation des professionnels de la santé. La Région du Pacifique occidental continue de former les futurs dirigeants de la santé dans le centre mondial de formation à la santé (Global Health Learning Centre).

Transformation du système de santé en Grèce

Le système de santé grec a entamé une mutation pour devenir un système plus moderne et centré sur la personne garantissant la couverture sanitaire universelle. En décembre 2017, l'inauguration dans l'agglomération de Thessalonique de trois nouvelles unités de santé visant à lutter contre les inégalités et les obstacles en matière d'accès aux services a constitué une avancée significative.

Les *Topikes Monades Ygias* (TOMY), pièces fondamentales du nouveau système de soins de santé primaires, seront le premier point de contact et l'instance principale de coordination des soins pour les habitants de la zone. Ces unités prendront des mesures de prévention des maladies et de promotion de la santé, et elles mèneront des activités de diagnostic, de traitement, de surveillance et de soins. Des équipes pluridisciplinaires comprenant des médecins de famille, des infirmiers et des travailleurs sociaux assureront la prestation de soins continus, loin du réseau fragmenté en vigueur actuellement.

Le processus de transformation des unités locales de santé se déroulera comme suit :

- révision de l'ensemble de services et des accords contractuels ;
- évaluation des besoins du personnel en matière de formation, élaboration d'un programme de mise à niveau et révision du programme d'études universitaires supérieures pour les médecins généralistes ;
- analyse des besoins des personnels de santé en ce qui concerne les soins de santé primaires ;
- adoption en août 2017 d'une nouvelle loi sur les soins de santé primaires.

Garantir l'accès aux médicaments essentiels

Les médicaments innovants coûtent cher, ce qui représente un défi pour la pérennisation des systèmes de santé nationaux. En 2017, l'OMS a organisé le **forum pour une tarification équitable** à Amsterdam ; cette initiative absolument nécessaire vise à réunir l'ensemble des parties prenantes pour mettre sur pied des principes relatifs au prix des médicaments et d'autres technologies sanitaires. Afin d'aider les États Membres à garantir l'accès aux médicaments essentiels, le Secrétariat de l'OMS a contribué aux délibérations du **Groupe de haut niveau** du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies **sur l'accès aux médicaments**. Un certain nombre de pays d'Europe de l'Est ont fait des progrès, notamment en matière de remboursement et de législation. Les efforts visant à renforcer les autorités nationales de réglementation se sont intensifiés dans la Région des Amériques.

Ce sont 600 000 personnes vivant avec le VIH/sida dans 30 pays de la Région des Amériques qui ont reçu un traitement par l'intermédiaire du Fonds stratégique de l'OPS

La situation de la santé a été évaluée et les tendances ont été analysées dans 37 pays supplémentaires en 2016-2017, ce qui a permis de réunir des données factuelles et des chiffres importants pour l'élaboration de politiques

Amélioration de l'hygiène des mains dans les hôpitaux de 29 pays grâce aux Partenariats africains pour la sécurité des patients



Instantané à la fin de l'année 2017

Des progrès ont également été constatés dans la Région de la Méditerranée orientale, en particulier dans les domaines suivants :

- un mécanisme d'approvisionnement régional visant à faciliter l'accès à des médicaments pouvant sauver des vies ;
- une plateforme régionale pour le partage d'informations sur le prix et la qualité afin de rendre l'approvisionnement moins coûteux ;
- une capacité de réglementation renforcée et une meilleure coopération en ce qui concerne l'accès aux médicaments grâce au réseau SEARN (South-East Asia Regulatory Network), composé de quatre groupes de travail axés sur l'assurance de la qualité et les normes des produits médicaux, les bonnes pratiques réglementaires, la vigilance en matière de produits médicaux et le partage d'informations.

La mise sur pied d'un système intégré de suivi de la consommation d'antimicrobiens au Bangladesh et en Thaïlande a avancé.

La réglementation des produits médicaux est également une priorité pour les pays de la Région de la Méditerranée orientale. Afin d'harmoniser et de fusionner les fonctions de réglementation, en particulier dans les environnements défavorisés, le Bureau régional a appuyé la création d'une autorité intergouvernementale sur le développement chargée de promouvoir l'harmonisation de la réglementation des médicaments à Djibouti, en Somalie et au Soudan. Celle-ci contribue de façon significative à la santé publique et œuvre à accélérer l'accès à des médicaments sûrs, efficaces et de qualité pour traiter les maladies prioritaires.

La Constitution de l'OMS accorde une place centrale à l'élaboration de normes pour les produits pharmaceutiques en ce qui concerne le développement, la production et l'achat de produits sanitaires de base. Ces normes permettent de garantir que les produits répondent à des normes acceptables de qualité, d'innocuité et d'efficacité. En 2016-2017, les travaux ont porté, entre autres, sur la mise sur pied de 11 normes de mesure – 6 relatives aux diagnostics in vitro, notamment concernant la maladie à virus Zika, la maladie à virus Ebola, la dengue et l'hépatite, et 5 relatives aux produits sanguins. Les normes sont utilisées en tant qu'outils pour le développement, l'octroi de licences et la mise en circulation des lots de produits.

L'OMS et l'Initiative Médicaments contre les maladies négligées (DNDi) ont lancé le **Partenariat mondial sur la recherche-développement en matière d'antibiotiques** (GARDP), un partenariat sans but lucratif visant à promouvoir la recherche-développement de nouveaux antibiotiques pour les cas où les anciens ne sont plus efficaces contre les bactéries résistantes. Le Partenariat a reçu des fonds d'amorçage et des annonces de contributions dépassant les €57 millions de la part des Gouvernements de l'Afrique du Sud, de l'Allemagne, des Pays-Bas, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et de la Suisse afin de développer de nouveaux traitements permettant de lutter contre la résistance aux antibiotiques.

Le **modèle de cadre réglementaire mondial pour les dispositifs médicaux**, publié en 2017 et soumis à une évaluation mondiale exhaustive, donne des orientations sur la mise sur pied d'une réglementation des dispositifs médicaux dans le cadre d'un processus progressif en fonction de la maturité réglementaire d'un pays.

Le vaccin Ebola a été mis à l'essai et s'est avéré efficace ; l'examen réglementaire est en cours et trois tests de diagnostic sont évalués

100 indicateurs principaux permettant de suivre les tendances et les situations de la santé par rapport aux normes mondiales en matière de données sanitaires ont été définis par la communauté internationale

i Instantané à la fin de l'année 2017

Améliorer les systèmes d'information sanitaire

En mars 2016, l'OMS a lancé le **Projet de collaboration sur les données sanitaires** avec 38 partenaires au développement œuvrant au renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les pays dans le cadre des objectifs de développement durable.

L'édition 2016 des **Statistiques sanitaires mondiales** donne un aperçu de la capacité actuelle des systèmes d'information sanitaire des pays à suivre les cibles et les indicateurs des objectifs de développement durable portant sur la santé. Plusieurs bureaux régionaux et de pays ont collaboré avec les États Membres sur des questions en lien avec le suivi des progrès accomplis vers la réalisation de ces objectifs et l'instauration de la couverture sanitaire universelle afin d'améliorer l'évaluation et la responsabilisation en la matière. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a mesuré pour la première fois la couverture sanitaire universelle dans la Région.

En 2017 a été lancé l'**Observatoire mondial de la recherche-développement en santé**, une nouvelle initiative qui vise à collecter des informations sur les dépenses consacrées à la santé. Plusieurs initiatives visant à appuyer la recherche en santé ont également été mises en œuvre dans les bureaux régionaux.

Réseaux européens d'information sanitaire

En 2016, la Région européenne de l'OMS a adopté un plan d'action visant à renforcer l'utilisation des données factuelles, des informations et de la recherche aux fins de l'élaboration de politiques.

L'Initiative européenne d'information sanitaire fait office de cadre de coordination et de mise en œuvre des activités présentées dans le plan. Coordonnée par le Bureau régional, elle appuie l'intégration et le partage des connaissances, des bonnes pratiques et du savoir-faire existants en matière d'information sanitaire et offre un outil pour l'intégration de l'information sanitaire au niveau régional.

Les adhésions à l'Initiative européenne d'information sanitaire se sont rapidement multipliées : en décembre 2017, on comptait 38 participants, en majorité des États Membres et des organisations internationales. À l'heure actuelle, la Région est en grande partie engagée dans des activités d'information sanitaire par l'intermédiaire des réseaux d'information associés à l'Initiative.

Les données sur les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés ont été améliorées grâce au nouveau système de surveillance et de suivi de l'OMS



Reconstruction d'un centre de santé à Alep (Syrie)

.....

La guerre civile qui fait rage en Syrie a anéanti l'un des systèmes de santé les plus avancés du Moyen-Orient. En 2016, plus de la moitié des hôpitaux et des centres de santé du pays étaient fermés ou ne fonctionnaient que partiellement, et les deux tiers des professionnels de la santé avaient fui la Syrie.

À Alep-Est, tous les hôpitaux publics et 18 des 21 centres de soins de santé primaires étaient à l'arrêt en raison de dégâts importants sur les bâtiments, du manque de personnel et de la pénurie de fournitures médicales.

À partir de janvier 2017, les organismes d'aide ont pu pénétrer dans Alep et commencer la reconstruction du centre de santé Saad Ibn Abi Waqas, avec la contribution de l'OMS et l'appui du Gouvernement japonais. Le centre a rouvert en septembre 2017 avec cinq services spécialisés dans la médecine interne, la santé reproductive et la pédiatrie, ainsi que les soins orthopédiques et dermatologiques. Cela permet de fournir des soins de santé sur ce territoire, ce qui est une avancée majeure, mais également de créer des postes pour les personnels médicaux qui s'étaient retrouvés sans emploi. Les services sont assurés par 34 agents de santé, notamment 10 médecins et 12 infirmiers.

L'OMS considère que la réouverture du centre pourrait faire figure d'exemple et encourager les familles et les agents de santé à revenir dans leur quartier pour reprendre leur travail et une vie normale.

Programme de santé pour les réfugiés en Turquie : un modèle révolutionnaire dans la santé publique

.....

La Turquie est le pays du monde qui accueille le plus grand nombre de réfugiés et le programme de santé à leur intention fait partie de la réponse qu'apporte le pays au conflit syrien dans le domaine sanitaire.

En 2016, le Gouvernement a adopté une loi qui autorise les professionnels de la santé syriens à exercer dans le système de santé turc. Depuis, plus de 1200 agents de santé syriens ont été formés dans 7 centres de formation pour la santé des réfugiés et plus de 600 professionnels du domaine médical ont été engagés par le Ministère de la santé pour fournir des services de santé aux réfugiés syriens.

Le Bureau régional OMS de l'Europe collabore étroitement avec le Ministère sur cette question. Les centres associent culture et santé et utilisent des solutions innovantes pour répondre au défi des grands déplacements de populations.

Perspectives d'avenir

L'OMS accompagnera les efforts de tous les pays en faveur de l'instauration de la couverture sanitaire universelle en ne laissant personne de côté, comme le précise l'indicateur 3.8.1 des objectifs de développement durable. Pour y parvenir à l'horizon 2030, il faudra atteindre ou dépasser l'objectif fixé par l'OMS elle-même de faire bénéficier de la couverture sanitaire universelle 1 milliard de personnes supplémentaires d'ici 2023. En raison des difficultés pour réunir les ressources nécessaires, il faudra peut-être restreindre encore les priorités, notamment dans le domaine de l'information et des données factuelles sur les systèmes de santé.

La couverture sanitaire universelle ne peut pas être une réussite si les gouvernements ne s'engagent pas à réunir US \$4 milliards afin de multiplier les efforts et de faciliter les changements concernant la façon dont fonctionnent les États Membres et le Secrétariat. Les outils nécessaires existent déjà. Mais s'il n'existe pas de volonté politique pour les financer, la couverture sanitaire universelle ne deviendra jamais une réalité.

Principaux chiffres pour 2016-2017

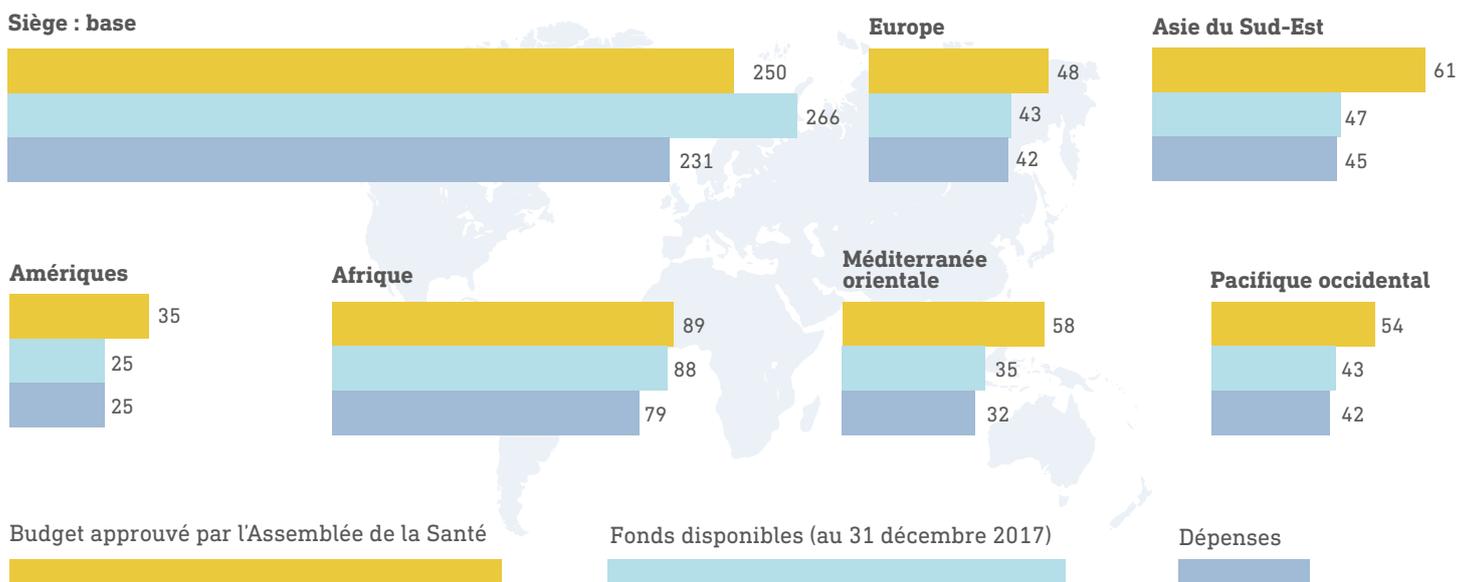
Budget programme approuvé : US \$595 millions

Fonds disponibles : US \$546 millions (92 % du budget programme)

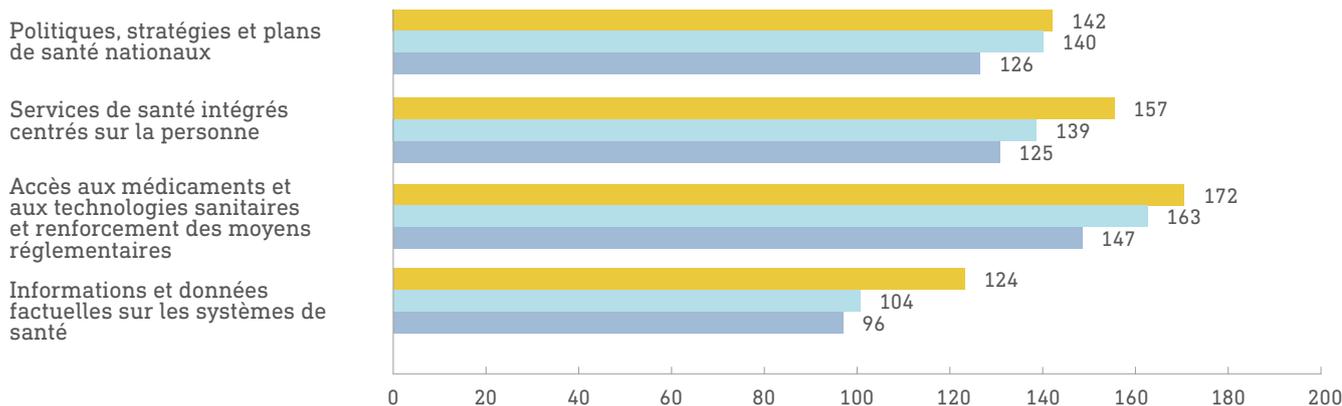
Dépenses : US \$494 millions (83 % du budget programme, 91 % des fonds disponibles)



Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US \$)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US \$)



Budget et financement

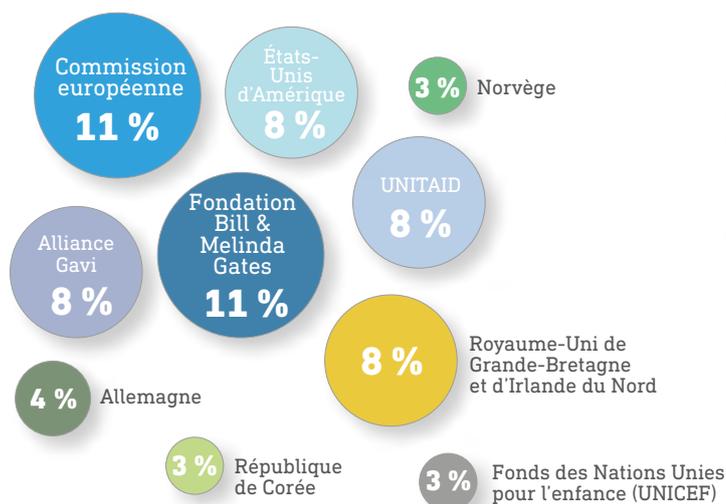
Ce sont 93 % des fonds définis dans le budget programme approuvé qui ont été collectés dans cette catégorie. En outre, presque la moitié des fonds disponibles sont flexibles, ce qui est relativement élevé par rapport à d'autres secteurs. La plupart des contributions volontaires sont à objet désigné pour le secteur « Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires ». Cela explique également pourquoi, au Siège, les fonds disponibles sont supérieurs au budget. Sur le compte des contributions volontaires de base, 8 % du montant est consacré au secteur

« Informations et données factuelles sur les systèmes de santé » afin de combler les lacunes au niveau du financement dans les Régions. Les données montrent néanmoins que cela n'est pas suffisant.

Dans l'ensemble, les secteurs de la catégorie « Systèmes de santé » souffrent d'un déficit de financement principalement parce que certains financements sont à objet désigné et en raison du financement insuffisant destiné aux travaux des systèmes de santé dans les Régions et les pays.



Les 10 premiers contributeurs volontaires (objet désigné)



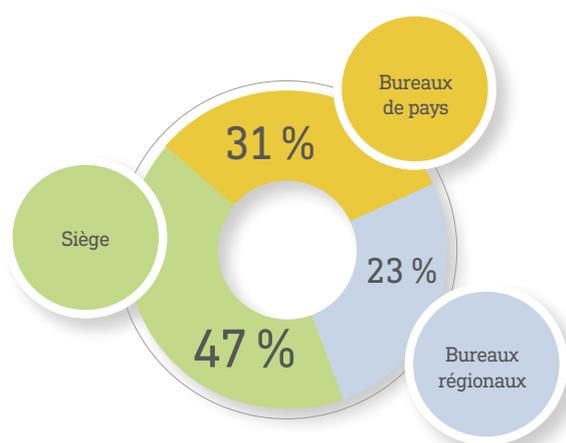
Sources de financement

Contributions fixées : 33 %
 Compte des contributions volontaires de base : 8 %
 Contributions volontaires à objet désigné : 59 %

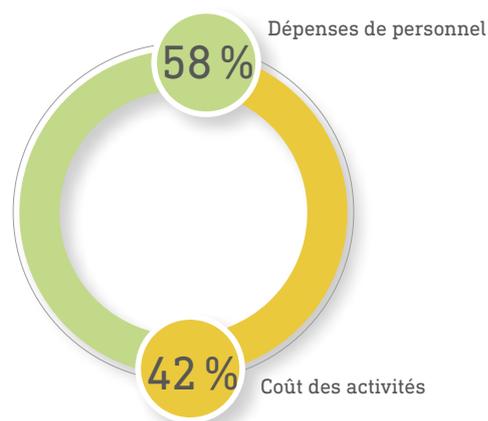
Sur le total des contributions volontaires à objet désigné, 62 % provenaient de 10 contributeurs (voir ci-dessous).



Dépenses par niveau



Dépenses : personnel et activités



Dépenses

Un tiers des dépenses ont été investies directement au niveau des pays afin de mettre en œuvre des initiatives en association avec les gouvernements nationaux. La plus grande partie du financement est consacrée aux secteurs « Politiques, stratégies et plans de santé nationaux » et « Services de santé intégrés centrés sur la personne ». Au Sierra Leone, pays dans lequel les dépenses ont été les plus élevées, les fonds ont été principalement utilisés pour mettre en œuvre le plan de relèvement du secteur de la santé dans le cadre de la riposte à

la maladie à virus Ebola. Dans d'autres pays, les dépenses sont associées plus directement à la formulation de plans de santé nationaux.

Une part importante des fonds est également dépensée au Siège, en particulier pour des travaux d'évaluation générale et de recherche. L'exécution par rapport aux fonds disponibles est relativement élevée dans toutes les Régions, sauf au niveau des pays dans la Région africaine, car les contributions volontaires sont à objet désigné.

PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

“

La préparation nécessite plus que des plans d'urgence et des exercices de simulation ... Cela implique d'améliorer la résilience, de renforcer les principaux aspects des systèmes de santé – ressources humaines, accès aux médicaments et systèmes d'information sanitaire – voire de prendre des mesures juridiques pour soutenir l'action de santé publique.

D^{re} Carissa F. Etienne

Directrice régionale pour les Amériques

”



World Health
Organization

Organisation mondiale de la Santé



Secteurs de programme

Gestion
des risques
infectieux

Préparation des
pays à faire face
aux situations
d'urgence sanitaire
et Règlement
sanitaire
international
(2005)

Informations
sur les
urgences
sanitaires et
évaluation des
risques

Opérations
d'urgence

Services essentiels
pour l'action
d'urgence (gestion,
administration
et relations
extérieures,
planification
et gestion des
résultats)

Principaux objectifs



Tous les pays sont équipés pour prévenir et combattre les dangers liés aux **risques infectieux majeurs**



Tous les pays évaluent et combler les principales lacunes dans les capacités de gestion des risques de situations d'urgence sanitaire, y compris celles prévues par le **Règlement sanitaire international (2005)**



Le système mondial de surveillance et le système d'alerte précoce détectent et évaluent rapidement le risque de nouveaux événements de santé publique



Les populations touchées par les urgences sanitaires ont accès à **des services de santé essentiels permettant de sauver des vies** et à des **interventions** de santé publique



Les programmes nationaux de gestion des situations d'urgence sanitaire sont **soutenus** par un **Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire** efficace et doté de ressources suffisantes

Les situations d'urgence ont une incidence directe grave sur la santé. Au cours de l'exercice biennal, des millions de personnes ont été touchées par des flambées de maladies infectieuses. Dans les crises humanitaires, l'incidence directe s'étend bien au-delà du risque de maladie infectieuse, avec notamment une large gamme de risques sanitaires à court et à long terme.

Tous les pays sont exposés aux épidémies et aux situations d'urgence. La détection précoce, l'évaluation des risques, l'échange d'informations et la réaction rapide sont essentiels si l'on veut éviter des maladies, des décès et des pertes économiques à grande échelle. Tous les pays n'ont cependant pas les mêmes capacités de gestion des risques de situations d'urgence sanitaire. Dans notre monde interconnecté, notre sécurité est celle du maillon le plus faible.

Les situations d'urgence sanitaire affaiblissent les systèmes de santé et les systèmes de santé fragiles aggravent les situations d'urgence sanitaire. Des systèmes de santé solides offrent le meilleur moyen d'éviter que des flambées ne se transforment en épidémies et d'atténuer les risques liés à la désorganisation des systèmes de santé dans des cadres fragiles, par exemple en cas de conflit.

Dans ces situations, l'OMS s'emploie avant tout à éviter l'effondrement des systèmes de santé, à maintenir les services essentiels pour ceux qui en ont le plus besoin et à aider à la reconstruction des systèmes de santé à la suite de crises. Les environnements les plus fragiles, les plus vulnérables et ceux touchés par des conflits représentent une forte proportion des épidémies à fort impact et des objectifs de développement durable non atteints, et de ce fait nécessitent une collaboration intense pour rendre le monde plus sûr, servir les plus vulnérables et promouvoir la santé.

Principales réalisations

Se préparer

Évaluer et combler les principales lacunes dans la gestion des risques de situations d'urgence sanitaire

Le Secrétariat a poursuivi sa collaboration avec les États Membres et les partenaires pour renforcer les capacités de gestion des risques de situations d'urgence sanitaire dans toutes les phases de la gestion des urgences par la mise en œuvre du **Règlement sanitaire international (2005)** et du **Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030)**.

L'OMS a œuvré collectivement à renforcer progressivement la capacité des autorités nationales et des communautés locales à gérer des situations d'urgence sanitaire en adoptant une approche englobant l'ensemble des risques et en mettant en place des systèmes de santé solides centrés sur les personnes et orientés sur la santé publique.

L'OMS a apporté un soutien technique et une assistance pour préparer des évaluations, des simulations et des examens a posteriori – ainsi que pour traduire les résultats de ces évaluations et simulations en plans d'action nationaux.

67
évaluations
externes
conjointes

17
examens a
posteriori

68
exercices de
simulation

Les pays sont de plus en plus préparés à faire face aux flambées et situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires

Capacités nationales renforcées pour rendre le monde plus sûr

Le Pakistan, État Partie, avec d'autres États Membres, au Règlement sanitaire international (2005), s'est engagé à construire des systèmes de santé résilients pouvant s'adapter et réagir aux problèmes posés par les flambées, les autres risques sanitaires et les urgences de portée nationale ou internationale. Il a été le premier pays dans la Région de la Méditerranée orientale à se porter volontaire pour procéder à une évaluation externe conjointe des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) en 2016. Les résultats et les recommandations de cette évaluation ont servi de base au plan d'action national chiffré sur cinq ans pour la sécurité sanitaire du pays. Ce plan visait à élaborer un solide système de santé publique conformément aux normes et aux compétences requises pour la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005).



Prévenir

Prévenir et combattre les dangers liés aux risques infectieux majeurs

Avec ses partenaires, l'OMS a élaboré et supervisé l'adoption de deux grandes stratégies mondiales pour la lutte contre les maladies, à savoir **Ending Cholera – A Global Road Map to 2030 (Mettre fin au choléra – feuille de route jusqu'en 2030)** et **Élimination des épidémies de fièvre jaune (dite EYE pour Eliminating Yellow Fever Epidemics) d'ici à 2026**. L'OMS a également dirigé l'élaboration du plan de travail pour améliorer la préparation et la riposte au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), du **plan II de mise en œuvre à haut niveau du Cadre PIP** et des plans nationaux de lutte contre la pandémie de grippe.

L'OMS travaille en étroite collaboration avec ses partenaires sur la mise en œuvre du **schéma directeur en matière de recherche-développement dans l'action de prévention des épidémies**. Ce schéma directeur a pour objectif général de réduire les délais entre la détection d'une flambée et la mise en place d'interventions médicales efficaces pour sauver des vies et minimiser la désorganisation socioéconomique. Intégrer la recherche dans les activités de riposte de l'OMS permet de réduire efficacement le temps nécessaire à la mise à disposition des produits pour les personnes qui en ont besoin.

2 stratégies mondiales de lutte contre les maladies prioritaires à potentiel épidémique (comme le choléra et la fièvre jaune)

Schéma directeur recherche-développement :

6 profils de produits vaccinaux cibles

2 profils de produits diagnostiques cibles élaborés pour plusieurs agents pathogènes prioritaires

Détecter

Détecter et évaluer rapidement le risque de nouveaux événements de santé publique

L'OMS a mis en place une surveillance continue des événements de santé publique, avec des activités de vérification et d'évaluation selon les besoins. Une procédure normalisée d'évaluation des risques est systématiquement appliquée aux trois niveaux de l'Organisation. Le Secrétariat poursuit sa collaboration avec les États Membres pour construire des systèmes et capacités de surveillance et de détection aux niveaux national et international.

Les outils essentiels pour la gestion des informations sur les urgences sanitaires ont été renforcés, comme le **système d'alerte précoce et de riposte (EWARS)** pour la surveillance des maladies infectieuses et le **système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS)** pour évaluer la disponibilité des services de santé dans les situations de crise. La mise en œuvre à l'échelle mondiale du système de gestion des événements – plateforme en ligne pour enregistrer des informations sur la riposte aux événements – et la création d'un tableau de bord des urgences de santé ont permis d'améliorer de façon spectaculaire les capacités de l'OMS en matière de gestion mondiale des risques de santé publique.

5000

signalements
examinés

300

événements
suivis

30

événements
soumis à enquête
par mois

Riposter

Donner accès à des services de santé essentiels permettant de sauver des vies et à des interventions de santé publique

L'OMS a répondu à 50 situations d'urgence dans 47 pays et territoires, ciblant plus de 70 millions de personnes pour l'aide humanitaire. Parmi les situations d'urgence aiguës, neuf ont été classées de niveau 3, le niveau le plus élevé selon le Cadre d'action d'urgence, appelant une riposte significative de l'OMS et la mobilisation d'un appui important à l'échelle de l'Organisation pour une intervention collective avec les partenaires.

Les principaux événements ayant amené l'OMS à déclencher des opérations de grande envergure étaient notamment : la crise alimentaire et la situation de famine/pré famine dans l'ensemble de la Corne de l'Afrique ; le conflit et les déplacements de populations au nord-est du Nigéria ; et la dégradation de la situation humanitaire au Soudan du Sud et en République démocratique du Congo. Parmi les flambées majeures contre lesquelles l'Organisation a également dû renforcer sa riposte figuraient : la maladie à virus Ebola et le choléra en République démocratique du Congo ; la peste à Madagascar ; la maladie à virus Marburg en Ouganda ; la fièvre jaune et le paludisme au Nigéria ; le paludisme à Cabo Verde ; et la cellulite nécrosante à Sao Tomé-et-Principe.

Détection rapide par une surveillance efficace

La notification rapide par les autorités locales concernant les cas suspects de maladie à virus Ebola, en avril 2017, a déclenché une riposte immédiate et efficace à la flambée en République démocratique du Congo, qui a pris fin en juillet 2017.

L'annonce précoce de la flambée par le Gouvernement, l'analyse des échantillons sanguins suite au renforcement des capacités de laboratoire au niveau national, les interventions rapides des autorités sanitaires locales et nationales avec un solide appui des partenaires internationaux et un accès rapide aux fonds flexibles ont permis un endiguement rapide de la flambée.

Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire a apporté une aide essentielle à la coordination sur le terrain et un système de gestion des incidents a été établi dans les 24 heures qui ont suivi l'annonce de la flambée. L'OMS a déployé plus de 50 experts pour travailler en étroite collaboration avec le Gouvernement et les partenaires. La maîtrise et l'endiguement rapides de la flambée 2017 de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo ont coûté à la communauté internationale moins de US \$2 millions (contre plus de US \$3,5 milliards dépensés pour endiguer la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest).



L'OMS a continué à soutenir la riposte dans les pays confrontés à une intensification des situations d'urgence humanitaire et sanitaire, notamment l'Iraq, la République arabe syrienne, la Somalie et le Yémen.

Avec ses partenaires, l'OMS a appuyé les efforts des gouvernements dans les interventions vitales visant à accroître la qualité et la couverture des services de santé, à renforcer les soins de santé primaires et secondaires et les soins hospitaliers par l'envoi d'équipes mobiles et d'équipements de santé, à améliorer les systèmes de surveillance et d'alerte rapide, à mener des campagnes de vaccination, à distribuer des médicaments et des fournitures et à former des agents de santé. L'OMS a également dirigé ou codirigé la coordination du secteur de la santé.

Aucune nouvelle urgence de santé publique de portée internationale en vertu du Règlement sanitaire international (2005) n'a été déclarée en 2017.

Les réseaux internationaux de partenaires incluent le **Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie**, le **Groupe sectoriel mondial pour la santé**, les **équipes médicales d'urgence et les partenaires en attente**, qui apportent une assistance technique et des services permettant de sauver des vies aux populations touchées.

En 2017, plus de 700 partenaires dans 23 groupes sectoriels pour la santé ont collaboré pour répondre aux besoins de plus de 70 millions de personnes, sous la supervision de l'OMS



Fournir des services permettant de sauver des vies aux populations vulnérables

Au Yémen, malgré d'importantes difficultés opérationnelles, l'OMS et les partenaires du secteur de la santé répondent aux besoins sanitaires par les moyens suivants : élargissement de la couverture des interventions de santé publique dans tous les districts ; renforcement de la surveillance ; amélioration des programmes de vaccination et maîtrise des flambées ; fourniture de services vitaux aux personnes souffrant de maladies chroniques ; et riposte aux flambées, notamment de choléra et de diphtérie, par des interventions globales pour lutter contre les maladies.

Par exemple, en novembre 2017, quand l'OMS a livré des médicaments en vue de faire face à une flambée de diphtérie, elle a averti qu'un accès humanitaire était essentiel pour enrayer la propagation de la maladie. L'expédition de 1000 flacons d'antitoxines salvatrices et de 17 tonnes de fournitures médicales était finalement parvenue à Sanaa après un retard de trois semaines en raison de la fermeture des ports et des aéroports. Les antitoxines permettent d'enrayer la propagation de la bactérie aux organes vitaux chez les patients déjà atteints de diphtérie. Aucune fourniture n'était disponible au Yémen avant l'arrivée de la cargaison de l'OMS. Si rien n'est fait, la diphtérie peut provoquer des épidémies dévastatrices, touchant principalement les enfants.

En dépit du conflit et des fermetures récentes de ports et d'aéroports, l'OMS, l'UNICEF et leurs partenaires ont continué à mener leurs activités avec les fournitures disponibles, vaccinant 8500 enfants âgés de moins de 5 ans dans les districts d'Al-Sadah et de Yarim du gouvernorat d'Ibb au mois de novembre.

L'OMS participe activement à la reconstruction des centres d'alimentation thérapeutique existants et a distribué 120 kits de nutrition à tous les centres du Yémen. Ces kits salvateurs permettent de traiter jusqu'à 6000 cas de malnutrition aiguë sévère. En outre, l'OMS forme des agents de santé pour travailler dans les centres et les gérer.



En 2015-2016, le phénomène El Niño, à savoir un réchauffement de la partie centre-est du Pacifique tropical, a touché plus de 60 millions de personnes, en particulier en Afrique orientale et australe, dans la Corne de l'Afrique, en Amérique latine, dans les Caraïbes et dans la Région Asie-Pacifique. L'OMS et ses partenaires ont aidé près de 30 pays à organiser leur riposte contre les effets sur la santé d'El Niño.



Perspectives d'avenir

Les priorités stratégiques de l'OMS sont les suivantes :

- constituer et maintenir les capacités nationales, régionales et mondiales résilientes nécessaires pour protéger le monde des épidémies et autres urgences sanitaires ;
- faire en sorte que les populations victimes de flambées et de situations d'urgence aiguës et prolongées aient rapidement accès à des services de santé essentiels susceptibles de sauver des vies, y compris la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Le but de l'OMS est qu'1 milliard de personnes supplémentaires soient mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire, conformément à l'indicateur 3.d.1 des objectifs de développement durable (Application du Règlement sanitaire international (RSI) et préparation aux urgences sanitaires). Les activités visant à atteindre cet objectif permettent de mieux préparer le monde face aux situations d'urgence sanitaire en améliorant nettement la force et la résilience des systèmes de santé pour une population d'1 milliard de personnes.

Le Secrétariat collaborera avec les États Membres et ses partenaires afin d'accroître les capacités de gestion des risques lors de toutes les phases de gestion des urgences, de prévention des risques, de préparation, de riposte et de relèvement à travers l'application du Règlement sanitaire international (2005) et du Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe. Des plans d'action nationaux pour mettre en œuvre et maintenir les capacités essentielles – établies pour donner suite à des bilans d'action, à des évaluations internes et extérieures, et testées à travers des simulations – permettent de mieux protéger les populations aux niveaux local, national et mondial.

L'OMS continuera à collaborer avec les autorités nationales et les partenaires pour garantir que les personnes qui en ont le plus besoin bénéficient des services de santé essentiels permettant de sauver des vies, y compris la promotion de la santé et la prévention des maladies.

La coopération et l'adhésion des partenaires nationaux, en particulier pour l'échange de données et la mise en place des principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (2005), seront essentielles pour accroître la résilience et garantir une riposte efficace et cohérente dans les situations d'urgence.

Garantir un financement à long terme, prévisible, transparent et souple, et employer du personnel technique hautement qualifié, permettra de continuer à dispenser des services à ceux qui en ont le plus besoin. Parallèlement, l'OMS doit œuvrer pour faire face aux risques sécuritaires, à la fois dans les situations d'urgence et dans les milieux fragiles, afin de garantir la sécurité de son personnel et de permettre l'accès en toute sécurité aux populations qui en ont besoin.

Les efforts se poursuivront pour renforcer les procédures administratives en cas d'urgence et favoriser la bonne exécution des programmes.

Dans les situations de fragilité, de vulnérabilité et de conflit, en étroite collaboration avec d'autres programmes de l'OMS et partenaires, le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire mettra l'accent sur la prévention de l'effondrement du système de santé, le maintien des services de santé essentiels, la protection de la sécurité sanitaire et la reconstruction des systèmes de santé après les crises. La recherche de solutions conjointes avec de multiples partenaires pour lutter efficacement contre les problèmes sanitaires et humanitaires dans le monde restera une priorité pour l'OMS à l'avenir.

Principaux chiffres pour le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire 2016-2017

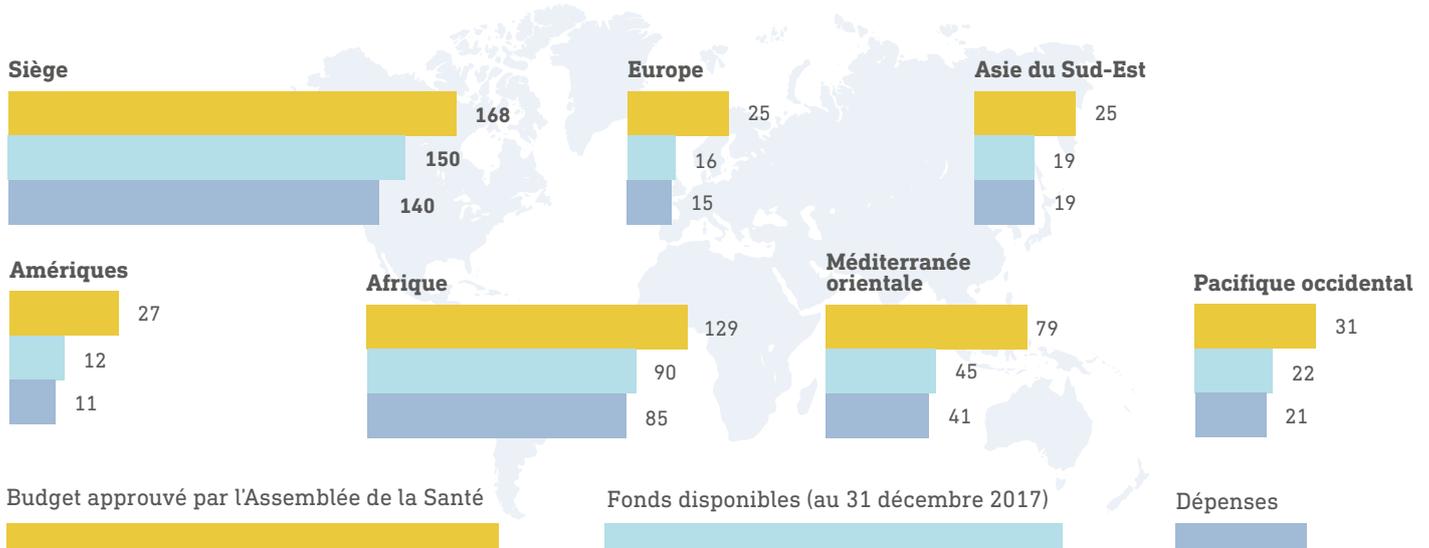
Budget programme approuvé : US \$485 millions

Fonds disponibles : US \$354 millions (73 % du budget programme)

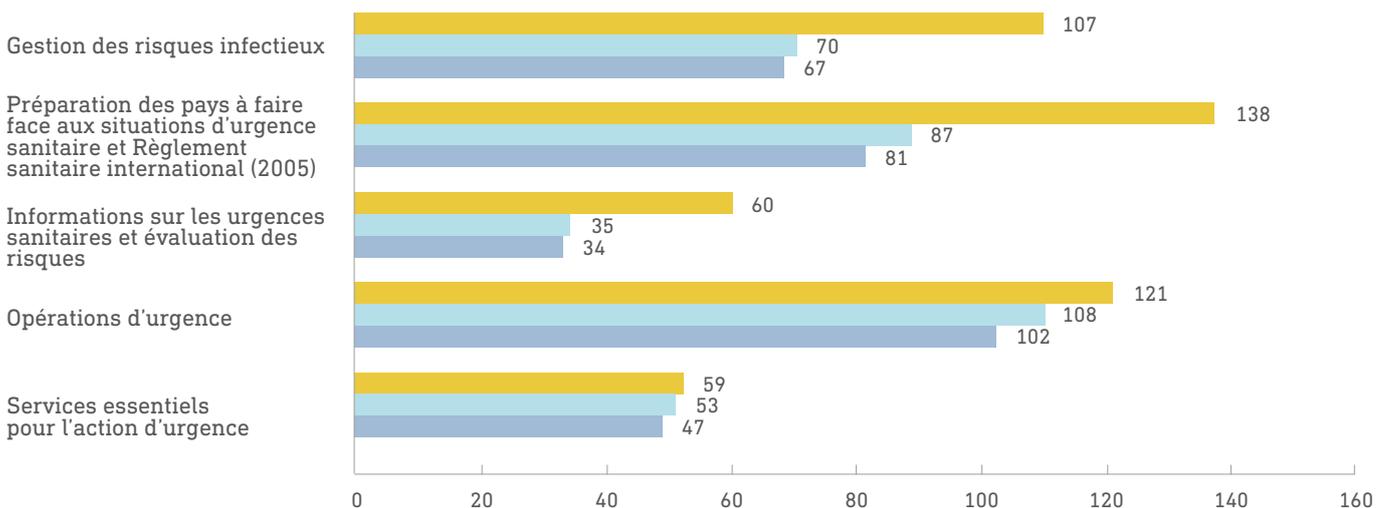
Dépenses : US \$330 millions (68 % du budget programme, 93 % des ressources disponibles)



Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US \$)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US \$)



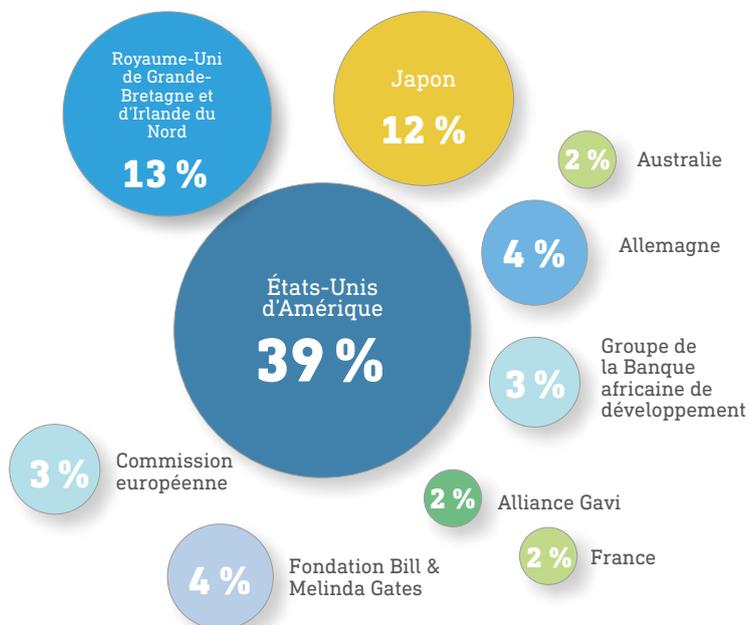
Budget et financement

Pour l'exercice biennal, le budget du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire s'élevait à US \$485 millions, contre US \$342,2 millions en juillet 2016 quand le Programme avait été établi, soit une augmentation du budget de 42 % fondée sur la décision WHA69(9) (2016).

Pour le nouveau budget, les États Membres ont apporté US \$354 millions, soit 73 % du budget approuvé. Un engagement plus soutenu sera nécessaire en 2018 afin de faire en sorte que les secteurs de programme aux trois niveaux de l'Organisation, et en particulier au niveau des pays, disposent des capacités suffisantes pour répondre aux attentes des États Membres.



Les 10 premiers contributeurs volontaires (objet désigné)



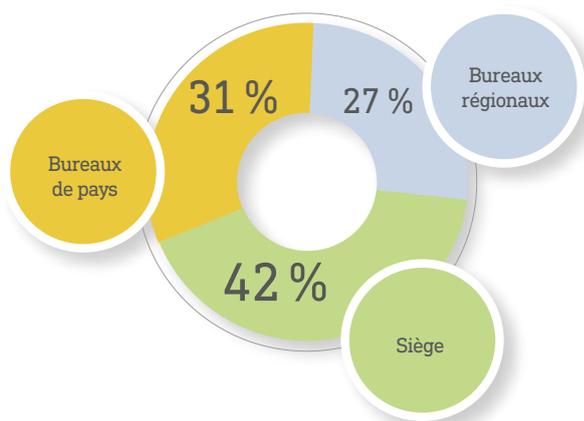
Source de financement

Contributions fixées : 21 %
 Compte des contributions volontaires de base : 8 %
 Contributions volontaires – à objet désigné : 71 %

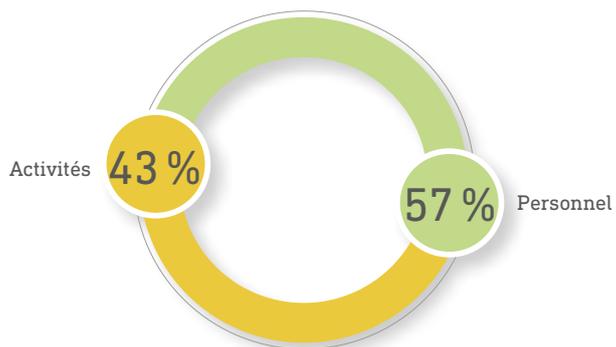
Sur le total des contributions volontaires à objet désigné, 84 % provenaient de 10 contributeurs (indiqués ci-dessous)



Dépenses par niveau



Dépenses : personnel et activités



Dépenses

Le Programme a démontré sa capacité d'exécution, ayant mis en œuvre 93 % des fonds disponibles.

Les capacités professionnelles au niveau des pays et des Régions ont été sensiblement accrues pendant l'exercice biennal, avec une augmentation de 37 % au niveau des bureaux de pays (passant de 77 à 107 postes de la catégorie

professionnelle pourvus) et de 74 % au niveau des bureaux régionaux (passant de 78 à 136 postes de la catégorie professionnelle pourvus).

Principaux chiffres pour les interventions en cas de d'épidémies ou de crises 2016-2017

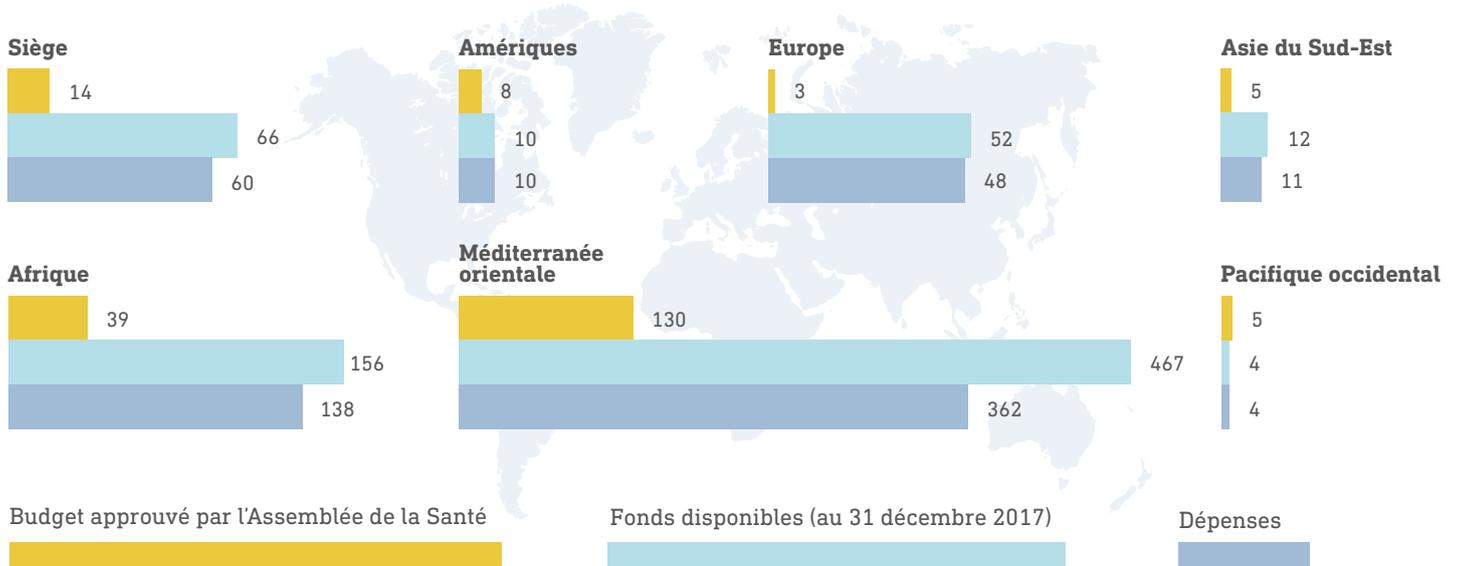
Budget programme approuvé : US \$205 millions (en fonction des événements)

Fonds disponibles : US \$766 millions (374 % du budget programme approuvé)

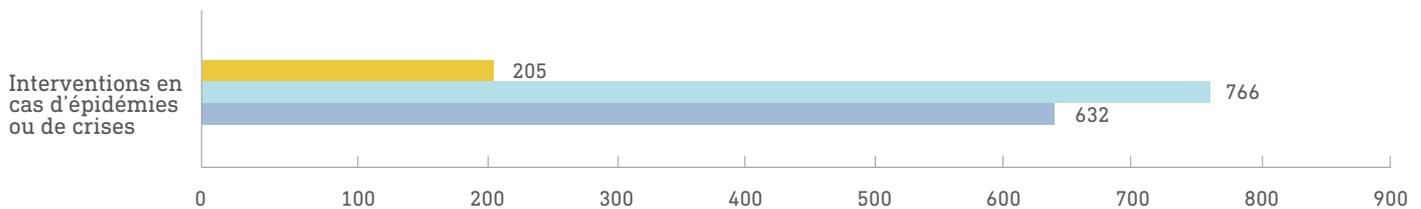
Dépenses : US \$632 millions (308 % du budget programme, 83 % des ressources disponibles)



Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US \$)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US \$)



Budget et financement

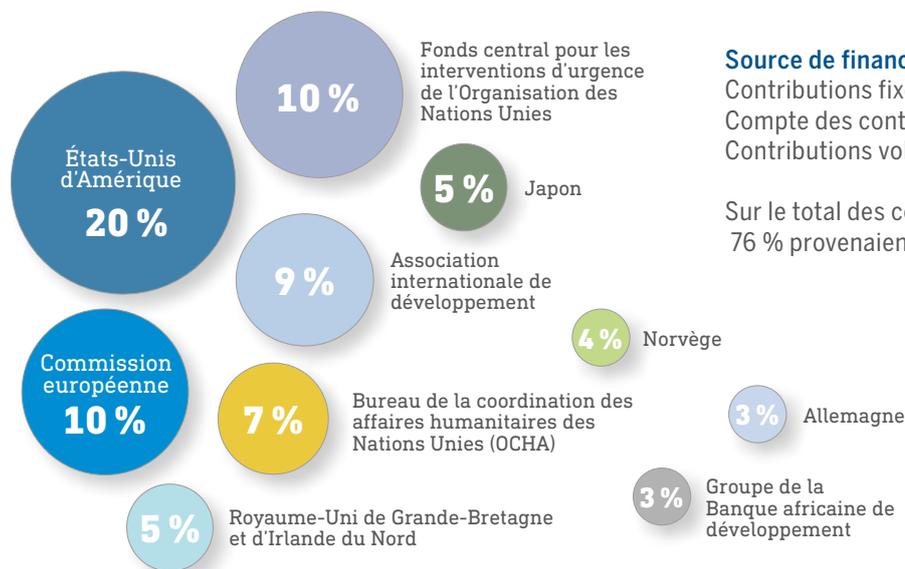
Le budget approuvé par l'Assemblée de la Santé pour le segment Interventions en cas d'épidémies ou de crises s'élève à US \$205 millions. Compte tenu du fait que ce segment est fonction des événements et du niveau de financement pour répondre aux différentes situations d'urgence, l'enveloppe budgétaire totale avait été augmentée pour atteindre US \$1,033 milliard fin 2017. Au 31 décembre 2017, le montant total des ressources disponibles s'élevait à US \$766 millions, dont US \$633 millions avaient été dépensés.

Afin de faciliter l'augmentation des fonds, la riposte initiale de l'Organisation aux flambées et aux urgences ayant des conséquences sanitaires a été de créer en mai 2015 le Fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence. Au 31 décembre 2017, le Fonds avait reçu US \$44 529 731 des pays suivants : Allemagne, Canada, Chine, Estonie, France, Inde, Japon, Pays-Bas, République de Corée, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Suède.

Dix donateurs représentent 81 % du financement des interventions en cas d'épidémies ou de crises.



Les 10 premiers contributeurs volontaires (objet désigné)



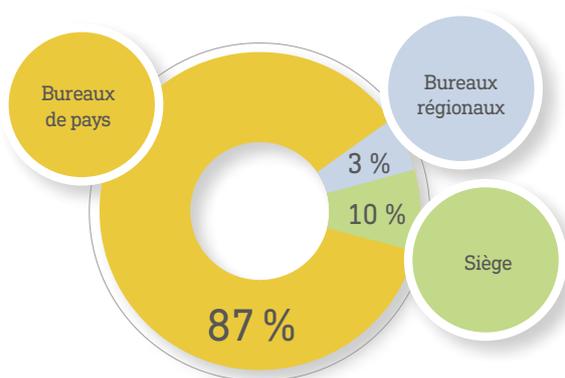
Source de financement

Contributions fixées : 1 %
 Compte des contributions volontaires de base : 1 %
 Contributions volontaires – à objet désigné : 98 %

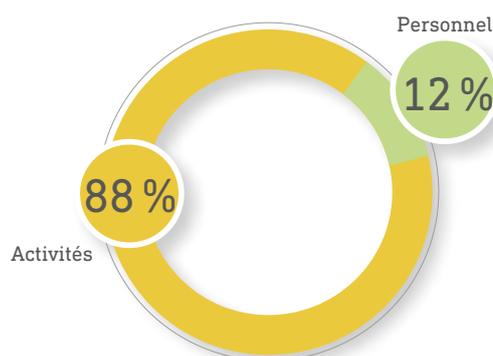
Sur le total des contributions volontaires à objet désigné, 76 % provenaient de 10 contributeurs (indiqués ci-dessous)



Dépenses par niveau



Dépenses : personnel et activités



Dépenses

87 % des dépenses pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises ont été engagées au niveau des pays, avec un soutien apporté par le Siège de l'OMS (10 %) et les bureaux régionaux (3 %).

Plus de la moitié des dépenses portent sur les fournitures et matériels médicaux (26,5 %) et les services contractuels (29,8 %), en raison du fait que des spécialistes sont souvent engagés pour de courtes durées afin d'intervenir dans les situations de crise.

La plupart des dépenses ont été engagées dans la Région de la Méditerranée orientale (57,1 %) et la Région africaine (21,7 %), en raison de la répartition des épidémies et des situations d'urgence dans le monde.

PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE

“

Nous devons nous attaquer aux déterminants de la santé dont les racines s'étendent, pour la grande majorité, bien au-delà du secteur de la santé. Pour agir sur ces déterminants, nous devons travailler dans tous les secteurs et tous les environnements. Nous devons porter la collaboration et la coopération vers de nouveaux sommets.

D^r Shin Young-soo

Directeur régional pour le Pacifique occidental, Octobre 2017

”



Secteurs de programmes

Santé génésique
et santé de
la mère, du
nouveau-né, de
l'enfant et de
l'adolescent

Vieillesse
et santé

Intégration
d'une démarche
antisexiste,
soucieuse de
l'équité, et
respectueuse des
droits humains

Déterminants
sociaux de la
santé

Santé et
environnement

Principaux objectifs



Améliorer la santé aux **stades clés de l'existence**, depuis la grossesse et la naissance jusqu'à la mort



Tenir compte de divers **facteurs qui ont une incidence sur la santé** (parmi lesquels les déterminants sociaux, économiques et environnementaux, ainsi que l'équité, les droits humains et l'égalité hommes-femmes)



Veiller à l'**adoption de ces thèmes transversaux** dans l'ensemble du Secrétariat et dans les activités des États Membres, pour favoriser une approche intégrative et multisectorielle

Le jour où un nouveau-né arrive au monde peut aussi être le jour où la vie de cet enfant est le plus en danger. Le jour du premier souffle peut aussi être le jour du dernier souffle. En 2016, un million de nouveau-nés sont décédés dans les 24 premières heures qui ont suivi leur naissance. Malheureusement, la plupart des mères et des nouveau-nés des pays à revenu faible ou intermédiaire ne bénéficient pas de soins optimaux au cours des périodes critiques que sont le travail, l'accouchement et la période postnatale.

Sur les 830 femmes qui meurent chaque jour de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement, 99 % vivent dans des lieux où les ressources sont faibles, et ces décès sont pour la plupart dus à des causes bien connues et évitables. Au cœur du problème figurent les profondes inégalités dans les services de soins.

Cette **approche qui prend en compte toutes les étapes de la vie** reconnaît les préoccupations sanitaires propres aux différents stades de l'existence : développement au cours de la petite enfance,

santé de la femme au cours de la période de reproduction et au-delà, adolescence, et vieillissement en bonne santé, qui est désormais l'étape de la vie en plus forte expansion.

L'approche vise aussi à identifier les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui ont une incidence sur la santé et conduisent à des issues sanitaires inéquitables, l'objectif général étant de promouvoir l'équité, les droits humains et l'égalité entre les sexes dans le domaine de la santé. Les activités, qui promeuvent une approche multisectorielle de nature transversale, aident les États Membres à progresser en vue d'atteindre un certain nombre de cibles connexes au titre des objectifs de développement durable, y compris les cibles relatives à la santé de la mère et de l'enfant, et aux principaux déterminants environnementaux de la santé (tels que la qualité de l'air et de l'eau potable), et à réduire les inégalités en santé.

Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)



Aujourd'hui, un plus petit nombre de femmes décèdent au cours de la grossesse et de l'accouchement parce qu'elles bénéficient de soins de plus grande qualité au cours de la grossesse et d'un meilleur accès aux services et aux établissements de santé pour l'accouchement.

Le taux de mortalité des moins de 5 ans (probabilité de décéder avant l'âge de 5 ans pour 1000 naissances vivantes)



Aujourd'hui, les enfants qui vivent jusqu'à leur cinquième anniversaire sont plus nombreux.

Principales réalisations

Une feuille de route ambitieuse

Il y a une décennie, l'un des exemples les plus frappants de l'inégalité dans le domaine de la santé était le nombre extrêmement élevé de mères et d'enfants de moins de 5 ans qui mouraient dans les pays pauvres alors qu'ils auraient pu être sauvés. Aujourd'hui, le nombre des décès a reculé de manière significative. L'OMS a recommandé que le problème soit traité selon une approche prenant en compte toutes les étapes de la vie et a investi dans la recherche pour identifier les interventions d'un bon rapport coût/efficacité et ayant un fort impact, qui ont alors été encouragées là où elles étaient nécessaires, notamment dans la Région africaine. Cependant, les inégalités persistent, les plus pauvres étant les plus exposés, et il reste beaucoup à faire pour remédier au problème.

30 millions

de femmes supplémentaires utilisent des moyens contraceptifs modernes depuis 2012, dans les pays où les besoins de planification familiale non satisfaits sont les plus grands



Dans un esprit conforme à celui des objectifs de développement durable, la **Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)** propose une feuille de route pour atteindre des cibles ambitieuses. L'Organisation utilise ses fonds pour aider les États Membres à mettre en œuvre la Stratégie moyennant les connaissances techniques et approfondies qu'elle peut apporter et favoriser à tous les niveaux. L'OMS élabore des interventions efficaces qu'elle actualise, et elle conçoit les moyens les plus adaptés pour les mettre en pratique ; elle aide les pays à les mettre en œuvre et à en assurer le suivi. La définition des normes mondiales a été adaptée aux besoins régionaux dans l'ensemble de l'OMS, des conseils étant fournis au niveau national. Une attention particulière a été accordée à l'amélioration de la qualité des soins et à l'évaluation dans les domaines de la santé sexuelle et génésique, et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en tenant compte de l'équité et des droits fondamentaux.

L'OMS a contribué à ouvrir la voie dans le domaine de la santé de l'adolescent qui était absente des plans nationaux il y a une décennie, et le Secrétariat soutient les États Membres dans la mise en œuvre d'un cadre complet pour la santé de l'adolescent.

Dans **68** pays à revenu faible ou intermédiaire, les inégalités dans la couverture vaccinale des enfants ont été réduites, ainsi que les écarts entre les sexes

80% des accouchements ont lieu, selon les estimations, en présence de personnel qualifié en 2017



Assurer le meilleur départ possible dans la vie au Viet Nam

Au Viet Nam, les décès néonataux représentent environ 50 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans. Le recours à des pratiques cliniques obsolètes et nocives par les agents de santé au cours de l'accouchement et immédiatement après celui-ci a contribué aux risques accrus pour les nouveau-nés. Avant l'intervention de l'OMS, le contact peau à peau entre la mère et l'enfant – un bon indicateur de l'adoption de pratiques de soins améliorées aux nouveau-nés – était rare.

En 2014, le Viet Nam a adopté le plan d'action OMS/UNICEF pour des nouveau-nés en bonne santé dans la Région du Pacifique occidental (2014-2020) (WHO/UNICEF **Action Plan for Healthy Newborn Infants in the Western Pacific Region (2014-2020)**) ainsi que les soins essentiels précoces aux nouveau-nés afin d'améliorer la qualité des soins lors de l'accouchement et des soins aux nouveau-nés dans les établissements de santé. Trois hôpitaux dans les parties du nord, du centre et du sud du pays ont été choisis pour devenir des centres d'excellence, leur personnel étant formé et encadré pour dispenser les soins essentiels précoces aux nouveau-nés et une équipe mise sur pied pour contrôler la qualité des soins. Certains membres du personnel ont été formés pour assurer l'encadrement au niveau régional.

Aujourd'hui, la moitié de tous les hôpitaux nationaux et de premier recours dans le pays ont adopté les soins essentiels précoces aux nouveau-nés et plus de 8000 membres du personnel ont bénéficié d'une formation. Les pratiques cliniques ont été améliorées, 94 % des nourrissons nés à terme bénéficiant du contact peau à peau vital, 56 % d'entre eux restant en contact permanent jusqu'à la première tétée et 80 % étant exclusivement nourris au sein dans la période néonatale immédiate. Une étude détaillée menée par un centre d'excellence a constaté une réduction d'un tiers du nombre des nouveau-nés ayant besoin de soins intensifs et de plus de deux tiers de l'état septique chez les nouveau-nés.





Éliminer le « meurtrier silencieux » des nourrissons en Indonésie

Il s'agit d'un « meurtrier silencieux » qui souvent n'est pas détecté par les services de santé. Le tétanos néonatal tue les nouveau-nés dans leurs foyers. Il est fréquent que ces décès de nouveau-nés, comme leur naissance, ne soient pas enregistrés. La maladie est cependant tout à fait évitable, grâce aux vaccins préparés à partir d'anatoxine tétanique et de bonnes pratiques d'hygiène à la naissance.

En 1988, la maladie tuait 800 000 nouveau-nés par an. En 2013, les efforts de prévention avaient permis de réduire ce chiffre de 94 %. Le risque est toutefois resté élevé dans les régions isolées d'Indonésie.

Le pays a investi dans la vaccination des femmes enceintes et des futures mariées dans les zones à haut risque, tout en améliorant parallèlement l'accès aux services de santé dans les régions isolées. L'approche de l'OMS **Innov8**, visant à « ne laisser personne de côté », a montré la voie pour assurer le suivi des inégalités dans le domaine de la santé.

L'Indonésie a réussi à éliminer le tétanos maternel et néonatal dans les dernières zones touchées par la maladie (essentiellement les Moluques et la Papouasie) en mai 2016 (moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes dans chaque district, telle est la définition de l'élimination). L'OMS a fourni une assistance technique à différents niveaux et a procédé à des évaluations rapides de la couverture pour identifier les zones à haut risque. L'application logicielle pour l'évaluation de l'équité en santé (**Health Equity Assessment Toolkit** – HEAT) a aidé l'Indonésie à analyser les données sur l'inégalité et à produire le premier rapport national OMS jamais publié sur les inégalités en santé. Grâce au succès de ces mesures, le tétanos maternel et néonatal n'est plus un problème de santé publique majeur dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

Une nouvelle approche du vieillissement en bonne santé

À l'échelle de la planète, le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus doublera pour atteindre 2 milliards au cours de la première moitié de ce siècle. Ce bouleversement démographique majeur a de profondes répercussions sur la société, sous de très nombreux aspects. En 2016, à la suite de l'adoption de la résolution WHA69.3, l'OMS a publié la **Stratégie et le Plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2020**, qui fournit un cadre global pour guider l'action des pays. La Stratégie couvre la période de réalisation des objectifs de développement durable et appelle à une décennie du vieillissement en bonne santé entre 2020 et 2030.

Des progrès significatifs ont été faits depuis son introduction, notamment :

- 83 pays désormais dotés de plans nationaux formels sur le vieillissement et la santé ;
- des lignes directrices ont été publiées pour les soins intégrés aux personnes âgées dans les centres de soins primaires ;
- des orientations ont été fournies sur l'établissement de systèmes de soins à long terme en Afrique subsaharienne ;
- le **Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés** a continué à se développer ; et
- des progrès notables ont été accomplis en vue d'identifier des indicateurs clés relatifs au vieillissement en bonne santé et des mécanismes pour assurer le suivi de ces indicateurs.

90 millions

de personnes vieilliront dans des environnements plus adaptés, 304 villes rejoignant le Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés



Les programmes pour la santé des adolescents ont été considérablement améliorés dans de nombreux pays dans toutes les Régions



Compte tenu des contraintes imposées par des ressources limitées, l'OMS a axé ses efforts sur la recherche au niveau mondial, la coordination étant assurée au Siège. Les consultations au niveau régional ont privilégié plus spécifiquement les régions où le vieillissement des populations est le plus important, mais les enseignements tirés ont constitué la base des efforts constants de promotion de la stratégie mondiale à tous les niveaux. L'impact réel sur les populations vieillissantes dépendra de l'adoption de la nouvelle approche par les États Membres, mais l'OMS a veillé à ce que les bases du changement soient en place.

Accroître la prise de conscience à l'égard des questions environnementales

Les environnements malsains sont à l'origine de 1 décès sur 4 chez les enfants de moins de 5 ans. Ceux qui vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire sont les plus durement touchés. En investissant largement dans la recherche, l'OMS a attiré l'attention au niveau international sur l'importance du problème moyennant des évaluations majeures, à l'échelle mondiale, de certains risques sanitaires environnementaux, telles que l'évaluation annuelle de l'état de l'assainissement et de l'eau potable dans le monde (GLAAS).

Par son rôle directeur, l'OMS a aussi contribué à accroître la prise de conscience du fait que de nombreuses sources de pollution de l'air, qui est responsable de 6,5 millions de décès chaque année et représente à elle seule la plus grave menace environnementale pour la santé, sont aussi des moteurs du changement climatique.

Baisse de plus de 10 % de la pollution de l'air dans un tiers des villes faisant l'objet d'un suivi dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et près de la moitié des nations à revenu élevé dans la période de 5 ans allant de 2008 à 2014

L'OMS a travaillé sur ces deux questions moyennant :

- la campagne « **Respire la vie** », que 40 villes dans le monde ont rejoint, afin d'éduquer le grand public, d'encourager le partage des données et des solutions, d'améliorer le suivi et de contribuer à lancer des alertes lorsque la qualité de l'air devient dangereuse ;
- la **Deuxième Conférence mondiale sur la santé et le climat**, qui s'est tenue à Paris en juillet 2016 et a mis en lumière le rôle de la communauté de la santé publique dans le soutien à l'Accord de Paris ;
- une **coalition pour la santé, l'environnement et le climat** entre l'OMS, le PNUE, l'OMM et d'autres organes concernés, lancée lors de la vingt-deuxième session de la **Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (COP22)**, tenue en novembre 2016 à Marrakech (Maroc), et qui a été confirmée lors de la vingt-troisième session de la Conférence des Parties (COP23), tenue en novembre 2017 à Bonn (Allemagne) ;
- la promotion de l'engagement au plus haut niveau, par l'intermédiaire des processus interministériels pertinents au niveau régional, tels que la **Déclaration d'Ostrava** qui a été l'aboutissement de la Sixième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, tenue à Ostrava (République tchèque) en juin 2017 ;
- une meilleure prise de conscience repose aussi sur les données factuelles, aussi le lancement en 2016 de la publication intitulée **Preventing disease through health environments** (Prévenir la maladie grâce à des environnements sains), qui actualise les données relatives à 90 maladies liées à l'environnement, a-t-il représenté une contribution majeure à cet égard.

Amener l'eau dans les zones rurales du Tadjikistan

Au Tadjikistan, 32 % de la population rurale n'a pas accès à des services d'approvisionnement en eau potable de base (2015). Dans certaines zones, l'eau consommée provient de sources qui ne sont pas sûres – telles que des puits ou des sources non protégés, des fossés ou des canaux d'irrigation – qui ne sont pas toujours conformes aux prescriptions sanitaires et peuvent présenter un risque de maladie.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe soutient une intervention de grande ampleur sur la planification de la sécurité sanitaire de l'eau et la surveillance de la qualité de l'eau dans le Tadjikistan rural. Le projet de deux ans est codirigé par le Ministère de la santé et de la protection sociale et soutenu par un groupe d'orientation de haut niveau.

Dépasant les attentes, le projet a permis des avancées politiques majeures. Les démarches de planification pour la sécurité sanitaire de l'eau recommandées par l'OMS ont été intégrées à un projet de loi – une étape majeure pour le pays et la Région.

Parmi les autres réalisations du projet, on peut citer :

- la mise en place d'une équipe nationale de formateurs pour l'élaboration de plans pour la sécurité sanitaire de l'eau ;
- le renforcement des capacités des secteurs de l'eau et de la santé pour la planification de la sécurité sanitaire de l'eau et la surveillance de la qualité de l'eau potable basée sur les risques, l'accent étant mis sur les zones rurales vulnérables ;
- le renforcement des capacités des laboratoires dans les domaines des infrastructures et du personnel pour la surveillance de l'approvisionnement en eau potable et l'analyse des principaux paramètres de la qualité de l'eau potable ; et
- le recueil des expériences locales moyennant un suivi étroit et l'encadrement de projets pilotes sur la planification de la sécurité sanitaire de l'eau et la surveillance basée sur les risques.

Le projet est coordonné par l'intermédiaire du Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS et financé par le Ministère finlandais des affaires étrangères.

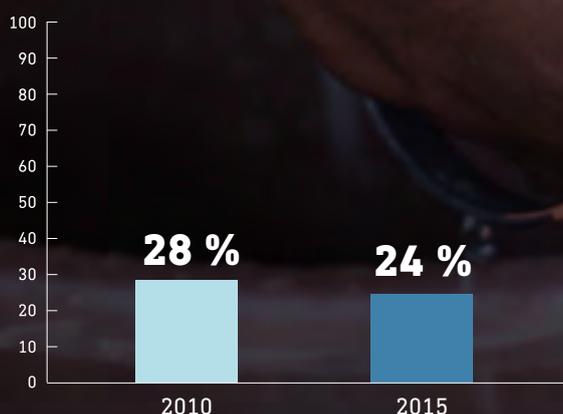


46 pays ont adopté une législation conforme aux lignes directrices de l'OMS sur la qualité de l'eau potable

.....

13 pays ont élaboré des plans sanitaires d'adaptation au changement climatique depuis 2015, le nombre total de pays passant de **30 à 43**

Proportion de la population qui n'a pas accès à un système d'assainissement amélioré



i Des installations d'assainissement qui garantissent l'hygiène sont essentielles pour la santé publique, cependant 2,3 milliards de personnes ne disposent toujours pas de toilettes ou de latrines améliorées.

Proportion de la population qui n'a pas accès à des sources d'eau potable améliorées



i L'amélioration de l'accès à l'eau potable peut avoir un effet significatif sur la santé.

Activités transversales pour « ne laisser personne de côté »

Les activités transversales en cours pour intégrer une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits humains dans les politiques et programmes de l'OMS aux trois niveaux de l'Organisation se sont appuyées sur un ensemble de mesures de soutien aux pays, des cadres politiques et un réseau de points focaux. En 2016-2017, moyennant des investissements considérables au niveau régional et au niveau des pays et un appui solide du Siège, plus de 70 pays ont acquis les capacités de mettre en œuvre au moins deux activités soutenues par l'OMS visant à intégrer une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits humains dans les programmes, les politiques et les plans en matière de santé. L'évaluation des obstacles auxquels doivent faire face les populations rurales et/ou défavorisées dans l'accès aux services de santé ; la fourniture d'une chimiothérapie préventive contre les maladies tropicales négligées ; et l'examen au niveau national des programmes de lutte contre le diabète et des programmes de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent sont des exemples de ces activités. L'examen des politiques pour l'équité en santé mené au niveau des pays a fourni aux ministères de la santé des données factuelles et des options stratégiques sur lesquelles s'appuyer afin que l'ensemble des pouvoirs publics s'engagent dans le dialogue sur l'équité en santé.

16 pays, depuis 2015, ont accru l'investissement dans les capacités en ressources humaines pour appliquer l'approche de « la santé dans toutes les politiques », le nombre total de pays passant de **21 à 37**

La prise de conscience de la valeur de la santé dans tous les secteurs de la prise de décision politique est l'objectif du programme pour **la santé dans toutes les politiques**, qui combine les forces de multiples parties prenantes, et vise à améliorer la cohérence politique au sein du gouvernement. En 2017, 37 pays de la catégorie des pays à revenu faible ou intermédiaire, au total, avaient reçu une formation pour utiliser l'approche de la santé dans toutes les politiques, moyennant la mise au point de feuilles de route et de stratégies au niveau national ; ils avaient aussi accru leurs capacités et amélioré les mécanismes favorisant l'action intersectorielle grâce à l'instauration du Réseau mondial pour la santé dans toutes les politiques. Le renforcement des liens avec les secteurs clés et les partenaires mondiaux permettra d'atteindre les cibles des objectifs de développement durable. Les impacts – tels que le renforcement des mesures de promotion de la santé publique liées à la pollution de l'air et à d'autres déterminants, l'élargissement de l'accès aux soins médicaux pour la mère et l'enfant, et la multiplication des villes amies des aînés – commencent déjà à se faire sentir.





Perspectives d'avenir

L'objectif de lutter contre les inégalités en santé, qui est souvent évident dans les soins aux mères et aux nouveau-nés dans les lieux où les ressources sont faibles, permettra simultanément d'œuvrer pour un objectif plus large de l'Organisation et du développement mondial : la couverture sanitaire universelle. De fait, les améliorations obtenues en vue d'une plus grande équité dans les soins aux femmes et aux enfants sont un indicateur puissant de l'égalité et l'équité globales dans l'accès aux soins. Ainsi, les activités essentielles de cette catégorie qui vise à surmonter les inégalités persistantes nous font aussi progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

L'approche qui prend en compte toutes les étapes de la vie – avec l'accent mis en particulier sur la femme, l'enfant et l'adolescent, et le souci de fournir ce dont chacun a besoin pour s'épanouir et survivre à tout âge – soutient cet objectif. Les interventions pour les soins aux nouveau-nés, la santé et le développement de l'adolescent, la planification familiale et les soins lors de l'accouchement permettront d'améliorer l'accès aux services de soins. L'impact de ces interventions va au-delà des vies sauvées et d'une amélioration de la santé, les rapports avantages/coûts étant de 10 pour 1. Le maintien des aptitudes fonctionnelles chez les personnes âgées peut contribuer à réduire les coûts de santé et à favoriser le bien-être.

L'OMS s'efforcera de définir un ensemble d'interventions hiérarchisées et intégrées pour améliorer le potentiel humain. Celles-ci prévoient un soutien renforcé aux bureaux de pays et aux autorités sanitaires nationales pour intégrer une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits humains ; l'établissement de mécanismes pour mesurer l'impact ; l'élargissement des efforts visant à prévenir les maladies liées à la pollution de l'air ; et la poursuite des travaux sur l'interface entre la santé, l'environnement et le changement climatique. L'Organisation s'attachera aussi à faire progresser les engagements internationaux visant à favoriser une gestion rationnelle des produits chimiques et la santé des travailleurs.

Principaux chiffres pour 2016-2017

Base :

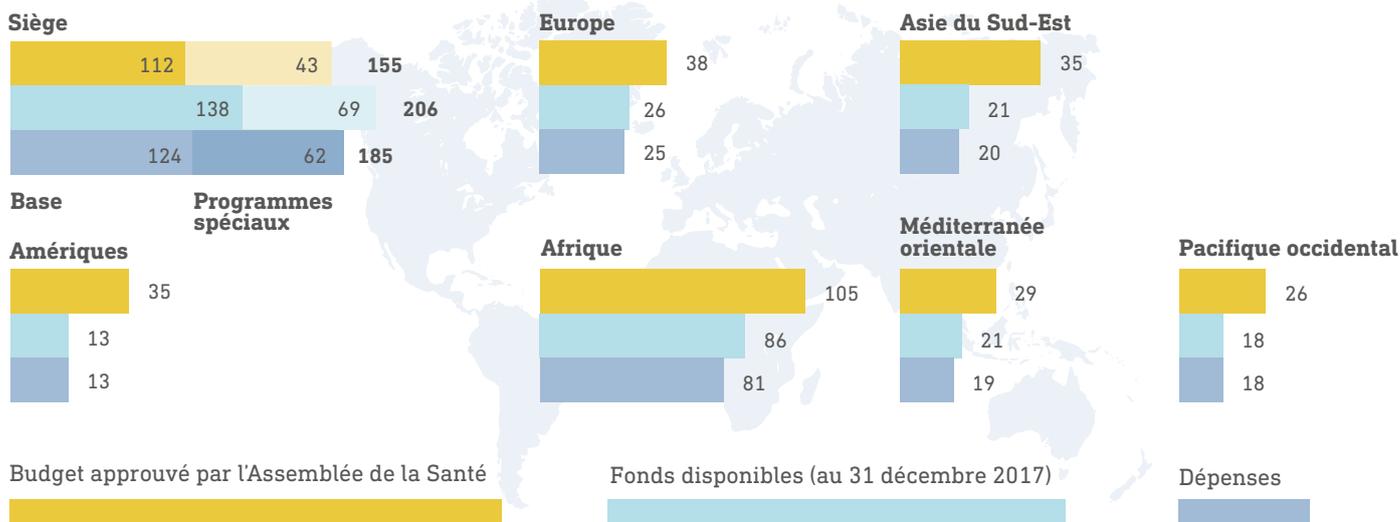
Budget programme approuvé : US \$382 millions
Fonds disponibles : US \$322 millions (84 % du budget programme)
Dépenses : US \$300 millions (79 % du budget programme, 93 % des ressources disponibles)

Programme spécial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) :

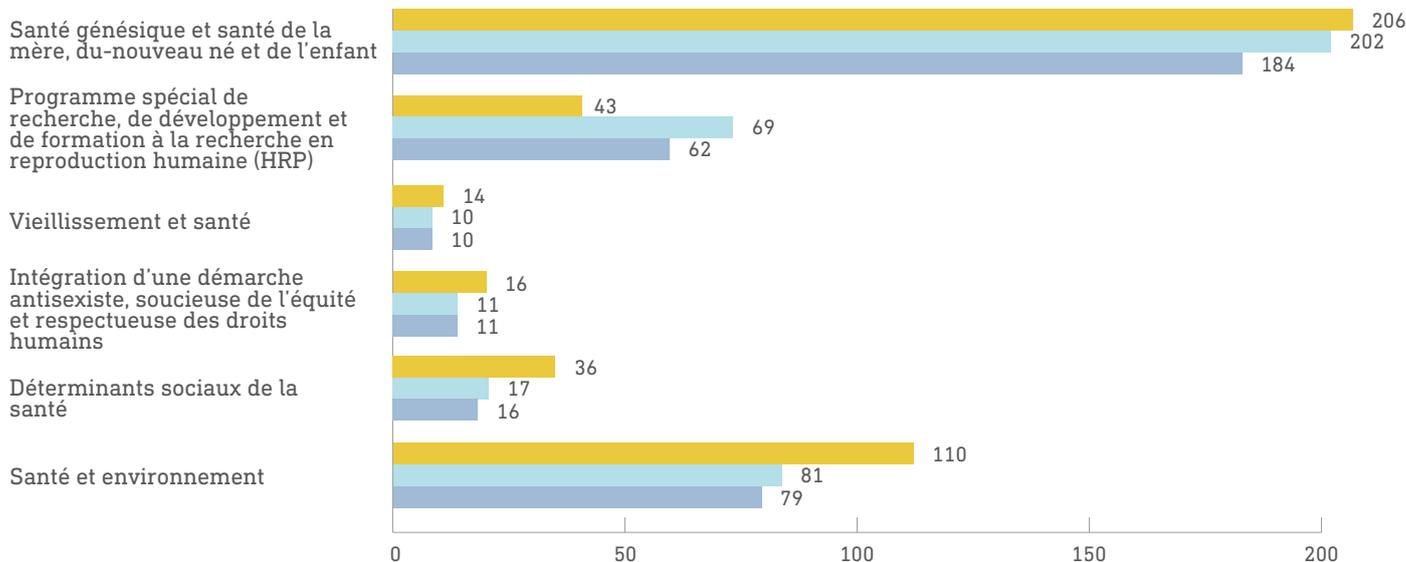
Budget programme approuvé : US \$43 millions
Fonds disponibles : US \$69 millions (160 % du budget programme)
Dépenses : US \$62 millions (144 % du budget programme, 90 % des ressources disponibles)



Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US \$)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US \$)



Budget et financement

Les activités dans ce secteur bénéficient d'une large base de donateurs qui fournissent 90 % du financement moyennant des accords dont le montant ne dépasse pas US \$1 million. Les petits projets de ce type représentent un défi pour la cohérence et la mise en œuvre stratégiques au niveau mondial.

Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – Une composante essentielle des objectifs de

développement durable et un domaine prioritaire de l'OMS. La plupart des contributeurs volontaires (la Fondation Bill & Melinda Gates, les fonds alloués par l'intermédiaire du Fonds des Nations Unies pour la population ou le Luxembourg, par exemple) financent ce domaine. Les fonds mis à disposition ont permis à l'OMS de mener des recherches au Siège et de mettre en œuvre des initiatives au niveau des pays.

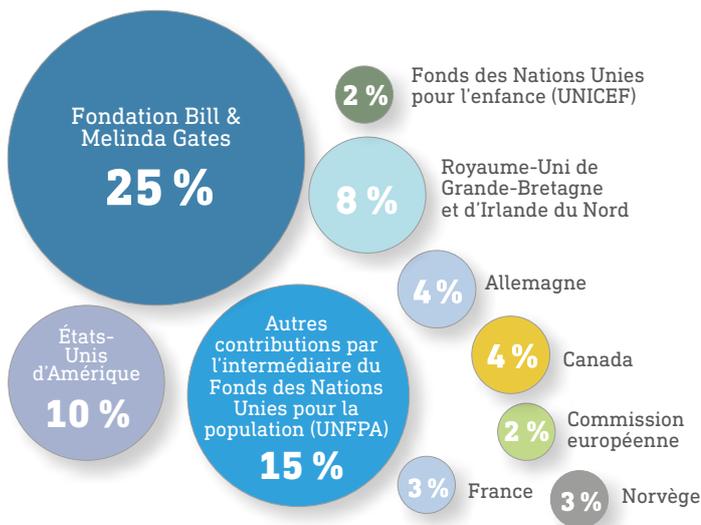
Santé et environnement – Les fonds volontaires à objet désigné provenant des Gouvernements des États-Unis d'Amérique, de la Norvège, des Pays-Bas, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, ainsi que de la Fondation Bill & Melinda Gates, et les fonds obtenus auprès d'autres organismes des Nations Unies, ont permis des progrès notables dans ce domaine.

Autres programmes – Les domaines Vieillesse et santé, Intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité,

et respectueuse des droits humains, et Déterminants sociaux de la santé, sont confrontés à des difficultés relativement plus importantes pour attirer le financement. L'OMS comble ce déficit de financement à partir de ses ressources flexibles afin de donner suite aux priorités qu'elle s'est fixées dans ces domaines transversaux, ce qui permettra de renforcer les activités et de garantir de meilleurs résultats dans d'autres secteurs. Une nouvelle réduction des ressources flexibles dans ces programmes reste un risque.



Les 10 premiers contributeurs volontaires (objet désigné, base)



Source de financement

Base :

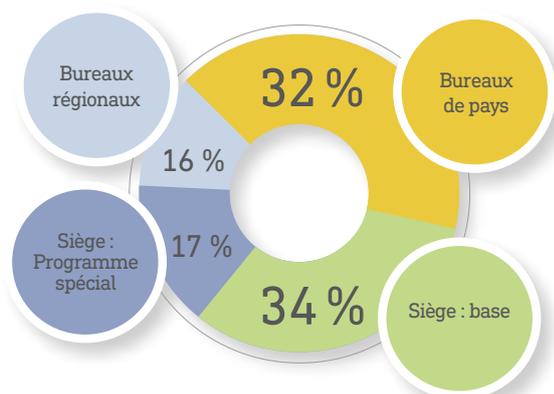
Contributions fixées : 27 %
 Compte des contributions volontaires de base : 8 %
 Contributions volontaires – à objet désigné : 65 %
 Sur le total des contributions volontaires à objet désigné, 73 % provenaient de 10 contributeurs (voir ci-contre)

Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) :

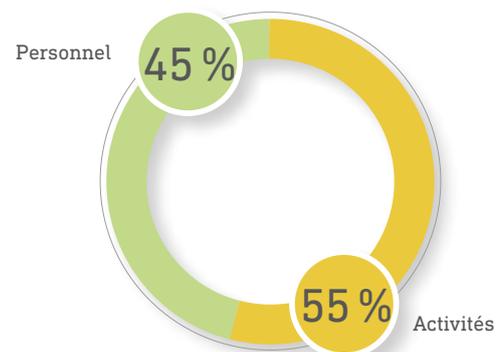
Contributions volontaires – à objet désigné : 100 %
 (25 % du total des contributions volontaires à objet désigné)



Dépenses par niveau



Dépenses : personnel et activités



Dépenses

Un tiers des dépenses ont été directement investies au niveau des pays pour mettre en œuvre des initiatives avec les gouvernements nationaux. Un montant significatif a été consacré au renforcement des capacités en ressources humaines dans le cadre des programmes pour améliorer la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que pour gérer les impacts sanitaires des risques environnementaux.

L'OMS exerce des fonctions normatives et mène des recherches grandement nécessaires ; elle fournit aussi un soutien stratégique. Elle consacre 45 % de ses fonds aux ressources humaines pour garantir l'exécution de ces fonctions. Une proportion importante des dépenses a lieu au

Siège, la recherche, y compris la recherche au titre de HRP, représentant 33 %. Bien que les dépenses soient enregistrées au niveau du Siège, le travail effectif se fait par l'intermédiaire d'institutions partenaires de la recherche et d'un soutien à la recherche sur la mise en œuvre dans les pays. Les montants des ressources et des dépenses par comparaison au budget sont relativement élevés pour la santé génésique et la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, et pour les programmes sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), la pollution de l'air et la santé urbaine, masquant les difficultés auxquelles l'OMS reste confrontée pour attirer des ressources suffisantes afin de réaliser ses engagements de renforcement des capacités et de soutien politique et technique dans les pays.

MALADIES NON TRANSMISSIBLES

“

Il faut en faire plus pour juguler la mortalité et les incapacités dues aux maladies non transmissibles. Avec les connaissances que nous avons de ce qui marche, nous ne pouvons pas rester sans rien faire alors que les gens meurent prématurément de maladies évitables. Au moins 80 % des personnes affectées par des cardiopathies, des AVC et du diabète et 40 % de celles qui souffrent de cancer, auraient pu rester en bonne santé si on s'était attaqué aux principaux facteurs de risque, comme l'alcool, le tabac, la mauvaise alimentation et la sédentarité.

D^{re} Zsuzsanna Jakab
Directrice régionale de l'OMS pour l'Europe

”



Secteurs de programmes

Maladies non transmissibles

Santé mentale et abus de substances

Violence et traumatismes

Handicaps et réadaptation

Nutrition

Sécurité sanitaire des aliments

Principaux objectifs



Réduire la **mortalité prématurée** due aux maladies non transmissibles par la prévention et le traitement



Promouvoir la **santé mentale et le bien-être**



Réduire le nombre de **décès et de handicaps dus aux traumatismes** et à la violence



Favoriser l'activité et améliorer la vie des personnes handicapées



Mettre fin à toutes les formes de **malnutrition**



Réagir face aux **menaces de maladies d'origine alimentaire**

Les menaces les plus importantes pour la vie dans les pays en développement ne sont plus les épidémies et les fléaux dévastateurs qui pouvaient autrefois ravager un continent. Aujourd'hui, les affections non transmissibles (telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et les affections respiratoires chroniques) et les traumatismes (les traumatismes dus aux accidents de la circulation et ceux qui sont causés par la violence notamment) figurent parmi les principales causes de décès prématurés et les principaux facteurs de handicap dans la plupart des pays.

Les maladies non transmissibles, qualifiées à une certaine époque de « maladies de la société d'abondance », touchent en fait davantage les populations défavorisées. Leur nature chronique signifie qu'elles se développent lentement, causant des souffrances à long terme et des incapacités au cours des ans, leur coût pour les familles, les systèmes de santé et les économies étant considérable. Pourtant, les maladies non transmissibles sont en grande partie évitables moyennant des politiques publiques ciblant les quatre facteurs de risque : le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation et la sédentarité. En outre, la prise en charge des maladies non transmissibles est essentielle pour améliorer la couverture sanitaire pour les quatre principales d'entre elles et la santé mentale. De même, la violence et les traumatismes (qui sont responsables de 1 décès sur 10 dans le monde) font payer le plus lourd tribut dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, malgré une quantité considérable de données probantes sur les stratégies de prévention efficaces.

Parmi les autres priorités de cette catégorie figurent la malnutrition sous toutes ses formes, les maladies d'origine alimentaire, la santé mentale et les troubles neurologiques, l'abus de substances, le handicap, la réadaptation, la santé bucco-dentaire, et la santé oculaire et auditive. Les travaux entrepris prennent en considération les facteurs de risque communs à la plupart de ces affections, ainsi que la nécessité de renforcer les systèmes de santé pour parvenir à de meilleurs résultats, en particulier compte tenu du fait que les morbidités multiples sont la nouvelle norme. Ils favorisent une approche multisectorielle pour influencer sur les politiques publiques dans des domaines tels que l'agriculture, le commerce et la finance, et ils aident les pays à progresser afin d'atteindre un certain nombre de cibles apparentées, dans le cadre des objectifs de développement durable.

Principales réalisations

Les maladies non transmissibles, qui représentent 70 % des décès dans le monde, sont désormais reconnues comme l'un des principaux obstacles au développement au XXI^e siècle. Pour inverser la tendance, les pays doivent concevoir des approches applicables à l'ensemble du gouvernement et de la société et mettre en œuvre des ensembles de politiques publiques efficaces et abordables. Cette approche a aidé les pays à combler les lacunes en matière de capacités et à favoriser l'intégration des politiques, la gestion des données, les partenariats et le financement.

Les interventions vont de la taxation du tabac, de l'alcool et des boissons sucrées, à des lois efficaces sur l'usage de la ceinture qui s'appliquent à tous les occupants des véhicules automobiles. Ces ensembles d'interventions, les « meilleurs choix », sont conformes aux objectifs de développement durable.

À Montevideo, les leaders s'engagent à agir pour lutter contre les maladies non transmissibles

Pour lutter contre une certaine démobilitation politique dans le domaine des maladies non transmissibles, l'OMS a organisé une conférence de haut niveau à Montevideo, en octobre 2017, à laquelle ont participé des représentants des trois niveaux de l'Organisation – pays, Régions et Siège – et le Gouvernement de l'Uruguay, sous la direction du Président Tabare Vasquez.

Lors de la réunion, les Chefs d'État et les ministres se sont engagés à prendre de nouvelles mesures pour réduire d'un tiers – d'ici à 2030 – les 15 millions de décès prématurés (chez des personnes de moins de 70 ans) dus aux maladies non transmissibles. Ils ont aussi adopté la feuille de route de Montevideo 2018-2030 sur les maladies non transmissibles en tant que priorité pour le développement durable : elle guidera les travaux de préparation de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui aura lieu en 2018.

Privilégier les investissements à rendement élevé

Il y a une décennie, le risque de décéder prématurément d'une cardiopathie, d'un accident vasculaire cérébral, d'un cancer, du diabète ou d'une affection respiratoire chronique, qui allait de moins de 10 % dans les pays riches à plus de 40 % dans les pays pauvres, représentait l'un des exemples les plus frappants de l'inégalité en santé. Dans un nombre toujours plus grand de pays, les progrès ont été remarquables. Ainsi, les 53 pays de la Région européenne devraient atteindre la cible des objectifs de développement durable relative à la réduction de la mortalité prématurée due aux quatre principales maladies non transmissibles d'ici à 2030. L'OMS a recommandé une approche du problème qui englobe tous les secteurs gouvernementaux et a identifié les interventions dont le rapport coût/efficacité et l'impact sont positifs. Toutefois, pour les populations les plus défavorisées, les plus à risque, l'absence de progrès persiste et il reste encore beaucoup à faire pour y remédier.

Le Secrétariat de l'OMS a un rôle clé à jouer dans le soutien aux États Membres pour la mise en œuvre des interventions constituant les « meilleurs choix » ; elle a mis au point des outils techniques correspondants (**MPOWER** ; le programme **SHAKE** pour la réduction des apports en sel ; **HEARTS**, un manuel technique pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires dans le cadre des soins de santé primaires ; **WHO PEN**, un ensemble d'interventions essentielles concernant les maladies non transmissibles dans le cadre des soins primaires dans les lieux où les ressources sont limitées) ainsi que des méthodes pour utiliser ces outils et en assurer le suivi. Une attention particulière a été portée à la taxation de l'alcool, du tabac et des boissons sucrées, qui représente un moyen efficace de réduire la consommation comme le coût des soins, ainsi que de fournir une source de recettes au niveau interne. L'OMS fournit un appui au renforcement des capacités dans divers domaines, parmi lesquels la prévention de la violence et des traumatismes (TEACH-VIP) et la surveillance des maladies non transmissibles, notamment par les enquêtes sur les capacités dans les pays, qui facilitent l'évaluation des progrès dans la mise au point des ripostes nationales face à ces maladies.

Une réduction relative de 9 %
dans la prévalence du tabagisme
chez les personnes âgées de
15 ans et plus entre 2010 et 2016



100 pays disposent d'une
politique, d'une stratégie ou d'un
plan national complet visant à
réduire la sédentarité



101 pays ont inclus des médicaments
essentiels contre les maladies non
transmissibles dans leur liste nationale
de médicaments essentiels



L'exemple de l'Uruguay, précurseur dans la lutte antitabac

La politique ambitieuse adoptée par l'Uruguay pour protéger sa population du tabac a servi de modèle pour d'autres nations.

Ce petit pays de 3 millions d'habitants est entré dans l'histoire de la santé publique lorsqu'il a décidé d'affronter le géant du tabac Philip Morris International – qui s'efforçait de bloquer les lois sur l'emballage et l'étiquetage adoptées par le pays – et en est sorti victorieux. En juillet 2016, après six ans de bataille judiciaire, l'Uruguay a triomphé dans une affaire qui fera date, le tribunal arbitral de la Banque mondiale ayant émis un jugement favorable à l'Uruguay et ordonné à Philip Morris International de s'acquitter des frais de justice.

Cette décision a représenté bien davantage qu'une simple victoire pour la population de l'Uruguay : elle a créé un précédent, en montrant que les petites nations peuvent vaincre les géants du tabac.

L'Uruguay a joué un rôle de leader au niveau mondial dans ce domaine grâce à la mise en œuvre complète de la **Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac**. En 2006, il était le premier pays d'Amérique latine à interdire le tabac dans les lieux publics. Parmi les mesures antitabac rigoureuses qu'il a adoptées figurent des taxes, des hausses de prix, des campagnes de sensibilisation et une interdiction de la publicité et de la commercialisation trompeuse du tabac ; des enquêtes sur le tabagisme sont aussi régulièrement menées au niveau national. La baisse du tabagisme témoigne du succès de ces mesures – la proportion d'adultes fumeurs a chuté de près de moitié entre 2000 et 2015, passant de 40 % à 22 %.



Réduire les facteurs de risque à Sri Lanka

À Sri Lanka, les maladies non transmissibles sont responsables de 3 décès sur 4, soit de près de 100 000 décès par an. Les changements dans le mode de vie ont été suivis d'une évolution rapide des pathologies. Environ 30 % des Sri-Lankais sont physiquement inactifs et 30 % d'entre eux sont en surpoids, tandis que 1 homme sur 3 est fumeur. La consommation de sel est élevée et 1 adulte sur 3 souffre d'hypertension.

Malgré des ressources limitées, Sri Lanka a introduit de nombreuses interventions ciblées et a adopté des politiques ambitieuses pour s'attaquer au problème, avec le soutien de l'OMS. En 2016, le Gouvernement a lancé le plan d'action multisectoriel national pour la lutte contre les maladies non transmissibles à Sri Lanka, 2016-2020, approuvé par le Premier Ministre. Certaines des mesures ont déjà été mises en place : le Gouvernement a, par exemple, introduit des taxes sur le tabac ; son objectif est désormais d'introduire le conditionnement neutre pour les produits du tabac et de mettre fin à la culture du tabac. En outre, un système d'étiquetage s'inspirant des feux de signalisation a été introduit, dans lequel les pastilles rouges ou orange sur les étiquettes indiquent un niveau de sucre élevé, incitant ainsi les gens à faire des choix plus sains, et leur permettant de le faire. L'OMS et diverses parties prenantes et organisations se sont réunies dans le cadre de la « NCD Alliance Lanka » – alliance en vue de combattre les MNT dans le pays – conformément à une recommandation clé du **Plan d'action mondial OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020**. C'était l'une des premières alliances de ce type dans la Région. Les horaires d'ouverture des quelque 800 « centres pour un mode de vie sain » ont aussi été prolongés le soir pour favoriser la participation masculine. Ces centres, situés au niveau des soins de santé primaires, proposent des services de dépistage pour les affections et les facteurs de risque tels que l'hypertension, le diabète et le cancer, tandis qu'un personnel qualifié offre des conseils en santé aux patients. La prise en charge de telles maladies à un stade précoce peut réduire la nécessité de recourir ultérieurement à des traitements coûteux.



Lutter contre l'hypertension dans des pays où la charge est élevée

L'OMS a collaboré avec ses partenaires pour mettre au point le guide technique HEARTS qui, en partenariat avec l'Initiative « **Resolve to Save Lives** » (Résolus à sauver des vies) et d'autres parties prenantes, sera déployé dans les pays afin d'élargir les stratégies qui ont fait leurs preuves pour améliorer la lutte contre l'hypertension, y compris en appliquant des protocoles thérapeutiques et en utilisant des indicateurs normalisés pour suivre les progrès. La lutte contre l'hypertension passe aussi par l'élargissement de la mise en œuvre du programme **SHAKE** pour réduire la consommation de sel.

182 pays disposent de politiques et de plans alignés sur les cibles mondiales 2025 en matière de nutrition



Une décennie d'action pour la nutrition

Une mauvaise alimentation, la malnutrition de la mère et de l'enfant et l'obésité sont à l'origine de près d'un quart de tous les décès dans le monde. En 2016, l'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé que la décennie 2016-2025 serait la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition. Conjointement avec la FAO, l'OMS a élaboré un programme de travail appelant à agir dans les domaines de la santé, du système alimentaire, de l'éducation et du commerce. Les pays ont formulé des engagements « SMART » (spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et assortis de délais) et mis sur pied des réseaux d'action favorisant les échanges mutuels et le soutien à l'élaboration de politiques relatives à un environnement alimentaire sain, l'étiquetage des aliments et l'achat des aliments destinés aux écoles. L'OMS a contribué à montrer la voie en accordant une plus grande priorité à la réduction de la malnutrition sous toutes ses formes, y compris la dénutrition, les carences en micronutriments, le surpoids et l'obésité, qui était absente des plans nationaux pour la nutrition il y a une décennie. L'OMS soutient les États Membres dans la mise en œuvre d'une vision commune pour mettre fin à la malnutrition, un impératif pour la santé et le développement.

33 pays ont introduit des mécanismes adaptés pour prévenir ou atténuer les risques d'origine alimentaire entre 2015 et 2017, portant leur nombre total à 130



Mettre fin à l'obésité de l'enfant

Près des trois quarts des 41 millions d'enfants de moins de 5 ans qui sont en surpoids ou obèses vivent en Asie et en Afrique. Le nombre des enfants et des adolescents obèses a été multiplié par 10 au cours des quatre dernières décennies pour atteindre 124 millions en 2016. Parmi les mesures visant à mettre fin à l'obésité de l'enfant figurent des mesures réglementaires, des mesures intégrées dans le domaine de la nutrition de la mère et de l'enfant, et l'exercice physique en tant que composante des soins de santé primaires et dans les écoles. Le plan de mise en œuvre du Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant est un guide pour les États Membres qui combine les forces de multiples parties prenantes en vue d'améliorer la cohérence politique entre tous les secteurs pour faire progresser ces mesures. Au sein de la Région européenne, l'initiative pour la surveillance de l'obésité de l'enfant concerne 41 pays et près d'un demi-million d'enfants.

Une activité physique régulière réduit le risque de cardiopathie, d'accident vasculaire cérébral, de diabète et de certains cancers, et peut améliorer la santé mentale et la qualité de vie. À l'échelle mondiale, 23 % des adultes et 81 % des adolescents n'ont pas une activité physique suffisante pour que leur santé en bénéficie. Le **projet de plan d'action mondial sur l'exercice physique (2018-2030)** recommande des mesures politiques dans de multiples secteurs, et des efforts pour renforcer le leadership, la gouvernance, l'engagement multisectoriel, les capacités en personnel et les systèmes d'information.

La nouvelle approche du plan contre la démence

La démence touche 47 millions de personnes dans le monde (environ 5 % de la population des personnes âgées au niveau mondial), un chiffre qui devrait passer à 75 millions en 2030 et 132 millions d'ici à 2050. Selon les estimations de l'OMS, à l'échelle mondiale, près de 10 millions de personnes sont atteintes de démence chaque année. Consciente des répercussions profondes de telles statistiques, l'OMS préconise une nouvelle approche pour améliorer la vie des personnes concernées, de leurs aidants et de leurs familles, tout en réduisant l'impact de la maladie sur ces personnes comme sur les communautés et les pays, par l'intermédiaire d'une stratégie qui fera date, le plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025. Les domaines d'action sont notamment : des mesures pour réduire le risque de démence ; le diagnostic, le traitement et les soins ; et la recherche. Le plan a été mis au point moyennant des consultations approfondies, y compris avec les États Membres et les partenaires ; il fera l'objet d'un suivi par l'observatoire mondial OMS de la démence, qui devrait recueillir des données auprès de 50 pays d'ici à la fin de 2018.

Amélioration de la sécurité routière

Dans le monde, plus de 1,3 million de personnes décèdent chaque année sur les routes. La moitié des victimes appartiennent aux catégories d'usagers de la route les plus vulnérables, à savoir les motocyclistes (23 %), les piétons (22 %) et les cyclistes (4 %). Sous l'impulsion de l'OMS, la prise de conscience du caractère à

la fois prévisible et évitable de la plupart des accidents de la circulation a désormais progressé, et des politiques et pratiques sont actuellement élaborées en conséquence, y compris sur les soins en traumatologie.

En 2017-2018, l'OMS a collaboré aux initiatives suivantes :

- cibles mondiales concernant les facteurs de risque en matière de sécurité routière et mécanismes de mise en œuvre : en novembre 2017, à la suite de consultations approfondies et de l'élaboration d'un document de travail, les États Membres ont mis au point un ensemble complet de 12 cibles mondiales en matière de sécurité routière ;
- la **Bloomberg Initiative for Global Road Safety**, dont le but est de réduire le nombre des morts et des blessés dus aux accidents de la route en renforçant la législation sur la sécurité routière au niveau national et en prenant des mesures qui ont fait leurs preuves au niveau des villes (l'OMS a soutenu le programme en Chine, aux Philippines, en Thaïlande et en République-Unie de Tanzanie) ; le Groupe des Nations Unies pour la collaboration en matière de sécurité routière, visant à renforcer la coopération entre les organismes des Nations Unies afin de promouvoir la sécurité routière ; et la **Quatrième Semaine mondiale des Nations Unies pour la sécurité routière**, du 8 au 14 mai 2017, qui a mis l'accent sur la vitesse, en utilisant le slogan : Sauvez des vies, #Ralentissez ;
- le rapport mondial de situation sur la sécurité routière, publié tous les deux ans, présente la situation dans les pays en ce qui concerne la mortalité et les traumatismes dus aux accidents de la circulation routière, ainsi que les facteurs de risque clés ; il constitue un moyen de suivre les progrès réalisés pour atteindre les objectifs de développement durable et d'autres cibles mondiales.

Prévenir la violence

À l'échelle mondiale, on estime que près de 1 milliard d'enfants âgés de 2 à 17 ans ont été confrontés à des violences physiques, sexuelles ou psychologiques, ou ont souffert de négligence au cours de l'année écoulée. Outre son impact immédiat sous la forme de traumatismes physiques et psychologiques, l'exposition à la violence est un facteur de risque majeur de conséquences sanitaires et sociales négatives plus tard au cours de la vie. L'OMS a joué un rôle majeur en documentant ces effets et en diffusant les données scientifiques relatives aux interventions efficaces pour prévenir ces violences.

En 2017-2018, l'OMS a :

- joué un rôle essentiel dans la création du **Partenariat mondial pour mettre fin à la violence envers les enfants**, et dans l'organisation du premier sommet pour la recherche de solutions pour mettre fin à la violence envers les enfants ;
- diffusé la publication **INSPIRE : sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants**, un document technique destiné à aider les pays dans la mise en place de programmes de prévention à partir de données factuelles et de services aux victimes ; et
- apporté un soutien technique dans la mise en place de programmes de prévention à partir de données factuelles et de services aux victimes dans 20 pays au moins.

Les soins de santé mentale pour les réfugiés

L'OMS a apporté un soutien pour la santé mentale des réfugiés. La Turquie abrite une importante population de réfugiés, majoritairement syriens, dont un grand nombre a subi de terribles épreuves et a des besoins psychosociaux. Avec l'aide de l'OMS (en particulier le Bureau de Gaziantep), le Gouvernement a répondu en renforçant les capacités en ressources humaines dans les soins en santé mentale (en utilisant le guide d'intervention du **programme d'action mhGAP** (Comblant les lacunes en santé mentale)) et en établissant des centres de santé mentale et d'autres services pour la population des réfugiés.

Le Liban a connu un afflux massif de réfugiés fuyant la guerre en Syrie. Environ 1,5 million de réfugiés syriens sont répartis dans l'ensemble du pays ; chaque village libanais abrite des réfugiés. Cela représente une augmentation de 30 % de la population et fait peser un lourd fardeau sur le système de santé. Les services de soins de santé primaires ne sont pas équipés pour prendre en charge les niveaux importants de dépression et d'anxiété qui sont constatés chez les réfugiés.

L'OMS a contribué à l'élaboration d'une stratégie nationale pour la santé mentale, a coordonné l'établissement de politiques nationales pour les soins en santé mentale et a soutenu les campagnes de sensibilisation nationales. Elle a aussi obtenu un financement, a contribué aux mesures visant à mettre à jour la Liste OMS des médicaments essentiels pour inclure davantage de médicaments psychotropes, et a mis au point un registre pour la santé mentale. L'Organisation a aussi contribué à former 2000 agents de santé au diagnostic et à la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux.

En 2017, 3500 consultations en santé mentale ont été destinées en moyenne chaque mois aux réfugiés syriens. L'OMS a vu dans cette situation de crise l'occasion d'améliorer les soins en santé mentale dans le pays.



Baisse de **3 %** du taux de suicide annuel pour 100 000 habitants entre **2015 et 2017**



Perspectives d'avenir

Le Secrétariat de l'OMS poursuivra sa collaboration avec les États Membres et d'autres partenaires pour élargir les efforts visant à mettre en œuvre des mesures à fort impact et d'un bon rapport coût/efficacité pour maîtriser les maladies non transmissibles et réduire la violence et les traumatismes. Il travaillera avec la société civile et tous les secteurs pour réduire le fardeau qui en résulte et coopérera avec d'autres partenaires concernés – par l'intermédiaire de la Commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles et de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles – pour persuader les responsables élus de faire des choix politiques ambitieux pour prendre en charge les maladies non transmissibles et la santé mentale. Le Secrétariat renforcera son rôle de leader et ses capacités techniques pour aider les pays à mettre en œuvre les résultats de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui se tiendra en 2018.

Le Secrétariat de l'OMS continuera à apporter son aide technique aux pays en ce qui concerne les « meilleurs choix » ainsi que d'autres interventions. Les orientations de l'OMS, fondées sur des données factuelles, aideront les pays à réduire la consommation de sel et de sucre ; à éliminer les acides gras trans artificiels et à réduire les antibiotiques dans l'alimentation ; à reformuler les produits pour qu'ils soient plus sains ; à réduire le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool ; à mettre un terme à la commercialisation des aliments et des boissons nocifs pour la santé destinés aux enfants ; et à réduire la sédentarité. En soutenant la gestion des maladies non transmissibles, le Secrétariat continuera à aider les pays à mettre en œuvre des outils techniques tels que le manuel HEARTS, ou l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS concernant les maladies non transmissibles (WHO PEN) pour les soins de santé primaires dans les lieux où les ressources sont limitées.

Le Secrétariat de l'OMS continuera à fournir une assistance technique aux pays pour la mise en œuvre des meilleures pratiques en vue de réduire les traumatismes dus aux accidents de la circulation, par l'intermédiaire du module technique Sauver des VIES, et de réduire la violence, en particulier à l'encontre des enfants, grâce au programme INSPIRE. Il collaborera avec les pays pour identifier les lacunes dans les systèmes de soins d'urgence et établir des priorités dans les mesures à prendre.

Le soutien du Secrétariat aux États Membres sera axé sur quatre domaines d'engagement : la gouvernance, la prévention et la réduction des facteurs de risque, la surveillance, le suivi et l'évaluation, et les soins de santé. Le Secrétariat renforcera aussi le soutien technique fourni pour remédier aux lacunes dans le traitement des troubles de la santé mentale et prendre en compte les questions relatives aux droits humains apparentées, mettre en œuvre des services de soins de santé et de prise en charge sociale à fort impact, et proposer des interventions économiques et efficaces pour les troubles communs.

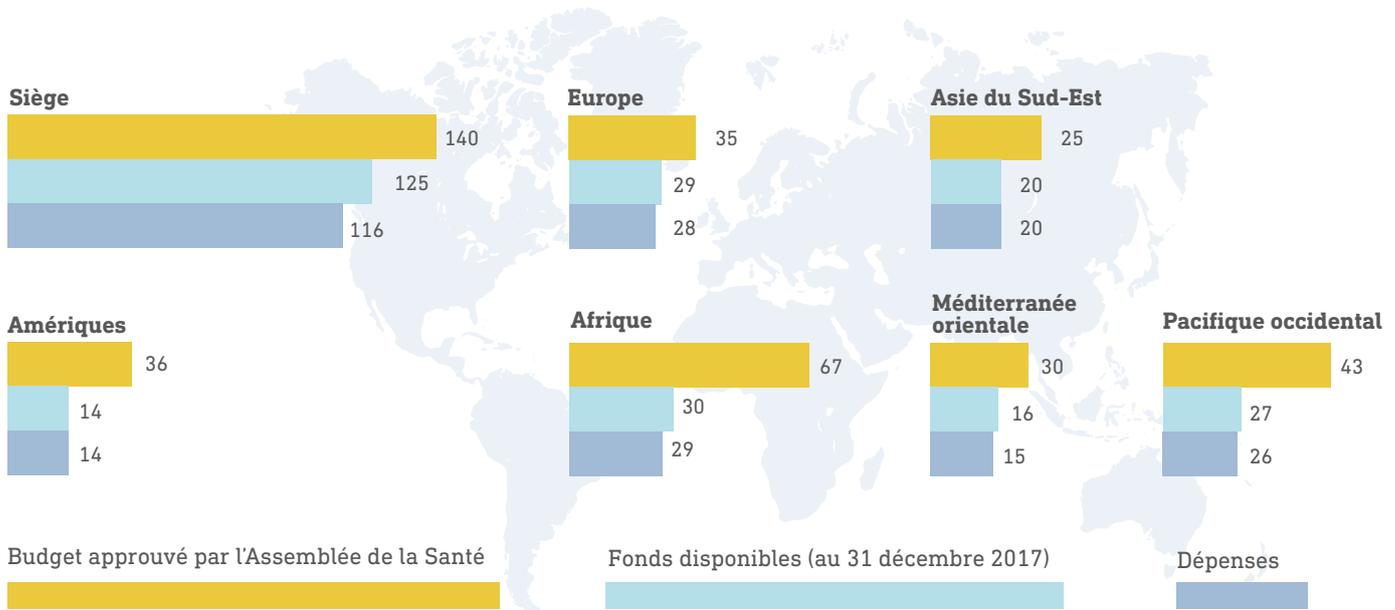
Principaux chiffres pour 2016-2017

Budget programme approuvé : US \$376 millions

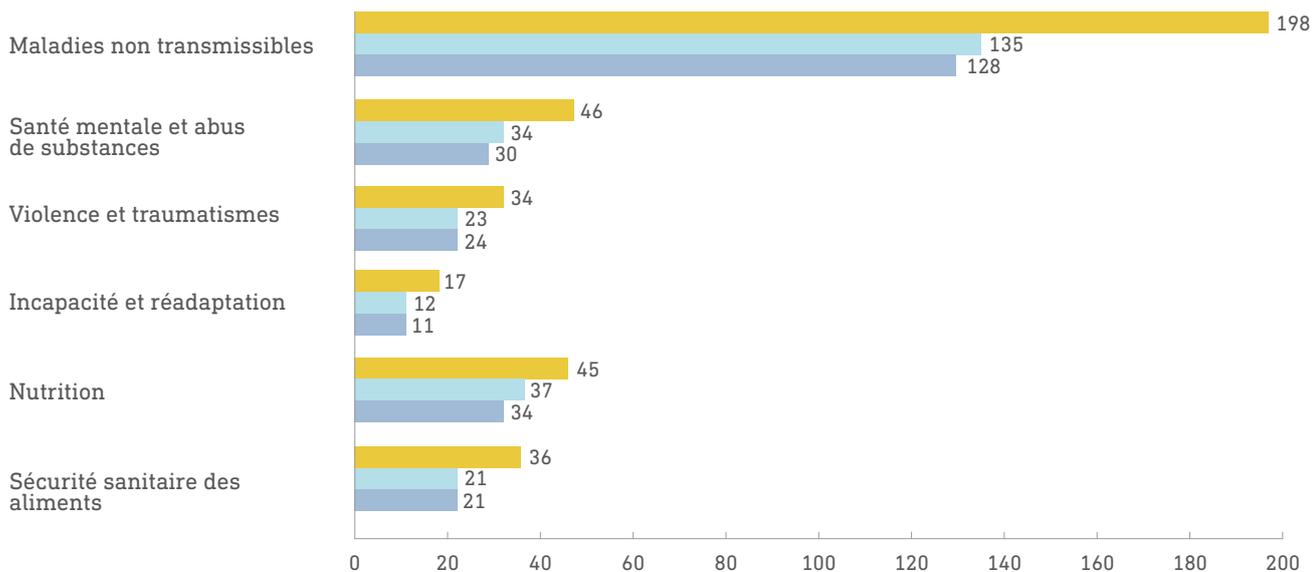
Fonds disponibles : US \$262 millions (70 % du budget programme)

Dépenses : US \$249 millions (66 % du budget programme, 95 % des ressources disponibles)

Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US \$)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US \$)



Budget et financement

Les secteurs de programme relatifs aux maladies non transmissibles restent ceux qui attirent le moins de fonds. Cela pose de graves difficultés pour la mise en œuvre des stratégies requises. Ainsi, au cours de l'exercice 2016-2017, 70 % seulement du budget programme total approuvé pour la

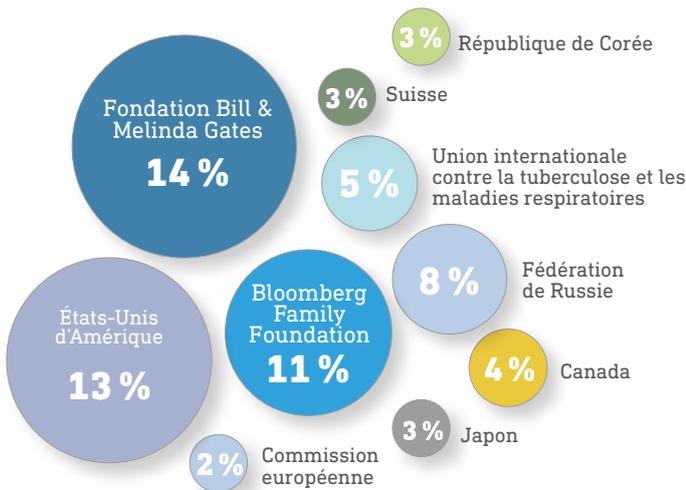
catégorie a été mobilisé. Ces secteurs de programme sont ceux qui présentent les plus importants déficits de financement par comparaison avec le budget programme, malgré le fait que les budgets des programmes soient relativement inférieurs à ceux d'autres secteurs de programme. Toutefois, il convient de noter

que la mise en œuvre par rapport aux ressources disponibles se situe à un niveau très élevé.

La plupart des pays considèrent les maladies non transmissibles comme prioritaires pour le soutien de l'OMS. Par conséquent, avec un financement moindre de ce secteur de la part des donateurs, l'OMS fournit des fonds à partir du

compte des contributions volontaires de base afin d'assurer la mise en œuvre de la stratégie et de parvenir aux résultats escomptés. Les secteurs de programme relatifs aux maladies non transmissibles reçoivent la majeure partie du total des fonds flexibles (54 %).

Les 10 premiers contributeurs volontaires (objet désigné)

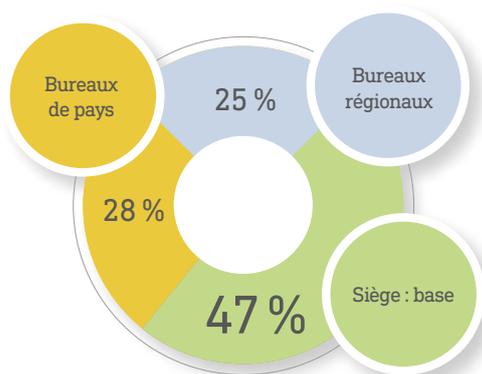


Source de financement :

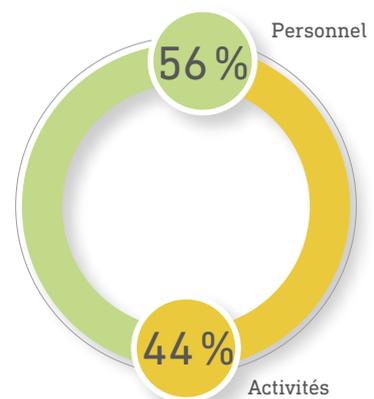
Contributions fixes : 38 %
 Compte des contributions volontaires de base : 13 %
 Contributions volontaires à objet désigné : 49 %

Sur le total des contributions volontaires à objet désigné, 66 % provenaient de 10 contributeurs (voir ci-contre)

Dépenses par niveau



Dépenses : personnel et activités



Dépenses

Près de la moitié des dépenses sont engagées au niveau du Siège. Au cours de l'exercice 2016-2017, des investissements importants ont été consentis pour l'exécution des fonctions normatives, la sensibilisation et la recherche, et l'élaboration de stratégies et de lignes directrices, notamment la stratégie de l'OMS sur la nutrition 2016-2020, les lignes directrices sur la réglementation des produits du tabac et les lignes directrices sur le programme d'action « Comblers les lacunes en santé mentale » (mhGAP).

Près d'un tiers des dépenses a été consacré aux activités au niveau des pays, parmi lesquelles le renforcement des

capacités locales, le déploiement des interventions au niveau des pays, en particulier celles visant à la mise en œuvre des « meilleurs choix » et au soutien à l'élaboration des législations correspondantes. Les dépenses de ce type sont appelées à augmenter compte tenu du soutien qui sera apporté au déploiement élargi des interventions. Des investissements notables ont aussi été réalisés au niveau régional pour appuyer les efforts visant à renforcer le suivi ; il s'agit notamment des enquêtes mondiales sur la consommation de tabac chez les adultes (GATS) ou de l'approche STEPwise de l'OMS pour les enquêtes de surveillance (STEPS).

MALADIES TRANSMISSIBLES

“

Chaque être humain a le droit d'être en bonne santé, quels que soient son âge, son sexe et son lieu de naissance ...

D^{re} Matshidiso Moeti

Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique
(dans un message à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida,
avec un appel à ce que « nul ne soit laissé pour compte »)

”



Secteurs de programmes

VIH et hépatite

Tuberculose

Paludisme

Maladies
tropicales
négligées

Maladies à
prévention
vaccinale

Résistance aux
antimicrobiens

Principaux objectifs



Éliminer et éradiquer plus vite les maladies transmissibles à fort impact et atteindre toutes les populations vulnérables et marginalisées, et ainsi aller vers davantage d'équité



Aider tous les pays à **assurer des services de vaccination de qualité** dans le cadre d'une plateforme de prévention des maladies intégrée et centrée sur la personne



Combattre la résistance aux antimicrobiens, notamment en menant une action de sensibilisation, en améliorant la surveillance mondiale, en optimisant l'usage des antimicrobiens et en favorisant la recherche-développement

L'humanité est depuis longtemps frappée par les maladies transmissibles, mais aujourd'hui, ce sont les couches les plus pauvres et les plus vulnérables de la société qui sont les plus durement touchées. Ces catégories ont un accès limité aux mesures de prévention, aux tests de diagnostic et aux traitements, et elles doivent souvent engager des dépenses catastrophiques lorsqu'elles tentent d'accéder aux soins.

Dans les pays où l'on constate de forts taux d'extrême pauvreté, la charge des maladies transmissibles reste importante : les taux d'incidence du paludisme et de l'hépatite sont élevés, et le VIH et la tuberculose, la persistance des maladies tropicales négligées et les maladies à prévention vaccinale ont de lourdes conséquences socioéconomiques et humaines.

Dans leur ensemble, les « maladies de la pauvreté », bien que pouvant être évitées et traitées, provoquent plus de quatre millions de décès par an, représentent une lourde charge pour la société et freinent le développement économique.

Dans la lutte contre ces maladies et pour atteindre les objectifs de développement durable, il est essentiel « qu'il n'y ait pas de laissés-pour-compte », comme le veulent le principe directeur de cette catégorie et l'un des fondements des objectifs de développement durable.

Bien qu'ils puissent être évités et traités, le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les maladies à prévention vaccinale, l'hépatite virale et les maladies tropicales négligées restent de grands problèmes de santé publique dans toutes les Régions de l'OMS. Les objectifs de développement durable ont donné un

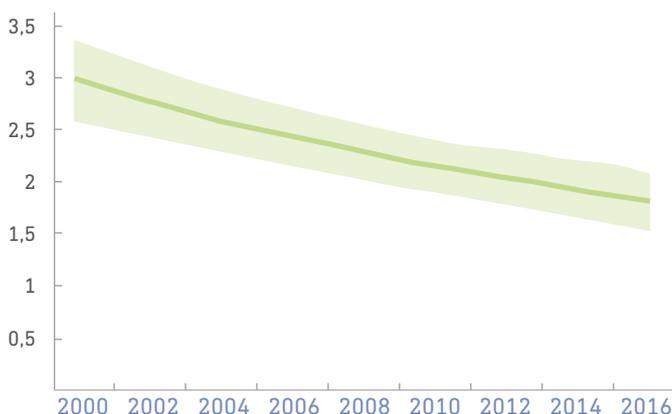
nouveau caractère d'urgence à l'application rapide de mesures pour mener à bien « l'action inachevée » concernant les maladies transmissibles. L'OMS, qui a une solide expérience de la lutte contre les maladies transmissibles, collabore avec ses partenaires pour obtenir des résultats tangibles et durables en vue de « mettre un terme à l'épidémie ».

Principales réalisations

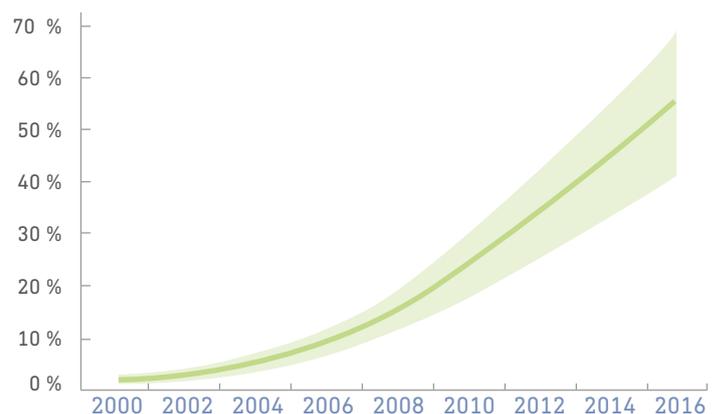
Atteindre les plus vulnérables

La réduction des inégalités d'accès a systématiquement été intégrée comme élément essentiel de l'approche stratégique visant à étendre la couverture des services de prévention et de traitement de l'infection à VIH et de l'hépatite. En ce qui concerne l'infection à VIH, on remédie, avec plusieurs partenaires, grâce à diverses interventions, à l'insuffisance de la couverture par les services appropriés pour les populations clés, les adolescentes et les jeunes femmes. Le dépistage du VIH est étendu dans le cadre de stratégies et d'approches novatrices pour que les plus vulnérables et les plus à risque en bénéficient. À l'échelle mondiale, une nouvelle étape importante a été franchie dans le traitement de l'infection à VIH : 21 millions de personnes vivant avec le VIH – soit plus de la moitié des personnes touchées – reçoivent le traitement recommandé.

Nombre de nouvelles infections à VIH (en millions)



Couverture par la thérapie antirétrovirale



Le nombre de nouvelles infections à VIH a baissé de 39 % et le nombre de décès liés au VIH a diminué d'un tiers. Les traitements antirétroviraux ont permis de sauver 13,1 millions de vies entre 2000 et 2016.

Nouvelles lignes directrices, nouveaux tests et nouveau traitement

Des travaux sont en cours pour lancer l'utilisation pilote du premier vaccin antipaludique du monde dans trois pays d'Afrique subsaharienne en 2018. Ce programme pilote permettra d'évaluer la possibilité d'administrer les quatre doses, l'impact du vaccin en termes de vies sauvées et l'innocuité du vaccin lorsqu'il est administré systématiquement.

L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2016, dans sa résolution WHA69.22, les stratégies mondiales du secteur de la santé contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2016-2021. L'OMS a également publié, pour la première fois, une série de documents d'orientation sur l'hépatite : des lignes directrices sur la surveillance, sur le dépistage de l'hépatite B et C, et sur le dépistage et la prise en charge de l'hépatite C chronique. L'OMS a également préqualifié son premier test de diagnostic rapide de l'hépatite C, qui facilitera le diagnostic dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et améliorera l'accès au traitement.

Naissance de davantage de nouveau-nés n'étant atteints ni d'une infection à VIH ni de la syphilis

L'OMS a certifié l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis dans huit pays ou zones – Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bélarus, Bermudes, Îles Caïmanes, Montserrat, Saint Kitts-et-Nevis et Thaïlande. Ce succès montre que la prise en compte de la santé de la mère et de l'enfant dans les services de santé sexuelle et reproductive et de prise en charge du VIH est un facteur clé. Les stratégies nouvelles de l'OMS pour le secteur de la santé contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles reposent sur cette intégration.

21 millions de personnes vivant avec le VIH bénéficient désormais d'un traitement recommandé



Un nombre record de **3 millions** de personnes ont pu bénéficier d'un traitement contre l'hépatite C au cours des deux dernières années



Lutte simultanée contre deux épidémies : la tuberculose et l'infection à VIH

En 2016, près de 40 % des patients atteints de sida décédaient de la tuberculose. Le Cambodge, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe ont pris des mesures pour lutter contre la double charge que représentent l'infection à VIH et la tuberculose en portant à une échelle supérieure la collaboration recommandée dans la lutte contre ces deux maladies et en intégrant les services. Au Cambodge, on constate, depuis 2004, une baisse de 85 % des décès par tuberculose liés au VIH et, au Zimbabwe, cette baisse est de plus de 70 %.

Pour éviter que les personnes vivant avec le VIH ne décèdent de la tuberculose, il faut un traitement préventif, une meilleure détection des cas et des interventions thérapeutiques. En République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe, plus de 95 % des patients tuberculeux connaissent leur statut vis-à-vis du VIH et, au Cambodge, ce chiffre est supérieur à 85 %. Environ 98 % des patients tuberculeux et positifs pour le VIH qui ont été signalés ont bénéficié d'un traitement antirétroviral au Cambodge. Ils étaient 91 % en République-Unie de Tanzanie et 86 % au Zimbabwe. Ces dernières années, le traitement préventif à l'isoniazide a été considérablement élargi dans tous ces pays. Pour 2016, le Zimbabwe a signalé que quelque 124 000 personnes vivant avec le VIH – soit 73 % des personnes nouvellement prises en charge pour une infection à VIH – recevaient un traitement préventif à l'isoniazide. C'est une augmentation très importante par rapport à 2013 où on en comptait 11 000.



Plus de **50 millions** de décès ont été évités entre 2000 et 2016 grâce à un diagnostic et à un traitement efficaces de la tuberculose



80 millions de personnes ont été traitées avec succès pour une tuberculose depuis 1995. En 2016, la tuberculose a été diagnostiquée et traitée chez 6,3 millions de personnes

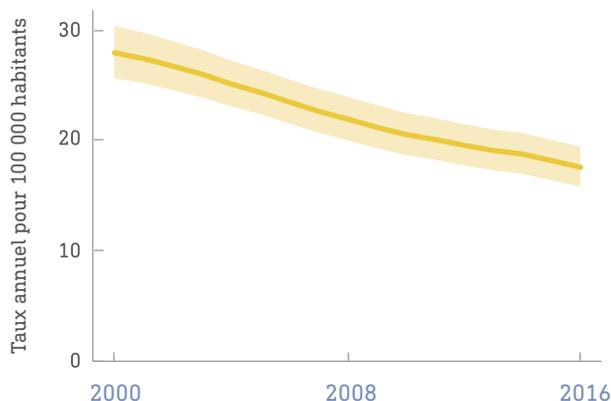


Susciter un élan politique pour mettre fin à la tuberculose

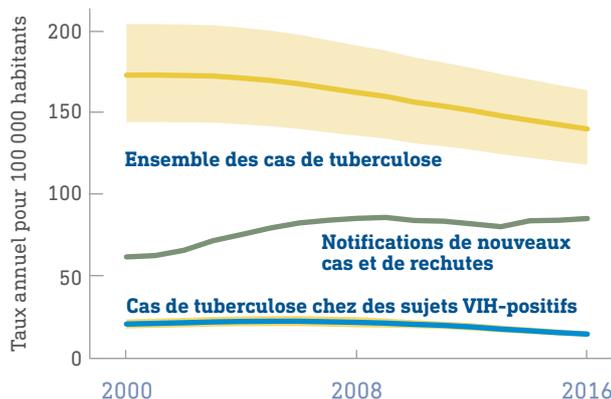
Selon le **Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2016**, le rythme de progression est insuffisant pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030, conformément à la cible 3.3 des objectifs de développement durable.

Le Secrétariat a donc collaboré avec les États Membres et ses partenaires afin de susciter un élan politique autour des efforts déployés pour mettre fin à la tuberculose. En 2017, l'engagement de mettre fin à la tuberculose a été pris au plus haut niveau par les pays du G20, par les pays du groupe BRICS (Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) et par le Forum de la coopération économique Asie-Pacifique, dans des communiqués du G7 et lors de la Première Conférence ministérielle mondiale « **Mettre fin à la tuberculose à l'ère des ODD : une réponse multisectorielle** », qui a eu lieu à Moscou en novembre 2017. Cette conférence a réuni des ministres et des dirigeants de 120 pays, et plus d'un millier de partenaires, dont des représentants de la société civile, d'institutions de développement, du secteur privé, des universités et d'autres organisations partenaires. Les préparatifs de la **réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la tuberculose**, qui doit avoir lieu en 2018 et qui donnera encore plus d'importance aux efforts déployés pour mettre fin à cette maladie, sont en cours.

Mortalité attribuable à la tuberculose (VIH-négatifs)



Incidence de la tuberculose



À l'échelle mondiale, le taux de mortalité correspondant à la tuberculose a baissé de 37 % et le taux d'incidence de 19 % entre 2000 et 2016.

Source : **Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2017**.

Protéger les pauvres atteints de tuberculose

Le Kenya, le Mozambique, la Namibie et la Zambie tentent de mieux faire face aux inégalités en matière d'accès et de protection sociale, compte tenu de l'importance de la pauvreté. Le Kenya est aujourd'hui doté d'une solide politique nationale de protection sociale et, grâce au leadership qu'il exerce dans le domaine de la tuberculose, il tisse des liens avec les régimes de protection sociale existants, y compris ceux proposant des transferts de liquidités pour les principaux groupes vulnérables et une évaluation et un soutien nutritionnels.

Le nouveau plan stratégique de la Namibie contre la tuberculose prévoit un renforcement de la collaboration des communautés, le remboursement des transports, des efforts d'obtention de revenus et un soutien nutritionnel. Le Mozambique a débuté une enquête nationale représentative pour évaluer les dépenses des patients et des ménages associées à la prise en charge de la tuberculose et pour définir les moyens de les alléger. Il étend déjà la prise en charge communautaire de la tuberculose dans les deux tiers des districts et renforce la recherche active des cas. En Zambie, les services de prévention et de prise en charge de la tuberculose du Ministère de la santé ont été liés au programme d'aide sociale et de transfert de liquidités du Ministère du développement communautaire et des services sociaux, ce qui a permis au pays d'obtenir de meilleurs résultats en matière d'amélioration des moyens de subsistance des pauvres tout en améliorant aussi l'accès à des services de prise en charge de la tuberculose de qualité. Cet exemple montre que la collaboration entre les programmes permet de créer des synergies.



Innovation en matière de lutte antivectorielle

Aujourd'hui, plus de 80 % de la population mondiale est exposée au risque de contracter une maladie à transmission vectorielle et la moitié de la population exposée risque de contracter deux maladies ou plus.

En 2016-2017, l'OMS a dirigé l'élaboration d'une nouvelle approche stratégique de la lutte antivectorielle. Une large consultation a permis de tirer profit de l'expérience de ministères de la santé et d'experts, dans le cadre d'un processus conduit par d'éminents scientifiques. Cette consultation a abouti à **l'action mondiale pour lutter contre les vecteurs 2017-2030**, qui préconise d'améliorer l'entomologie à des fins de santé publique, d'établir un programme national de recherche, d'améliorer la coordination entre les secteurs et à l'intérieur de chaque secteur, de faire participer les communautés, de renforcer les systèmes de suivi et de proposer des interventions novatrices efficaces. L'action mondiale pour lutter contre les vecteurs vise à réduire la mortalité due aux maladies à transmission vectorielle de 75 % et l'incidence d'au moins 60 % d'ici à 2030.

Les maladies à transmission vectorielle sont responsables de 17 % de la charge mondiale estimée des maladies transmissibles. Elles touchent surtout les populations pauvres et peuvent freiner le développement économique. La lutte antivectorielle permet de prévenir la plupart de ces maladies. Voici les principaux vecteurs et les maladies qu'ils transmettent :

- **Moustiques** – paludisme, filariose lymphatique, encéphalite japonaise et fièvre à virus West Nile, dengue et autres maladies ;
- **Mouches** – onchocercose, leishmaniose et trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil) ;
- **Triatomes et tiques** – maladie de Chagas, maladie de Lyme et encéphalite.

Le taux de mortalité pour les cas détectés de **dengue a baissé de 28 %** depuis le lancement de la stratégie mondiale de lutte contre la dengue (2012-2020)

En 2017, **1 milliard** de personnes ont reçu **1,5 milliard** de traitements qui les ont protégées de maladies tropicales négligées

Dons de médicaments à grande échelle

Les efforts de l'OMS pour coordonner des programmes de dons de médicaments* à grande échelle contre les maladies tropicales négligées – filariose lymphatique, onchocercose, géohelminthiases, schistosomiase et trachome – ont permis de fournir 1,5 milliard de traitements médicamenteux préventifs à plus de 1 milliard de personnes en 2017. Ce succès de santé publique sans précédent à l'échelle mondiale a été possible grâce à la collaboration de longue date du Secrétariat avec le secteur privé.

Lors de la **réunion des partenaires mondiaux sur les maladies tropicales négligées**, qui s'est tenue à l'OMS en avril 2017, les gouvernements, les partenaires, les philanthropes et les représentants de l'industrie ont promis de donner plus de US \$800 millions pour éliminer et éradiquer les maladies tropicales négligées au cours des cinq prochaines années. Cela signifie plusieurs milliards de traitements pour plus de 1 milliard de personnes à risque dans les pays en développement, dans le cadre d'une action internationale destinée à éliminer et à éradiquer ces maladies pour de bon.

*Jusqu'à US \$173 millions (voir les états financiers vérifiés).

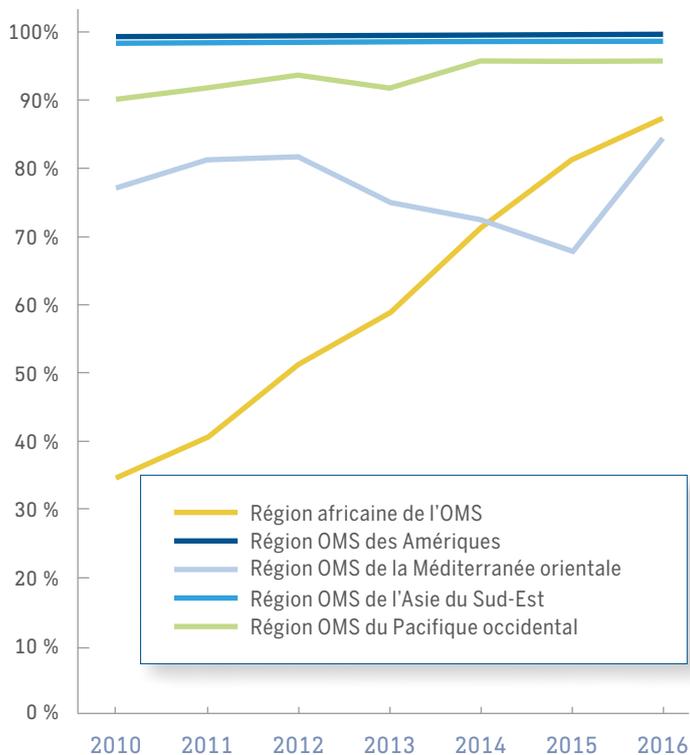


La fin est proche pour deux maladies de la pauvreté. En effet, il est prévu d'éliminer ou d'éradiquer au moins deux maladies tropicales négligées d'ici à 2020

L'élimination de la transmission de la dracunculose (couramment appelée « maladie du ver de Guinée ») a été certifiée dans 186 pays

Un enfant du Soudan du Sud examine un filtre en tissu. La filtration de l'eau de boisson prévient la maladie du ver de Guinée.

Proportion de patients vus dans des établissements de santé publique et chez qui le paludisme est suspecté, qui ont bénéficié d'un test de diagnostic, par Région de l'OMS, 2000-2016, Source : Rapports des programmes nationaux de lutte contre le paludisme.



Proportion de cas suspects qui ont bénéficié d'un dépistage dans des établissements de santé publics

i Entre 2010 et 2016, les taux d'incidence du paludisme (le nombre de nouveaux cas) a baissé de 18 % au niveau mondial et de 20 % dans la Région africaine. Source : Rapport sur le paludisme dans le monde 2017.

i Le Kirghizistan et Sri Lanka ont été certifiés exempts de poliomyélite et ont ainsi un nouveau succès à leur actif.

Près de 1 milliard
de cas de paludisme ont été évités
depuis 2000



44 pays où le paludisme était
endémique en 2000 comptaient moins
de 10 000 cas autochtones en 2016



La lutte combinée contre le paludisme et contre la poliomyélite sauve des vies au Nigéria

En 2017, le paludisme a entraîné davantage de décès que toutes les autres maladies confondues dans l'État de Borno, où 3,7 millions de personnes ont eu besoin d'une aide humanitaire après huit ans de conflit.

En octobre 2017, l'OMS a lancé une campagne spéciale dans cet État afin d'alléger rapidement la charge du paludisme chez les enfants tout en protégeant ces derniers de la poliomyélite. Cette campagne a été programmée de manière à coïncider avec le pic de la saison de transmission du paludisme, qui dure généralement jusqu'à fin novembre. Environ 1,2 million d'enfants ont reçu des médicaments antipaludiques par cycles mensuels. Des agents de santé communautaires administrent les médicaments à tous les enfants qui se trouvent dans les zones ciblées, qu'ils présentent ou non des symptômes de paludisme.

La campagne a pu s'appuyer sur le réseau de l'OMS, bien développé, de vaccinateurs contre la poliomyélite qui savent parfaitement comment atteindre les enfants vulnérables, y compris dans les zones difficiles d'accès. Les équipes d'urgence de l'OMS ont également participé à cet effort en achetant les médicaments antipaludiques administrés chaque mois, en mettant en place un pont aérien pour les faire parvenir et en les distribuant.

En dehors de cette campagne d'une durée limitée, l'OMS et ses partenaires agissent pour la prévention du paludisme dans les populations à risque en distribuant des moustiquaires de lit et en pulvérisant des insecticides dans les habitations. L'amélioration de l'accès au traitement et le renforcement des systèmes de surveillance sont d'autres domaines essentiels dont il faut s'occuper dans la Région. L'OMS envisage d'appliquer une approche similaire au Soudan du Sud où 10 millions de personnes risquent de mourir à la fois du paludisme, de malnutrition et des conséquences du conflit.



#LesVaccinsCaMarche

La vaccination systématique est un élément essentiel des soins de santé primaires et de la couverture sanitaire universelle, qui offre à chaque enfant la possibilité de prendre un bon départ dans la vie. Afin de promouvoir la vaccination, l'OMS et ses partenaires ont créé, en 2016 et en 2017, un contenu attrayant pour les médias sociaux et les médias traditionnels. Sur Twitter, on a constaté une forte augmentation du nombre de tweets comportant le hashtag #LesVaccinsCaMarche – en grande partie grâce à d'intéressants contenus créatifs et à des personnalités de premier plan. En outre, plusieurs articles et éditoriaux soulignant l'impact positif de la vaccination dans le monde ont été publiés. Ces activités ont répondu à l'appel contenu dans le **Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020** en faveur d'une action de plus grande ampleur dans le domaine de la vaccination, en soulignant son importance en tant que priorité sanitaire mondiale.

Les partenaires y sont parvenus en établissant un lien entre la vaccination et beaucoup d'autres questions, telles que le développement durable et la sécurité sanitaire mondiale, et en faisant mieux connaître les mesures à prendre pour concrétiser la vision définie dans le Plan d'action mondial pour les vaccins. Ces efforts concertés ont permis de mieux faire comprendre que la vaccination est un moyen essentiel de sauver des vies.

Dans les pays africains touchés par la méningite A, **260 millions** de personnes ont reçu le vaccin **MenAfriVac**



En 2016, **130** pays avaient atteint une couverture d'au moins 90 % pour le vaccin **DTC3**



La vaccination antirougeoleuse a fait baisser de **84 %** le nombre de décès dus à la rougeole entre 2000 et 2016 dans le monde



Les Amériques ont été déclarées exemptes de rougeole

En septembre 2016, la Région OMS des Amériques est devenue la première Région d'où la **rougeole a été éliminée**.* Cette maladie virale peut entraîner de graves manifestations, dont une pneumonie, un œdème cérébral, voire le décès. Ce résultat couronne 22 ans d'efforts, dont des vaccinations de masse contre la rougeole, les oreillons et la rubéole dans les Amériques. La rougeole est la cinquième maladie à prévention vaccinale à être éliminée des Amériques après l'éradication de la variole en 1971, de la poliomyélite en 1994 et de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale en 2015.

Avant le début de la vaccination de masse en 1980, la rougeole entraînait près de 2,6 millions de décès par an dans le monde. Dans les Amériques, la rougeole a provoqué plus de 100 000 décès entre 1971 et 1979. Il est ressorti d'une étude du rapport coût/efficacité de l'élimination de la rougeole en Amérique latine et dans les Caraïbes que la vaccination aura permis d'éviter 3,2 millions de cas de rougeole et 16 000 décès dans la Région entre 2000 et 2020.

* L'élimination s'entend de « la réduction à zéro ou jusqu'à une cible très faible définie du nombre de nouveaux cas dans une zone géographique donnée ».



Les **11 pays** de la Région de l'Asie du Sud-Est sont parvenus à éliminer le tétanos maternel et néonatal en 2016. C'est la deuxième Région de l'OMS où cette **étape historique** a été franchie

#VACCINESWORK

Lutte contre la recrudescence de la résistance aux antimicrobiens

Une résistance aux antimicrobiens peut survenir lorsque des microbes (bactéries, virus, parasites ou champignons) sont exposés à des médicaments antimicrobiens, dont des antibiotiques et des antiviraux. Cette résistance fait que les médicaments deviennent moins efficaces et les infections plus difficiles à traiter. Ceci peut remettre en cause les progrès accomplis par la médecine moderne dans la lutte contre les maladies infectieuses et la réalisation de plusieurs objectifs de développement durable.

L'OMS a joué un rôle essentiel dans la création d'un élan politique et en faisant mieux comprendre la menace mondiale que représente la résistance aux antimicrobiens. En 2015, l'adoption du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA68.7 et son approbation par les organes directeurs de la FAO et de l'OIE ont souligné la nécessité d'une action durable. Un consensus mondial sur l'importance de l'action multisectorielle a été trouvé à l'issue d'une série de réunions mondiales et régionales de haut niveau, y compris à l'Assemblée générale des Nations Unies à New York, en septembre 2016, où les chefs d'État se sont engagés à s'attaquer aux causes premières du problème dans plusieurs secteurs, suivant une approche large et coordonnée.

En 2015, les États Membres s'étaient engagés à élaborer des plans d'action nationaux de lutte contre la résistance aux antimicrobiens dans un délai de deux ans. En décembre 2017, 93 pays ont signalé qu'ils disposaient d'un plan d'action et 67 étaient en train d'en élaborer un. Ces pays représentent 95 % de la population mondiale.

L'approche One Health de la résistance aux antimicrobiens a conduit à une collaboration plus étroite avec la FAO et l'OIE au niveau mondial pour la mise au point d'outils, d'un cadre de suivi et d'indicateurs, et a permis de progresser dans l'élaboration d'un cadre de gestion des antimicrobiens. La collaboration est également plus étroite pour aider les pays à appliquer leurs plans. Aujourd'hui, le PNUE soutient également les mesures prises pour comprendre et traiter les aspects environnementaux de la résistance aux antimicrobiens.

La résistance aux antimicrobiens est un grand problème pour les programmes de lutte contre la tuberculose, le VIH, le paludisme, les infections sexuellement transmissibles et les maladies tropicales négligées. De nombreuses activités sont entreprises pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans le cadre de ces programmes, en lien avec des activités pour créer un élan politique et des systèmes plus solides afin de lutter contre la résistance aux antimicrobiens.

Des progrès considérables ont été faits dans la mise en œuvre du **Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens**, de 2015 ; les activités ont été intensifiées à tous les niveaux de l'Organisation pour atteindre les principaux objectifs.

L'OMS et le DNDi ont créé le Partenariat mondial pour la recherche-développement d'antibiotiques. La liste des agents pathogènes prioritaires a été établie et une analyse des antibactériens dont la mise au point est en cours a été entreprise.

52 pays participent au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS)

93 pays ont établi un plan d'action national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens

Mise à jour de la Liste OMS des antimicrobiens les plus importants pour la santé humaine afin que les autorités de santé publique et celles chargées des animaux garantissent un usage prudent des antimicrobiens

Accès, précaution, dernier recours

Mise à jour de la Liste des médicaments essentiels, qui comporte désormais des lignes directrices par syndrome et un classement des antibiotiques selon la façon dont ils doivent être utilisés

Perspectives d'avenir

Les objectifs de développement durable ont rendu à nouveau nécessaire l'application rapide de mesures pour mener à bien « l'action inachevée » concernant les maladies transmissibles. Mais il sera impossible de mettre fin aux épidémies d'ici à 2030 sans un cadre solide de couverture sanitaire universelle qui englobe les services spécifiques à chaque maladie, dont l'infection à VIH, l'hépatite virale, le paludisme, les maladies tropicales négligées, les maladies à prévention vaccinale et la tuberculose. Les rapports publiés en 2017 montrent une stagnation dans plusieurs domaines. Le rythme de progression est insuffisant pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030, conformément à la cible 3.3 des objectifs de développement durable, et pour libérer le monde du paludisme. On constate des signes inquiétants de relâchement et un engagement politique insuffisant en faveur de la vaccination, et les cibles fixées dans le Plan d'action mondial pour les vaccins ne sont pas en voie d'être atteintes.

L'OMS créera donc, avec ses partenaires, un élan politique afin d'agir plus vite, y compris dans le cadre de la première réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la tuberculose, qui doit avoir lieu prochainement. L'OMS élaborera aussi des lignes directrices intégrées pour remplacer les stratégies qui arrivent à leur terme, telles que les stratégies mondiales contre le VIH et l'hépatite.

Une grande importance est accordée à la réalisation rapide de la couverture sanitaire universelle moyennant le renforcement des systèmes de santé et l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins centrés sur la personne. Les travaux pour l'amélioration des données et l'utilisation à plus grande échelle de médicaments, de produits de diagnostic et d'outils pour améliorer la rentabilité se poursuivront. Les priorités sont les suivantes :

- recentrer les efforts afin d'éliminer le paludisme dans les pays où la charge est la plus forte ; redoubler d'efforts dans la lutte contre l'infection à VIH en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale ;
- trouver les cas de tuberculose perdus de vue, accélérer la recherche-développement et mettre au point un nouveau cadre de redevabilité ;
- élargir la prestation intégrée des services, par exemple contre le VIH et la tuberculose, la transmission mère-enfant du VIH, l'hépatite B et la syphilis ;
- recentrer l'assistance technique sur les besoins des groupes les plus touchés (par exemple aider les utilisateurs de drogues grâce à des interventions à fort impact visant à prévenir et à prendre en charge l'infection à VIH, l'hépatite B et C et la tuberculose) ;
- redoubler d'efforts dans la lutte contre les maladies à transmission vectorielle et mettre en œuvre la nouvelle action mondiale pour lutter contre les vecteurs 2017-2030 ;
- accélérer la mise en œuvre de la recherche, notamment l'innovation sociale en matière de prestation de soins et le soutien du passage de la lutte contre les maladies à l'élimination des maladies, et renforcer les capacités de recherche, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et créer des outils novateurs pour améliorer la préparation des pays face aux flambées.

Le Secrétariat de l'OMS continuera à diriger l'action mondiale contre la résistance aux antimicrobiens, à promouvoir le dialogue sur les politiques, à fournir un appui technique aux États Membres, à renforcer les partenariats et à prendre des mesures stratégiques pour combattre la résistance aux antimicrobiens. Malgré l'élan actuel, l'action reste lacunaire dans toutes les Régions de l'OMS. Il faut faire plus pour aider les pays à mettre en œuvre leurs plans d'action dans les secteurs de la santé animale et de la santé humaine, notamment soutenir l'éducation et mener une action de sensibilisation ; renforcer les systèmes de laboratoire et de surveillance ; améliorer les pratiques en matière de lutte anti-infectieuse ; et favoriser un usage plus approprié des antibiotiques et une réglementation plus efficace. Il faudra pour cela investir durablement dans des ressources humaines et financières.

Certaines difficultés empêchent les pays et le Secrétariat de rester sur la bonne voie et de progresser vers les cibles des objectifs de développement durable : le manque de financement international et national durable et prévisible, les risques que représentent certaines zones de conflit, les anomalies du climat et l'apparition d'une résistance aux médicaments. En outre, pour atteindre les populations les plus vulnérables, il faut mener certaines interventions essentielles dans les zones où il y a des problèmes de sécurité ou dans celles frappées par des sanctions des Nations Unies.

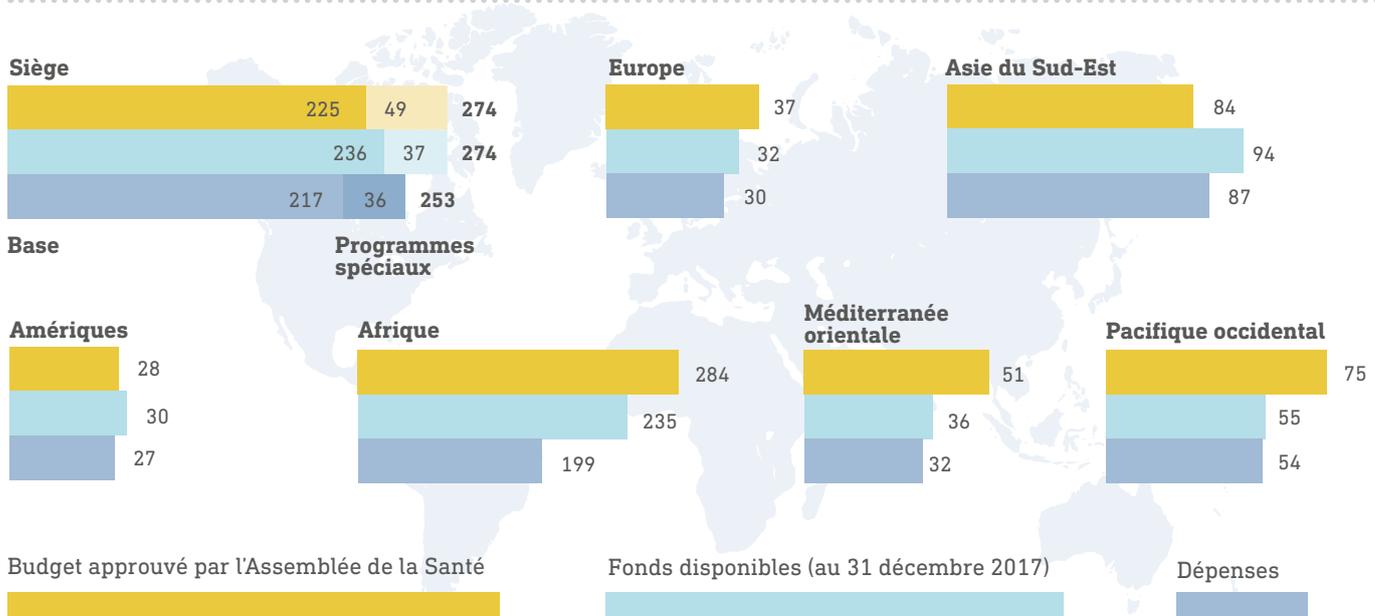


Principaux chiffres pour 2016-2017

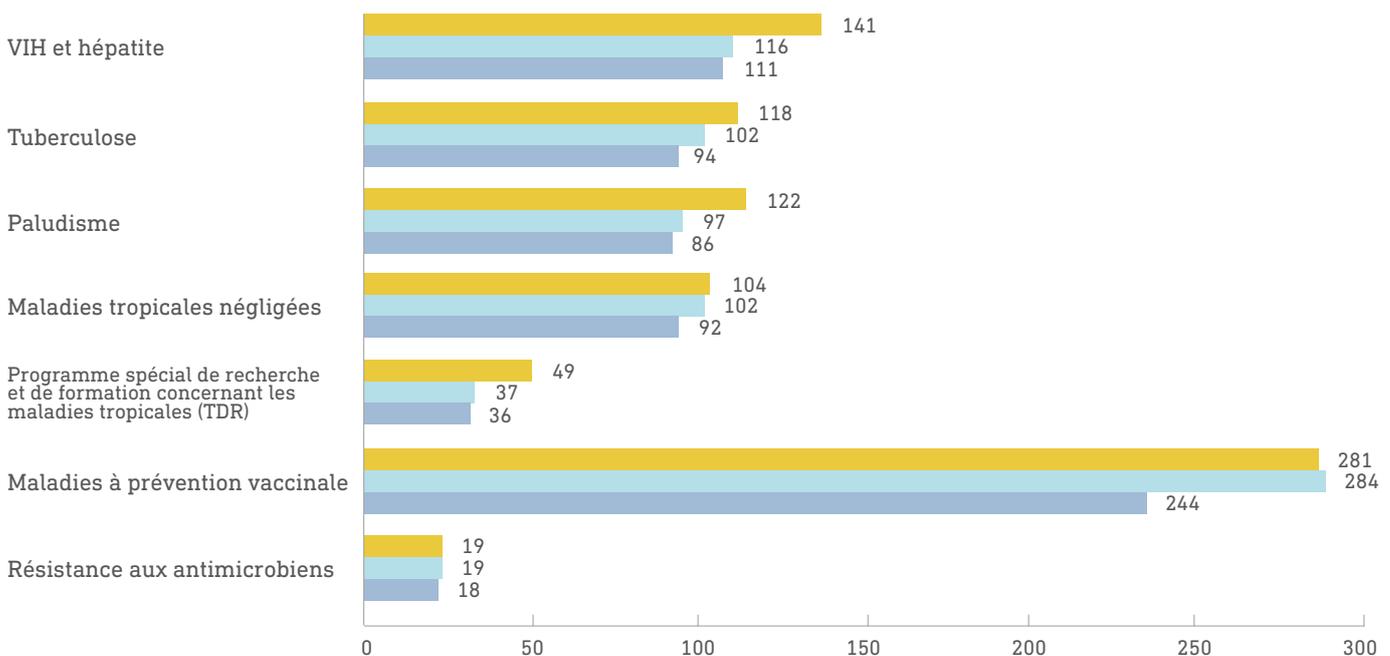
| | |
|---|--|
| <p>Base : Budget programme approuvé : US \$784 millions Fonds disponibles : US \$720 millions (92 % du budget programme) Dépenses : US \$645 millions (82 % du budget programme, 90 % des ressources disponibles)</p> | <p>Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) : Budget programme approuvé : US \$49 millions Fonds disponibles : US \$37 millions (77 % du budget programme) Dépenses : US \$36 millions (73 % du budget programme, 95 % des ressources disponibles)</p> |
|---|--|



Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US \$)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US \$)



Budget et financement

On peut considérer que les 92 % de ressources disponibles par rapport au budget approuvé étaient suffisants pour l'exercice biennal, mais certains secteurs de programme se

sont trouvés dans une situation plus difficile et ont été sous-financés. Cela s'explique par une baisse importante (50 %) du financement de l'ONUSIDA/du Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF), qui a eu surtout des

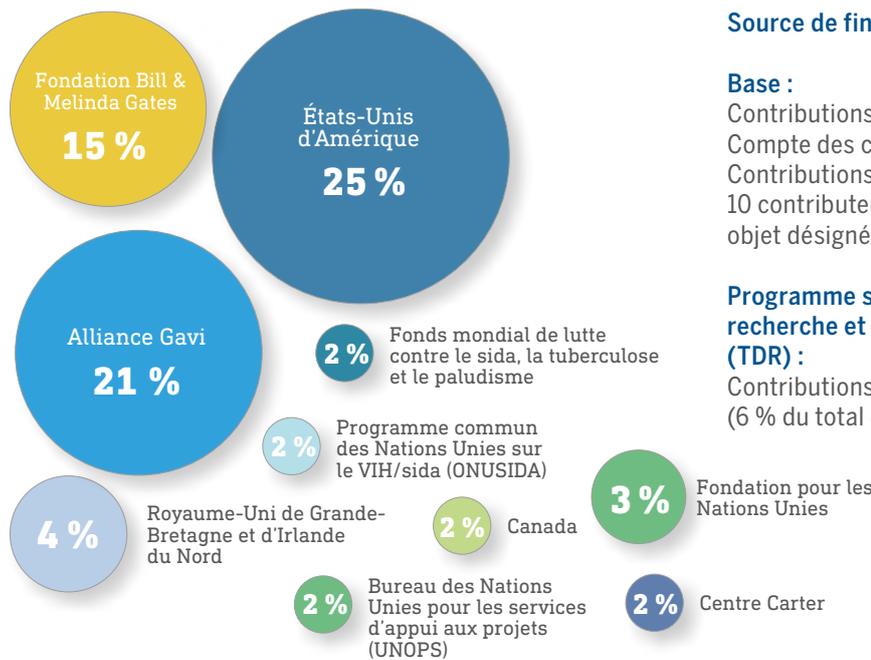
conséquences sur les effectifs du Programme de lutte contre le VIH, qui a empêché d'apporter un soutien aux pays, et par des difficultés chroniques à mobiliser des ressources pour la lutte contre l'hépatite, qui ont également empêché d'apporter un soutien aux pays.

Les ressources proviennent pour 15 % seulement des contributions fixées et pour 77 % environ d'un financement à objet désigné venant de 10 contributeurs volontaires

uniquement. Les possibilités de modifier l'affectation des ressources entre activités programmatiques et niveaux sont ainsi limitées et il est donc difficile d'agir rapidement et d'intervenir à l'échelle voulue en fonction des besoins repérés ou nouveaux dans les pays. Certains programmes doivent dépendre encore davantage d'une poignée de donateurs pour recevoir leurs contributions.



Les 10 premiers contributeurs volontaires (objet désigné, base)



Source de financement

Base :

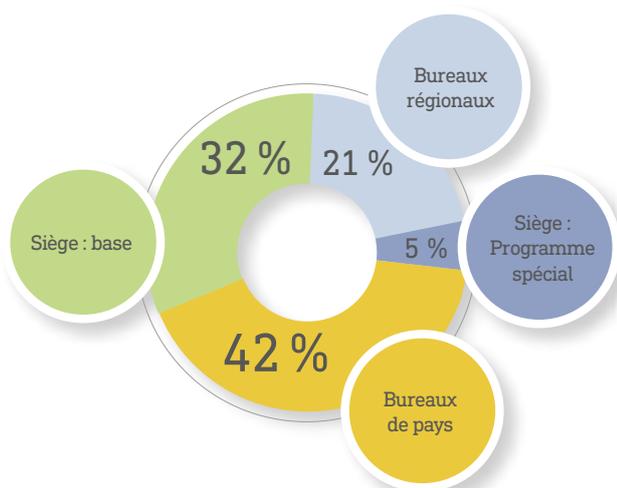
Contributions fixées : 15 %
 Compte des contributions volontaires de base : 4 %
 Contributions volontaires à objet désigné : 81 %
 10 contributeurs ont versé 77 % des contributions volontaires à objet désigné (voir ci-contre)

Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) :

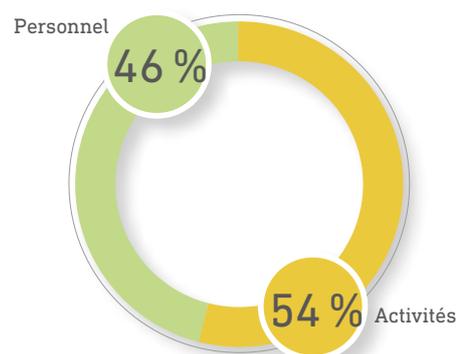
Contributions volontaires à objet désigné : 100 %
 (6 % du total des contributions volontaires à objet désigné)



Dépenses par niveau



Dépenses : personnel et activités



Dépenses

En moyenne, les dépenses ont représenté 90 % des ressources disponibles et 82 % du budget approuvé. Les pays et les Régions ont exécuté 42 % et 21 %, respectivement, des dépenses. Ce sont surtout les Régions africaine et de l'Asie du Sud-Est qui ont donné aux pays des moyens de coordonner la prévention des maladies, la lutte et la surveillance, et qui ont apporté des capacités pour orienter des interventions efficaces. La moitié (52 %) des dépenses correspondait aux

maladies à prévention vaccinale et aux maladies tropicales négligées.

Au Siège, 32 % du solde ont été utilisés surtout pour le travail normatif fondé sur des bases scientifiques et factuelles et pour les biens publics mondiaux, qui sont essentiels à la mise en œuvre efficace des programmes dans les pays et qui étayent la position unique qu'occupe l'OMS dans le domaine de la santé mondiale. Cinq pour cent ont été utilisés par le TDR.

INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

A healthcare worker in a blue uniform and cap is administering a vaccine to a young girl in a red traditional dress. The girl is lying back with her mouth open. In the background, another man in a white cap and brown jacket is visible. The setting appears to be an outdoor border crossing with hills in the distance.

“

Nous sommes à un tournant historique. La transmission du poliovirus sauvage est à son plus bas niveau de l'histoire. L'humanité est sur le point d'éradiquer de la face du monde une maladie invalidante et mortelle – la poliomyélite.

D' Mahmoud Fikri (1953-2017)

Ancien Directeur régional pour la Méditerranée orientale, mars 2017

”

Principaux objectifs



Détection et interruption de toute transmission du poliovirus



Retrait progressif du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO)



Confinement et certification



Transition et stratégie postcertification

Éliminer la poliomyélite une fois pour toutes

En 2017, la poliomyélite a été repoussée à son niveau le plus bas de l'histoire. En effet, jamais aussi peu de cas n'avaient été notifiés dans aussi peu de pays. Grâce à une exceptionnelle coalition, nous sommes sur le point de parvenir à un monde sans poliomyélite.



Principales réalisations

Dans la Région de la Méditerranée orientale, les deux derniers pays de la Région où la poliomyélite reste endémique (Afghanistan et Pakistan) poursuivent leurs efforts pour lutter contre les derniers bastions de la circulation du virus, due principalement à une transmission transfrontalière. Ces deux pays continuent à être considérés comme une seule entité épidémiologique. L'engagement des deux gouvernements, à tous les niveaux, a permis une collaboration transfrontières unique dans les efforts d'éradication.

En Afrique, la riposte d'urgence à une flambée détectée en 2016 se poursuit au Nigéria et dans la sous-région du lac Tchad, suite à la détection du poliovirus sauvage dans le nord-est du Nigéria. Les gouvernements des pays de la sous-région doivent être salués pour leur riposte à cette flambée. Le fait qu'aucun cas n'ait été identifié depuis août 2016 est encourageant ; toutefois, compte tenu des difficultés d'accès, on estime que 160 000 enfants de moins de 5 ans sont encore exposés au risque et on ne peut exclure que le virus continue à circuler sans être détecté.

Le poliovirus sauvage n'ayant jamais été aussi peu présent dans aussi peu de pays, la riposte aux flambées de poliomyélite dues au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale est de plus en plus importante pour veiller à ce que la transmission de tous types de poliovirus soit interrompue. Les flambées dues au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 confirmées en 2017 en République démocratique du Congo et en République arabe syrienne mettent en évidence les dangers que représente cette souche, et les autorités de santé publique dans les deux pays ont pris les mesures d'urgence appropriées. Bien que tragiques, les flambées ont débuté avant le remplacement réussi et synchronisé, au niveau mondial, du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, qui a eu lieu en avril 2016, et elles permettent de valider la décision prise au niveau mondial de retirer la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral.

>16 millions
de cas évités

>1,5 millions
de vies d'enfants sauvées

2,5 milliards
d'enfants vaccinés



Ensemble des réalisations estimées depuis le lancement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 1988.

La poliomyélite étant sur le point d'être éradiquée, les efforts s'intensifient pour faire en sorte qu'elle ne revienne pas. Il s'agit notamment de veiller à ce que les virus conservés dans des laboratoires – pour d'importants travaux de recherche ou pour fabriquer de nouveaux vaccins – ne soient pas accidentellement relâchés dans l'environnement et provoquent des flambées.

Une stratégie mondiale de confinement est donc mise en place avec les pays, les laboratoires, les fabricants et autres experts. Afin de maintenir un monde exempt de poliomyélite, une stratégie mondiale « postcertification » est en cours d'élaboration pour veiller au maintien d'autres fonctions essentielles, comme la vaccination en cours, la surveillance et la riposte aux flambées (si nécessaire). Mais surtout, la planification est accélérée afin que l'infrastructure mise en place pour éradiquer la poliomyélite – qui permet régulièrement de détecter des catastrophes naturelles ou des flambées d'autres maladies et de riposter – continue à contribuer aux questions plus larges de développement et de santé publique longtemps après la disparition de la poliomyélite ; ce processus est appelé « planification de la transition ».

Grâce aux généreux engagements des partenaires, y compris ceux formulés lors de la Convention du Rotary International en juin 2017, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite dispose désormais de contributions, promesses et autres engagements pour financer totalement le budget nécessaire jusqu'en 2019, estimé à US \$7 milliards. Les États Membres sont néanmoins encouragés à concrétiser rapidement leurs promesses et engagements sous forme de contributions financières pour permettre la fluidité et la continuité des opérations. Tout est fait pour étirer autant que possible le budget actuel de US \$7 milliards jusqu'en 2020, en veillant à ce que le programme soit géré et fonctionne de la manière la plus rentable possible tout en assurant une gestion responsable des risques. Examen du budget, évaluation des risques et hiérarchisation font partie du processus. En fonction de l'évolution de l'épidémiologie, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite affinera ou actualisera le budget pour 2019-2020 en milieu d'année 2018.



Un enfant est vacciné contre la poliomyélite en République arabe syrienne. Dans le monde, plus de 450 millions d'enfants ont été vaccinés avec plus de 2,2 milliards de doses dans plus de 50 pays.



Des dizaines de milliers de vaccinateurs travaillent chaque jour, par tous les temps et sur tous les terrains, pour s'assurer qu'aucun enfant ne soit oublié et bénéficie du vaccin antipoliomyélique. Au Pakistan, où 60 % de la population vit dans des zones rurales parfois peu desservies par les transports, les vaccinateurs utilisent les chameaux pour se rendre auprès des enfants.

3
nombre de pays où la poliomyélite est endémique



2
nombre de pays confrontés à des flambées de poliomyélite



>2,2 milliards
nombre de doses de vaccins administrées



22
nombre de cas de poliomyélite détectés due au poliovirus sauvage



91
nombre de cas de poliomyélite détectés due au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale



>450 millions
nombre d'enfants vaccinés



Résumé de la situation en 2017

Perspectives d'avenir

La priorité pour 2018 sera de poursuivre les progrès accomplis jusqu'ici, en privilégiant l'interruption des chaînes finales de transmission pour les poliovirus sauvages et dérivés d'une souche vaccinale. La surveillance est renforcée dans les principales zones à haut risque, et des actions de sensibilisation sur les opérations sont menées pour veiller à ce qu'aucun enfant ne soit oublié pendant les activités de vaccination supplémentaire. L'intensification des préparations se poursuivra pendant la période suivant l'éradication de la maladie, notamment en aidant les pays dans leurs activités de confinement en laboratoire, en finalisant la stratégie postcertification pour garantir les fonctions essentielles nécessaires au maintien d'un monde sans poliomyélite, et en planifiant la transition des principaux actifs pour lutter contre la poliomyélite afin qu'ils continuent à soutenir les initiatives de santé publique plus larges une fois la poliomyélite éradiquée.

>100 000
nombre de cas de paralysie flasque aiguë (cas suspects de poliomyélite) détectés et ayant fait l'objet d'une enquête



20 millions
nombre de volontaires mobilisés dans l'effort mondial pour éradiquer la poliomyélite



i Résumé de la situation en 2017



L'Afghanistan élargit la surveillance environnementale

L'Afghanistan renforce les mesures pour suivre et comprendre la circulation du poliovirus en élargissant la surveillance à toutes les régions, notamment en collectant et en analysant en laboratoire des échantillons prélevés dans les eaux usées à la recherche de poliovirus. Fin 2017, un nouveau site d'échantillonnage environnemental est devenu opérationnel dans la province de Kunduz ; il s'agit du vingtième depuis le début de la collecte et de l'analyse des échantillons d'eaux usées pour détecter le poliovirus en Afghanistan, avec le soutien de l'OMS, en 2013.

En 2017, sur 317 échantillons d'eaux usées prélevés dans tous les sites, 30 contenaient le poliovirus. Cela signifie que l'équipe chargée de l'éradication de la poliomyélite peut savoir où se trouve le virus sans avoir besoin de rechercher les enfants paralysés. Étant donné que pour chaque victime de la poliomyélite il peut y avoir des centaines de cas « silencieux » (enfants infectés, mais ne présentant aucun symptôme), le renforcement de la surveillance environnementale équivaut à fournir au programme des lunettes à rayons X pour détecter et suivre le virus. L'élargissement du système de surveillance a débuté dans les provinces à haut risque de Kandahar et de Helmand puis s'est étendu à neuf autres provinces.

Un système de surveillance sensible reste la pierre angulaire des efforts d'éradication de la poliomyélite. La surveillance environnementale permet de déterminer les voies de transmission possibles et de mettre en place une riposte rapide pour interrompre la propagation du virus. Elle complète la surveillance de la paralysie flasque aiguë, qui est actuellement assurée par un réseau de plus de 28 000 volontaires et points focaux, dont des agents de santé, des enseignants, des chefs religieux et des guérisseurs traditionnels. Les volontaires détectent et signalent les enfants qui présentent des signes de poliomyélite, comme une faiblesse des membres.

Avant chaque mise en place d'un nouveau site, l'OMS dispense une formation pendant deux jours sur les bonnes pratiques pour prélever, étiqueter, emballer et stocker les échantillons puis les transporter au laboratoire pour y être analysés. Lorsqu'un échantillon est prélevé dans des eaux usées, il est congelé et envoyé au laboratoire régional au Pakistan pour des analyses plus approfondies.

Le système de surveillance de l'Afghanistan est plus performant que jamais. Le pays n'a jamais été aussi près d'interrompre la transmission du poliovirus, le virus étant actuellement confiné dans de petites parties du pays où la sécurité est menacée.

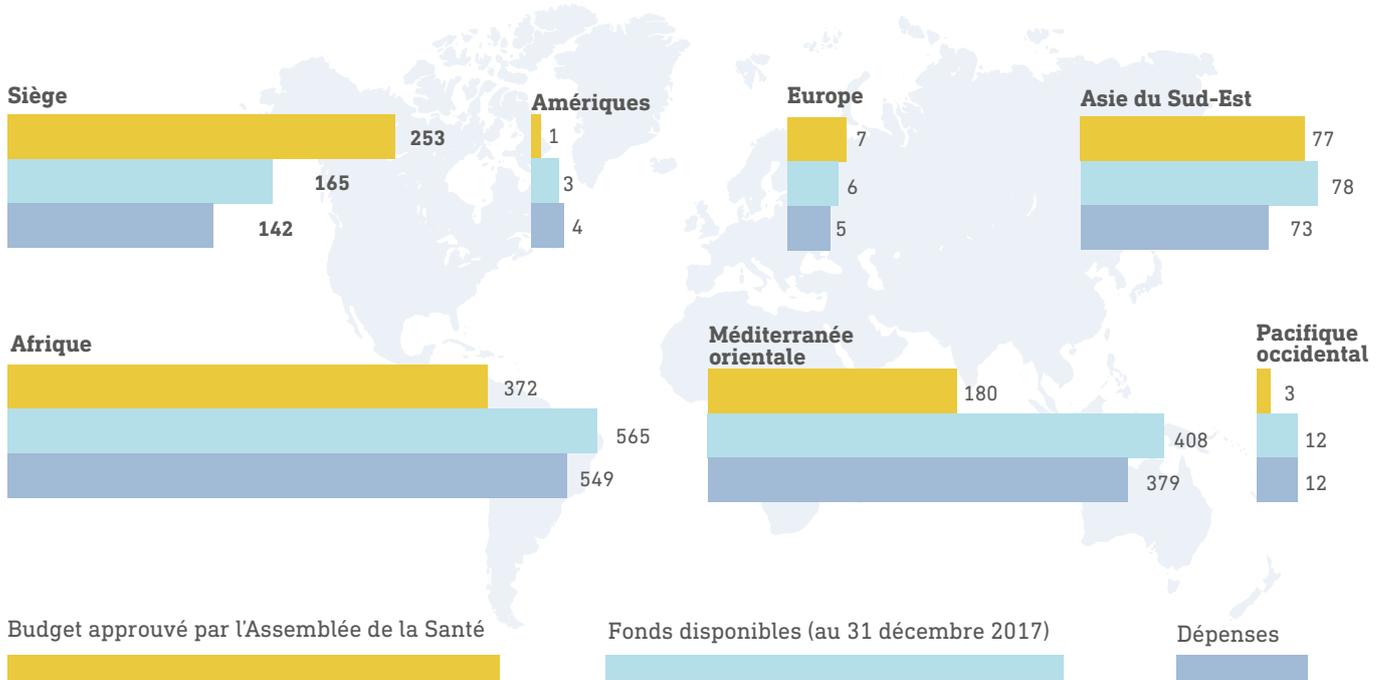
Principaux chiffres pour 2016-2017

Budget programme approuvé : US \$895 millions

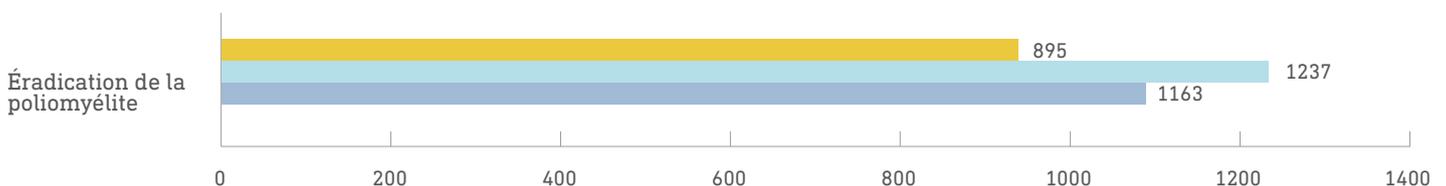
Fonds disponibles : US \$1237 millions (142 % du budget programme)

Dépenses : US \$1163 millions (138 % du budget programme, 94 % des ressources disponibles)

Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US \$)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US \$)



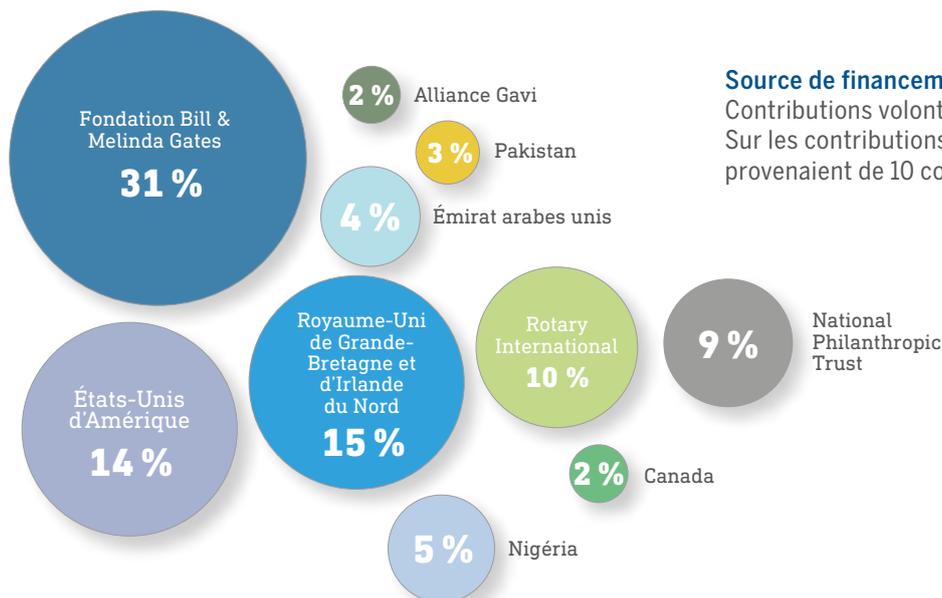
Budget et financement

L'Assemblée de la Santé a approuvé l'augmentation du budget au titre de l'éradication de la poliomyélite pour l'exercice biennal 2016-2017 en réponse à la persistance de la transmission du poliovirus dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale.

Au cours de l'exercice biennal, l'excédent de budget au Siège a été réparti entre les Régions et les pays où sont effectuées près de 90 % des dépenses du programme.



Les 10 premiers contributeurs volontaires (objet désigné)

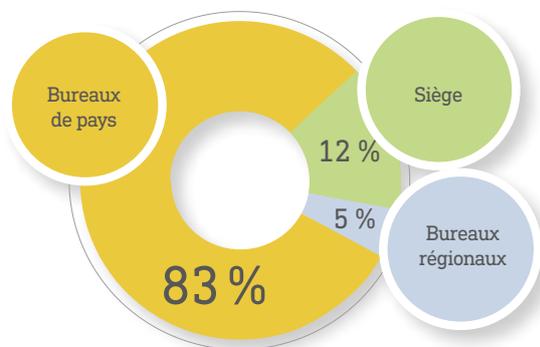


Source de financement :

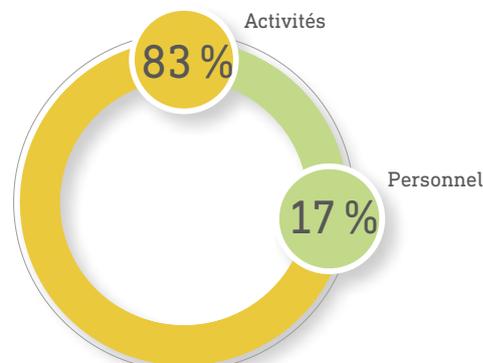
Contributions volontaires – à objet désigné : 100 %
 Sur les contributions volontaires à objet désigné totales, 95 %
 provenaient de 10 contributeurs (indiqués ci-contre)



Dépenses par niveau



Dépenses : personnel et activités



Dépenses

Près de la moitié des dépenses sont effectuées dans les trois pays où la maladie est endémique : Afghanistan, Nigéria et Pakistan.

Les activités les plus coûteuses sont les campagnes de vaccination dans les pays. D'autres frais correspondent à la rémunération de quelque 6000 agents n'ayant pas le statut de membres du personnel dans 63 pays. Le personnel de l'OMS représente moins d'un cinquième du coût global du programme.

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a commencé à réduire les ressources dans les pays où la poliomyélite n'est plus endémique et poursuivra cette baisse au cours de l'exercice 2018-2019. Dans le cadre du processus visant à éliminer progressivement les ressources pour lutter contre la poliomyélite, les pays définissent et chiffrent les fonctions essentielles (comme la surveillance des maladies) qui devront être conservées pour maintenir un monde exempt de poliomyélite.

Une attention particulière sera portée au suivi étroit et à la satisfaction des obligations financières potentielles associées au personnel du programme de lutte contre la poliomyélite titulaire d'un engagement à durée déterminée ; et on veillera à faire en sorte que les bureaux de pays qui dépendent fortement du financement pour la lutte contre la poliomyélite bénéficient d'une viabilité à long terme à la fois en matière de personnel et de financement.

En outre, les domaines prioritaires en santé publique qui bénéficient des actifs et infrastructures pour lutter contre la poliomyélite, comme la capacité à riposter aux flambées, sont identifiés afin de trouver des sources de financement autres que les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, y compris des gouvernements.

LEADERSHIP ET FONCTIONS D'APPUI

“

Nous avons besoin d'une OMS – adaptée au XXI^e siècle – appartenant à tous de manière équitable. Nous avons besoin d'une OMS gérée de manière efficace, dotée de ressources adéquates, axée sur les résultats, qui met l'accent sur la transparence, la responsabilité et tire le meilleur parti de ses ressources financières.

D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus
Directeur général de l'OMS

”



Secteurs de programme

Leadership et
gouvernance

Transparence,
responsabilisation
et gestion des
risques

Planification
stratégique,
coordination des
ressources et
établissement de
rapports

Gestion et
administration

Communication
stratégique

Principaux objectifs

| | | | |
|---|--|---|--|
|  <p>Diriger et tenir des séances de prise de décisions sur les questions de santé publique entre les États Membres et les parties prenantes</p> |  <p>Faire en sorte que l'Organisation mette davantage l'accent sur les résultats</p> |  <p>Garantir des ressources adéquates et assurer une bonne gouvernance, avec les normes les plus strictes en matière d'intégrité et de surveillance</p> |  <p>Fournir les services administratifs de base qui facilitent le fonctionnement efficace et effectif de l'OMS</p> |
|---|--|---|--|

Principales réalisations

Une période de transformation

L'exercice 2016-2017 a été historique, marqué par un leadership audacieux et des décisions ambitieuses prises par les organes directeurs qui, loin d'être ordinaires/systématiques, ont démontré la vision claire de l'OMS ainsi que sa volonté d'agir de façon pragmatique. Ceci pourrait s'avérer un tournant décisif pour l'Organisation.

Deux événements majeurs ont tracé une nouvelle voie fondamentale pour l'OMS. Il s'agit de la flambée dévastatrice de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et de l'adoption d'objectifs de développement durable ambitieux. Les enseignements tirés de la flambée d'Ebola ont poussé les organes directeurs de l'OMS à créer le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire en 2016, marquant un véritable tournant dans l'histoire de l'Organisation. Les changements à l'échelle de l'Organisation visant à intégrer à tous les niveaux le programme de développement durable à l'horizon 2030, qui préconise l'instauration de la couverture sanitaire universelle, ont présenté des difficultés considérables.

En mai 2017, le D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus a été nommé Directeur général de l'OMS. Il a présenté un mandat clair accordant la priorité aux situations d'urgence sanitaire, à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable.

De la vision à la réalité

L'élection du D^r Tedros a été le processus le plus participatif et transparent de l'histoire de l'OMS fondée il y a 70 ans. Peu après son élection, le D^r Tedros a constitué une équipe de direction en prenant en compte la question de la diversité et en veillant, de manière exceptionnelle, à une représentation équilibrée des sexes et à la répartition géographique.

L'Organisation a également réagi rapidement afin de définir ses priorités stratégiques pour les cinq prochaines années, lesquelles mettent en évidence les situations d'urgence sanitaire, les objectifs de développement durable et la couverture sanitaire universelle.

Le projet de treizième programme général de travail, 2019-2023 est en cours d'élaboration avec les États Membres, un an à l'avance, afin de garantir une transition appropriée englobant les nouvelles orientations et priorités stratégiques de l'Organisation. Il permettra également d'accroître l'impact au niveau des pays et prendra en compte les objectifs de développement durable en les intégrant à tous les plans opérationnels pour le prochain exercice.

Le nouveau Directeur général a réservé 5 % du budget de l'Organisation afin de veiller à ce que le projet de couverture sanitaire universelle soit intégré aux activités de l'OMS en 2018.

La nouvelle orientation complète les activités menées tout au long de l'exercice précédent. L'OMS a fait entendre sa voix au niveau mondial et a usé de son expertise technique pour mettre en avant un éventail de questions de santé essentielles, notamment les inégalités croissantes en matière de santé chez les populations urbaines, l'action mondiale visant à mettre fin à la progression du diabète et à améliorer les soins dispensés aux diabétiques, et pour promouvoir la recherche-développement concernant de nouveaux antibiotiques, tout en s'attaquant au problème de la résistance croissante aux antimicrobiens constaté dans le monde entier.

Une nouvelle orientation pour l'OMS

Le projet de treizième programme général de travail, 2019-2023, énonce une nouvelle vision audacieuse pour l'OMS. Il résume la mission de l'OMS comme suit :

- promouvoir la santé
- préserver la sécurité mondiale
- servir les populations vulnérables

Il présente un vaste plan pour atteindre l'objectif du « triple milliard » moyennant trois priorités stratégiques :

- 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle
- 1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire
- 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et de plus de bien-être

Accent sur les pays

Le premier rapport sur les résultats de l'OMS dans les pays, territoires et zones, présenté à l'Assemblée de la Santé en mai 2017, a mis en évidence certaines réalisations dans les pays.

Peu après, les expériences de 106 pays ont servi de base à l'élaboration du projet de treizième programme général de travail, 2019-2023. Les priorités énoncées dans le projet de programme général de travail ont été confirmées à l'aide d'une analyse des 64 stratégies de coopération avec les pays de 2012 à 2017, qui ont montré que 84 % des pays indiquaient que la couverture sanitaire universelle était leur priorité, et la moitié des pays mentionnaient comme priorités l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) ainsi que les objectifs liés à la santé.

La qualité des chefs des bureaux de l'OMS dans les pays, territoires et zones a été améliorée grâce à l'utilisation de quatre centres d'évaluation fondée sur le mérite pour identifier un nouveau groupe de candidats potentiels. La formation destinée aux nouveaux chefs des bureaux de pays de l'OMS était fondée sur le projet de treizième programme général de travail et comportait un volet consacré aux orientations stratégiques du Groupe de la politique mondiale et au renforcement des capacités par l'intermédiaire du cours sur les compétences de leadership destiné aux membres des équipes de pays des Nations Unies.

À la fin de 2017, les deux tiers des 149 pays, territoires et zones étaient dotés de stratégies de coopération avec les pays valables ou d'accords biennaux de collaboration avec leurs États Membres. Quinze autres stratégies ou accords sont en cours d'élaboration et 30 autres sont actuellement mis en œuvre.

Amélioration de la transparence et de la responsabilisation

L'amélioration de la transparence se poursuit au sein de l'Organisation qui est devenue membre de l'Initiative internationale sur la transparence de l'aide. Par ailleurs, l'Organisation a créé un portail Web sur le budget programme qui est ouvert au monde et fournit un accès à des informations concernant le budget, les finances, la planification, l'allocation des ressources et les opérations dans les pays, avec des résultats en temps réel.

Au cours de l'exercice, l'OMS a effectué des évaluations rigoureuses du système de contrôle interne sur la base de son cadre de contrôle interne. La gestion des risques institutionnels a été renforcée au moyen d'une amélioration de la formation aux risques et de la notification, de l'élaboration d'un nouvel outil de gestion des risques et de la création d'un Comité OMS sur les risques.

À la fin de l'exercice biennal, 80 % des risques critiques de l'Organisation avaient des plans d'intervention qui avaient été approuvés et mis en œuvre.

Les efforts visant à favoriser une culture de l'évaluation dans l'ensemble de l'Organisation se sont poursuivis par la mise en œuvre d'une politique d'évaluation et la conduite d'évaluations institutionnelles et décentralisées, conformément au plan de travail biennal pour l'évaluation à l'échelle de l'Organisation 2016-2017 approuvé par le Conseil exécutif. L'OMS a également œuvré à l'établissement d'un mécanisme dirigé par la direction pour suivre la mise en œuvre des recommandations formulées

Améliorations au Bureau de l'OMS en Sierra Leone dans le contexte post-Ebola

À la suite de son expérience lors de la flambée épidémique grave de maladie à virus Ebola en 2014-2015, le bureau de l'OMS en Sierra Leone a mis en œuvre son plan de travail pour l'exercice 2016-2017 intitulé « de la maladie à virus Ebola à la santé », en revenant à des opérations normales dans le bureau après une période de mise en place de modes opératoires en situation d'urgence.

Les effectifs et les besoins budgétaires ont largement dépassé le niveau d'avant l'épidémie et la transition a nécessité la mise en place de structures de gestion adéquates et de membres du personnel dotés de compétences solides. Dans le but de faciliter la mise en œuvre efficace du plan de travail, l'OMS a réorganisé le bureau de pays en vue de renforcer la gestion et la responsabilisation.

Un bureau de gestion composé de membres du personnel de haut niveau a été établi pour diriger la planification, la budgétisation, le suivi, la mobilisation des ressources et la communication, permettant ainsi aux administrateurs techniques de se concentrer sur leurs travaux techniques.

En vue de veiller à la cohérence programmatique, des retraites trimestrielles sont organisées pour l'équipe de gestion afin de tenir des discussions approfondies sur les priorités interprogrammes. Outre l'amélioration du flux d'informations et une reconnaissance régulière par les pairs, les initiatives ont contribué à accroître l'efficacité et la responsabilisation au plan technique, comme l'ont montré les excellents résultats enregistrés dans le cadre de l'examen de conformité du bureau de pays réalisé en 2016.



dans le cadre des vérifications et des différentes évaluations menées.

Les efforts consentis en vue de promouvoir un bon comportement éthique, de développer les capacités du personnel et de gérer les conflits d'intérêts se sont poursuivis avec le renforcement du cadre éthique de l'OMS. Le nouveau système de justice interne et une nouvelle politique de médiation ont été introduits, en mettant davantage l'accent sur le rôle de l'Ombudsman.

Fournir un soutien au Kirghizistan à tous les niveaux de l'OMS

Le Bureau de pays de l'OMS au Kirghizistan a été renforcé. Grâce au leadership et à la coordination efficaces du bureau de pays de l'OMS, diverses équipes des trois niveaux de l'Organisation (ressources humaines, soutien aux pays, planification stratégique, communication et partenariats) se sont rassemblées afin d'apporter un soutien dans les domaines prioritaires.

Une vision à long terme, ayant fait l'objet de plusieurs consultations, a été élaborée au plan interne pour la collaboration de l'OMS avec le Kirghizistan, ce qui conduit à la mise au point d'un programme de pays plus ciblé pour 2018-2019.

Dans le cadre du rôle fédérateur de l'OMS, le dialogue sur les politiques ainsi que l'engagement des partenaires de développement ont débouché sur l'élaboration d'une nouvelle stratégie du secteur de la santé pour le Kirghizistan de manière collaborative et sous la direction du Ministère de la santé.

L'OMS prouve qu'elle est capable d'obtenir des résultats de manière plus efficace grâce à ce type d'initiative, indiquant de quelle façon les bureaux régionaux de l'OMS, en collaboration avec le Siège, peuvent converger en vue d'apporter un soutien par l'intermédiaire d'un bureau de pays.

Utilisation accrue du service des données institutionnelles

696 utilisateurs uniques en décembre 2017 contre 23 en janvier 2016

Certification ISO 9001:2015

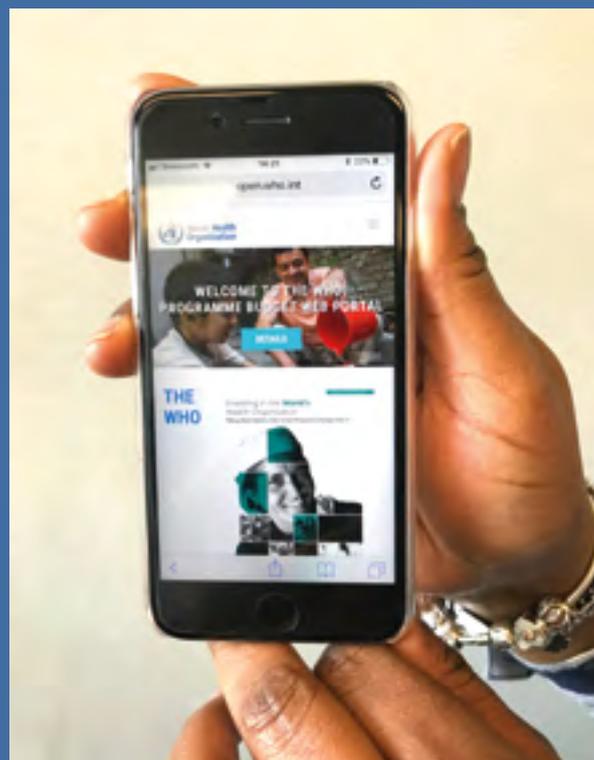
Le Centre mondial de services de l'OMS a obtenu la certification ISO pour son niveau de gestion efficace de la qualité des données

Le portail Web permet à l'OMS d'être ouverte au monde

Depuis 2013, l'OMS publie des chiffres concernant les budgets et les dépenses (y compris par donateurs à l'échelle des pays), des données sur les résultats, des reportages et des documents. En 2016, la transparence a été améliorée moyennant la transformation du portail Web sur le budget programme. Conformément à la politique sur la divulgation d'informations qui a été lancée récemment, des informations détaillées sur les résultats et les réalisations programmatiques et budgétaires ont été publiées sur le portail Web. Le portail est également un moyen de respecter les engagements pris dans le cadre de l'Initiative internationale sur la transparence de l'aide et permet aux parties prenantes d'avoir accès à l'information sur toutes les réalisations de l'OMS, y compris les ressources mobilisées.

Le portail Web rend les données programmatiques et financières plus accessibles. Il a également entraîné une augmentation du nombre de documents au niveau des pays, y compris les aide-mémoire sur la stratégie de coopération avec les pays.

Le portail Web du budget programme de l'OMS a été présenté comme un modèle pour d'autres organismes des Nations Unies.



Cadre en vue d'une meilleure collaboration avec les donateurs et les partenaires

Le monde de plus en plus complexe de l'action sanitaire mondiale fait intervenir de nombreux acteurs qui jouent un rôle important dans la promotion de la santé publique. L'OMS collabore régulièrement avec les acteurs non étatiques (organisations non gouvernementales, entités du secteur privé, fondations philanthropiques ou établissements universitaires).

Un nouveau Groupe Relations extérieures a été créé et il rassemble les fonctions des organes directeurs, de la mobilisation des ressources, de la communication et de la collaboration avec les partenaires. D'autres fonctions relatives à la diplomatie dans le domaine de la santé seront incorporées dans cette fonction de relations extérieures intégrées, couvrant les trois niveaux de l'Organisation.

Les bases d'un modèle d'engagement révisé avec les donateurs et les partenaires ont été jetées. Au cours de l'exercice en cours, 27 % des contributions volontaires proviennent d'acteurs non étatiques. L'objectif est d'accroître la collaboration de l'OMS avec les partenaires et les donateurs qui peuvent contribuer à la réalisation de l'objectif du « triple milliard » du projet de treizième programme général de travail. L'OMS ne peut agir seule. Pour atteindre les objectifs ambitieux, l'OMS doit penser différemment sa collaboration avec les donateurs et les partenaires.

Le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, qui a été adopté par l'Assemblée de la Santé en mai 2016 après de longues négociations, vise à renforcer et à approfondir la collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques, tout en préservant son action des risques potentiels, tels que les conflits d'intérêts et les risques d'atteinte à sa réputation.

Le Cadre fournit à l'OMS une politique globale et constitue également l'un des systèmes de transparence et de responsabilisation les plus solides utilisés par les organisations internationales dans le Cadre de la collaboration extérieure. La mise en œuvre du cadre est en cours et des informations sur cette collaboration seront mises à la disposition du public en ligne dans un registre des acteurs non étatiques.

Des plans et des budgets axés sur l'obtention de résultats au niveau national

Au cours de l'exercice 2016-2017, le Secrétariat a opéré une réorientation importante vers un processus ascendant, en privilégiant les activités et l'identification des priorités au niveau des pays. La plupart des bureaux de pays ont établi un ordre de priorité concernant leurs activités et leurs budgets afin de veiller à ce que 80 % des ressources soient conformes à un ensemble limité de priorités nationales. Pour la première fois, le budget programme a suivi une approche ascendante pour établir les priorités, après de vastes consultations avec les États Membres lors des comités régionaux et du Conseil exécutif.

L'Assemblée de la Santé a approuvé en 2016 le modèle d'allocation stratégique des volants budgétaires en 2016, lequel a servi de base à l'élaboration des budgets pour 2016-2017.

Le processus ascendant a également nécessité que l'Organisation introduise des mécanismes de travail pour garantir la cohérence entre les différents niveaux de l'Organisation, afin que les priorités mondiales, régionales et nationales soient alignées. Au cours de l'exercice, les réseaux de catégories et les réseaux de secteurs de programmes ont été instaurés dans le but d'assurer la cohérence dans l'exécution du programme aux trois niveaux de l'Organisation ainsi qu'une meilleure coordination de la planification et du suivi.

Afin de mieux coordonner la planification, la budgétisation et la surveillance dans l'ensemble de l'Organisation, le Secrétariat a introduit des outils plus novateurs et simples à utiliser. Des investissements modestes dans ces outils ont permis d'améliorer l'efficacité des processus institutionnels.

Ressources de l'OMS disponibles pour les activités programmatiques (en millions de US \$)



i Augmenter les ressources disponibles consacrées aux activités de l'OMS

Niveaux des dépenses de l'OMS pour les activités programmatiques (en millions de US \$)



i Augmenter les dépenses de l'OMS consacrées aux interventions de santé publique

Une nouvelle façon de travailler dans la Région de la Méditerranée orientale

Inspirée par la nouvelle impulsion en faveur de la collaboration intersectorielle afin d'atteindre les objectifs de développement durable, la Région de la Méditerranée orientale a lancé une façon innovante d'accroître l'efficacité et l'efficacités dans la mise en œuvre des programmes au moyen de collaboration interprogrammes. L'initiative vise à renforcer les activités interprogrammes au niveau du bureau régional en créant de nouvelles possibilités de collaboration technique. Grâce au soutien important de la direction, l'initiative a recueilli 60 propositions novatrices pour encourager la collaboration intersectorielle. Un processus de sélection des meilleures propositions est désormais en place ; l'intérêt suscité devrait stimuler davantage la mise en œuvre. Les enseignements tirés de cette approche régionale novatrice se répercuteront au niveau des pays lors du prochain cycle de planification afin d'encourager la collaboration intersectorielle nécessaire à la réalisation des objectifs de développement durable.

Assurer l'optimisation des ressources

L'une des premières initiatives de la nouvelle direction de l'OMS a été de lancer une approche globale d'optimisation des ressources pour toutes les actions entreprises par le Secrétariat et d'axer la culture institutionnelle sur les résultats et l'impact.

L'optimisation des ressources ne consiste pas uniquement à faire des économies, elle a un sens beaucoup plus large. En d'autres termes, l'optimisation des ressources consiste à faire le meilleur usage des ressources disponibles afin d'obtenir le plus grand impact possible sur le plan du développement durable.

Cette approche est au cœur du projet de treizième programme général de travail, qui ne se contente plus de mettre l'accent uniquement sur les processus ou les produits, mais place plutôt l'impact sur les gens au centre de son action.

Le Secrétariat a présenté une note de stratégie et un plan de mise en œuvre au Conseil exécutif. Le plan vise à assurer que les efforts se concentreront uniquement et strictement sur les résultats et les impacts, en mesurant les résultats et en rendant compte des réalisations.

Un argumentaire d'investissement à l'appui du projet de treizième programme général de travail et des activités de l'Organisation sera élaboré, ainsi qu'un ensemble d'objectifs concrets d'économies par gains de productivité établis

afin d'orienter les membres du personnel vers un mode de fonctionnement en conformité avec le concept d'optimisation des ressources.

Centre de l'OMS à Budapest : exemple d'optimisation des ressources

Le 13 décembre 2016, le tout nouveau centre de l'OMS à Budapest, une antenne du Siège, a ouvert dans la capitale hongroise. Ses fonctions actuelles sont les suivantes :

- l'administration de la justice interne, y compris la gestion de la révision administrative et le Comité d'appel mondial ;
- la gestion des accords à long terme et du catalogue des achats.

L'OMS a effectué une analyse comparative de divers lieux susceptibles d'offrir un soutien de meilleur rapport qualité/prix afin de renforcer le système de justice interne de l'OMS, conformément aux recommandations d'un groupe indépendant d'experts.

Budapest est apparue comme la meilleure option du point de vue de la sécurité, des coûts, de la présence de personnel local qualifié, de la qualité des locaux offerts et des liaisons vers et depuis Genève.

La décentralisation des fonctions à Budapest a permis à l'OMS de renforcer considérablement l'administration interne de la justice sans frais supplémentaires.

L'expérience du centre de Budapest a été reprise avec la création en 2017 d'une nouvelle plateforme de services administratifs pour la Région africaine à Pretoria (Afrique du Sud). Il convient de considérer les économies réalisées à partir de 2018.



Une gestion et une administration facilitant l'obtention de résultats

Au cours de l'exercice 2016-2017, la direction et l'administration ont mis l'accent sur le maintien d'opérations crédibles, sur l'optimisation des ressources disponibles pour répondre aux demandes croissantes des États Membres et sur les initiatives, en aidant les programmes à obtenir les résultats escomptés plus efficacement moyennant l'élimination des obstacles aux processus, aux opérations et aux exigences administratives à tous les niveaux. L'ensemble des processus et systèmes ont été examinés, du domaine des ressources humaines à celui des technologies de l'information.

Au cours de l'exercice, on a constaté une nouvelle impulsion en faveur de l'efficacité, tandis que l'Organisation devait répondre à une demande croissante sans toutefois une augmentation du budget.

La maîtrise des coûts associée aux gains de productivité a donné des résultats probants. Le renforcement de la surveillance des voyages a entraîné une réduction de 17 % du coût moyen des frais de voyage pendant la période 2016-2017.

Conformément à la politique, la mobilité géographique a été mise en œuvre en 2017 et des enseignements précieux ont été tirés de cette expérience. Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, la cible fixée pour l'exercice consistant à atteindre un rapport de 55 hommes pour 45 femmes a été presque atteinte (55,6/44,4) au sein du personnel de la catégorie professionnelle recruté sur le plan international et de rang supérieur. Cela représente une étape supplémentaire vers la parité entre les sexes par rapport au ratio de 57,2/42,8 obtenu en décembre 2016.

L'Organisation a investi dans les technologies de l'information pour fournir un meilleur soutien aux programmes techniques de l'OMS. Les résultats ont été évidents et on a constaté une amélioration de la gestion de projet et des données institutionnelles. Un nouveau système de ressources humaines (Stellis) a permis de simplifier et d'accélérer les processus de recrutement de l'OMS.

L'Organisation a été, pour la première fois, en mesure d'inclure une déclaration sur le contrôle interne dans ses états financiers annuels, ce qui est considéré comme une meilleure pratique de contrôle financier renforcé. Par ailleurs, le Centre mondial de services de l'OMS a obtenu la certification ISO 9001:2015 pour la gestion efficace de la qualité des données, contribuant ainsi au renforcement des contrôles internes et à une efficacité accrue.

Des protocoles relatifs à la sécurité et à la gestion des locaux ont été élaborés, avec la rénovation et la reconstruction du Bureau régional pour le Pacifique occidental, le campus du Siège et l'amélioration des exigences en matière de sécurité dans plusieurs bureaux de pays. Des gains de productivité ont été réalisés grâce à la collaboration avec les partenaires de l'équipe de pays des Nations Unies. Les réunions des organes directeurs, notamment une session extraordinaire du Conseil exécutif en novembre 2017, ont été organisées parallèlement aux importants travaux de reconstruction en cours.

US \$115 millions

ajoutés aux fonds souples en 2016-2017 suite à une bonne performance des placements

Indicateurs permettant de mesurer l'efficacité du Bureau régional de l'Afrique

En 2015, le Bureau régional a lancé son ambitieux programme de transformation axé sur les résultats 2015-2020. Des indicateurs de performance clés, privilégiant les fonctions managériales/administratives et programmatiques, ont été mis au point pour mesurer les résultats obtenus dans la Région.

Les capacités des bureaux de pays de l'OMS en matière d'intégration et d'harmonisation des principaux indicateurs de performance dans les programmes, les objectifs nationaux et les objectifs de développement durable, ont été renforcées. Ces indicateurs permettent de démontrer la performance, la contribution, la capacité et les activités de l'OMS en vue d'atteindre les buts stratégiques, techniques et programmatiques responsables. Un outil en ligne facilitera l'établissement de rapports, la transparence et la responsabilisation. Le rapport annuel sur les résultats obtenus au regard des indicateurs de performance clés pour 2017 sera publié en mai 2018.

Les points susmentionnés démontrent l'engagement des Régions de l'OMS en faveur d'une gestion innovante de la performance, en privilégiant la responsabilisation individuelle en fonction des résultats partagés.

Baisse de 62 % des rapports en souffrance sur la coopération financière directe

Le nombre de rapports en souffrance sur la coopération financière directe a baissé (1116 à la fin de 2015 contre 430 à la fin de 2017)

Augmenter le rapport hommes/femmes recrutés sur le plan international

Cible consistant à obtenir un ratio hommes/femmes de 55/45 pour les membres du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur titulaires d'engagements de longue durée et recrutés au plan international presque atteinte

Le tableau sur le Web montre les menaces pour la santé en temps réel

Les données étaient réparties entre différentes sources et gérées par différentes équipes, par conséquent il était difficile pour le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire de présenter une situation d'urgence en cours. Le processus prenait un temps considérable et était propice à une erreur humaine. Afin de contribuer à la prise de décisions stratégiques et d'aligner toutes les équipes derrière le même « tableau opérationnel commun », l'équipe chargée de la gestion des situations d'urgence sanitaire devait absolument disposer de données sur les situations de la santé publique constituant une préoccupation qui soient unifiées et disponibles grâce à un tableau unique et intuitif.

Un projet sur 6 semaines a été mené dans le but de proposer un tableau interactif sur le Web qui soit, sûr, stable et flexible, avec la possibilité de créer des cartes, et qui rassemble les alertes concernant les nouvelles menaces, les événements en cours d'étude et les situations d'urgence classées auxquelles l'OMS avait consacré des ressources.

Pour la première fois, les décideurs du Siège, des Régions et des pays avaient une vision complète et pratiquement en temps réel des situations d'urgence sanitaire dans le monde, sur leurs ordinateurs et dispositifs mobiles.



Rapprocher les services des populations au service desquelles nous œuvrons

La Division de l'appui technique pour le Pacifique soutient 21 pays insulaires et zones du Pacifique, rapprochant ainsi l'OMS de ceux au service desquels elle œuvre. Par exemple, les fournitures d'urgence ont été repositionnées de façon stratégique afin de réduire le temps nécessaire pour livrer les fournitures pertinentes suite à des catastrophes naturelles.

Lorsqu'une série de catastrophes a frappé les pays insulaires du Pacifique, l'OMS a été en mesure de faire parvenir des fournitures pendant les catastrophes, en particulier dans les zones isolées. En outre, le fait de disposer d'une plateforme sous-régionale pour les achats est plus efficace et permet d'être plus réactif, car les programmes techniques peuvent mieux aider les pays grâce à la rationalisation et peuvent renforcer les capacités en matière d'achats à proximité des lieux où cela est nécessaire.

Perspectives d'avenir

L'objectif du leadership et des fonctions d'appui pour aller de l'avant consistera à garantir la mise en œuvre des réorientations stratégiques et organisationnelles comme prévu dans le projet de treizième programme général de travail.

L'OMS :

- assurera le leadership sur des questions essentielles pour la santé de tous, en établissant des partenariats lorsqu'une action commune est nécessaire ;
- placera les pays à l'épicentre de ses activités en jouant un rôle moteur pour améliorer l'impact sur la santé publique ;
- veillera à ce que les biens publics mondiaux soient axés sur la production d'un impact concret au plan national ;
- mesurera ses performances et mettra en place un mécanisme de responsabilisation indépendant pour mesurer les résultats de la mise en œuvre du treizième programme général de travail ;
- reverra la planification, y compris le modèle de fonctionnement, afin que l'impact au niveau des pays favorise les activités à tous les niveaux de l'Organisation ;
- renforcera les systèmes et les processus essentiels pour optimiser la performance de l'Organisation en développant des effectifs adaptés au travail à accomplir, hautement compétents, motivés et dotés de moyens d'agir.

Principaux chiffres pour 2016-2017

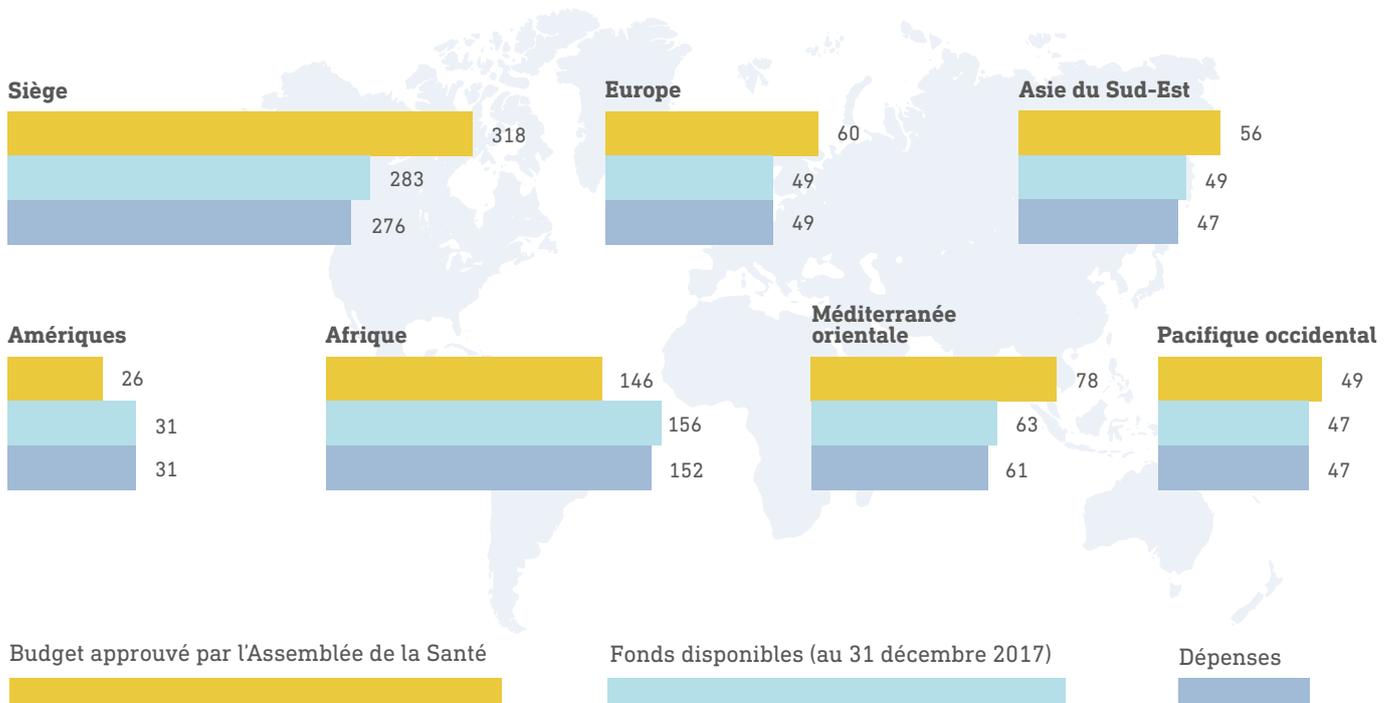
Budget programme approuvé : US \$734 millions

Fonds disponibles : US \$678 millions (92 % du budget programme)

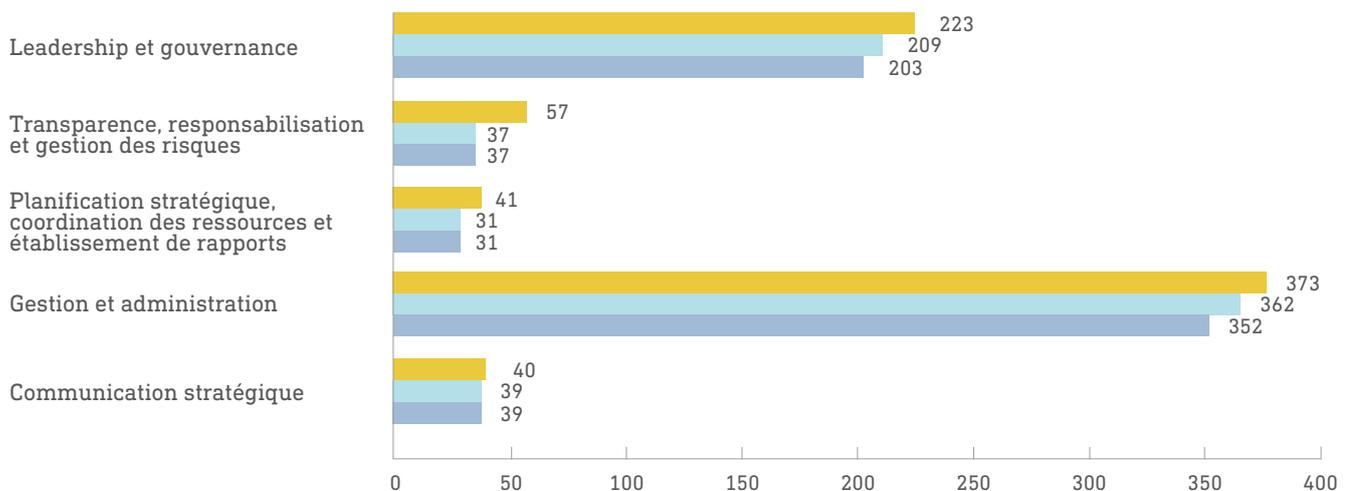
Dépenses : US \$661 millions (90 % du budget programme, 98 % des ressources disponibles)



Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US \$)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US \$)



Budget et financement

La catégorie d'activité est principalement financée par les contributions fixées et les frais d'appui administratif (environ 96 %). Le faible montant du financement provenant des contributions volontaires visait à mettre en œuvre des projets distincts gérés dans le cadre du leadership et de la gouvernance, comme convenu avec le donateur, et a contribué aux activités de transformation menées par le Bureau régional pour l'Afrique au cours de l'exercice.

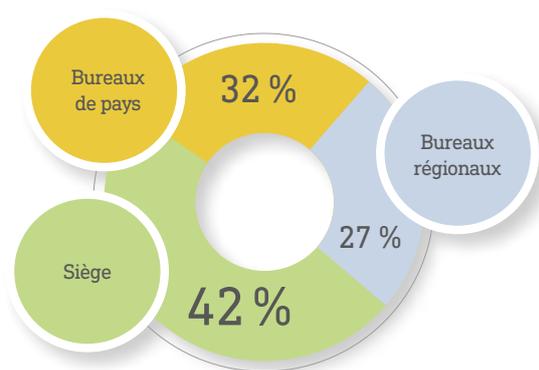
Étant donné qu'une grande partie des services institutionnels et liés à la gouvernance sont exécutés sur le budget du Siège, 41,7 % des ressources disponibles ont été affectées au niveau du Siège. Une part importante (32,2 %) est allouée aux pays

pour maintenir une présence effective dans 148 pays, y compris le financement des salaires des chefs des bureaux de l'OMS dans les pays, territoires et zones, et la gestion de ces bureaux.

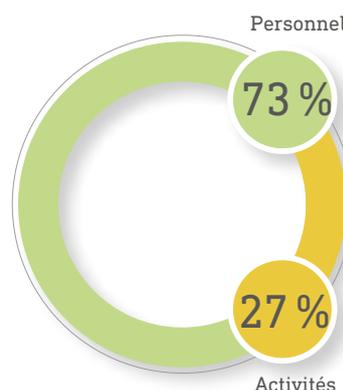
La gouvernance et les fonctions d'appui n'attirent pas le soutien des donateurs, mais elles restent essentielles au fonctionnement de l'OMS dans son ensemble. L'Organisation est par conséquent en situation de grande vulnérabilité face à toute réduction importante des fonds souples ou à des exigences accrues sans une augmentation du financement. L'OMS gère ce risque en continuant à rechercher des économies d'échelle et des économies par gains de productivité dans l'administration et la gestion.



Dépenses par niveau



Dépenses : personnel et activités



Dépenses

Une part importante des dépenses (73 %) vise à garantir des effectifs suffisants à tous les niveaux de l'Organisation, non seulement pour le personnel de gestion et administratif, mais aussi pour les hauts responsables aux trois niveaux. Environ 32 % des dépenses ont été consacrées aux opérations au niveau des pays.

Au total, 42 % des dépenses encourues relevaient du Siège (y compris le Centre mondial de services de l'OMS), car une partie importante des opérations sont de nature institutionnelle ou tendent à être centralisées à des fins d'efficacité et

pour obtenir des économies d'échelle. Les 32 % du total des dépenses consacrées aux pays sont utilisées pour maintenir environ 150 bureaux, y compris le financement des salaires des chefs des bureaux de pays et du personnel immédiat.

Les dépenses importantes de personnel (73 %) reflètent le besoin de personnel compétent pour maintenir et utiliser les fonctions de gouvernance et d'appui.

