

Budget Programme 2004-2005
Appréciation de l'exécution - résumé
WHO/PRP/06.1
Mai 2006

©Organisation mondiale de la Santé

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans ce document et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Budget programme 2004-2005 : appréciation de l'exécution - résumé

I. Vue d'ensemble

Le présent document récapitule les résultats obtenus pendant la période biennale 2004-2005, de même que les principaux obstacles et défis à relever. Le rapport d'appréciation de l'exécution du budget programme 2004-2005 s'inscrit dans le cadre OMS de responsabilité financière et de gestion fondée sur les résultats. Le budget programme a été exécuté selon le principe consistant à « *faire ce qu'il faut, là où il faut, comme il le faut* », la préoccupation principale étant de travailler avec les pays et de renforcer les capacités nationales.

La période biennale 2004-2005 a été caractérisée par des exigences accrues vis-à-vis des Etats Membres, du Secrétariat et des partenaires de l'action sanitaire dans le monde. Parmi les nombreux défis à relever, il s'agissait : de renforcer les systèmes de santé ; d'assurer l'accès aux médicaments pour un nombre croissant de personnes vivant avec le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ; de répondre à la menace sans cesse renouvelée que constituent les maladies transmissibles existantes, nouvelles ou émergentes et les situations d'urgence ; d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement – y compris en améliorant la santé des femmes et des enfants ; d'agir face à la charge croissante des maladies non transmissibles et des troubles mentaux ; de reconnaître les liens entre pauvreté et santé ; et de mieux comprendre l'impact des déterminants sociaux et environnementaux sur le développement sanitaire.

Au cours de la période biennale, des progrès importants ont été réalisés en ce qui concerne l'appui de l'OMS aux efforts que déploient les Etats Membres pour résoudre un certain nombre de ces problèmes. Parmi les mesures prises, on notera l'élargissement de l'accès aux antirétroviraux pour le VIH/SIDA à travers l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » ; les progrès sur la voie de l'éradication de la poliomyélite ; l'adoption du Règlement sanitaire international (2005) ; et la mise en oeuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Pendant cette même période, le monde a dû faire face à plusieurs crises majeures telles que les séismes et tsunamis dans l'Océan Indien, le tremblement de terre en Asie du Sud, la crise au Darfour, au Soudan, et la menace émergente de la grippe aviaire.

Pour atteindre ses objectifs sanitaires, l'Organisation continue de se tourner vers d'autres partenaires, y compris dans la société civile et le secteur privé, et s'efforce de jouer un rôle efficace au sein du système des Nations Unies. L'OMS a continué à forger des partenariats créatifs et novateurs avec les divers intervenants dans le domaine du développement humain et de la sécurité sanitaire.

Des voix se sont élevées de plus en plus nombreuses pour que l'Organisation s'emploie à accroître au maximum l'impact de son action, grâce à une meilleure cohésion entre équipes de pays, bureaux régionaux et Départements du Siège. Pour cela, l'OMS se devait de se montrer plus efficace et plus efficiente, plus responsable, plus transparente et plus réceptive au changement. Pour le Secrétariat, la période biennale 2004-2005 a été caractérisée par des réformes qui visaient à accroître son efficacité et son efficacité.

Les réalisations de l'Organisation au cours de la période biennale sont présentées sous cinq grandes rubriques : l'amélioration des résultats sur le plan sanitaire ; l'action face aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence ; la prise en compte des déterminants de la santé ; le renforcement des systèmes de santé ; et la concentration sur la gestion fondée sur les résultats.

Amélioration des résultats sur le plan sanitaire

L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS/ONUSIDA – qui avait pour but de placer 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA sous traitement antirétroviral avant fin 2005 – a clairement montré qu'il était possible d'administrer ce traitement dans des situations où les ressources sont limitées et qu'un élargissement général du traitement, sur la base des principes de santé publique, était faisable dans certains des pays les plus pauvres et les plus touchés. Le nombre de personnes sous antirétroviraux dans les pays à revenus faible et moyen a augmenté, passant de 400 000 en décembre 2003 à plus de 1,3 million en décembre 2005. L'OMS reste très attachée à l'idée d'instaurer un accès universel.

Quelque 3205 cas de poliomyélite ont été notifiés dans 24 pays en 2004-2005 (contre 2401 dans 16 pays en 2002-2003). Les ministères de la santé des pays où la poliomyélite demeure endémique ont signé en janvier 2004 la Déclaration de Genève pour l'éradication de la poliomyélite, s'engageant à intensifier et à mener à terme les activités d'éradication partout dans le monde. Plus de 25 pays d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Asie ont repris les campagnes de vaccination antipoliomyélitique de masse, soit pour stopper, soit pour prévenir la propagation aux niveaux national et international d'une épidémie touchant plusieurs pays qui avait pour origine le nord du Nigéria. Les décès par rougeole dans le monde ont diminué pour tomber, selon les estimations, à 454 000 en 2004, contre 871 000 en 1999, soit une baisse de 48 %. Ce résultat peut être attribué en partie à la mise en oeuvre de la stratégie globale OMS/UNICEF pour la réduction durable de la mortalité par rougeole dans les pays les plus touchés, notamment en Afrique où le nombre de décès par rougeole a diminué de 60 %.

La stratégie pour accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux en matière de santé génésique a été approuvée par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA57.12 en mai 2004. Des outils normatifs reposant sur des données factuelles ainsi que des principes directeurs en matière de santé génésique ont été publiés et distribués aux Régions et aux pays. L'interface clinique entre santé génésique et sexuelle et VIH/SIDA est devenue l'un des axes importants de la politique de l'OMS dans le domaine de la santé génésique.

Un appui technique a été fourni aux pays afin qu'ils puissent développer leur capacité d'amélioration de la qualité des soins et accroître l'équité d'accès aux services de santé de la mère et du nouveau-né et l'utilisation de ceux-ci. Des principes directeurs ont été élaborés afin de soutenir la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, et la documentation sur l'amélioration de l'accès à des soins de qualité en planification familiale a été révisée afin de tenir compte des dernières connaissances scientifiques.

Trente-deux pays ont reçu une aide pour donner une suite pratique aux recommandations du Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies. Avec l'appui de l'OMS, un nombre croissant de pays adopte les interventions essentielles pour la survie de l'enfant ; 67 pays ont élargi la couverture géographique de la stratégie de prise en

charge intégrée des maladies de l'enfant ; 39 appliquent la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et 7 l'approche stratégique de l'OMS concernant le VIH et les jeunes.

En 2005, une nouvelle stratégie de lutte contre la tuberculose (Halte à la tuberculose) s'articulant autour de la stratégie DOTS a été élaborée et le dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments du partenariat Halte à la tuberculose a livré plus de 2,4 millions de traitements à 65 pays. Les premiers vaccins candidats contre la tuberculose sont passés du stade préclinique au stade de l'évaluation clinique chez l'être humain et des premiers résultats scientifiques laissent espérer que de nouveaux vaccins efficaces contre la tuberculose pourront être introduits d'ici 10 ans.

L'OMS a acheté et distribué 1,3 million de moustiquaires imprégnées d'insecticide, servant à protéger quelque 2,5 millions de personnes vulnérables des moustiques vecteurs du paludisme. Des dizaines de millions de moustiquaires ont été achetées et distribuées par d'autres partenaires et d'autres pays. Au cours de la période biennale, 29 pays d'endémie supplémentaires ont adopté des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, portant le total à 52. En 2005, les pays d'endémie en ont acheté 30 millions de doses, contre 4 millions en 2004.

Le nombre de pays où sévit la dracunculose a été ramené de 13 en 2003 à 9 en 2005. Un mémorandum d'accord a été signé avec le fabricant, garantissant l'approvisionnement gratuit en polychimiothérapie pour la lèpre partout dans le monde jusqu'à fin 2010. Une stratégie intégrée de lutte antivectorielle à des fins de santé publique a été élaborée et, pour la première fois, des vaccins oraux contre le choléra ont été utilisés à titre d'intervention humanitaire dans le sud du Darfour et dans la Province d'Aceh touchée par le tsunami en Indonésie. Le développement clinique du vaccin conjugué antiméningococcique groupe A chez des adultes volontaires a commencé, laissant entrevoir la possibilité d'éliminer la méningite épidémique dans la ceinture africaine de la méningite.

Action face aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence

Par la résolution WHA58.3, l'Assemblée de la Santé a adopté le Règlement sanitaire international (2005), qui offre un cadre pour l'alerte et l'action au niveau mondial face aux urgences de santé publique et pour le renforcement des capacités nationales essentielles. Les opérations d'alerte et d'action de l'OMS en cas d'épidémie ont été intensifiées, le réseau mondial d'alerte et action en cas d'épidémie a été élargi et le Centre stratégique d'opérations sanitaires de l'OMS est devenu pleinement opérationnel. L'OMS a joué un rôle directeur efficace en matière de surveillance, d'évaluation des risques, de recherche scientifique, de renforcement des capacités et d'action opérationnelle face à la menace émergente de la grippe aviaire et en vue de la préparation systématique à une éventuelle pandémie de grippe.

La période biennale a été marquée par une série de catastrophes naturelles, la plus marquante ayant été provoquée par les séismes et les tsunamis survenus dans l'Océan Indien le 26 décembre 2004, qui ont suscité une réaction internationale sans précédent et posé à l'OMS et à ses partenaires des problèmes logistiques extraordinaires. L'OMS a également apporté une aide rapide au Gouvernement pakistanais à la suite du tremblement de terre dévastateur survenu en Asie du Sud. Outre qu'elle a apporté son soutien dans le cadre des efforts de secours immédiats après la catastrophe dans ces situations d'urgence, l'OMS a également aidé à la remise en état des services de santé

maternelle et néonatale. Parmi les autres réalisations figure l'enquête sanitaire menée par l'OMS au Soudan en août 2004, qui a contribué à ramener la crise du Darfour sur la scène internationale.

Prise en compte des déterminants de la santé

Le 27 février 2005 a marqué une date historique avec l'entrée en vigueur de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. En novembre 2005, la Convention-cadre faisait l'objet de sa centième ratification, étape décisive pour la communauté internationale chargée de la santé.

Le Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux, élaboré conjointement par l'OMS et la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, est le premier instrument juridique international contraignant dans la lutte contre les maladies d'origine hydrique. Le Protocole est entré en vigueur le 4 août 2005 et comptait 17 Parties au 31 décembre 2005. Célébrant le début de la Décennie internationale d'action : « L'eau source de vie » 2005-2015, l'OMS et l'UNICEF ont présenté un rapport destiné à renforcer les efforts en vue d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement lié à l'eau potable et à l'assainissement de base. Le rapport, qui indique ce qu'il reste à faire, a été considéré par la communauté internationale comme une contribution majeure en vue de promouvoir l'accès à une eau de boisson saine et à l'assainissement pour des milliards de personnes fortement exposées au risque de maladies d'origine hydrique.

Le Réseau international OMS des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments (INFOSAN) a été créé en vue de réduire au maximum les effets des flambées de maladies d'origine alimentaire ; il comporte une composante d'urgence et peut déjà compter sur 145 Etats Membres participants. Afin d'accroître la participation des pays en développement à la Commission du Codex Alimentarius, l'OMS et la FAO ont créé le Fonds fiduciaire du Codex et mobilisé pour celui-ci US \$4 millions fin 2005.

Par la résolution WHA57.17, l'Assemblée de la Santé a adopté la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Le lancement d'un rapport OMS sur la prévention des maladies chroniques¹ a marqué le point de départ d'une initiative majeure destinée à sensibiliser le public à l'épidémie mondiale des maladies chroniques, qui ne fait que croître.

Une étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et les violences familiales à l'égard des femmes, achevée en 2005, montre que la violence à l'égard des femmes est très répandue et qu'elle a des conséquences importantes sur la santé. L'étude s'est appuyée sur les données obtenues par 10 pays qui ont interrogé plus de 24 000 femmes.

A la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur général a annoncé la création de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, chargée d'étudier les facteurs sociaux qui ont des répercussions sur la santé. L'OMS a également coordonné la contribution technique et la rédaction d'un rapport international sans précédent sur les liens complets entre la préservation d'écosystèmes naturels sains et de

¹ *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

leur diversité biologique et la santé humaine.¹ Le rapport est une contribution à l'évaluation des écosystèmes pour le Millénaire, projet plus large qui prévoit sur quatre ans une série d'études et de rapports à la rédaction desquels participeront plus de 1300 scientifiques, et qui a pour but d'étudier les effets passés, présents et futurs sur le bien-être de l'homme.

Renforcement des systèmes de santé

A la réunion de Montreux sur le thème : Faire fonctionner les systèmes de santé, réunion organisée par l'OMS, les représentants des principaux programmes et initiatives mondiaux concernant les systèmes de santé, les organismes de financement, des experts des systèmes de santé et des responsables gouvernementaux se sont efforcés de parvenir à un accord pour savoir en quoi consiste le renforcement des systèmes de santé et trouver les moyens d'harmoniser des approches spécifiques selon les maladies et des approches plus générales du développement des systèmes de santé. Ils ont également défini dans ses grandes lignes une feuille de route visant à faire progresser certains éléments de ce programme d'action de façon à lever les principaux obstacles auxquels se heurtent les systèmes de santé et à accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs sanitaires mondiaux.

La crise des ressources humaines pour la santé occupait un rang élevé de priorité dans l'ordre du jour du Troisième Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (Paris, novembre 2005) coordonné par l'OMS et la Banque mondiale et auquel ont assisté des ministres et des hauts responsables de pays en développement, des chefs de secrétariat d'organisations bilatérales et multilatérales et d'autres partenaires. Les participants ont convenu de la nécessité de constituer une alliance mondiale formelle dans laquelle l'OMS devra jouer un rôle vital pour surmonter la crise des ressources humaines pour la santé.

Le programme d'action de l'OMS concernant la politique de recherche et la promotion de la recherche a progressé lors du Sommet ministériel de la recherche en santé organisé à Mexico en novembre 2004, au cours duquel les ministres de la santé et d'autres représentants de 58 pays ont appelé à un engagement accru de tous les pays en faveur de la recherche en santé.

Un nouveau partenariat hébergé par l'OMS, le Réseau de métrologie sanitaire, a été créé au cours de la période biennale. Il vise à accroître l'offre et l'utilisation en temps opportun d'informations sanitaires fiables, en catalysant le financement et le développement de systèmes d'information sanitaire essentielle dans les pays en développement. Le registre international des essais cliniques, réseau qui rassemble les registres d'essais cliniques du monde entier et établit un ensemble de normes internationales à l'intention de ceux-ci, a également été lancé en 2005.

Une coopération intensifiée avec la Global Harmonization Task Force en vue de l'harmonisation internationale de la réglementation des appareils médicaux a permis de développer l'accès public aux informations relatives à la surveillance postcommercialisation, entraînant une amélioration de la sécurité des patients. De nouvelles normes biologiques OMS ont été produites et promues en ce qui concerne les

¹ *Ecosystems and Human Well-being: Health Synthesis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

produits sanguins, les substances biologiques connexes et les techniques de diagnostic *in vitro*.

Afin de traiter les préoccupations en matière de transplantation d'organes, de cellules et de tissus d'un point de vue international, un réseau mondial de partenaires a été créé, les premiers documents d'orientation mondiaux – qui comprenaient des recommandations sur les xénogreffes – ont été élaborés et une base de connaissances mondiale sur les transplantations a été mise en chantier. La présélection par l'OMS des fournisseurs et des produits pour le traitement du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme fait désormais l'objet d'un grand programme mondial. La liste des produits présélectionnés est utilisée par les organisations des Nations Unies, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et la Banque mondiale afin de guider les choix en matière d'achat, et elle est de plus en plus utilisée par les Etats Membres, les programmes nationaux de traitement et les organisations non gouvernementales. Le programme a été élargi à la présélection des ingrédients pharmaceutiques actifs et des laboratoires de contrôle de la qualité.

Au nombre des activités de soutien direct, on notera qu'une assistance et des conseils techniques ont été apportés aux pays concernant les droits de propriété intellectuelle et les accords commerciaux. L'OMS a poursuivi sa collaboration avec l'OMC et a été à l'origine d'un effort concerté entre l'UNICEF, le PNUD, l'ONUSIDA et le Fonds mondial pour assurer la cohérence des activités et de la formation en matière de droits de propriété intellectuelle et d'achat de médicaments. L'OMS a également soutenu la participation à des réunions et des ateliers de formation régionaux sur ces questions organisés en Afrique et en Amérique latine par l'OMC.

Concentration sur la gestion fondée sur les résultats

La période biennale a été marquée par des efforts renouvelés en vue d'accroître l'efficacité et l'efficacités de l'OMS à l'appui de l'exécution des programmes et de l'amélioration des résultats sur le plan sanitaire. L'une des principales réalisations a été le renforcement du cadre de gestion fondé sur les résultats à l'OMS, et notamment les travaux décisifs concernant le onzième programme général de travail et la préparation du Plan Stratégique à moyen terme. Ces efforts se sont traduits par une amélioration de la planification opérationnelle, une meilleure appréciation de l'exécution et une concentration accrue sur les résultats.

La gestion des ressources financières a été améliorée grâce à un suivi régulier de la situation et à un compte rendu de celle-ci à l'échelle de l'Organisation, l'accent étant mis sur une transparence accrue, et grâce à un engagement plus important, au plan interne, de tous les programmes techniques et, au plan externe, des différents partenaires pour assurer un meilleur alignement des ressources sur le budget programme.

Des progrès ont été faits en ce qui concerne la mise en oeuvre de réformes ambitieuses des ressources humaines, notamment avec l'adoption et l'application au plan interne d'un modèle de compétences mondial pour tout le personnel, la création d'un fonds de perfectionnement du personnel et la mise en place du programme de formation à l'encadrement destiné à tous les cadres supérieurs.

Mieux répondre et de façon plus efficiente aux besoins des pays a été une priorité au cours de la période biennale : tous les bureaux de l'OMS dans les pays de la Région africaine, par exemple, sont désormais reliés au réseau privé mondial de l'OMS et 130

stratégies de coopération avec les pays ont maintenant été élaborées. Nombre de réformes entreprises reposent sur la mise en oeuvre du système mondial de gestion ; cet effort à l'échelle de l'Organisation a pris de l'ampleur après la sélection des logiciels et des intégrateurs de systèmes.

Obstacles et défis

Bien que les réalisations aient été nombreuses – plus nombreuses même dans certains domaines que prévu –, un certain nombre d'obstacles ont gêné la mise en oeuvre et limité les réalisations en ce qui concerne l'amélioration des résultats sur le plan sanitaire. La faiblesse des systèmes de santé dans de nombreux pays, notamment les lacunes des systèmes actuels de gestion et d'approvisionnement en médicaments et produits diagnostiques, les mauvaises infrastructures de laboratoire et des ressources humaines limitées à tous les niveaux, a continué d'entraver l'amélioration de l'état de santé. L'un des problèmes centraux est l'absence générale de consensus entre les différents partenaires quant aux stratégies les mieux adaptées pour renforcer les systèmes de santé ; les capacités limitées des pays pour renforcer leurs propres systèmes de santé ; et le manque de soutien technique et financier qui leur est apporté pour ces activités.

Certains aspects des programmes de santé génésique et sexuelle ont nécessité une longue planification, la recherche d'un consensus et l'adaptation méthodologique des approches proposées, autant de facteurs qui ont retardé l'exécution des activités.

Bien que des progrès importants aient été faits au cours de la période biennale, des problèmes demeurent pour le Secrétariat en ce qui concerne la collaboration entre programmes et entre les bureaux régionaux, les bureaux de pays et le Siège. Afin d'obtenir les résultats requis, la planification des ressources humaines doit être améliorée pour faire en sorte que l'on place les personnes voulues, dotées des compétences voulues, à l'endroit voulu. Dans certaines régions, on manque de compétences techniques au niveau régional ou des pays. La qualité et le niveau des compétences du personnel de l'OMS restent inégaux et doivent faire l'objet d'une plus grande attention. Malgré des améliorations en ce qui concerne la rapidité avec laquelle et la façon dont l'Organisation est en mesure de réagir en cas de situations d'urgence telles que le tsunami en Asie du Sud-Est ou le tremblement de terre en Asie du Sud, les formalités administratives sont parfois longues et la bureaucratie ralentit les opérations. Les besoins d'apprentissage doivent être mieux intégrés aux processus afin d'améliorer les méthodes de travail. Des efforts plus poussés doivent être faits pour utiliser les ressources de façon plus efficiente et plus efficace conformément aux résultats escomptés, tels qu'ils sont définis dans le budget programme.

L'un des enjeux importants en ce qui concerne les efforts de réforme du Secrétariat est lié aux liens étroits qui existent entre certains des éléments de la réforme. Les retards dans la mise en oeuvre de la politique de roulement et de mobilité, par exemple, sont imputables aux améliorations qui doivent encore être apportées à la planification des ressources humaines à l'échelle de l'Organisation. Certaines des réformes prévues à l'OMS sont liées à des réformes plus globales à l'échelle du système des Nations Unies, au niveau mondial comme au niveau local. Certains domaines particuliers sur lesquels devra se concentrer l'OMS pendant la période biennale 2006-2007 seront notamment le renforcement de la gestion des services de personnel ; une nouvelle amélioration de la coordination des ressources (par exemple mobilisation et gestion des contributions volontaires à l'échelle de l'Organisation) ; un engagement plus actif avec les partenaires clés ; la mise en oeuvre

de plans visant à renforcer les capacités de l'OMS au niveau des pays ; l'amélioration de la communication interne ; et la mise en place harmonieuse du système mondial de gestion.

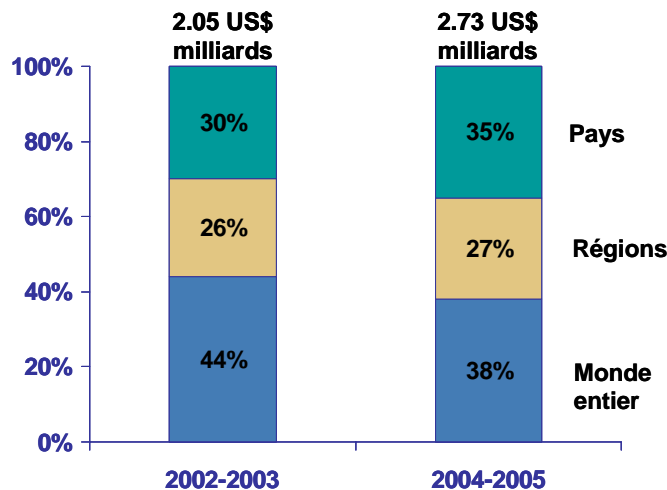
II. Résumé de l'exécution financière 2004-2005

Les dépenses totales en 2004-2005 se sont élevées à US \$2,729 milliards – soit 33 % de plus qu'en 2002-2003 et 97 % du budget approuvé.

Tableau 1 : Total des dépenses (US \$ millions)

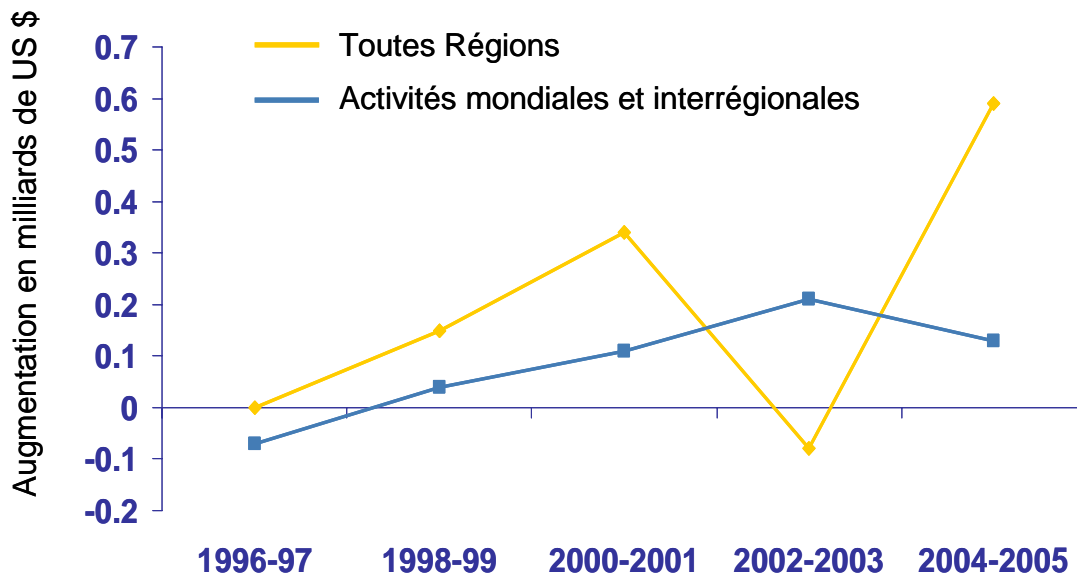
BUDGET ORDINAIRE				
	2002-2003	%	2004-2005	%
PAYS	318	38	330	38
REGIONS	235	28	234	27
MONDE ENTIER	277	34	307	35
TOTAL	830	100	871	100
AUTRES SOURCES				
	2002-2003	%	2004-2005	%
PAYS	369	25	731	34
REGIONS	374	25	585	27
MONDE ENTIER	744	50	845	39
TOTAL	1 487	100	2 161	100
TOUTES SOURCES CONFONDUES				
	2002-2003	%	2004-2005	%
PAYS	687	30	1 061	35
REGIONS	609	26	819	27
MONDE ENTIER	1 021	44	1 152	38
TOTAL¹	2 317	100	3 032	100
Moins éliminations	267		303	
TOTAL après éliminations	2 050		2 729	

¹ Des fonds ont été virés du budget ordinaire au Fonds pour la technologie de l'information, au Fonds pour la sécurité et au Fonds immobilier et du Compte spécial de frais généraux au Fonds pour la technologie de l'information et au Fonds pour la sécurité. Les montants virés sont comptabilisés comme dépenses au titre du budget ordinaire et du Compte spécial des frais généraux. Ils sont comptabilisés comme recettes pour le Fonds pour la technologie de l'information, le Fonds pour la sécurité et le Fonds immobilier, puis comme dépenses selon les activités entreprises dans ces domaines. Ce traitement comptable est nécessaire pour maintenir l'intégrité de chaque fonds même s'il entraîne une double comptabilisation des dépenses sous « Total ».



La période biennale 2004-2005 a représenté un changement d'orientation dans l'action de l'Organisation en faveur des pays et des Régions. Le graphique 1 fait apparaître l'évolution marquée des dépenses pour les Régions et le Siège en 2004-2005 par rapport à 2002-2003. Pour la première fois, la tendance à une forte augmentation au Siège a été interrompue, ce qui a permis de se rapprocher considérablement de l'objectif d'un équilibre 70-30 dans la répartition des ressources entre les pays/Régions et le Siège.

Graphique1. Augmentation des dépenses par rapport à la période biennale précédente pour "toutes Régions" et "activités mondiales et interrégionales"



Dans l'ensemble, les dépenses se sont montées à environ 97 % du budget programme total approuvé. Toutefois, comme le montre le Tableau 2, le chiffre global masque des variations considérables entre les domaines d'activité. Neuf des 35 grands domaines d'activité ont dépensé 75 % ou moins de leur budget approuvé en raison, dans la plupart des cas, de la rigidité du financement de l'Organisation, qui fait qu'il est difficile de réaffecter des fonds vers les domaines qui en ont le plus besoin. Pour cette même raison, des variations ont également été observées à l'intérieur de chaque domaine d'activité.

Tableau 2: Récapitulation du budget et des dépenses par domaine d'activité, tous bureaux confondus exercice 2004-2005

Domaine d'activité	Total (en milliers de US \$)		
	Budget programme	Dépenses	%
Maladies transmissibles : surveillance	94 600	100 961	107
Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication	134 286	100 769	75
Maladies transmissibles : recherche et développement de produits	114 468	74 186	65
Paludisme	126 140	156 669	124
Tuberculose	124 531	152 492	123
Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles	37 480	41 355	110
Tabac	20 483	17 715	87
Promotion de la santé	48 164	39 933	83
Traumatismes et incapacités	17 633	13 227	75
Santé mentale et toxicomanies	23 856	20 675	87
Santé de l'enfant et de l'adolescent	67 349	54 032	80
Recherche en santé génésique et élaboration de programmes dans ce domaine	67 070	62 299	93
Pour une grossesse à moindre risque	38 711	22 873	59
Santé de la femme	15 094	8 583	57
VIH/SIDA	218 116	126 106	58
Développement durable	28 840	31 008	108
Nutrition	20 526	17 407	85
Santé et environnement	86 946	77 625	89
Salubrité des aliments	22 453	14 059	63
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	119 037	247 375	208
Médicaments essentiels : accès, qualité et usage rationnel	51 447	49 956	97
Vaccination et mise au point de vaccins	437 146	688 255	157
Sécurité transfusionnelle et technologie clinique	24 635	22 228	90
Bases factuelles à l'appui des politiques de santé	80 606	59 167	73
Gestion et diffusion de l'information sanitaire	46 162	49 302	107
Politique de recherche et promotion de la recherche	20 217	13 943	69
Organisation des services de santé	159 966	145 935	91
Organes directeurs	27 791	28 362	102
Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats	38 264	28 736	75
Planification, suivi et évaluation des programmes	11 326	10 431	92
Développement des ressources humaines	34 912	37 881	109
Budget et gestion financière	43 841	43 659	100
Infrastructure et informatique	174 715	190 147	109
Directeur général, Directeurs régionaux et fonctions indépendantes	28 670	35 613	124
Présence de l'OMS dans les pays	148 630	161 434	109
Total – Grands domaines d'activité	2 754 111	2 944 397	
Divers			
Couverture du risque de change	20 000	14 550	
Fonds immobilier	6 000	11 851	¹
Fonds pour la technologie de l'information	35 000	41 943	¹
Fonds pour la sécurité	9 000	19 215	¹

1 Des fonds ont été virés du budget ordinaire au Fonds pour la technologie de l'information, au Fonds pour la sécurité et au Fonds immobilier et du Compte spécial de frais généraux au Fonds pour la technologie de l'information et au Fonds pour la sécurité. Les montants virés sont comptabilisés comme dépenses au titre du budget ordinaire et du Compte spécial des frais généraux. Ils sont comptabilisés comme recettes pour le Fonds pour la technologie de l'information, le Fonds pour la sécurité et le Fonds immobilier, puis comme dépenses selon les activités entreprises dans ces domaines. Ce traitement comptable est nécessaire pour maintenir l'intégrité de chaque fonds même s'il entraîne une double comptabilisation des dépenses sous « Total ».

Total – Divers	70 000	87 559	
Total – TOUS BUREAUX	2 824 111	3 031 956	
Plus dépenses d'appui au Programme du FNUAP		79	
Moins éliminations		303 365	
Total Activités du Programme de l'OMS	2 824 111	2 728 670	97

Financement

Soixante-dix pour cent des dépenses ont été financées à partir des contributions volontaires de US \$2,1 milliards (soit une augmentation de 61 % par rapport à 2002-2003) et le solde à partir des contributions au budget ordinaire, des recettes diverses, des intérêts perçus et des montants reportés de la période biennale précédente. Les recettes du budget ordinaire en 2004-2005 ont été de US \$860 millions, dont US \$803 millions reçus pendant la période biennale (US \$781 millions en contributions et US \$22 millions en recettes diverses). Les emprunts internes et les retraits sur le fonds de roulement, qui servent à financer le budget en attendant le versement des contributions, se montaient au total à US \$44 millions au 31 décembre 2005.

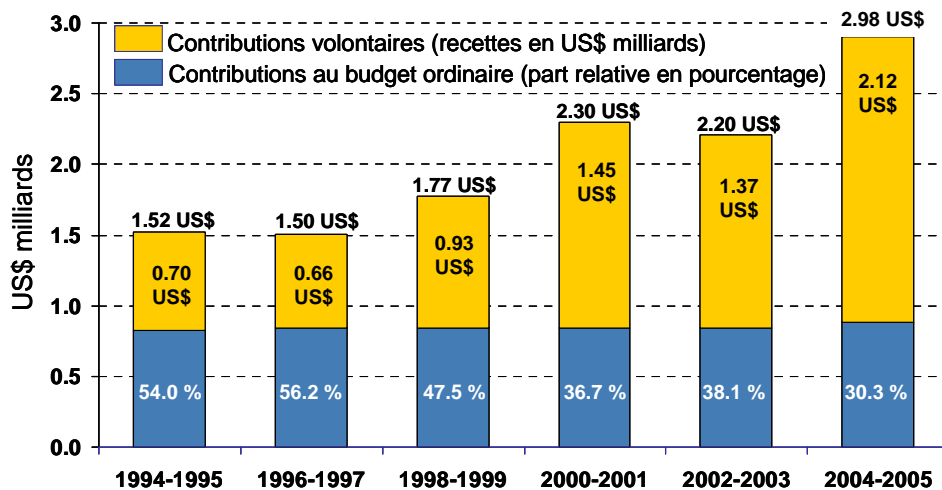
**Tableau 3: Montant total des recettes
(US \$ millions)**

	2002-2003	2004-2005	Variation en pourcentage
Budget ordinaire	856	860	1
Autres sources	1 320	2 124	61
Total	2 176	2 984	37

La proportion des recettes globales au titre des contributions volontaires a atteint environ 70 % (contre environ 60 % en 2002-2003) ; sur ce montant, les deux tiers provenaient de 10 Etats Membres. La tendance sur 12 ans illustrée par le graphique 2 montre que l'OMS a progressivement cessé d'être financée principalement par les crédits du budget ordinaire pour être financée principalement par des contributions volontaires.

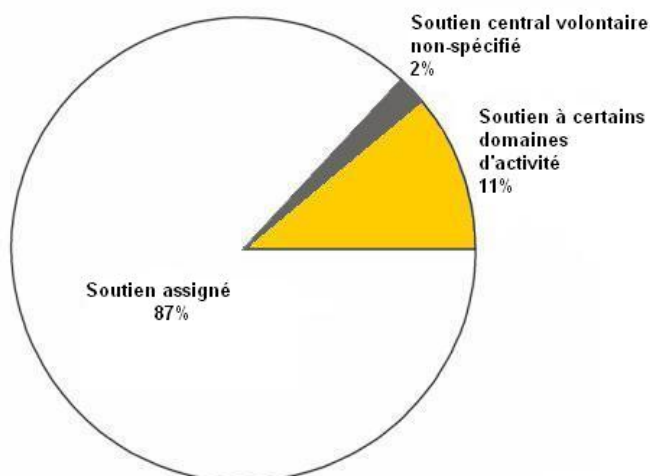
Cette évolution a entraîné une augmentation globale des ressources et permis à l'Organisation d'élargir la portée et l'échelle de ses opérations pour répondre aux besoins des Etats Membres et aux demandes de ses partenaires de l'action de développement. Toutefois, elle a également entraîné certains problèmes, étant donné que la plupart des contributions volontaires sont assorties de restrictions à des degrés divers. Les contributions les plus souples, c'est-à-dire les contributions volontaires principales versées à l'Organisation sans être assorties d'aucune restriction, ne constituent que 2 % des contributions volontaires. Viennent ensuite les contributions volontaires versées à l'Organisation par domaine d'activité, qui constituent environ 11 %. Les moins souples sont les contributions volontaires réservées à des projets ou des activités déterminés dans le cadre des plans de travail approuvés, qui constituent les 87 % restants (voir graphique 3).

Graphique 2. Évolution des contributions volontaires et du budget ordinaire au cours des dix dernières années



Les recettes décrites au graphique 3 ont été comptabilisées sous 4297 postes de contributions au Fonds volontaire de promotion de la santé et quelque 1500 rapports financiers distincts ont été établis à l'intention des donateurs. Afin d'honorer les accords passés et d'établir les rapports financiers voulus, l'OMS a mis sur pied un système complexe comportant 9349 numéros d'imputation permettant de distinguer les crédits selon les différentes sources et selon leurs différentes destinations, ce qui suppose une gestion administrative considérable. Cela a par ailleurs eu un effet défavorable sur la performance technique, car l'exécution des activités dépend souvent de la disponibilité de

Graphique 3. Répartition relative des contributions volontaires en fonction de la souplesse avec laquelle elles peuvent être utilisées



ressources suffisantes et du moment où celles-ci sont disponibles. Même si, dans l'ensemble, le budget programme apparaît comme ayant été intégralement financé, plusieurs domaines d'activité ne l'ont pas été, le financement étant lié à des éléments particuliers des plans de travail, ou arrivant trop tard pendant la période biennale pour permettre d'obtenir les résultats escomptés.

Au cours des prochaines années, il s'agira de maintenir et si possible d'augmenter le niveau

des recettes, tout en travaillant avec les bailleurs de fonds afin de rendre le financement plus souple et donc de permettre une meilleure exécution du budget programme et du prochain plan stratégique à moyen terme. L'appréciation de l'exécution, qui s'inscrit dans le cadre de gestion fondée sur les résultats et de responsabilité financière à l'OMS, constitue donc un élément important en vue d'accroître l'efficacité du financement de l'Organisation.

2004 ۲۰۰۴
Budget
Programme
الميزانية

005۲۰۰۵
2004 2004
Budget
Programme Programmas

00500
2004 2004
规划 规划
预算 预算
Программ

05年000

