



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE,
SOIXANTE-QUATRIÈME SESSION

Copenhague (Danemark), 15-18 septembre 2014

**Bureau régional
de l'OMS pour l'Europe
Rapport sur l'évaluation
de la performance
2012-2013**



Comité régional de l'Europe

Soixante-quatrième session

EUR/RC64/18

Copenhague (Danemark), 15-18 septembre 2014

15 août 2014

140463

Point 5 g) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe Rapport sur l'évaluation de la performance 2012-2013

Ce document présente au Comité régional de l'Europe une évaluation finale de l'exécution du budget programme 2012-2013, et de la performance au regard des objectifs énoncés dans le document EUR/RC61/Inf.Doc/10 intitulé *Using the Programme Budget as a strategic tool for accountability – a pilot trial for WHO reform in the European Region* (Utilisation du budget programme comme outil stratégique de responsabilisation – un essai pilote en vue de la réforme de l'OMS dans la Région européenne). Le Comité permanent du Comité régional de l'Europe a eu voix au chapitre dans le cadre de sa fonction de supervision.

L'évaluation de la performance comporte deux volets.

- 1) Le volet principal contient un aperçu analytique de la performance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, assorti de tableaux de synthèse et d'annexes. Il décrit le contexte des réalisations techniques, la situation financière et les défis techniques et de gestion affrontés au cours de la période biennale. Il recense les enseignements acquis dont s'inspireront la mise en œuvre du budget programme pour 2014-2015 et la planification pour 2016-2017.
- 2) L'appendice (disponible sur le Web et en anglais seulement) présente un compte rendu précis de la contribution de la Région européenne de l'OMS aux indicateurs des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. Il fournit également des informations détaillées sur les réalisations obtenues pour chacune des priorités clés et d'autres réalisations prioritaires en 2012-2013, et notamment des hyperliens vers les produits concrets réalisés par le secrétariat au cours de la période biennale.

Sommaire

	page
Résumé d'orientation	1
Présentation du rapport	7
Contexte	7
Aperçu des enseignements tirés	9
Aperçu de la mise en œuvre	12
Mise en œuvre technique	13
Objectif stratégique n° 1	13
Objectif stratégique n° 2	14
Objectif stratégique n° 3	14
Objectif stratégique n° 4	15
Objectif stratégique n° 5	16
Objectif stratégique n° 6	17
Objectif stratégique n° 7	18
Objectif stratégique n° 8	18
Objectif stratégique n° 9	19
Objectif stratégique n° 10	20
Objectif stratégique n° 11	21
Gouvernance et mise en œuvre des fonctions d'appui.....	22
Objectif stratégique n° 12	22
Objectif stratégique n° 13	22
Aperçu de l'exécution financière	23
Exécution par segment et par objectif stratégique	23
Exécution en fonction du mode de prestation	24
Exécution en fonction des coûts de personnel et des activités.....	24
Analyse des ressources.....	26
Facteurs de succès, obstacles et enseignements tirés	27
Annexe 1. Glossaire des termes et abréviations	30
Annexe 2. Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le BP 2012-2013 dans la Région européenne de l'OMS.....	32
Annexe 3. Suivi du portefeuille de réalisations (pour une description de chaque réalisation et produit, voir l'appendice)	35
Annexe 4. Rapport de gestion financière	40
Annexe 5. Ressources disponibles par contributeur pour le Bureau régional, par type et par objectif stratégique	42
Annexe 6. Résumé des facteurs de réussite et obstacles par objectif stratégique, pour OS 1 à 11.....	45

Résumé d'orientation

1. Après plusieurs années de déséquilibre persistant entre les priorités approuvées par les organes directeurs et le financement disponible pour leur mise en œuvre, et en l'absence d'un partage clair des responsabilités entre les États membres et le secrétariat, la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR60) a demandé en 2010 à la directrice régionale de lui soumettre, en sa soixante et unième session, un ensemble d'indicateurs de performance ainsi qu'une liste des principaux résultats devant être atteints pour la période biennale 2012-2013. Il s'agissait en fait d'améliorer la transparence et la responsabilisation pour l'exécution du budget programme de la Région. La directrice régionale a présenté un document d'information¹ au CR61 de 2011 contenant les indicateurs de performance demandés et la liste des principaux résultats. Le document, intitulé *The programme budget as a strategic tool for accountability – a proposed 2012-2013 pilot trial for WHO reform* (Le budget programme comme outil stratégique de responsabilisation – un projet d'essai pilote 2012-2013 en vue de la réforme de l'OMS) propose un ensemble de dispositions devant être utilisées, comme son titre l'indique, dans un essai pilote en vue de la réforme de l'OMS qui, d'ailleurs, venait de commencer. Cette évaluation de la performance informe le Comité régional des résultats de l'essai pilote mené et de la performance générale de la Région en ce qui concerne l'exécution du budget programme mondial 2012-2013.

2. La notion de chaîne de valeur, dans laquelle les ressources sont transformées en impacts sur la santé moyennant une série d'étapes, était au cœur de cet essai pilote. Davantage de valeur est d'ailleurs ajoutée à chacune de ces étapes (processus, produits, réalisations et impact sur la santé). La chaîne de valeur révèle également que seul le secrétariat peut être tenu responsable de l'efficacité du processus et de la prestation des produits, tandis que les réalisations relèvent de la responsabilité conjointe des États membres et du secrétariat. Elle démontre aussi comment les conditions imposées aux ressources, notamment en spécifiant les contributions volontaires, exercent un impact tout le long de la chaîne de valeur, parfois au-delà de l'objectif même de chacune de ces contributions.

3. Le Comité permanent du Comité régional de l'Europe (CPCR) a joué un rôle clé pendant la période d'essai. Dans le cadre de sa fonction de supervision, il a suivi de près les progrès, et formulé des commentaires et observations sur la performance ainsi que des conseils sur le formatage et la présentation des informations à ce sujet. Ce rapport est le fruit d'un dialogue ininterrompu entre le CPCR et le secrétariat.

4. L'essai pilote portait sur 83 priorités de la Région, dont 27 sont considérées comme des « priorités parmi les priorités », et baptisées par conséquent « réalisations (ou résultats) clés prioritaires », afin que leur soit accordée la préférence en termes de gestion et de financement. Il comportait également six indicateurs de performance répartis en trois groupes : ressources, processus et résultats.

- **Ressources** : « Proportion des contributions à objet désigné pouvant être utilisées pour financer les salaires » et « Proportion des contributions volontaires flexibles au niveau de l'OS [objectif stratégique] ou au-dessus ». Pour le premier indicateur, la valeur de référence (base) était de 50 % et l'objectif de 55 %. Cependant, le taux de réalisation n'a été que de 46 %, c'est-à-dire un niveau encore inférieur à la valeur de référence. Pour le second, la valeur de référence était de 7 %, tandis que l'objectif et le taux de réalisation étaient de 14 et 20 %, respectivement. Par conséquent, la flexibilité prévue pour certaines des contributions volontaires a été contrebalancée par une rigidité accrue en ce qui concerne le financement du personnel grâce à d'autres contributions.

¹ The programme budget as a strategic tool for accountability: a proposed 2012-2013 pilot trial for the WHO reform. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (EUR/RC61/Inf.Doc/10; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/150033/RC61_eInfDoc10.pdf, accessed 16 April 2014).

- **Processus** : « Proportion des dépenses totales de personnel dans les programmes de base (OS 1 à 11) ». Pour cet indicateur, la valeur de référence était de 60 %, alors que l'objectif était de 55 % et le taux de réalisation de 56 %. La réduction de la part des dépenses totales consenties aux coûts du personnel fut l'un des principaux défis auxquels le Bureau régional a été confronté en 2012-2013. À ce défi se sont ajoutées les difficultés du financement des coûts du personnel à partir des contributions volontaires à objet désigné. En ce qui concerne l'indicateur « Proportion des ressources institutionnelles (OS 1 à 11) affectées aux réalisations clés prioritaires, le reste étant alloué à d'autres priorités au sein de l'objectif stratégique », l'objectif était de 80 %, contre un taux de réalisation de 51 %. Il existe plusieurs explications à cela, notamment la priorité insuffisante accordée par le secrétariat à l'affectation de ressources aux réalisations clés prioritaires, et la difficulté de financer les salaires qui a conduit à une appropriation de ressources de ces réalisations clés.
- **Résultats** (produits et réalisations) : « Proportion de produits liés à des réalisations clés prioritaires ayant été générés » (objectif : 95 %, réalisation : 72 %) et « Proportion de réalisations clés prioritaires atteintes » (objectif : 85 %, réalisation : 65 %). Les résultats médiocres enregistrés pour ces deux indicateurs peuvent s'expliquer par les facteurs influant sur les premières étapes de la chaîne de valeur (voir ci-dessus). La surplanification et l'excès d'optimisme de la part des États membres et du secrétariat vis-à-vis des résultats pouvant être atteints au cours de la période biennale peuvent d'ailleurs jouer un rôle tout aussi important à cet égard.

5. L'ensemble des 83 réalisations prioritaires ont fait l'objet d'un examen minutieux afin de rendre compte de chacune des réalisations escomptées en 2012-2013 ; les résultats de cet examen figurent dans l'appendice. Les points principaux sont résumés ci-dessous pour chacun des objectifs stratégiques. L'appendice² présente des informations détaillées sur les produits concrets réalisés par le secrétariat au cours de la période biennale, ainsi que des hyperliens vers ces derniers. Il est uniquement disponible en ligne (en anglais seulement).

6. **Objectif stratégique n° 1** : réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles

- Maintien du statut « exempté de poliomyélite » de la Région européenne acquis en 2002.
- Augmentation des capacités de laboratoire, de sorte que 33 pays peuvent désormais dépister deux nouveaux virus respiratoires : le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient et la grippe aviaire A(H7N9).
- Établissement de partenariats par le Bureau régional pour prendre en charge la leishmaniose, les espèces de moustiques invasifs, les maladies vectorielles réémergentes et les géohelminthiases, aux niveaux régional et national.

7. **Objectif stratégique n° 2** : combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme

- Couverture thérapeutique du VIH encore limitée, mais améliorée pour passer de 23 % en 2010 à 35 % en 2012.
- Réalisation d'une couverture de 80 % dans la Région par les mesures de prévention de la transmission mère-enfant dans 25 pays cibles à revenus faible et intermédiaire ; seul 1 % des nouveaux cas de VIH notifiés en 2012 dans la Région ont été transmis par cette voie.

² Performance assessment report 2012-2013. Appendix : OWER indicators and detailed outcome assessment sheets. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<https://euro.sharefile.com/download.aspx?id=s8fba90cf8e94c6e8>).

- Introduction à grande échelle dans la Région d'un nouveau test de diagnostic moléculaire pour dépister en moins de 100 minutes la tuberculose et les souches résistantes à la rifampicine (comme indicateur indirect de la tuberculose multirésistante).
 - Augmentation de la couverture thérapeutique chez les patients atteints de tuberculose multirésistante (de 63 % en 2011 à 97 % en 2013).
8. **Objectif stratégique n° 3** : prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle
- Adoption au niveau régional du cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles en mai 2013.
 - Adoption par le Comité régional en 2013 du Plan d'action sur la santé mentale.
 - Publication d'un aide-mémoire européen et du rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde, et d'un rapport européen sur la prévention de la maltraitance des enfants pour promouvoir les activités de prévention de la violence et des traumatismes dans la Région.
9. **Objectif stratégique n° 4** : réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé
- Réalisation d'importants progrès dans la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle en Europe centrale et orientale (selon les indicateurs de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)).
 - Élaboration, avec le soutien de l'OMS, de politiques devant garantir l'accès universel aux soins de santé sexuelle et génésique par un nombre plus important d'États membres (18).
 - Sensibilisation accrue au vieillissement en bonne santé (l'évaluation du Réseau européen des Villes-santé de l'OMS en 2012-2013 a révélé que 80 % des villes proposent à présent des initiatives ou des actions en faveur d'un vieillissement en bonne santé).
10. **Objectif stratégique n° 5** : réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, et limiter autant que possible leurs effets sociaux et économiques
- Adoption d'une approche tous risques afin de renforcer la préparation des systèmes de santé dans les États membres européens.
 - Promotion des partenariats en faveur des interventions sanitaires, et de la collaboration étroite avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et la Commission européenne, pour être mieux préparés aux situations d'urgence sanitaire, mieux gérer les risques et renforcer les capacités d'intervention en Europe.
 - Mise en place par le Bureau régional, et en collaboration avec des partenaires, de dispositifs permettant de mobiliser un réseau d'experts internationaux expérimentés pour l'intervention face aux situations d'urgence (la création du bureau géographiquement dispersé pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire en Turquie doit permettre la consolidation de ces activités).

11. **Objectif stratégique n° 6** : promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque

- Élaboration et adoption, par un plus grand nombre de pays, de politiques nationales relatives à la consommation d'alcool après l'approbation du Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020.
- Adoption par les États membres d'une nouvelle politique-cadre sur l'obésité (Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020), basée sur les dimensions stratégiques de Santé 2020 (équité et gouvernance).
- Avec l'appui technique du Bureau régional, augmentation du nombre de pays européens ayant interdit de fumer ainsi que la publicité sur le tabac, la promotion et le parrainage, majoré la fiscalité sur les produits tabagiques et adopté des mises en garde sous forme de photos ; ratification par 50 pays de la Région de la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac* (dont trois au cours de la période biennale 2012-2013).

12. **Objectif stratégique n° 7** : agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme

- Forte augmentation des investissements, des activités de recherche et de l'assistance technique en vue de recenser les déterminants sociaux de la santé pendant la période biennale 2012-2013, dès lors considérée comme décisive à cet égard.
- Prise en compte officielle, pour la première fois, de l'amélioration de la santé par l'action sur les déterminants sociaux et la réduction des inégalités en santé, en tant que domaine primordial et indicateur de la croissance économique dans l'ouest des Balkans.
- Évaluation de la capacité nationale à gérer les importants flux de migrants vers la sous-région méditerranéenne afin de régler la question de la migration et de la santé publique.
- Intégration des différences entre les sexes, des droits de l'homme et de l'équité dans les activités du Bureau régional et le processus de Santé 2020.

13. **Objectif stratégique n° 8** : promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement

- Réalisation d'importants progrès dans la réduction de l'exposition de la population en général, et des groupes vulnérables et socioéconomiquement défavorisés, aux facteurs de risque.
- Élaboration, en coopération avec les centres collaborateurs de l'OMS, les partenaires et les experts de la Région, d'outils nouveaux et mis à jour d'évaluation des menaces pour la salubrité de l'environnement ou la santé au travail.
- Maintien d'une collaboration étroite avec d'autres programmes et agences spécialisées des Nations Unies dans le domaine de l'hygiène de l'environnement.

14. **Objectif stratégique n° 9** : améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie, et à l'appui de la santé publique et du développement durable

- Sensibilisation et éducation accrues au sujet de la sécurité sanitaire des aliments, notamment en ce qui concerne le Codex Alimentarius, et amélioration de la détection des

situations d'urgence en rapport avec la sécurité sanitaire des aliments dans les pays et de l'intervention à cet égard.

- Élaboration, application et évaluation par les États membres de stratégies pour lutter contre la sous-alimentation et la suralimentation.
- Renforcement des capacités des personnels de santé et formulation de recommandations sur l'allaitement, l'alimentation complémentaire et la nutrition du nouveau-né, en particulier dans les pays d'Asie centrale.

15. **Objectif stratégique n° 10** : améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles

- Tenue de trois événements de haut niveau, organisés ou soutenus par le Bureau régional : « Effets de la crise [financière] sur la santé et les systèmes de santé », « Des systèmes de santé pour la santé et la prospérité dans le contexte de Santé 2020 » et « Conférence internationale commémorant le 35^e anniversaire de la *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires* ».
- Approbation d'une feuille de route afin de mettre en œuvre le Plan d'action européen de l'OMS pour le renforcement des services et capacités de santé publique.
- Lancement du *Rapport sur la santé en Europe 2012*, qui a suscité un vif intérêt dans les médias. Il a été la publication du Bureau régional la plus fréquemment téléchargée en 2013.
- Organisation en Turquie de la première « Université d'automne de l'OMS » sur l'information et les bases factuelles en santé pour l'élaboration de politiques avec des représentants de 16 États membres.
- Lancement d'un nouveau réseau régional de mise en pratique des connaissances, le Réseau européen pour des politiques inspirées de bases factuelles (EVIPNet).

16. **Objectif stratégique n° 11** : élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation

- Amélioration, par vingt-cinq autres pays, de leurs capacités de réglementation et d'assurance qualité des produits médicaux.
- Amélioration des capacités de dix-huit États membres et élaboration par ces derniers de politiques en faveur d'une utilisation rationnelle des technologies et produits médicaux (médicaments, vaccins, produits sanguins).
- Réalisation, par quatorze pays non membres de l'Union européenne (UE), d'études sur l'utilisation des antibiotiques, et élaboration par ces mêmes pays de systèmes pilotes de surveillance de la consommation de ces substances.

17. **Objectif stratégique n° 12** : jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et les autres parties prenantes pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le Onzième Programme général de travail

- Accomplissement de progrès significatifs dans la réforme de l'OMS, notamment dans les domaines de la planification, de la gestion des programmes et de la responsabilisation.
- Synergie et cohérence des politiques et stratégies de l'OMS avec celles des autres partenaires dans le domaine de la santé de la Région européenne grâce à un engagement déterminé, à la mise en œuvre d'initiatives conjointes et à la participation active à des réunions visant l'élaboration de politiques.

- Visibilité accrue du Bureau régional sur l'Internet : hausse de 22 % du nombre de visites mensuelles moyennes sur le site Web au cours de la période biennale 2012-2013, par rapport à la période 2010-2012, et augmentation de 18 % entre 2012 et 2013.

18. **Objectif stratégique n° 13** : faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat

- Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est le seul bureau régional de l'OMS où aucune recommandation faite à l'issue de vérifications n'est restée longtemps sans effet.
- Réduction de la proportion de marchés en source unique de 66 à 13 %.
- Organisation de plus de 800 conférences et réunions (dont deux visites du secrétaire général des Nations Unies) à UN City (Copenhague, Danemark) entre avril et décembre 2013 ; le Bureau régional a également organisé deux sessions du Comité régional et quatre conférences ministérielles de haut niveau durant la période biennale.
- Consolidation de la gestion, au moyen de rapports réguliers et de grande qualité, et création d'un groupe de gestion pour suivre et appliquer les décisions de la direction.
- Très forte diminution des délais de recrutement.

19. Les principaux facteurs de réussite furent les suivants : bonne collaboration (au sein de l'OMS, avec les partenaires et les ministères de la Santé), engagement politique et collaboration avec de solides homologues nationaux. Les réalisations clés prioritaires bénéficient plus souvent que les autres priorités d'une bonne collaboration avec les ministères de la Santé et les homologues nationaux, et d'une volonté politique affirmée, ce qui semble indiquer que les hauts responsables politiques des États membres, délibérément ou non, accordent davantage la priorité aux réalisations clés prioritaires.

20. Le plus grand obstacle à la mise en œuvre serait le manque de ressources, sans aucune différence apparente entre les réalisations clés prioritaires et les autres priorités. Ce manque de ressources peut être dû aux restrictions imposées par des contributeurs, de même qu'à la façon dont le secrétariat gère les ressources disponibles, notamment les ressources institutionnelles flexibles.

21. Le budget programme 2012-2013 approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé était financé à la hauteur de 104 % (pour tous les segments budgétaires), l'utilisation des ressources disponibles ayant atteint un niveau compris entre 91 et 93 %. Alors que le Bureau régional pour l'Europe était bien financé, il existait encore des poches de pauvreté : les OS 4, 6 et 9 étaient financés à hauteur seulement de 74, 63 et 52 % des niveaux approuvés, respectivement.

22. Plusieurs enseignements peuvent être utilisés dans le cadre de la préparation du budget programme 2016-2017. La notion de « priorités parmi les priorités » a été bien accueillie par les États membres, et les réalisations clés prioritaires ont suscité une large mobilisation. Cependant, afin que l'approche soit plus efficace, les engagements et les responsabilités des trois parties concernées dans la chaîne de valeur devraient être examinés :

- Les États membres doivent fixer des priorités et faire preuve de réalisme lorsqu'ils évaluent le nombre de réalisations pouvant être effectuées et le nombre de produits pouvant être intégrés en même temps. Dans la plupart des cas, leur adoption exige l'allocation de ressources techniques, politiques et financières considérables au niveau national.
- Le secrétariat doit également faire preuve de réalisme et gérer le financement selon les priorités convenues, tout en se rappelant que certains produits et certaines réalisations sont moins prioritaires que d'autres. Il y a lieu d'accorder l'attention qui convient au suivi

des progrès techniques et à l'état du financement des priorités, avec l'affectation de ressources institutionnelles flexibles à leurs produits. En période de contraintes en termes de capacités financières ou techniques, la préférence doit être accordée aux priorités approuvées, même s'il faut interrompre les activités menées sur d'autres.

- Les États membres et les donateurs doivent autoriser que leurs contributions à objet désigné couvrent pleinement tous les éléments de coût requis pour fournir les produits qu'ils financent, y compris les salaires. L'approche la plus efficace à cet égard consiste à limiter la spécification de l'objet du financement (par exemple, ne pas spécifier en dessous du niveau de la réalisation).

Présentation du rapport

23. Ce rapport d'évaluation de la performance pour 2012-2013 contient un aperçu analytique de la performance, assorti de tableaux de synthèse et d'annexes. L'appendice (disponible en ligne et en anglais seulement) présente, quant à lui, un compte rendu précis de la contribution de la Région européenne aux indicateurs des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et des informations détaillées pour chaque réalisation (réalisations clés prioritaires et autres priorités) effectuées en 2012-2013. Il comprend des hyperliens vers les produits concrets réalisés par le secrétariat au cours de la période biennale. L'annexe 1 contient la liste des termes et des abréviations utilisés dans le rapport, et l'annexe 2 présente, sous forme de tableau, les réalisations des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation.

24. Le rapport s'ouvre avec, en toile de fond, l'essai pilote et les enseignements tirés à cet égard. Ensuite vient un résumé de la mise en œuvre dans les domaines techniques (OS 1 à 11) ainsi qu'au niveau de la gouvernance et des fonctions d'appui (OS 12 et 13). Des informations détaillées à ce sujet figurent à l'annexe 3 et dans l'appendice.

25. La section suivante présente une analyse de l'exécution financière, notamment une brève analyse du financement des coûts du personnel. L'exécution financière est détaillée dans les annexes 3 et 4. Le rapport contient ensuite une analyse de la situation en ce qui concerne les ressources, dont une comparaison des grands bureaux de l'OMS, et une analyse des contributions volontaires dont moins de 20 % ont financé les salaires. Un aperçu de l'ensemble des ressources volontaires disponibles, ainsi que de leurs sources et leurs destinations, figure à l'annexe 5.

26. Le rapport se termine par une analyse des facteurs de réussite et des obstacles rencontrés au cours de la mise en œuvre du portefeuille des réalisations en 2012-2013 ainsi que des enseignements tirés, avec les incidences pour 2014-2015 et 2016-2017. L'annexe 6 contient un résumé des facteurs de réussite et des obstacles par objectif stratégique (réalisations clés prioritaires et autres priorités). L'appendice comprend des fiches d'évaluation des réalisations, avec un compte rendu des défis rencontrés et des enseignements tirés pour chaque réalisation (réalisations clés prioritaires et autres), et de leurs incidences en ce qui concerne la planification pour 2014-2015 et au-delà.

Contexte

27. Ce rapport porte sur l'examen d'un essai pilote, consistant à utiliser le budget programme comme outil stratégique de responsabilisation et d'évaluation de la façon dont le budget programme 2012-2013 a été exécuté dans la Région européenne de l'OMS.

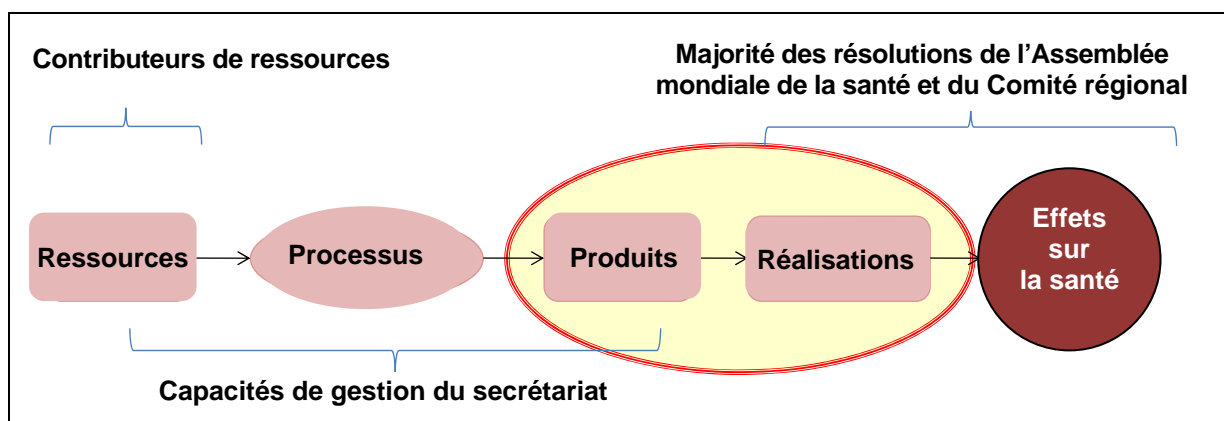
28. Au cours de sa soixantième session, le Comité régional de l'Europe a noté avec inquiétude le déséquilibre persistant entre les grandes priorités sanitaires adoptées par les États

membres, et le financement volontaire affecté à ces priorités. Suite à l'approbation du budget programme 2012-2013 par l'Assemblée mondiale de la santé en 2011, et en collaboration avec le CPRC, le Comité régional a prié la directrice régionale de soumettre un ensemble d'indicateurs de la performance et une liste des principaux résultats (ou prestations essentielles) devant être atteints, afin de renforcer la gouvernance et la fonction de supervision du Comité régional. Simultanément, le Comité régional a prié instamment les États membres de se souvenir des priorités convenues en affectant des contributions volontaires aux activités de l'OMS³.

29. En vue du CR61, la directrice régionale a présenté un document proposant un cadre conceptuel de responsabilisation, un ensemble d'indicateurs spécifiques de la performance et une liste des principaux résultats devant être atteints (document EUR/RC61/Inf.Doc/10). Ce document suggérait également de mettre en œuvre un essai pilote du cadre conceptuel au cours de la période 2012-2013, dans le contexte de la réforme de l'OMS. Le CPRC a été étroitement associé à ce projet, produisant des rapports de supervision réguliers, tenant des discussions et formulant des impératifs pour la communication des rapports ; le format du rapport résulte des contributions et commentaires du Comité permanent.

30. La chaîne de valeur du Bureau régional (figure 1) se trouve au cœur du concept de responsabilisation ; elle implique la transformation des ressources (financières, personnel, informations, etc.) en effets sur la santé publique, avec le but général d'amélioration du niveau et de la répartition de la santé dans les populations européennes.

Figure 1. La chaîne de valeur du Bureau régional de l'Europe



31. Du point de vue de l'exécution du Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et du budget programme 2012-2013, la responsabilisation peut être définie d'au moins deux manières : par rapport aux réalisations ou résultats (c'est-à-dire par rapport à la manière dont ils sont reçus par les États membres) et par rapport aux produits et processus (c'est-à-dire par rapport aux prestations et à la performance de la gestion du secrétariat). En ce qui concerne les réalisations, la responsabilisation est mesurée par la réalité des résultats atteints, et renvoie aux autorités sanitaires publiques dans les États membres, au secrétariat, aux donateurs et aux contributeurs. En revanche, la responsabilisation du point de vue des produits et des processus (qui doivent être prolifiques et efficaces), renvoie au secrétariat.

³ Résolution EUR/RC60/R9. Projet de budget programme pour 2012-2013. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (<http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixtieth-session/resolutions/eurrc60r9>, consulté le 4 août 2014).

32. Le secrétariat peut être évalué non seulement par rapport à la qualité des produits (c'est-à-dire des politiques, des directives et des manuels), mais aussi par rapport à l'efficacité démontrée dans l'usage des ressources financières, humaines et techniques, pour générer des produits. Plus les conditions associées aux ressources sont nombreuses, moins le secrétariat dispose de pouvoir en matière de gestion. Lorsque les ressources sont prévues pour une fin très précise, le secrétariat ne peut être tenu pour responsable que de leur utilisation – conformément à l'accord passé avec le donateur, et de la mise en œuvre efficace des activités spécifiées, mais pas de l'éventualité que ce soit les produits les plus nécessaires qui aient été générés. À l'extrême inverse, lorsque les ressources sont totalement flexibles, le secrétariat est tenu pour responsable de la chaîne de valeur dans son ensemble, des ressources jusqu'aux produits, et jouer un rôle majeur dans la prestation des réalisations conjointes.

33. Le document définit également un nouveau modèle opérationnel pour le Bureau régional, fondé sur les compétences et les capacités existant au sein des institutions et des services publics européens. Celui-ci présente deux grandes caractéristiques :

- lorsque cela est possible, un mode interpays s'imposera : cette méthode répond aux besoins communs des pays, dans le cadre d'une approche régionale. Les activités du Bureau régional devraient être de plus en plus exécutées au niveau interpays. Lorsqu'un produit, associé à une réalisation, n'est pertinent que pour un nombre limité de pays, on peut avoir recours à un modèle multipays, en utilisant de façon optimale les ressources du groupe. Cependant, certains produits sont, et continueront d'être, spécifiques aux besoins et au contexte de chaque pays. Ainsi, une méthode opérationnelle spécifique à chaque pays gardera son importance et sera le mode de prestation choisi lorsque cela est indiqué ;
- une coopération plus systématique avec les centres collaborateurs de l'OMS dans la Région : un pourcentage supérieur de produits résultera de la coopération avec ces centres, le secrétariat jouant un rôle primordial.

34. Dans le cadre de la réforme globale de l'OMS, des éléments de la chaîne de valeur du Bureau régional ont été introduits dans la chaîne de résultats utilisée dans le Douzième Programme général de travail 2014-2019 et le budget programme 2014-2015. La principale différence entre les deux « chaînes » réside dans le mode de définition et de mesure des produits, et l'identification des entités responsables de la réalisation de ces produits. Le présent document ne porte que sur l'exécution du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 dans la Région européenne de l'OMS, pour la période biennale 2012-2013.

Aperçu des enseignements tirés

35. Un portefeuille de réalisations, comportant 83 réalisations prioritaires, a été défini pour 2012-2013. Vingt-sept de ces réalisations ont été désignées comme des « priorités parmi les priorités » ou « réalisations (ou résultats) clés prioritaires » ; ces dernières bénéficient d'une attention particulière en termes de suivi, de garantie de ressources et de progression suffisante. Les 56 réalisations restantes, également considérées comme importantes, sont appelées « autres réalisations prioritaires ». Au cas où les ressources seraient insuffisantes, les réalisations clés prioritaires se verraient donner la préférence pour l'allocation de ressources institutionnelles flexibles. Le portefeuille de 83 réalisations constitue l'élément de base de la planification opérationnelle, notamment pour la préparation des accords de collaboration biennaux avec les pays, qui définissent les responsabilités des États membres en termes d'appropriation (réalisations) et celles du secrétariat en termes de prestations (produits). Ce portefeuille a également été utilisé pour orienter les négociations avec les possibles contributeurs de ressources volontaires. L'annexe 3 informe sur la mise en œuvre et l'exécution du portefeuille de réalisations ; l'appendice fournit davantage de détails.

36. Six indicateurs de la performance ont été choisis pour représenter la responsabilisation mutuelle aux différentes étapes de la chaîne de valeur (figure 1). Trois d'entre eux ont été assortis de valeurs de référence ; tous ont été associés à des cibles pour 2012-2013. Le tableau 1 présente les progrès réalisés par rapport aux six indicateurs de la performance.

Tableau 1. Indicateurs de la performance*

Indicateur		Valeur de référence	Cible	Réalisation constatée	Entité responsable
Réalizations	Proportion de réalisations clés prioritaires atteintes ^a	Non disponible	85 %	65 %	États membres et secrétariat
	Proportion de produits liés à des réalisations clés prioritaires ayant été générés	Non disponible	95 %	72 %	Secrétariat
Processus	Proportion des dépenses totales de personnel dans les programmes de base (OS 1 à 11)	60 %	55 %	56 %	Secrétariat
	Proportion des ressources institutionnelles (OS 1 à 11) affectées à des réalisations clés prioritaires ^b , le reste étant affecté à d'autres priorités au sein de l'OS	Non disponible	80 %	51 %	Secrétariat
Ressources	Proportion des contributions volontaires flexibles au niveau de l'OS ou au-dessus	7 %	14 %	20 % ^c 13 % ^d	États membres et donateurs
	Proportion des contributions volontaires à objet désigné pouvant être utilisées pour financer les salaires	50 %	55 %	46 %	États membres et donateurs

OS : objectif stratégique.

* Source : tableau 2 du document EUR/RC61/Inf.Doc/10 (*Performance indicators*).

^a Mesure du nombre de réalisations clés prioritaires pleinement atteintes, en pourcentage de toutes les réalisations clés prioritaires. Les 35 % restants ont été partiellement atteints : donc, il n'y a aucune réalisation clé prioritaire « non atteinte » (pour davantage de détails, voir l'annexe 3 et l'appendice).

^b En supposant que le directeur général autorise le Bureau régional à gérer de façon flexible les fonds des contributions fixées pour les OS 1 à 11.

^c Proportion de toutes les contributions volontaires (de sources mondiale et locale) qui sont flexibles au niveau de l'objectif stratégique ou au-delà.

^d Proportion des contributions volontaires mobilisées par le Bureau régional qui sont flexibles au niveau de l'objectif stratégique ou au-delà.

37. La chaîne de valeur transforme les ressources en résultats (produits et réalisations) au moyen de processus. C'est pourquoi les ressources et les processus qui ne sont pas optimaux apparaîtront comme des résultats inférieurs aux cibles. Si les indicateurs de la performance sont bien choisis, ils raconteront une « histoire » plausible et cohérente. Nous tentons ci-dessous de raconter une « histoire » fondée sur le tableau 1 et faisant référence au tableau 2. Les parties suivantes de ce document contiennent de plus amples informations à ce sujet.

38. **Ressources** : alors que la proportion des contributions volontaires flexibles au niveau de l'objectif stratégique ou au-delà était supérieure à la proportion ciblée, celle qui pouvait être utilisée pour financer les salaires était inférieure : en effet, les 46 % de contributions volontaires à objet désigné pouvant être utilisés à cette fin sont bien inférieurs à la moyenne globale de la

proportion du personnel par rapport aux dépenses totales des OS 1 à 11, qui est de 56 % (voir la section « Exécution en fonction des coûts de personnel et des activités »). Une part importante des autres contributions volontaires ne comprend que très peu de fonds pour les coûts de personnel (voir la section « Analyse des ressources »). Par conséquent, des ressources institutionnelles flexibles ont dû être utilisées pour couvrir le financement insuffisant de ces coûts. Dans une certaine mesure, les contributions volontaires à objet désigné ont été la cause de l'utilisation de ressources plus flexibles, puisqu'elles ne permettaient pas de financer correctement les coûts de personnel nécessaires pour générer les produits. En outre, l'affectation à objet désigné d'importantes parts des contributions volontaires a entraîné une distorsion du financement envers certains pays, au détriment d'autres dont les besoins similaires se sont trouvés sous-financés (voir la section « Analyse des ressources »).

39. **Processus** : l'écart entre le montant cumulatif du budget en fin de période biennale et les ressources disponibles pour les 27 réalisations clés prioritaires s'élevait à 5 millions de dollars des États-Unis (USD) ; l'écart séparant ce montant cumulatif et les ressources destinées aux 56 autres réalisations prioritaires s'établissait à 5,8 millions d'USD. L'une des raisons pouvant expliquer que ces deux écarts sont similaires est le manque de priorité accordée aux réalisations clés prioritaires lors de la répartition de ressources institutionnelles flexibles, dont 51 % seulement ont été affectées aux réalisations clés prioritaires, en dépit de l'insuffisance de fonds. À son tour, cette faible priorité est due au fait que les ressources institutionnelles flexibles ont dû être utilisées pour le financement des coûts de personnel, afin de compenser l'insuffisance des contributions volontaires à objet désigné affectées à cet effet et le rééquilibrage des capacités du personnel. La cible relative aux dépenses totales de personnel a été presque atteinte grâce à des gains de productivité (modèle opérationnel et personnel administratif) et la non-attribution des postes vacants (voir la section « Exécution en fonction des coûts de personnel et des activités »). Dans certains cas, cela a compromis les capacités techniques nécessaires aux prestations.

40. **Résultats** : 65 % des réalisations clés prioritaires ont été pleinement atteintes et 72 % des produits liés à ces réalisations ont été fournis. Ces pourcentages démontrent que les cibles fixées, respectivement de 85 % et de 95 %, n'ont pas été atteintes. Outre les raisons indiquées ci-dessus dans les paragraphes consacrés aux ressources et aux processus, d'autres explications peuvent être avancées : la surplanification et l'excès d'optimisme de la part des États membres et du secrétariat vis-à-vis des résultats pouvant être atteints au cours d'une période biennale, avec les ressources disponibles ; des facteurs nationaux entravant l'appropriation des produits (voir la section « Facteurs de réussite, obstacles et enseignements tirés ») ; des délais plus longs que prévu pour adapter les capacités techniques du secrétariat en matière de fourniture des produits relatifs aux réalisations clés prioritaires (voir les sections 4.2 et 6) ; et l'insuffisante priorité accordée par le secrétariat aux prestations des pays pour ces réalisations.

41. Le concept de réalisations clés prioritaires a été favorablement accueilli par les États membres, comme le montrent le nombre élevé de pays s'étant engagés vis-à-vis de la plupart de ces réalisations (voir annexe 3) et la fréquence supérieure des facteurs de réussite « bonne collaboration avec les ministères de la Santé », « solides homologues nationaux et bonne collaboration avec eux », et « solide détermination politique » dans les réalisations clés prioritaires par rapport aux autres réalisations prioritaires (voir également l'annexe 6). Pour rendre la méthode plus efficace, il convient cependant d'étudier de plus près les engagements et la responsabilisation des trois parties impliquées dans la chaîne de valeur (figure 1 et tableau 2).

42. Les États membres doivent également fixer des priorités et faire preuve de réalisme lorsqu'ils évaluent le nombre de réalisations pouvant être atteintes et le nombre de produits pouvant être intégrés en même temps. Dans la plupart des cas, leur adoption demande des ressources techniques et financières considérables, de même qu'un soutien politique.

Tableau 2. Engagements*

	États membres	États membres ou donateurs	Secrétariat
Résultats	Appropriation des produits pour atteindre les réalisations clés prioritaires prévues		Fourniture des produits planifiés, notamment l'orientation et l'assistance techniques
Ressources	Affectation de ressources <i>propres</i> adéquates en vue d'une action à <i>leur niveau</i> sur les réalisations clés prioritaires	Apport de ressources suffisantes, qu'elles soient flexibles ou alignées sur les réalisations clés prioritaires	Gestion des ressources visant à assurer un financement égal pour toutes les réalisations clés prioritaires
Productivité et efficacité			Réalisation des cibles de processus et d'efficacité fixées pour 2012-2013

*Source : tableau 3 du document EUR/RC61/Inf.Doc/10 (Commitments)¹.

43. Les États membres et les donateurs devront aussi autoriser que leurs contributions à objet désigné couvrent tous les éléments de coût requis pour fournir les produits qu'ils financent, qu'ils soient liés aux réalisations clés prioritaires ou aux autres réalisations prioritaires. Cela inclut également les salaires. La meilleure méthode, et la plus efficace, consiste à formuler moins de spécifications, en s'abstenant par exemple d'en formuler en dessous du niveau de la réalisation.

44. Le secrétariat doit achever et renforcer l'harmonisation des capacités techniques avec les réalisations clés prioritaires et le nouveau modèle opérationnel, et assurer notamment la pérennité du financement des effectifs. Les responsables doivent accorder une attention spécifique au suivi des progrès techniques et de l'état du financement des réalisations clés prioritaires, et donner la priorité à l'affectation de ressources institutionnelles flexibles à leurs produits.

Aperçu de la mise en œuvre

45. Cette section présente un résumé de haut niveau de la mise en œuvre technique, de la gouvernance et des fonctions d'appui. Sur les 80 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation du budget programme 2012-2013, 76 étaient pertinents pour la Région européenne de l'OMS. Cinquante d'entre eux ont été pleinement atteints, tandis que 26 ont été partiellement atteints (tableau 3). L'annexe 2 contient de plus amples informations à ce sujet.

46. L'appendice fournit de plus amples informations sur la réalisation de ces indicateurs et mentionne, le cas échéant, les pays les ayant réalisés. Un tableau de l'annexe 3 montre chaque réalisation (réalisations clés prioritaires et autres réalisations prioritaires), la mise en œuvre technique étant comparée au budget, aux ressources disponibles et à l'exécution financière. L'appendice présente des descriptions détaillées de chaque réalisation, notamment l'impact sur la santé publique, les produits effectivement générés par le secrétariat, de brefs exemples, des hyperliens vers les documents pertinents relatifs aux réalisations, les défis et les enseignements tirés.

Tableau 3. Aperçu de la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour le budget programme 2012-2013 par objectif stratégique dans la Région européenne

OS	Pleinement atteints	Partiellement atteints	Non atteints	Sans objet pour la Région européenne
01	5	2		2
02	1	4		1
03	3	3		
04	8			
05	2			
06	5	1		
07	2	3		
08	5	1		
09	6			
10	4	8		1
11	2	1		
12	4			
13	3	3		
Total général	50	26	0	4

OS : objectif stratégique.

Mise en œuvre technique

Objectif stratégique n° 1 : réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles

47. Dans la Région européenne, les États membres ont amélioré l'immunité de leur population grâce à la vaccination systématique et aux activités de vaccination supplémentaires. Des systèmes durables de haute qualité pour la surveillance et la vaccination ont permis d'aboutir à l'absence attestée de transmission endémique de la rougeole dans 16 États membres, et de rubéole dans 19 États membres, faisant d'eux des exemples à suivre pour l'élimination de ces maladies dans la Région. La Région européenne a maintenu son statut « exempté de poliomyélite » acquis en 2002.

48. Le Bureau régional a établi des partenariats pour prendre en charge la leishmaniose, les espèces de moustiques invasifs, les maladies vectorielles réémergentes et les géohelminthiases, aux niveaux régional et national. Trente-trois pays possèdent des capacités de laboratoire permettant de dépister les deux virus respiratoires émergents responsables de maladies graves chez les humains, à savoir le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient et la grippe aviaire A(H7N9). Le Bureau régional soutient les États membres afin qu'ils renforcent leur surveillance de la résistance aux antibiotiques et qu'ils élaborent des plans nationaux d'action multisectorielle contre la résistance aux antimicrobiens.

49. Concernant la mise en œuvre du *Règlement sanitaire international* (2005), les capacités des États membres en matière de détection précoce et d'intervention face aux événements de santé publique causés par des risques sanitaires (notamment ceux ayant une portée internationale potentielle), ont été renforcées pendant la période biennale, et la diffusion d'informations sur ce type d'événements a été intensifiée. Pendant la période biennale 2012-2013, plus de 700 événements de santé publique, dont 90 d'une portée internationale potentielle, ont été pris en charge par les États membres. Lors de tous ces événements, les États membres concernés ont consulté l'OMS par le biais du *Règlement sanitaire international* (2005) ou de réseaux techniques afin de les gérer.

Objectif stratégique n° 2 : combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme

50. Dans la Région européenne de l'OMS, les grandes questions de santé publique incluses dans l'OS 2 sont la prévention et la lutte contre le VIH/sida, l'hépatite virale et la tuberculose – en particulier les formes multirésistante (MR) et ultrarésistante (UR) – et l'élimination du paludisme. Les épidémies de VIH et de tuberculose ont crû dans la partie orientale de la Région au cours de ces dernières années.

51. Bien qu'elle reste médiocre, la couverture par le traitement du VIH augmente – de 23 % en 2010 à 35 % en 2012 – et il est probable que l'on constatera une nouvelle augmentation dans les statistiques de 2013. La Région a réalisé une couverture de 80 % par les mesures de prévention de la transmission mère-enfant dans 25 pays cibles à revenus faible et intermédiaire ; seul 1 % des nouveaux cas de VIH notifiés en 2012 dans la Région ont été transmis par cette voie. En 2013, 13,3 millions d'adultes (1,8 %) étaient affectés par l'hépatite B, et 15 millions par l'hépatite C, d'après des estimations. La répartition de l'infection par le VIH, les infections sexuellement transmissibles, l'hépatite virale et la tuberculose est inégale : la charge de ces maladies est disproportionnée chez les populations vulnérables marginalisées et dont le comportement est socialement stigmatisé ou illégal.

52. L'application du Plan d'action régional pour la prévention de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante a été accélérée ; la plupart de ses étapes ont été mises en œuvre. Un nouveau test de diagnostic moléculaire en vue de dépister la tuberculose en moins de 100 minutes, notamment celle qui résiste à la rifampicine (comme indicateur indirect de la tuberculose-MR), a été introduit à grande échelle ; la couverture par le traitement de la tuberculose-MR a augmenté, passant de 63 % en 2011 à 97 % en 2013. Or, le taux de succès thérapeutique des patients atteints de tuberculose-MR est de 48,5 % seulement (ce qui est similaire au taux mondial) et inférieur à la cible de 75 %, en raison d'un manque de médicaments efficaces, d'une mauvaise performance du programme et de méthodes centrées sur le patient qui ne sont pas adaptées.

53. Le nombre de cas notifiés de paludisme autochtone a connu une hausse substantielle dans la Région en 2011-2013. L'élimination de cette maladie d'ici à 2015 demeure réalisable, mais l'importation de cas en provenance de pays endémiques a accru la probabilité que le paludisme se réinstalle dans des régions actuellement exemptes. Les plans d'action contre le VIH/sida, la tuberculose-MR et UR, et le paludisme soulignent le rôle du secteur de la santé, qui doit être au centre des interventions ; celui-ci doit œuvrer avec les autres secteurs pour agir sur les inégalités et les déterminants sociaux au moyen de partenariats intersectoriels renforcés, et s'engager efficacement aux côtés de la société civile.

Objectif stratégique n° 3 : prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle

54. Le cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles a été adopté en mai 2013. Conforme aux cibles et aux indicateurs de Santé 2020, il a été préparé avec l'apport maximal des États membres européens au moyen de consultations. Un certain nombre de pays ont eu recours aux enquêtes fondées sur l'approche intégrée STEPwise de la surveillance de l'OMS (STEPS, pour *STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance*) et à l'ensemble d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires. Des réunions interpays et sous-régionales ont contribué au renforcement des soins de santé primaires et des services de santé publique dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles. La Conférence ministérielle européenne sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (décembre 2013), qui a débouché

sur la Déclaration d'Achgabat, a dessiné de nouvelles orientations sur la prise en charge de ces maladies dans la Région.

55. La préparation, puis l'adoption du Plan d'action européen sur la santé mentale par le Comité régional en 2013 ont permis de sensibiliser les États membres à l'importance d'appliquer les principes et les interventions proposées dans le plan, de même que dans d'autres documents de l'OMS, tels que le programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale ; des évaluations nationales des difficultés et activités nécessaires ont été réalisées par plusieurs pays, et des politiques nationales pour la santé mentale ont été préparées. Une consultation politique régionale a été conduite à propos de l'élaboration d'un plan d'action mondial sur la santé mentale. L'OMS a soutenu le développement et l'utilisation d'une expertise dans le domaine de l'identification des problèmes de qualité touchant la prestation de services, et de l'amélioration de la capacité à évaluer les résultats et à faire participer les patients et les familles.

56. Deux produits ont contribué concrètement à promouvoir les activités de prévention de la violence et des traumatismes dans la Région : un aide-mémoire européen et le rapport mondial sur la sécurité routière d'une part, et un rapport européen sur la prévention de la maltraitance des enfants d'autre part. Les pays ont reçu un appui technique dans le cadre de leurs activités liées à la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020 des Nations Unies, par exemple pour élaborer une politique nationale de sécurité routière et plaider afin que cette question se voie accorder un plus haut niveau de priorité. Un certain nombre de pays ont organisé des ateliers de politique sur les résultats de l'enquête relative au rapport mondial et plaidé pour la tenue d'une « semaine de la sécurité des piétons ». Des ateliers de renforcement des capacités ont été mis sur pied pour les points focaux des ministères européens de la Santé, sur la surveillance des traumatismes ; et pour les pays du sud-est de l'Europe et les pays baltes, sur les expériences négatives survenant pendant l'enfance, ainsi que l'association entre l'alcool et la violence. Des rapports sur l'amélioration des soins et de la réadaptation après les traumatismes ont été diffusés. Des actions de plaidoyer en faveur de la prévention des incapacités ont accompagné la publication du *Rapport mondial sur le handicap*⁴ et des consultations régionales ont été organisées sur un plan d'action mondial dans ce domaine.

Objectif stratégique n° 4 : réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé

57. De nombreux pays d'Europe centrale et orientale ont accompli de notables progrès dans les domaines de la réduction de la mortalité infantile et de l'amélioration de la santé maternelle, comme l'indique le suivi des indicateurs liés aux OMD 4 et OMD 5. Cette accélération de la réalisation des OMD a été permise par la mise en œuvre de politiques et d'outils nouveaux ou révisés visant à soutenir un meilleur accès aux soins de santé de la mère et de l'enfant, et une hausse de leur qualité. L'une des dix publications les plus réussies de l'OMS est une étude sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé, contenant des données sur les élèves âgés de 11, 13 et 15 ans dans 43 pays et régions d'Europe et d'Amérique du Nord. Grâce à une coopération étroite avec les centres collaborateurs de l'OMS et le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine du Siège de l'OMS, la qualité de l'éducation sexuelle a été relevée dans un certain nombre de pays de la Région, et les capacités ont été renforcées dans le domaine de la recherche opérationnelle en Fédération de Russie, au Kirghizistan et au Tadjikistan. Par manque de ressources humaines et

⁴ Rapport mondial sur le handicap. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/fr/, consulté le 16 avril 2014).

financières, le Bureau régional a moins participé aux activités visant à limiter les besoins insatisfaits en matière de planification familiale et à prévenir les avortements à risque.

58. La Stratégie et le plan d'action 2012-2020 pour le vieillissement en bonne santé en Europe ont attiré l'attention sur la santé et le bien-être des personnes âgées. L'évaluation du Réseau européen des Villes-santé de l'OMS en 2012-2013 a révélé que 80 % de ces villes proposent à présent des initiatives ou des actions en faveur d'un vieillissement en bonne santé ; la coopération avec le Bureau régional pour les environnements adaptés aux personnes âgées est le sujet qui est cité le plus fréquemment comme « ayant le plus d'impact ».

Objectif stratégique n° 5 : réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, et limiter autant que possible leurs effets sociaux et économiques

59. Conformément à la résolution WHA64.1, intitulée « Renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé », le Bureau régional a adopté une approche tous risques, afin de renforcer la préparation des systèmes de santé dans les États membres européens ; un ensemble d'outils permettant d'évaluer les capacités des systèmes de santé en matière de gestion des crises a vu le jour. Bien que le renforcement durable des capacités de gestion des risques en situation d'urgence soit une priorité dans les pays susceptibles de connaître ce type d'événements, la crise financière et les mesures d'austérité posent de véritables problèmes d'affectation de ressources suffisantes pour la préparation et les interventions en situation d'urgence. L'expérience a montré que les populations les plus pauvres et les plus vulnérables tendent à être frappées le plus durement par les catastrophes et les crises sanitaires.

60. Pour que le système d'intervention soit efficace, une étroite collaboration est nécessaire entre les gouvernements, les organisations internationales, la société civile, le secteur privé et les autres partenaires. Le Bureau régional encourage les partenariats en faveur des interventions sanitaires, et collabore étroitement avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et la Commission européenne, pour être mieux préparé aux situations d'urgence sanitaire, mieux gérer les risques et renforcer les capacités d'intervention dans toute l'Europe, de même que celles de l'OMS, comme l'indique le *Cadre d'action d'urgence*⁵ adopté par les États membres dans la résolution WHA65.20, intitulée « Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires ».

61. Les autres partenaires sont notamment le *Health Protection Agency* (Agence de protection de la santé) du Royaume-Uni qui, en tant que centre collaborateur de l'OMS pour la préparation aux rassemblements de masse et aux événements extrêmes, soutient l'OMS dans l'aide qu'elle fournit aux pays pour qu'ils renforcent leurs capacités en santé publique. Un soutien technique est accordé pour améliorer la préparation et effectuer des évaluations ; le concours d'experts internationaux et la fourniture d'outils visent à prévenir ou à réagir aux conséquences potentielles pour la santé publique de tels événements, notamment dans le cadre du *Règlement sanitaire international* (2005).

62. En collaboration avec des partenaires, le Bureau régional a mis en place des dispositifs permettant de mobiliser un réseau d'experts internationaux expérimentés pour l'intervention face aux situations d'urgence. La création d'une plateforme régionale commune pour réunir des experts internationaux et des ressources améliorera la préparation aux situations d'urgence et renforcera

⁵ Emergency response framework (ERF). Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/hac/about/erf/en/>; accessed 16 April 2014).

les opérations de riposte aux futures crises. Les actions seront consolidées par l'établissement d'un bureau géographiquement dispersé en charge de la préparation aux situations d'urgence sanitaire et humanitaire en Turquie, comme cela a été approuvé par le CR63 dans la décision EUR/RC63(2), intitulée « Création d'un nouveau bureau géographiquement dispersé pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire en Turquie ».

Objectif stratégique n° 6 : promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque

63. Après l'approbation du *Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020*⁶, un nombre croissant de pays élaborent ou révisent leur politique nationale de lutte contre l'alcool. Parmi les 53 États membres ayant transmis des informations au secrétariat avant décembre 2013, 37 possédaient une politique nationale explicite de lutte contre l'alcool et 20 avaient entrepris de la réviser. Sur les 16 États membres n'en possédant pas, 10 sont en train d'en élaborer une. Depuis 2012, 10 États membres ont adopté une nouvelle politique nationale de lutte contre l'alcool, conformément au plan d'action européen.

64. Les États membres ont adopté un nouveau cadre politique de lutte contre l'obésité (la Déclaration de Vienne), qui est fondé sur les dimensions stratégiques de Santé 2020 (l'équité et la gouvernance) ; 35 pays participent à l'initiative de l'OMS pour la surveillance de l'obésité de l'enfant ; et 49 États membres ont actualisé leurs données sur l'alimentation, l'activité physique et l'obésité, notamment les évolutions épidémiologiques et politiques, afin de les intégrer dans la base de données européenne de l'OMS sur la nutrition, l'obésité et l'activité physique (NOPA). Grâce au soutien politique et technique du Bureau régional, la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac* a été ratifiée par trois pays supplémentaires dans la Région – l'Ouzbékistan, la République tchèque et le Tadjikistan – ce qui porte le nombre total des parties dans la Région à 50. Avec l'appui technique du Bureau régional, la Région compte un nombre croissant de pays ayant interdit de fumer, prohibé la publicité sur le tabac, la promotion et le parrainage par l'industrie du tabac, majoré la fiscalité sur les produits tabagiques et adopté des mises en garde sous forme de photos. Plusieurs pays ont également renforcé substantiellement leurs lois et leurs politiques sur le tabac. La base de données sur la lutte antitabac a été remise en service et dotée d'informations nouvelles et actualisées ; elle servira d'outil aux responsables politiques de la Région. Le *Rapport de situation sur la lutte antitabac en Europe 2013*⁷ a été diffusé au cours de la conférence ministérielle sur les maladies non transmissibles, ouvrant la voie à de futures actions en faveur d'une Europe sans tabac. Des orientations sur la mise en œuvre des normes pour l'éducation sexuelle en Europe (2010 ; 2013) ont été données, ce qui a entraîné l'introduction ou la révision de cours d'éducation sexuelle dans les écoles en Allemagne, en Estonie, en Finlande, au Kirghizistan, aux Pays-Bas, en Suisse et au Turkménistan, et intensifié la collaboration entre les secteurs de l'éducation et de la santé.

⁶ European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>, accessed 16 April 2014).

⁷ European tobacco control status report 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2013/who-european-tobacco-control-status-report-2013>, accessed 16 April 2014).

Objectif stratégique n° 7 : agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme

65. La période biennale 2012-2013 a été décisive : l'investissement, la recherche et l'assistance technique pour réaliser cet objectif stratégique ont commencé avec l'initiative de Vérone, se sont poursuivis au même rythme avec la Commission Macroéconomie et santé, puis la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, ce qui a mené à l'Étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS⁸ ainsi qu'à *Santé 2020 : une stratégie et un cadre politique européens pour le XXI^e siècle*⁹, qui a été approuvé par la totalité des 53 États membres européens lors du CR62 de Malte. Les objectifs de Santé 2020 sont à présent intégrés dans tous les programmes du Bureau régional ; l'aide aux pays a été pour la première fois octroyée dans ce cadre en 2013. Les objectifs et les indicateurs visant à améliorer la santé en tant que moyen d'atteindre les cibles de la croissance inclusive ont été officiellement adoptés par les ministres de la Santé et par ceux de l'Économie de sept pays, dans le cadre d'une stratégie de croissance pour l'ouest des Balkans, la stratégie pour l'Europe du Sud-Est 2020. Pour la première fois, l'amélioration de la santé par l'action sur les déterminants sociaux et la réduction des inégalités en santé a été officiellement prise en compte en tant que domaine primordial et indicateur de la croissance économique dans l'ouest des Balkans.

66. L'année 2013 a vu le démarrage d'un projet sur les migrations et la santé publique, comportant des activités visant à évaluer les capacités des secteurs de la santé à gérer les importants flux de migrants vers les pays méditerranéens les plus touchés par ce problème. À la suite d'une évaluation conjointe OMS-ministère en Italie, la région de la Sicile, s'appuyant sur les recommandations émises, a programmé l'élaboration d'un plan d'urgence sur la santé et les migrations. Le programme sanitaire de Rome a été élaboré en 2012-2013, avec la fructueuse coopération des centres collaborateurs de l'OMS ; il compte quelques réalisations importantes.

67. Les différences entre les sexes, les droits de l'homme et l'équité ont été intégrés dans les activités du Bureau régional et le processus de Santé 2020, au moyen d'un renforcement des capacités et du soutien d'un dispositif de responsabilisation conduit par le Siège de l'OMS (un plan d'action à l'échelle du Bureau, préparé avec les contributions exhaustives du Bureau régional). Santé 2020 a été adopté par le Réseau européen des Villes-santé de l'OMS et le Réseau Régions-santé, autorisant ainsi une mise en œuvre à tous les niveaux des autorités publiques.

Objectif stratégique n° 8 : promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement

68. Les États membres de la Région européenne ont fait des progrès dans la prise en compte des déterminants de la santé liés à l'environnement, en s'engageant activement dans la

⁸ Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region; final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>, consulté le 16 avril 2014).

⁹ Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, consulté le 5 août 2014).

gouvernance du processus Environnement et santé, et en participant au renforcement des capacités pour accroître la connaissance des interactions entre environnement et risques pour la santé. Les réalisations ont contribué à réduire l'exposition de la population en général, notamment des groupes vulnérables et socioéconomiquement défavorisés, aux facteurs de risque présents dans divers milieux – notamment les lieux de travail – et dans l'environnement (air, alimentation, sol, eau et agents physiques tels que le bruit et les rayonnements ionisants et non ionisants), y compris dans les situations d'urgence, d'origine humaine ou naturelle.

69. Les capacités et compétences renforcées du Bureau régional, liées essentiellement à la consolidation du Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS à Bonn (Allemagne) lui ont permis d'apporter une aide technique intensive aux États membres, partenaires et autres acteurs dans leur action de concrétisation des engagements de la *Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé*. Plus de 30 États membres ont reçu une aide technique directe de l'OMS, et la totalité des 53 États membres ont participé à des activités inter pays. En coopération avec les centres collaborateurs de l'OMS, les partenaires et les experts de toute la Région, des outils nouveaux et actualisés d'évaluation des menaces pour la salubrité de l'environnement ou la santé au travail ont été élaborés, et des directives ont été formulées, pour orienter le recours à des politiques et interventions appropriées et efficaces sur les déterminants environnementaux de la santé. En outre, de nouveaux réseaux sur la sécurité chimique, les inégalités en matière d'hygiène de l'environnement et les effets sanitaires du changement climatique ont été constitués, dans le but de mobiliser la communauté scientifique pour soutenir plus efficacement les activités techniques de l'OMS et fournir aux États membres de nouvelles plateformes d'échange d'informations, de renforcement des capacités et de soutien à la réalisation des engagements au niveau national.

70. Le Bureau régional a continué à soutenir activement la mise en œuvre d'accords et de programmes multilatéraux pertinents sur l'environnement (tels que le Protocole sur l'eau et la santé, le Programme paneuropéen pour les transports, la santé et l'environnement (PPE TSE) et la Convention sur la pollution atmosphérique transfrontière à longue distance), créant de ce fait des synergies avec des dispositifs parallèles et complémentaires en vue de réaliser les objectifs de la Déclaration de Parme. Une étroite collaboration s'est poursuivie avec les autres programmes et institutions spécialisées des Nations Unies (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Programme des Nations Unies pour le développement, Commission économique pour l'Europe des Nations Unies, Programme des Nations Unies pour l'environnement, Organisation météorologique mondiale), les institutions et les agences de l'UE (plusieurs Directions générales de la Commission européenne, Agence européenne pour l'environnement, Autorité européenne de sécurité des aliments, Parlement européen) et d'autres partenaires.

Objectif stratégique n° 9 : améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie, l'appui de la santé publique et du développement durable

71. Le secrétariat a soutenu le renforcement des capacités pour la sécurité sanitaire des aliments dans les pays du sud-est de l'Europe et les républiques d'Asie centrale, et a sensibilisé et éduqué à ce sujet, notamment en ce qui concerne les travaux du Codex Alimentarius et les moyens pour les pays de mieux détecter les situations d'urgence en rapport avec la sécurité sanitaire des aliments, et d'y réagir efficacement. Les systèmes de surveillance, prévention et lutte contre les maladies d'origine alimentaire ont été renforcés en Albanie, en Croatie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Ouzbékistan, en Roumanie, en Serbie, au Tadjikistan et au Turkménistan ; l'accent a été mis sur les mécanismes de collaboration intersectorielle, la coopération et l'échange d'informations, de même que sur l'importance d'une méthode tenant compte de l'ensemble de la chaîne alimentaire. Les pays aux prises à des situations d'urgence impliquant la sécurité sanitaire des aliments ont reçu un soutien technique, et la version finale d'un projet quadriennal pour la sécurité sanitaire des

aliments (2009-2013) a été mise au point en Albanie. L'un des défis majeurs que doit relever l'OMS d'une part, en vue d'assurer la sécurité sanitaire des aliments, et les États membres d'autre part, afin de garantir leur participation, consiste à veiller à ce que la collaboration, la coopération et la communication soient bonnes entre les secteurs de la santé et de l'agriculture et le secteur vétérinaire, car cela est essentiel pour une prévention et une lutte d'un bon rapport coût-efficacité contre les maladies d'origine alimentaire.

72. Les États membres ont élaboré, appliqué et évalué des stratégies pour lutter contre la sous-alimentation et la suralimentation. Des dispositifs de coordination entre les organisations internationales et les autorités nationales ont été mis en place dans les pays de la Région qui connaissent d'importants problèmes de sous-alimentation. Des outils ont été créés pour faciliter la mise en œuvre et l'évaluation de politiques nutritionnelles originales, telles que les paniers de produits alimentaires sains et les initiatives de cybersanté, et promouvoir la surveillance de la nutrition. Les dispositifs de surveillance de la nutrition (Nut-PAT), en particulier chez les enfants, ont été affinés et étendus. Des projets d'indicateurs permettant d'évaluer les politiques nutritionnelles ont été mis au point. Un soutien a été accordé afin de générer des produits politiques et scientifiques destinés à des « réseaux d'action nutritionnelle », notamment le Réseau européen de réduction de la consommation de sel, et de diminuer la promotion des produits alimentaires ciblant les enfants. Les capacités des personnels de santé ont été renforcées, et des recommandations sur l'allaitement, l'alimentation complémentaire et la nutrition du nouveau-né ont été émises, notamment dans les pays d'Asie centrale.

Objectif stratégique n° 10 : améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles

73. Tenue de trois événements de haut niveau, organisés ou soutenus par le Bureau régional : « Effets de la crise [financière] sur la santé et les systèmes de santé », « Des systèmes de santé pour la santé et la prospérité dans le contexte de Santé 2020 » à l'occasion du cinquième anniversaire de la Charte de Tallinn, et « Conférence internationale commémorant le 35^e anniversaire de la *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires* ». Les deux programmes communs à différentes divisions, bénéficiant d'une priorité institutionnelle et fondés sur une approche de renforcement des systèmes de santé – en faveur d'une meilleure lutte contre la tuberculose-MR et UR et contre les maladies non transmissibles – ont généré des produits concrets aux niveaux interrégional et national, tels que des prises de position, des guides pour l'évaluation de pays et des évaluations de pays.

74. De nouvelles initiatives politiques majeures, alignées sur la réforme de l'OMS, ont été lancées : élaboration d'un cadre européen d'action sur les soins centrés sur la personne, coordonnés ou intégrés, et transformation et expansion de l'éducation et de la formation des agents de santé (à l'interface de la santé, de l'éducation, de la science et de la société civile). Un cours de formation pilote sur le renforcement des systèmes de santé a traité de la couverture sanitaire universelle pour mieux lutter contre les maladies transmissibles ; un cours de financement de la santé a eu lieu à Barcelone (Espagne). Une feuille de route en vue de mettre en œuvre le Plan d'action européen de l'OMS pour le renforcement des services et capacités de santé publique, a été approuvée au cours d'une réunion élargie du groupe consultatif. Il en a résulté une application accélérée aux niveaux national et sous-régional, l'accent étant mis sur les agents de santé publique.

75. Les États membres utilisent de plus en plus les données scientifiques pour formuler les politiques et demandent avec insistance des données de ce type concernant leur propre système de santé et celui des autres, et concernant les difficultés stratégiques (série Systèmes de santé en transition, études, présentations de données scientifiques). Ils tirent parti des opportunités de formuler des comparaisons et de tirer les leçons des expériences, appellent à un dialogue

politique, réclament des résumés d'orientation, et rejoignent et utilisent le Moniteur des systèmes de santé et des politiques. Des difficultés demeurent dans la mise en forme des données scientifiques, de façon à les rendre accessibles en temps utile, et à aider les ministères de la Santé à diffuser des informations permettant de susciter des débats plus larges au sein des pouvoirs publics ; mais les progrès accomplis sont considérables.

76. Lors de sa publication, le *Rapport sur la santé en Europe 2012*¹⁰ a suscité un vif intérêt dans les médias ; il est ensuite devenu la publication du Bureau régional la plus demandée et la plus téléchargée en 2013. Les indicateurs de Santé 2020 et le cadre de suivi ont été achevés et adoptés par le Comité régional en 2013. La première Université d'automne sur l'information et les bases factuelles en santé pour l'élaboration de politiques a réuni des représentants de 16 États membres en octobre 2013 en Turquie ; elle a été extrêmement bien reçue et les États membres ont demandé qu'elle devienne un événement annuel. Quinze pays, particulièrement en Asie centrale et en Europe orientale, ont bénéficié d'un soutien à l'évaluation et à l'amélioration des informations sanitaires. L'actualisation de la base de données européenne de la Santé pour tous s'est poursuivie : plus de 90 % des pays ont répondu aux demandes de données ; la collecte commune de données avec Eurostat et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a été étendue pour y inclure les activités de soins de santé et élaborer des indicateurs dans ce domaine.

77. L'appui aux pays axé sur l'élaboration de stratégies nationales de cybersanté et sur l'identification de solutions en matière de technologies, d'information et de communication au service d'une meilleure gestion sanitaire et de la préparation de normes d'interopérabilité, a été étendu. Un nouveau réseau de mise en pratique des connaissances, le Réseau européen pour des politiques inspirées de bases factuelles (EVIPNet), a été lancé en octobre 2012 avec, pour l'heure, 13 pays membres. En outre, l'initiative en matière d'information sanitaire pour l'Europe a été adoptée dans le but d'œuvrer en faveur d'un seul système d'information sanitaire intégré en Europe. Deux réunions du Comité consultatif européen de la recherche en santé, qui informe la directrice régionale, ont été tenues.

Objectif stratégique n° 11 : élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation

78. Les principales réalisations ont trait au partage de données scientifiques, à la promotion de l'usage des meilleures pratiques et à la formation des pays partenaires concernés dans ce domaine, pour augmenter et maintenir l'accès à des produits médicaux essentiels et de bonne qualité. Une collaboration avec les autorités et les acteurs concernés a été mise en place dans la plupart des États membres, et ce dans trois grands domaines. Le premier d'entre eux est celui des activités visant à ce que les médicaments, notamment les antibiotiques, soient employés de manière plus rationnelle. Ces activités comprennent un réseau sur l'utilisation prudente des antibiotiques ; un projet pilote de surveillance de la consommation des antibiotiques dans les pays non membres de l'UE ; un atelier de formation sur le suivi, l'évaluation, la prévision et la quantification des médicaments antituberculeux ; et des évaluations de pays en Hongrie, au Kirghizistan, en République de Moldova et au Tadjikistan, sur l'accès aux médicaments contre les maladies non transmissibles, réalisées dans le cadre d'une évaluation globale visant à identifier les difficultés et les progrès accomplis dans la prise en charge des maladies non transmissibles. Le second domaine de collaboration est la réglementation des produits médicaux dans les pays où les capacités et la coopération avec d'autres pays ont été renforcées : par exemple, dans les cas où la procédure de collaboration en vue de la présélection a été lancée afin

¹⁰ Rapport sur la santé en Europe 2012 : la quête du bien-être. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/data-and-evidence/european-health-report-2012>, consulté le 5 août 2014).

de faciliter et d'accélérer l'homologation nationale des produits ayant déjà été évalués et présélectionnés dans le cadre du Programme de présélection des médicaments de l'OMS ; trois pays y prennent part (Géorgie, Kirghizistan et Ukraine). Le troisième domaine est celui du réseau d'information sur la fixation des prix et le remboursement des produits pharmaceutiques et du réseau pour des prescriptions rationnelles ; ceux-ci ont continué à recevoir un appui.

Gouvernance et mise en œuvre des fonctions d'appui

Objectif stratégique n° 12 : jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et les autres parties prenantes pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le Onzième Programme général de travail

79. En 2012-2013, des progrès significatifs ont été accomplis dans la réforme de l'OMS. Les États membres de la Région européenne ont apporté de précieuses contributions et communiqué étroitement avec le secrétariat lors des réunions des organes directeurs mondiaux. Au cours des deux sessions de la période biennale, le Comité régional a adopté 19 résolutions et quatre décisions. La plupart de ces résolutions traitaient des politiques et des outils destinés aux décideurs, et du soutien de l'OMS aux États membres sur les questions intéressant particulièrement la Région européenne. L'intérêt croissant des États membres et des partenaires est évident : en témoigne le nombre élevé de participants, en particulier de responsables de haut niveau, aux deux sessions du Comité régional.

80. La première stratégie de coopération de pays a été signée avec la Suisse, et des projets de stratégies de coopération avec la Belgique, Chypre et la Fédération de Russie ont été rédigés. La synergie et la cohérence des politiques et stratégies de l'OMS avec celles des autres partenaires dans le domaine de la santé de la Région européenne ont été assurées par un engagement déterminé, la mise en œuvre d'initiatives conjointes et la participation active aux réunions du Mécanisme de coordination régionale des Nations Unies et des Groupes des Nations Unies pour le développement (anciennement appelés Équipe des directeurs régionaux). De nouveaux accords ont été signés avec l'OCDE en 2012, et avec le Fonds des Nations Unies pour la population et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance en 2013. La collaboration avec l'UE a été élargie, grâce à un engagement actif auprès de la Commission européenne et de ses agences, et au resserrement des relations par l'intermédiaire de la présidence de l'Union européenne.

81. Le Bureau régional a été plus présent dans les médias traditionnels et les réseaux sociaux, ce qui a permis une prise de conscience plus aigüe de son action par les États membres, et une meilleure compréhension du rôle, des priorités et des principaux messages de l'OMS par les autres acteurs. Les internautes et le public ont désormais à leur disposition de meilleurs outils interactifs en ligne, un plus large choix de produits de communication, de plus fréquentes occasions de communiquer avec les experts de l'OMS et un site Web visuellement plus attrayant et plus réactif, offrant des informations d'actualité pertinentes et précises. En conséquence, la demande de produits et de services Web par le public, les partenaires et les divisions techniques a notablement augmenté. L'examen du nombre de visites mensuelles moyennes sur le site Web révèle une hausse de 22 % au cours de la période biennale 2012-2013 par rapport à la période 2010-2012, et une augmentation de 18 % entre 2012 et 2013.

Objectif stratégique n° 13 : faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat

82. La période 2012-2013 a vu plusieurs réalisations majeures. Le Bureau régional s'est installé à UN City ; les anciens locaux ont été remis aux autorités danoises, après plus de 60 ans

d'occupation. Le Bureau régional demeure le seul bureau régional de l'OMS où aucune recommandation émise à l'issue de vérifications n'est restée longtemps lettre morte ; la proportion de marchés en source unique a baissé, passant de 66 à 13 %. Des progrès importants ont été réalisés dans la gestion des actifs fixes : environ 65 % d'entre eux ont été renumérotés, en conformité totale avec les normes comptables internationales du secteur public. Le déploiement du système électronique de traitement par lots de dépenses a été réussi dans le Bureau régional et tous les bureaux de pays, éliminant ainsi la lourde saisie manuelle et améliorant l'efficacité du traitement.

83. Avec le soutien du Bureau régional, plus de 800 conférences et réunions, dont deux visites du secrétaire général des Nations Unies, ont été organisées à UN City (Copenhague, Danemark) entre avril et décembre 2013 ; durant cette période biennale, le Bureau régional a également organisé deux sessions du Comité régional et quatre conférences ministérielles de haut niveau.

84. La gestion a été consolidée, au moyen de rapports réguliers de grande qualité et grâce à la création d'un groupe pour suivre et appliquer les décisions de la direction. Un plan de ressources humaines allégé a été préparé pour 2014-2015, dans le but de renforcer les capacités techniques tout en réalisant la pérennité financière du recrutement. Dix-huit emplois de la catégorie des services généraux et 12 postes de la catégorie professionnelle ont été supprimés. La réduction de personnel des services généraux a été facilitée par l'offre d'une résiliation d'engagement par accord mutuel, sur une base volontaire. Les délais de recrutement ont été très fortement réduits.

Aperçu de l'exécution financière

Exécution par segment et par objectif stratégique

85. L'exécution financière est détaillée dans un graphique en annexe 4. Nous résumons ici certains points essentiels.

86. Dans l'ensemble, la Région se trouvait en 2012-2013 dans une situation financière favorable. Le budget approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé (tous les segments) était financé à hauteur de 104 %, les programmes de base à 103 %, les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration à 204 %, et les interventions en cas d'épidémies et de crises à 13 % (annexe 4, figure 1). L'apparent « surfinancement » des programmes spéciaux et dispositifs de collaboration est dû à une erreur dans le budget programme initialement soumis à l'Assemblée mondiale : le budget de ce segment a été fixé à seulement la moitié de ce qu'il aurait dû être. Quant à l'apparent « sous-financement » du segment des interventions en cas d'épidémies et de crises, il est dû à la situation chanceuse de la Région, qui n'a connu ni épidémie, ni crise majeure pendant la période biennale. L'utilisation des ressources disponibles a été très élevée, de 91 à 93 %, pour tous les segments.

87. La situation globale masque cependant des variations de financement selon les objectifs stratégiques avec, d'un côté, l'OS 1 financé à 143 % du budget approuvé, l'OS 7 à 138 % et l'OS 8 à 128 %, et de l'autre côté, les OS 4, 6 et 9 financés à seulement 74, 63 et 52 % respectivement (annexe 4, figure 3). L'utilisation des ressources disponibles a excédé 90 % pour tous les objectifs stratégiques, sauf l'OS 3, pour lequel l'arrivée tardive des fonds a entraîné un retard d'utilisation.

88. Dans l'ensemble, 61 % des ressources ont été dépensées pour les coûts de personnel et 39 % pour les activités ; 90 % du compte des contributions volontaires de base et 80 % des contributions fixées ont été utilisés pour les coûts de personnel, avec seulement 46 % des fonds des autres contributions volontaires (annexe 4, figure 10 ; voir également la section intitulée « Analyse des ressources »). En ce qui concerne les activités, le poste de dépenses le plus

important était « Services contractuels, général », suivi de « Voyages » et de « Dépenses de fonctionnement générales » (annexe 4, figure 11).

Exécution en fonction du mode de prestation

89. Comme il a été mentionné dans la section intitulée « Contexte », en raison du haut niveau d'expertise technique dans ses États membres, le Bureau régional met en œuvre des programmes de trois façons : interpays, multipays et spécifique à un pays donné.

90. Les salaires de l'ensemble des membres du personnel du Bureau régional et des bureaux géographiquement dispersés sont initialement comptabilisés au niveau interpays, même s'il est prévu qu'une partie de leur temps d'activités soit consacré à des pays spécifiques. Seul le personnel déployé directement dans les pays est comptabilisé au niveau du pays en question. Cette situation est illustrée au tableau 4 dans la colonne intitulée « Exécution non ajustée », qui montre que 71% de l'exécution financière s'effectuent au niveau du programme interpays. Lorsque la répartition du travail d'un membre du personnel est connue, un ajustement est réalisé en dehors du système comptable. La situation ajustée est mise en évidence dans les trois dernières colonnes du tableau 3, qui révèle une exécution de l'ordre de 64 % au niveau du programme interpays. L'ajustement correspond à une « facturation », et est considéré comme une illustration plus exacte de la situation réelle qu'avec les méthodes utilisées précédemment.

Tableau 4. Exécution en fonction du mode de prestation, non ajustée et ajustée selon les activités du personnel (en milliers d'USD)

OS	Exécution non ajustée			Exécution ajustée		
	Spécifique à un pays donné	Programme interpays	Total PIP	Spécifique à un pays donné	Programme interpays	Total PIP
01	8 460	20 248	71 %	10 645	18 063	63 %
02	8 718	11 547	57 %	10 457	9 808	48 %
03	8 174	5 529	40 %	9 619	4 084	30 %
04	3 339	4 231	56 %	4 067	3 503	46 %
05	2 311	2 778	55 %	2 706	2 383	47 %
06	2 447	6 342	72 %	3 647	5 143	59 %
07	645	6 939	91 %	1 913	5 671	75 %
08	2 138	15 519	88 %	2 710	14 947	85 %
09	1 142	1 962	63 %	1 451	1 654	53 %
10	5 841	27 883	83 %	9 334	24 389	72 %
11	1 099	3 217	75 %	2 078	2 239	52 %
12	11 508	22 638	66 %	11 508	22 638	66 %
13	4 277	17 271	80 %	4 274	17 274	80 %
Total	60 101	146 104	71 %	74 410	131 795	64 %

PIP : programme interpays.

Exécution en fonction des coûts de personnel et des activités

91. Les coûts globaux de personnel représentaient 56 % des dépenses totales pour les objectifs stratégiques techniques (OS 1 à 11), mais la fourchette allait de 46 % des dépenses totales pour l'OS 1 à 70 % de ces dépenses pour l'OS 7 (tableau 5). Ces variations reflètent les différences dans la nature du travail, les diverses applications du modèle opérationnel du Bureau régional, et des disparités quant à l'efficacité.

92. En 2012-2013, le financement des coûts de personnel s'est avéré problématique, réclamant une gestion lourde et détaillée des ressources financières et humaines ; des ressources institutionnelles supplémentaires ont dû être exceptionnellement demandées pour couvrir les fonds salariaux manquants et les cessations de service.

Tableau 5. Dépenses de personnel et activités par objectif stratégique (en milliers d'USD)

OS	Activités		Personnel		Total
	Utilisation	% du total	Utilisation	% du total	
1	15 610	54 %	13 098	46 %	28 708
2	8 925	44 %	11 340	56 %	20 265
3	7 360	54 %	6 343	46 %	13 703
4	3 408	45 %	4 162	55 %	7 570
5	1 955	38 %	3 136	62 %	5 090
6	4 338	49 %	4 452	51 %	8 790
7	2 238	30 %	5 346	70 %	7 584
8	5 836	33 %	11 821	67 %	17 656
9	1 020	33 %	2 084	67 %	3 105
10	12 910	38 %	20 813	62 %	33 723
11	1 980	46 %	2 337	54 %	4 317
OS 1 à 11	65 579	44 %	84 932	56 %	150 511
12	4 809	14 %	9 337	86 %	34 146
13	9 014	42 %	12 534	58 %	21 548
Total	79 401	39 %	126 803	61 %	206 205

93. Le nombre d'engagements continus a augmenté en raison de la politique des ressources humaines, qui consiste à octroyer automatiquement ce type d'engagement au bout de cinq ans de service en durée déterminée (tableau 6). Avec la réforme de l'OMS, l'octroi automatique d'engagements continus a pris fin ; ce nombre va baisser à mesure que les membres du personnel détenant des engagements continus quitteront l'Organisation. Le nombre d'engagements à durée déterminée et temporaires a considérablement diminué pendant la période biennale, en raison du non-remplacement de personnel, de l'offre de résiliations d'engagement par accord mutuel et du report de recrutements.

Tableau 6. Évolution des effectifs et des types de contrat, 2012-2013

Type de contrat	Décembre 2011	Décembre 2013	Différence
Continu	242	296	54
Durée déterminée	288	160	-128
Temporaire	47	23	-24
Effectif total	577	479	-98

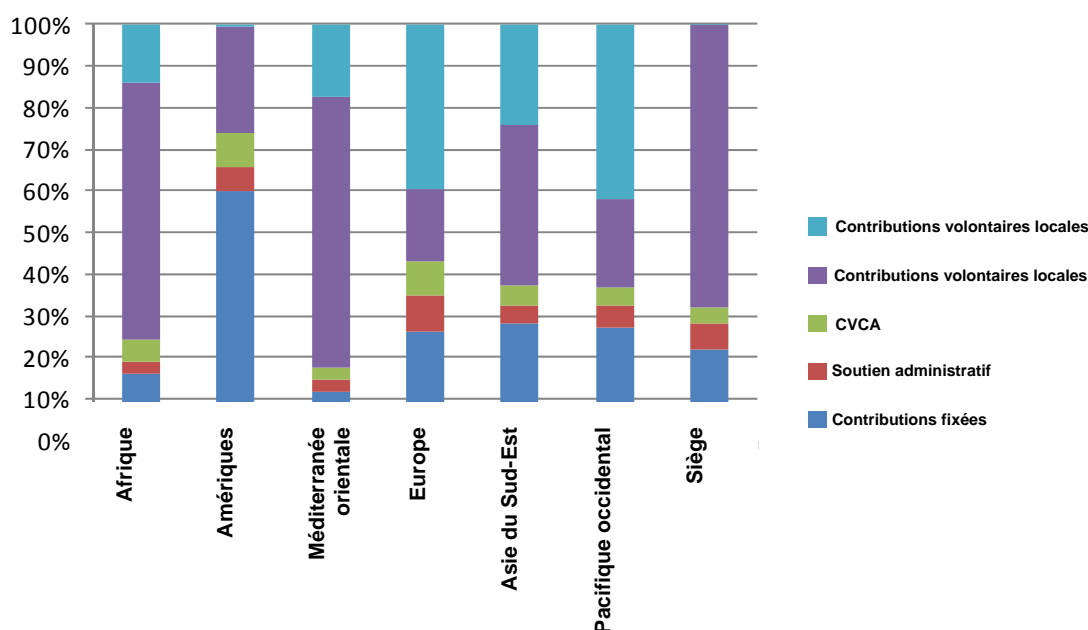
94. La baisse des effectifs globaux d'environ 100 postes est due à des contraintes financières, mais elle reflète également le nouveau modèle opérationnel et un effort général d'amélioration de l'efficacité. Cependant, les retards de recrutement pour des postes clés ont eu des conséquences sur les capacités de production du Bureau régional. À moins que la situation financière ne s'améliore, d'autres ajustements seront nécessaires pour harmoniser totalement les capacités et les priorités.

Analyse des ressources

95. Le schéma de financement varie beaucoup d'un bureau régional de l'OMS à un autre (figure 2). Les Bureaux régionaux de l'Europe et du Pacifique occidental dépendent davantage des ressources volontaires locales – qui représentent 39 et 42 % de l'ensemble, respectivement – que les autres grands bureaux. La liste complète des sources de financement (locales et mondiales) se trouve dans l'annexe 5. Le Bureau régional des Amériques est un cas particulier, car les contributions volontaires mobilisées au niveau local sont presque toutes enregistrées dans le budget de l'Organisation panaméricaine de la santé, et n'apparaissent donc pas dans les registres de l'OMS.

96. La proportion de fonds du compte des contributions volontaires de base et du soutien administratif dans le financement global du Bureau régional de l'Europe est plus élevée que dans d'autres grands bureaux. Cette situation s'explique en partie par les fonds institutionnels reçus pour couvrir le manque de financement salarial et les coûts de cessation de service, comme indiqué dans la section précédente.

**Figure 2. Schémas de financement des grands bureaux
(composition relative des ressources disponibles
pour tous les segments du budget)**



CVCA : compte des contributions volontaires de base.

97. Du moins dans la Région européenne, l'objet des contributions locales tend à être plus étroitement spécifié, en termes de projets, pays dans lesquels elles peuvent être utilisées (voir également le tableau 1) et type de dépenses autorisées, qui ne sont pas suffisantes en ce qui concerne les personnels.

98. Voici des exemples de contributions importantes à des programmes de base, ayant un objet désigné pour des réalisations et des pays spécifiques, et qui représentent une part importante du financement global disponible pour chaque objectif stratégique : OS 1 – environ 4 millions d'USD (18 % des ressources totales de l'objectif) à objet désigné pour la Turquie ; OS 3 – 4,5 millions d'USD (27 % des ressources totales de l'objectif) à objet désigné pour la Turquie ; OS 8 – 8 millions d'USD (42 %) à objet désigné pour le bureau géographiquement dispersé de Bonn

(Allemagne) et 1,5 million d'USD (8 %) pour les zones à haut risque de Sicile (Italie) ; OS 9 – 850 000 USD (30 %) pour l'Albanie ; OS 10 – 1,9 million d'USD (7 %) pour la République de Moldova ; et OS 11 – 600 000 USD (17 %) à objet désigné pour le Monténégro.

99. Les coûts de personnel globaux pour les OS 1 à 11 ont représenté 56 % de l'ensemble des dépenses de ces objectifs stratégiques (cf. tableau 5). Les contributions volontaires globales autres que le compte des contributions volontaires de base ne pouvaient être consacrées qu'à hauteur de 46 % de leur total à des coûts de personnel (voir section intitulée « Exécution en fonction des coûts de personnel et des activités » et annexe 4, figure 10). On constate également d'amples variations dans les autres contributions volontaires et entre les objectifs stratégiques : 61 % de ces autres contributions (24 millions d'USD) et 23 % du total ont financé moins de 20 % des coûts de personnel (tableau 7).

Tableau 7. Contributions volontaires (autres que le compte des contributions volontaires de base), dont moins de 20 % ont financé les dépenses salariales, 2012-2013 (en milliers d'USD)

Objectif stratégique	Allocations totales		Allocations avec moins de 20 % pour les salaires			
	Nombre	Montant	Nombre	% du total	Montant	% du total
OS 1	78	25 838	51	65 %	7 645	30 %
OS 2	87	16 350	51	59 %	4 358	27 %
OS 3	44	9 324	27	61 %	1 693	18 %
OS 4	31	3 484	16	52 %	1 907	55 %
OS 5	23	2 601	13	57 %	889	34 %
OS 6	54	6 138	37	69 %	3 380	55 %
OS 7	30	4 084	16	53 %	1 003	25 %
OS 8	72	15 839	45	63 %	1 171	7 %
OS 9	19	1 476	13	68 %	191	13 %
OS 10	59	19 792	30	51 %	1 371	7 %
OS 11	28	2 629	17	61 %	1 371	52 %
Total	525	107 554	316	60 %	24 981	23 %

100. Pour les OS 1, 2, 4, 5, 6, 7 et 11, 25 % ou plus des contributions volontaires proviennent d'allocations qui ont financé moins de 20 % des coûts de personnel. Toutes choses égales par ailleurs, le financement de ces coûts est donc un problème constant. Cette difficulté s'explique probablement par la présence de contributeurs plaçant des restrictions excessives concernant l'usage des fonds et par des justifications et négociations inadéquates de la part du secrétariat.

Facteurs de succès, obstacles et enseignements tirés

101. Le rapport de fin de période biennale du Système mondial de gestion sur la mise en œuvre des quelque 800 résultats escomptés par bureau (réalisations clés prioritaires et autres réalisations prioritaires par pays et interpays) comprenait une évaluation des facteurs de réussite et des obstacles. Ces derniers concernent les réalisations n'ayant pas été atteintes, ou seulement partiellement, et peuvent être incomplets.

102. Les principaux facteurs de réussite sont les suivants : collaboration au sein de l'OMS, avec les partenaires et avec les ministères de la Santé, engagement politique et collaboration avec de solides homologues nationaux. Les réalisations clés prioritaires bénéficient relativement plus souvent que les autres priorités d'une bonne collaboration avec les ministères de la Santé et de solides homologues nationaux, et d'une volonté politique affirmée (voir annexe 6), ce qui semble

indiquer que les hauts responsables politiques des États membres accordent davantage la priorité aux réalisations clés prioritaires.

Figure 3. Facteurs de réussite (n = 494)

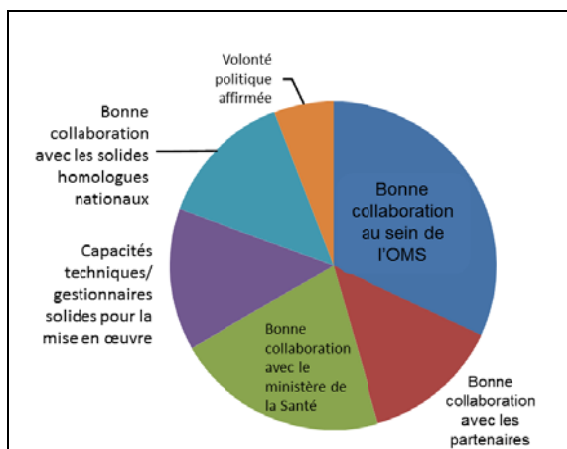
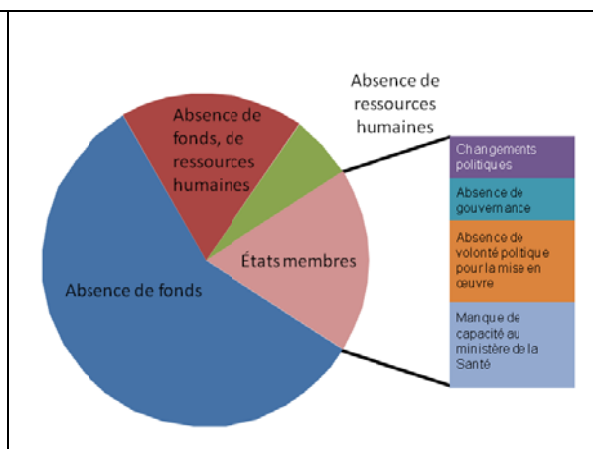


Figure 4. Obstacles (n = 33)



103. L'obstacle le plus important est le manque de ressources (figure 4) ; à cet égard, il ne semble pas y avoir de différence entre les réalisations clés prioritaires et les autres réalisations prioritaires (voir annexe 6). Le manque de ressources peut être dû aux restrictions imposées par des contributeurs, de même qu'à la façon dont le secrétariat gère les ressources disponibles, notamment les ressources institutionnelles flexibles. Environ un cinquième des obstacles rapportés étaient d'ordre interne aux États membres : ils comprenaient notamment les changements politiques et un manque de gouvernance, de volonté politique, ou de capacités au sein du ministère de la Santé.

104. Pour chacune des réalisations, les défis rencontrés et les enseignements tirés au cours de l'exécution sont enregistrés et analysés, et leurs incidences sur la planification pour 2014-2015 transparaissent dans chaque fiche d'évaluation des réalisations (voir l'appendice). Des enseignements communs peuvent être tirés afin d'orienter la planification pour 2016-2017.

105. Plusieurs États membres présentent des déficits de capacités physiques et d'experts dans certains domaines techniques. Il importe dès lors de continuer à apporter un appui technique spécifique au pays en question. On a cependant constaté que ce dernier est plus efficace lorsqu'un soutien est apporté simultanément à plusieurs domaines ou programmes techniques, et lié à l'aide fournie pour le renforcement des systèmes de santé.

106. En relevant les défis de « l'approbation politique et de la mise en œuvre technique », le secrétariat doit poursuivre et intensifier le dialogue stratégique avec tous les États membres, aux plus hauts niveaux politiques, ainsi qu'avec d'autres secteurs que celui de la santé et les autorités locales. En pratique, cela signifierait qu'un soutien accru doit être apporté à l'évaluation et à l'analyse comparative, qu'il faut multiplier les activités de sensibilisation et de communication, que les pays doivent avoir davantage l'occasion d'apprendre les uns des autres, et qu'il faut collaborer avec les partenaires nationaux et internationaux.

107. Ces enseignements corroborent le modèle opérationnel de l'OMS/Europe, tout en indiquant que celui-ci doit être « affiné » pour 2016-2017. Pour ce faire, il faudra disposer d'une combinaison de nouvelles compétences au niveau du personnel technique de pointe assorties d'un fort pouvoir fédérateur et de réseau. Le secrétariat devra renforcer davantage la cohérence entre les secteurs de programme et procéder systématiquement au suivi du soutien fourni.

108. L'exercice de planification interne du secrétariat et des États membres doit être réaliste, et éviter la « surplanification » et la dispersion des ressources politiques, techniques et financières.

109. Les États membres doivent fixer des priorités et faire preuve de réalisme lorsqu'ils évaluent le nombre de réalisations pouvant être effectuées et le nombre de produits pouvant être intégrés en même temps. Dans la plupart des cas, leur adoption exige l'allocation de ressources techniques, politiques et financières considérables au niveau national.

110. Le secrétariat doit également faire preuve de réalisme et effectuer sa gestion selon les priorités convenues. Étant donné que certains produits et certaines réalisations sont moins prioritaires que d'autres, il y a lieu de porter l'attention qui convient sur le suivi des progrès techniques et l'état du financement des réalisations prioritaires, avec l'allocation respective de ressources institutionnelles flexibles à leurs produits. En période de contraintes en termes de capacités financières ou techniques, la préférence doit être accordée aux réalisations prioritaires, même s'il faut interrompre les activités menées sur d'autres.

111. Les États membres et les donateurs doivent autoriser que leurs contributions à objet désigné couvrent pleinement tous les éléments de coût requis pour fournir les produits qu'ils financent, y compris les salaires. L'approche la plus efficace à cet égard consisterait à limiter la spécification de l'objet du financement (par exemple, ne pas spécifier en dessous du niveau de la réalisation).

Annexe 1. Glossaire des termes et abréviations

Accords de collaboration biennaux : accords conclus entre l'OMS et les États membres de la Région européenne, qui mettent en évidence les activités prioritaires à mener au cours de la période biennale à venir.

Assemblée mondiale de la santé : l'organe directeur suprême de l'OMS.

BP : le budget programme biennal de l'OMS, approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé avant le début de la période biennale. Les enveloppes budgétaires sont souvent adaptées au cours de la période biennale (ce qui donne lieu au « budget alloué »).

Budget alloué (en anglais : *allocated budget*) : le budget tel que révisé et approuvé par le directeur général de l'OMS, après approbation par l'Assemblée mondiale de la santé.

Bureaux géographiquement dispersés (en anglais : *geographically dispersed offices*) : composantes du Bureau régional investies d'un mandat technique précis et situées hors de Copenhague, Danemark.

Compte des contributions volontaires de base : mécanisme permettant de recevoir, d'allouer et de gérer les ressources fournies à l'OMS par des donateurs et flexibles au niveau du budget programme (catégories 1 à 5) ou des catégories.

Contributions fixées : contributions régulières versées par l'ensemble des États membres, calculées sur la base d'une échelle d'évaluation déterminée par les Nations Unies. Lorsque l'Assemblée mondiale de la santé adopte la résolution portant ouverture de crédits, elle décide de la manière dont les contributions fixées doivent être utilisées. Pour les budgets programmes actuel et précédent, l'affectation des fonds est ventilée en 13 sections correspondant aux objectifs stratégiques.

Contributions volontaires : les « autres contributions volontaires » sont celles qui sont autres que les dépenses de soutien administratif, le compte des contributions volontaires de base et l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé.

Dépenses de soutien administratif : font partie des dépenses d'appui aux programmes ; peuvent être utilisées pour financer uniquement la catégorie 6.

Gestion des programmes et des ressources : une unité au sein du bureau du directeur, Gestion des programmes.

Mode d'opération axé sur le pays : employé pour les produits qui sont spécifiquement adaptés à un pays donné.

Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé : convention de collaboration au titre du segment du budget programme relatif aux programmes spéciaux et aux dispositifs de collaboration, et situé à Bruxelles (Belgique).

OMS : Organisation mondiale de la santé (en anglais : *World Health Organization*) : ce terme est employé pour désigner à la fois les États membres et le secrétariat.

OS : objectif stratégique, un niveau élevé dans la structure de résultats. Le *Plan stratégique à moyen terme 2008-2013* de l'OMS est organisé en fonction de 13 objectifs stratégiques.

Prélèvement en rapport avec l'occupation des postes : inclus dans les dépenses de personnel imputées à chaque projet ou plan de travail pour recouvrer tous les coûts directs associés au personnel des projets qui ne sont pas autrement couverts. Il s'agit d'un prélèvement appliqué à

tous les traitements à l'échelle de l'OMS. Afin d'éviter le double comptage, le prélèvement en rapport avec l'occupation des postes est appliqué en dehors du budget programme.

Produit : un élément de la chaîne de valeur devant être réalisé par le secrétariat, tels que les lignes directrices, les normes, les options politiques, les programmes visant le renforcement des capacités et les conseils techniques, et requis par les États membres pour exercer un impact sur la santé.

Programmes de base (en anglais : *base programmes*) : la composante du budget programme pour laquelle l'OMS exerce un contrôle gestionnaire intégral et exclusif.

Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration : un segment d'activités au sein du budget programme qui est convenu en collaboration avec les partenaires. En d'autres termes, l'OMS ne jouit pas du pouvoir décisionnel exclusif en ce qui concerne, par exemple, les niveaux de budget. Au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, ce segment budgétaire englobe principalement les fonds reçus de l'Alliance GAVI, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Réalisation spécifique : réalisation prioritaire quelconque à l'échelle de la Région, par exemple, dans les plans de travail spécifiques aux pays. L'expression « l'État membre XYZ a entrepris de ... » permet de mesurer le degré de réalisation des résultats spécifiques. Dans le cadre des accords de collaboration biennaux et des plans de travail, les produits censés être fournis par le secrétariat dépendent du contexte et des besoins de chaque pays.

Réalisations (résultats) clés prioritaires (KPO) : Dans le cadre des priorités, éléments spécifiques nécessitant une attention supplémentaire de la part des responsables, notamment un meilleur suivi au cours de la période biennale 2012-2013.

Ressources humaines : Le plan des ressources humaines fait le lien entre les résultats, d'une part, et le personnel et les ressources, d'autre part.

Ressources institutionnelles : les ressources que l'Organisation peut gérer avec un haut niveau de flexibilité, notamment en les allouant, en les dépensant, en répondant aux priorités et en comblant les déficits de financement du budget. Il s'agit notamment des contributions fixées, des dépenses de soutien administratif, du compte des contributions volontaires de base et des prélèvements en rapport avec l'occupation des postes.

Résultat prioritaire : un élément de la chaîne de valeur que les États membres doivent réaliser en priorité. L'expression « le nombre d'États membres qui ont ... » permet de mesurer le degré de réalisation des résultats prioritaires.

Secrétariat (en anglais : *Secretariat*) : le personnel et les structures organisationnelles, gestionnaires et physiques de l'OMS.

Segment : l'un des trois segments entre lesquels le budget programme est divisé : programmes de base, interventions en cas d'épidémies ou de crises, et programmes spéciaux et dispositifs de collaboration.

Annexe 2. Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le BP 2012-2013 dans la Région européenne de l'OMS

OS	Résultat escompté	Description	Pleinement atteint	Partiellement atteint	Non atteint	Pas applicable à EURO
01	01.001	Vaccins et vaccination	1			
01	01.002	Poliomyélite	1			
01	01.003	Maladies tropicales, y compris zoonoses	1			
01	01.004	Surveillance des maladies transmissibles		1		
01	01.005	Études sur les maladies transmissibles				1
01	01.006	<i>Règlement sanitaire international</i> (2005) et riposte aux épidémies		1		
01	01.007	Épidémies et pandémies	1			
01	01.008	Coordination et assistance pour la maîtrise des flambées épidémiques				1
01	01.009	Opérations et riposte aux épidémies	1			
02	02.001	Prévention, traitement et soins pour HTM		1		
02	02.002	Fourniture de services pour HTM		1		
02	02.003	Médicaments, diagnostic et technologie pour HTM		1		
02	02.004	Surveillance, évaluation et suivi pour HTM	1			
02	02.005	Mobilisation de moyens pour HTM		1		
02	02.006	Recherche pour HTM				1
03	03.001	Engagement à lutter contre les maladies non transmissibles	1			
03	03.002	Politiques, stratégies et réglementations pour les maladies non transmissibles		1		
03	03.003	Données sur les maladies non transmissibles		1		
03	03.004	Bases factuelles pour interventions concernant les maladies non transmissibles		1		
03	03.005	Mise en œuvre de programmes sur les maladies non transmissibles	1			
03	03.006	Systèmes sociaux et systèmes de santé pour les maladies non transmissibles	1			
04	04.001	Accès universel aux services CAMHAG	1			
04	04.002	Capacité de recherche sur CAMHAG	1			
04	04.003	Santé maternelle	1			
04	04.004	Soins néonataux	1			
04	04.005	Conseils et assistance pour la santé et le développement de l'enfant	1			
04	04.006	Politiques, stratégies et interventions en faveur de la santé et du développement des adolescents	1			
04	04.007	Conseils et assistance pour la santé génésique	1			
04	04.008	Conseils et assistance pour un vieillissement en bonne santé	1			
05	05.001	Préparation aux situations d'urgence	1			

OS	Résultat escompté	Description	Pleinement atteint	Partiellement atteint	Non atteint	Pas applicable à EURO
05	05.007	Interventions et réaction en cas de situations d'urgence et de catastrophes	1			
06	06.001	Promotion de la santé et collaboration multisectorielle sur les risques	1			
06	06.002	Surveillance des facteurs de risque pour la santé	1			
06	06.003	Charge des maladies associées au tabac	1			
06	06.004	Abus de substances psychoactives		1		
06	06.005	Régimes alimentaires peu sains et sédentarité	1			
06	06.006	Rapports sexuels non protégés	1			
07	07.001	Reconnaissance de l'importance des déterminants de la santé	1			
07	07.002	Collaboration intersectorielle traitant des déterminants de la santé		1		
07	07.003	Données sur les déterminants		1		
07	07.004	Démarches fondées sur l'éthique et les droits	1			
07	07.005	Politiques et programmes sexospécifiques		1		
08	08.001	Évaluation, fondée sur des bases factuelles, des principaux risques sanitaires environnementaux ; formulation et actualisation des normes et standards concernant ces risques (p. ex. mauvaise qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, eau potable de mauvaise qualité et réutilisation des eaux usées)	1			
08	08.002	Interventions visant à limiter les risques liés à l'environnement	1			
08	08.003	Politiques, planification et services pour l'hygiène du travail et de l'environnement		1		
08	08.004	Politique et évaluations en matière d'hygiène de l'environnement	1			
08	08.005	Leadership du secteur de la santé pour un environnement plus sain	1			
08	08.006	Changement climatique	1			
09	09.001	Partenariat, leadership et coordination dans le domaine de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments	1			
09	09.002	Évaluation de la malnutrition et des maladies d'origine alimentaire ; lutte contre ces phénomènes	1			
09	09.003	Suivi, surveillance et évaluation de la nutrition	1			
09	09.004	Plans, politiques et programmes en matière de nutrition	1			
09	09.005	Prévention et lutte contre les maladies d'origine alimentaire et les risques alimentaires	1			
09	09.006	Évaluation des risques et systèmes de lutte dans le domaine des maladies d'origine alimentaire	1			
10	10.001	Gestion et organisation des services de santé		1		

OS	Résultat escompté	Description	Pleinement atteint	Partiellement atteint	Non atteint	Pas applicable à EURO
10	10.002	Capacités nationales de gouvernance et de leadership en matière de santé	1			
10	10.003	Coordination des mécanismes pour assurer l'efficacité de l'aide	1			
10	10.004	Systèmes d'information sanitaire des pays		1		
10	10.005	Bases factuelles et production du savoir		1		
10	10.006	Recherche en matière de développement des systèmes de santé				1
10	10.007	Gestion du savoir concernant le développement des systèmes de santé ; accès à ce savoir		1		
10	10.008	Politiques, planification et mise en œuvre des ressources humaines pour la santé		1		
10	10.009	Production, répartition et maintien en place des ressources humaines pour la santé		1		
10	10.010	Financement des systèmes de santé et utilisation des ressources		1		
10	10.011	Impact économique, analyse des dépenses et du rapport coût-efficacité	1			
10	10.012	Plaidoyer pour un apport de fonds supplémentaire, production et utilisation d'informations à caractère financier	1			
10	10.013	Sécurité des patients		1		
11	11.001	Politique relative aux produits médicaux et technologies essentiels		1		
11	11.002	Conseils relatifs aux produits médicaux et technologies essentiels	1			
11	11.003	Utilisation de produits médicaux et de technologies	1			
12	12.001	Leadership et direction de l'OMS	1			
12	12.002	Présence de l'OMS dans les pays	1			
12	12.003	Mécanismes de partenariat pour le développement de la santé	1			
12	12.004	Savoir dans le domaine de la santé et outils de sensibilisation	1			
13	13.001	Planification stratégique et opérationnelle, suivi et évaluation des performances		1		
13	13.002	Gestion des ressources de l'OMS		1		
13	13.003	Développement et gestion des ressources humaines de l'OMS	1			
13	13.004	Technologie et systèmes d'information pour l'OMS		1		
13	13.005	Services de gestion et d'encadrement administratif	1			
13	13.006	Environnement de travail à l'OMS	1			
Total			50	26	0	4

HTM : VIH/sida, tuberculose, paludisme et maladies tropicales négligées ; CAMHAG : Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la mère, et vieillissement ; OS : objectif stratégique.

Annexe 3. Suivi du portefeuille de réalisations (pour une description de chaque réalisation et produit, voir l'appendice)

N° de série	KPO/OPO	Concordance			Nombre de pays	OSER (Réalizations dans les centres budgétaires/pays) – notification				Nombre de réalisations accomplies	Budget et finances (en milliers d'USD)			Mise en œuvre corrigée				
		BP 2012-2013	BP2014-2015	OS		Cat.	Secteur de programme	Pourcentage de réalisation	% notifiés			Budget	Ressources disponibles	Exécution	ETP	Mise en œuvre personnel en milliers d'USD	Mise en œuvre activités en milliers d'USD	
									Pleinement atteint		Partiellement atteint							Non atteint
01	KPO	1	I	Maladies évitables par vaccin	13	100 %	100 %	0 %	0 %	17	5 242	5 171	4 536	2,3	656	2 508		
02	KPO	1	V	Maladies à tendance épidémique et pandémique	18	100 %	95 %	5 %	0 %	20	1 937	1 895	1 706	2,7	977	829		
03	KPO	1	V	Capacités d'alerte et d'intervention	23	96 %	88 %	12 %	0 %	22	7 350	7 152	7 021	12,1	3 426	4 078		
04	KPO	2	I	VIH/sida	9	100 %	60 %	0 %	40 %	6	2 334	2 223	2 084	2,6	1 252	950		
05	KPO	2	I	Tuberculose	20	100 %	95 %	5 %	0 %	21	7 347	6 393	5 914	11,0	2 226	4 153		
06	KPO	2	I	Paludisme	5	100 %	100 %	0 %	0 %	6	1 584	1 530	1 427	0,8	288	915		
07	KPO	3	II	Santé mentale	18	100 %	100 %	0 %	0 %	20	4 256	3 622	3 611	7,5	2 041	2 474		
08	KPO	3	II	Violence et traumatismes	18	100 %	85 %	15 %	0 %	17	3 475	3 406	3 236	5,6	1 336	2 946		
09	KPO	3	II	Maladies non transmissibles	21	100 %	77 %	4 %	19 %	20	3 474	3 137	2 903	4,0	929	1 948		
10	KPO	4	III	Vieillesse en bonne santé	5	100 %	100 %	0 %	0 %	5	1 302	1 256	1 221	1,8	765	393		
11	KPO	4	III	Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	15	100 %	100 %	0 %	0 %	19	5 603	5 405	5 167	9,0	1 649	2 420		
12	KPO	5	V	Capacités d'alerte et d'intervention	11	100 %	100 %	0 %	0 %	15	848	848	781	4,3	1 072	777		
13	KPO	6	II	Maladies non transmissibles	12	100 %	100 %	0 %	0 %	14	1 522	1 411	1 377	1,6	457	692		
14	KPO	6	II	Maladies non transmissibles	17	100 %	100 %	0 %	0 %	17	2 088	1 946	1 886	3,1	662	924		
15	KPO	6	II	Maladies non transmissibles	16	94 %	100 %	0 %	0 %	17	3 330	3 118	2 925	4,9	1 389	799		
16	KPO	7	III	Déterminants sociaux de la santé	7	100 %	100 %	0 %	0 %	10	2 118	1 985	1 979	3,0	1 200	472		
17	KPO	7	IV	Politiques, stratégies et plans de santé nationaux	10	100 %	100 %	0 %	0 %	11	1 824	1 649	1 665	5,2	1 900	992		
18	KPO	8	III	Santé et environnement	2	100 %	100 %	0 %	0 %	3	4 369	3 615	3 457	11,4	3 405	1 650		
19	KPO	9	II	Nutrition	5	100 %	100 %	0 %	0 %	9	1 232	1 192	1 186	3,2	416	424		
20	KPO	9	V	Sécurité sanitaire des aliments	0	100 %	100 %	0 %	0 %	1	846	687	687	0,4	176	104		
21	KPO	10	IV	Services de santé intégrés et centrés sur la personne	19	100 %	100 %	0 %	0 %	20	3 086	2 949	2 136	3,8	1 197	793		

N° de série	KPO/OPO	Concordance			Nombre de pays	OSER (Réalizations dans les centres budgétaires/pays) – notification					Budget et finances (en milliers d'USD)			Mise en œuvre corrigée				
		BP 2012-2013	BP2014-2015	OS		Cat.	Secteur de programme	Pourcentage de réalisation	% notifiés			Nombre de réalisations accomplies	Budget	Ressources disponibles	Exécution	ETP	Mise en œuvre personnel en milliers d'USD	Mise en œuvre activités en milliers d'USD
									Pleinement atteint	Partiellement atteint	Non atteint							
22	KPO	10	IV	Services de santé intégrés et centrés sur la personne	24	100 %	88 %	0 %	12 %	22	2 458	2 287	2 192	4,1	1 139	1 069		
23	KPO	10	IV	Informations et données factuelles sur les systèmes de santé	11	100 %	100 %	0 %	0 %	15	1 217	1 205	1 170	1,7	502	303		
24	KPO	10	IV	Informations et données factuelles sur les systèmes de santé	11	100 %	93 %	0 %	7 %	13	1 523	1 500	1 495	2,1	690	607		
25	KPO	10	IV	Politiques, stratégies et plans de santé nationaux	14	100 %	69 %	25 %	6 %	11	2 615	2 450	2 476	4,7	1 314	832		
26	KPO	10	IV	Informations et données factuelles sur les systèmes de santé	13	100 %	100 %	0 %	0 %	16	1 069	1 048	917	1,5	468	279		
27	KPO	11	IV	Accès aux produits médicaux et renforcement des capacités de réglementation	12	100 %	93 %	7 %	0 %	13	1 552	1 517	1 494	2,3	616	502		
28	OPO	1	I	Maladies évitables par vaccin	15	100 %	100 %	0 %	0 %	17	7 594	7 624	7 545	4,8	1 153	4 560		
29	OPO	1	V	Éradication de la poliomyélite	13	100 %	100 %	0 %	0 %	19	4 357	4 173	3 752	2,2	589	2 505		
30	OPO	1	V	Capacités d'alerte et d'intervention	11	100 %	87 %	13 %	0 %	13	1 709	1 663	1 629	2,7	760	663		
31	OPO	1	V	Maladies à tendance épidémique et pandémique	1	100 %	100 %	0 %	0 %	2	1 773	1 738	1 718	1,2	336	670		
32	OPO	1	V	Interventions en cas d'épidémies ou de crises	0	100 %	100 %	0 %	0 %	1	160	8	7	1,4	489	7		
33	OPO	1	I	Maladies tropicales négligées	3	100 %	100 %	0 %	0 %	4	564	517	430	1,1	406	398		
34	OPO	2	I	VIH/sida	16	100 %	83 %	0 %	17 %	15	4 705	3 998	3 729	11,9	2 431	1 200		
35	OPO	2	I	VIH/sida	2	100 %	67 %	0 %	33 %	2	805	701	763	2,4	670	228		
36	OPO	2	I	Tuberculose	10	100 %	100 %	0 %	0 %	13	2 232	1 941	1 860	4,0	962	564		
37	OPO	2	I	Tuberculose	5	100 %	86 %	0 %	14 %	6	2 062	1 785	1 773	2,6	636	623		
38	OPO	2	I	Tuberculose	6	100 %	100 %	0 %	0 %	7	1 085	953	928	2,6	734	325		
39	OPO	2	I	Paludisme	1	100 %	100 %	0 %	0 %	2	607	607	575	0,5	172	193		
40	OPO	3	II	Santé mentale	2	100 %	100 %	0 %	0 %	3	54	22	20	0,3	116	20		
41	OPO	3	II	Santé mentale	3	100 %	75 %	25 %	0 %	3	1 127	1 097	1 078	0,3	136	10		
42	OPO	3	II	Violence et traumatismes	4	100 %	100 %	0 %	0 %	5	2 016	1 963	1 866	0,9	412	51		
43	OPO	3	II	Violence et traumatismes	0	100 %	100 %	0 %	0 %	1	24	0	0	0,3	98	0		

N° de série	KPO/OPO	Concordance			Nombre de pays	OSER (Réalizations dans les centres budgétaires/pays) – notification					Budget et finances (en milliers d'USD)			Mise en œuvre corrigée				
		BP 2012-2013	BP2014-2015	OS		Cat.	Secteur de programme	Pourcentage de réalisation	% notifiés			Nombre de réalisations accomplies	Budget	Ressources disponibles	Exécution	ETP	Mise en œuvre personnel en milliers d'USD	Mise en œuvre activités en milliers d'USD
									Pleinement atteint	Partiellement atteint	Non atteint							
44	OPO	3	II	Maladies non transmissibles	3	100 %	100 %	0 %	0 %	6	22	20	20	0,6	97	20		
45	OPO	3	II	Maladies non transmissibles	3	100 %	75 %	0 %	25 %	3	63	13	13	0,5	100	13		
46	OPO	3	II	Maladies non transmissibles	10	100 %	58 %	0 %	42 %	7	105	89	89	0,8	146	89		
47	OPO	4	III	Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	6	100 %	71 %	14 %	14 %	5	375	353	341	2,5	405	341		
48	OPO	4	III	Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	1	100 %	100 %	0 %	0 %	4	127	124	84	0,4	155	84		
49	OPO	4	III	Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	1	100 %	100 %	0 %	0 %	2	35	0	0	0,3	58	0		
50	OPO	4	III	Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	4	100 %	100 %	0 %	0 %	5	376	319	274	2,6	640	274		
51	OPO	5	V	Interventions en cas d'épidémies ou de crises	3	100 %	100 %	0 %	0 %	4	1 566	1 305	1 194	3,9	470	884		
52	OPO	5	V	Interventions en cas d'épidémies ou de crises	5	100 %	100 %	0 %	0 %	9	2 559	2 520	2 517	1,9	707	221		
53	OPO	6	III	Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	0	100 %	100 %	0 %	0 %	1	90	0	-0	0,1	34	0		
55	OPO	6	II	Santé mentale	6	100 %	86 %	0 %	14 %	6	60	15	12	0,3	99	12		
56	OPO	6	II	Santé mentale	3	100 %	100 %	0 %	0 %	4	109	86	75	1,8	460	75		
57	OPO	6	II	Santé mentale	4	100 %	100 %	0 %	0 %	5	147	69	63	0,5	100	63		
58	OPO	6	II	Maladies non transmissibles	1	100 %	100 %	0 %	0 %	2	137	105	86	0,8	289	86		
59	OPO	6	II	Maladies non transmissibles	21	100 %	100 %	0 %	0 %	25	573	358	344	2,1	480	344		
60	OPO	6	II	Maladies non transmissibles	1	100 %	100 %	0 %	0 %	1	11	5	5	0,0	9	5		
61	OPO	6	III	Déterminants sociaux de la santé	0	100 %	100 %	0 %	0 %	2	790	790	777	0,7	237	777		
62	OPO	7	III	Déterminants sociaux de la santé	24	100 %	90 %	3 %	6 %	28	1 850	1 739	1 667	5,2	1 702	773		
63	OPO	7	III	Intégration d'une démarche antisexiste, respectueuse de l'équité	11	100 %	50 %	0 %	50 %	7	1 131	960	897	2,1	480	189		

N° de série	KPO/OPO	Concordance			Nombre de pays	OSER (Réalizations dans les centres budgétaires/pays) – notification					Budget et finances (en milliers d'USD)			Mise en œuvre corrigée				
		BP 2012-2013	BP2014-2015	OS		Cat.	Secteur de programme	Pourcentage de réalisation	% notifiés			Nombre de réalisations accomplies	Budget	Ressources disponibles	Exécution	ETP	Mise en œuvre personnel en milliers d'USD	Mise en œuvre activités en milliers d'USD
									Pleinement atteint	Partiellement atteint	Non atteint							
									et des droits humains									
64	OPO	7	III			Intégration d'une démarche antisexiste, respectueuse de l'équité et des droits humains	6	100 %	57 %	0 %	43 %	4	160	113	110	0,6	234	52
65	OPO	7	III			Intégration d'une démarche antisexiste, respectueuse de l'équité et des droits humains	2	100 %	100 %	0 %	0 %	4	33	32	18	0,5	165	18
66	OPO	8	III			Santé et environnement	8	100 %	88 %	0 %	13 %	7	6 035	5 616	5 551	5,6	1 543	1 016
67	OPO	8	III			Santé et environnement	1	100 %	100 %	0 %	0 %	2	279	260	243	1,7	589	209
68	OPO	8	III			Santé et environnement	10	100 %	92 %	0 %	8 %	11	1 225	1 171	1 174	4,6	1 320	367
69	OPO	8	III			Santé et environnement	5	100 %	88 %	13 %	0 %	7	3 116	2 984	2 730	4,3	1 353	1 092
70	OPO	8	III			Santé et environnement	11	100 %	100 %	0 %	0 %	13	3 800	3 668	3 483	5,6	1 047	1 388
71	OPO	9	V			Sécurité sanitaire des aliments	8	100 %	100 %	0 %	0 %	10	841	760	757	2,7	396	450
72	OPO	9	II			Nutrition	0	100 %	100 %	0 %	0 %	1	42	25	24	0,7	115	24
73	OPO	10	IV			Services de santé intégrés et centrés sur la personne	0	100 %	100 %	0 %	0 %	4	1 278	1 209	1 207	2,2	829	370
74	OPO	10	IV			Services de santé intégrés et centrés sur la personne	3	100 %	83 %	8 %	8 %	10	1 546	1 613	1 497	2,5	824	851
75	OPO	10	IV			Politiques, stratégies et plans de santé nationaux	10	100 %	100 %	0 %	0 %	4	1 081	954	927	1,8	456	436
76	OPO	10	IV			Politiques, stratégies et plans de santé nationaux	3	100 %	100 %	0 %	0 %	7	2 170	2 159	2 132	2,6	740	1 399
77	OPO	10	IV			Services de santé intégrés et centrés sur la personne	6	100 %	100 %	0 %	0 %	18	1 353	1 396	1 238	4,4	767	616
78	OPO	10	IV			Services de santé intégrés et centrés sur la personne	17	100 %	94 %	6 %	0 %	16	1 253	1 192	1 192	4,5	922	253
79	OPO	10	IV			Services de santé intégrés et centrés sur la personne	13	100 %	90 %	10 %	0 %	9	605	598	598	0,9	318	152
80	OPO	10	IV			Informations et données factuelles sur les systèmes de santé	9	100 %	100 %	0 %	0 %	7	1 168	1 162	1 106	3,9	1 242	467
81	OPO	10	IV			Informations et données factuelles sur les systèmes de santé	4	100 %	50 %	50 %	0 %	1	124	122	122	0,5	137	122

N° de série	KPO/OPO	Concordance			Nombre de pays	OSER (Réalizations dans les centres budgétaires/pays) – notification				Budget et finances (en milliers d'USD)			Mise en œuvre corrigée					
		BP 2012-2013	BP2014-2015	OS		Cat.	Secteur de programme	Pourcentage de réalisation	% notifiés			Nombre de réalisations accomplies	Budget	Ressources disponibles	Exécution	ETP	Mise en œuvre personnel en milliers d'USD	Mise en œuvre activités en milliers d'USD
									Pleinement atteint	Partiellement atteint	Non atteint							
82	OPO	10	IV			Informations et données factuelles sur les systèmes de santé	16	100 %	95 %	0 %	5 %	18	11 837	10 497	9 812	30,8	8 682	3 381
86	OPO	11	IV			Accès aux produits médicaux et renforcement des capacités de réglementation	8	100 %	100 %	0 %	0 %	11	2 096	2 015	1 916	2,3	674	981
87	OPO	11	IV			Accès aux produits médicaux et renforcement des capacités de réglementation	11	100 %	100 %	0 %	0 %	14	830	803	778	1,4	645	407
99	OPO	Divers					0	82 %	100 %	0 %	0 %	18	9 931	9 651	9 589	20,1	6 665	1 852

KPO : réalisation (résultat) clé prioritaire ; OPO : autre réalisation (résultat) prioritaire ; OSER : résultat escompté par bureau.

Annexe 4. Rapport de gestion financière

Fig. 1 :

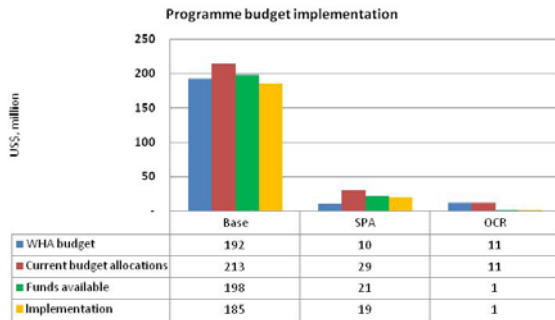


Fig. 2 :

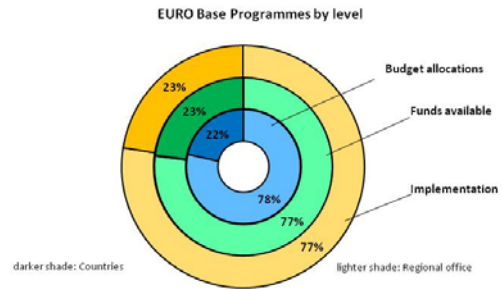


Fig. 3 :

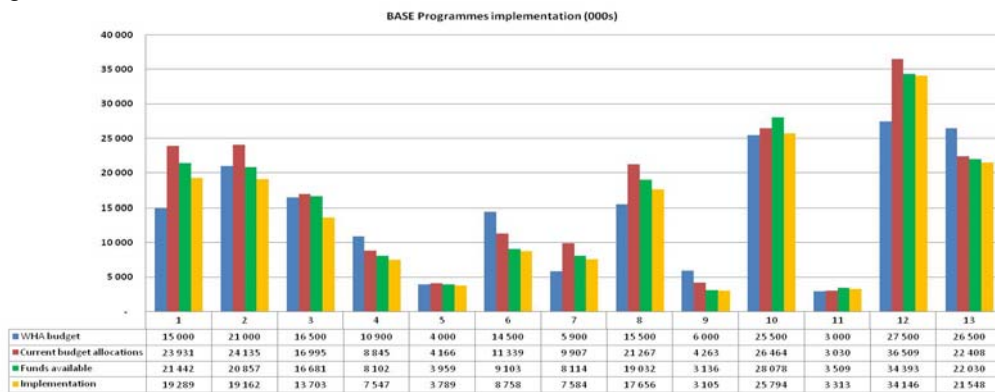


Fig. 4 :

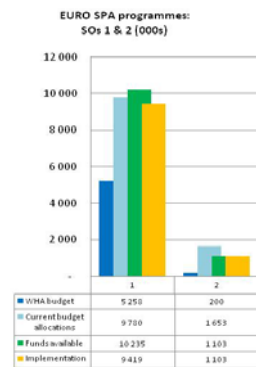


Fig. 5 :

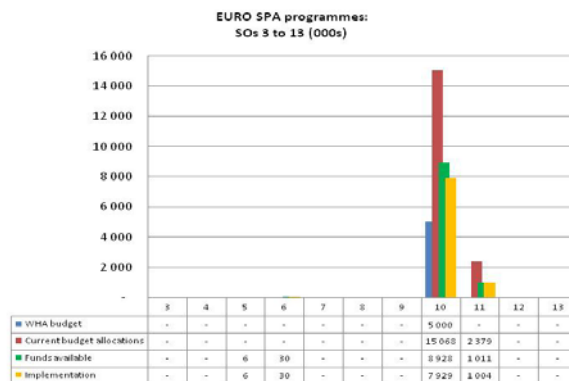


Fig. 6 :

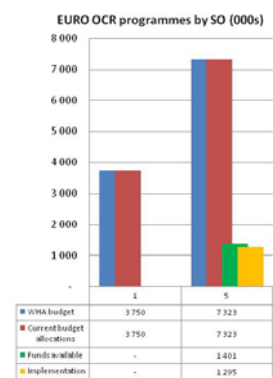


Fig. 7 :

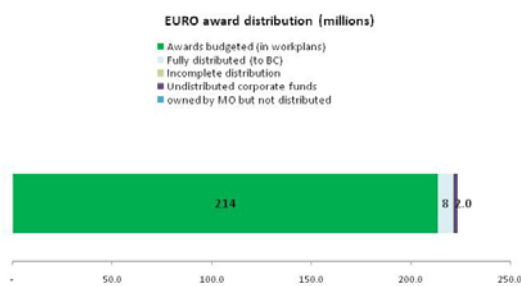


Fig. 8 :

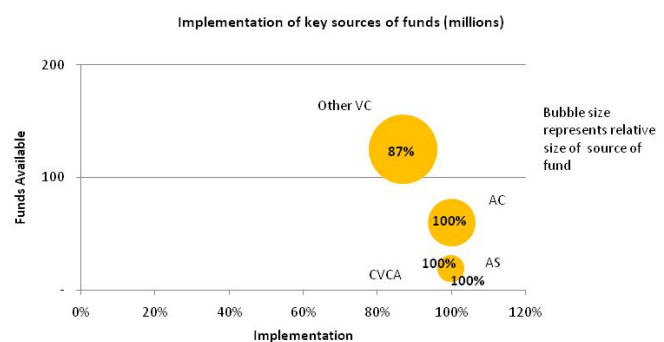


Fig. 9 :



Fig. 10 :

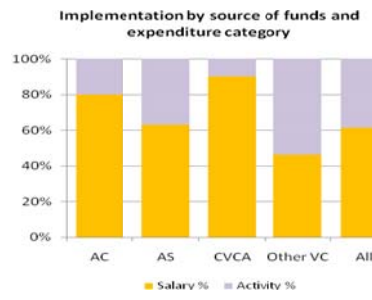
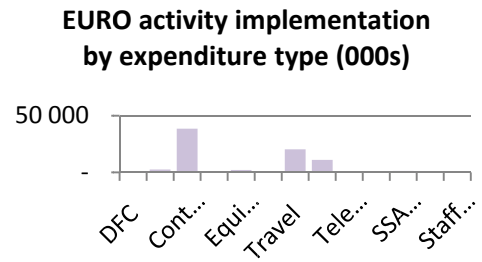


Fig. 11 :



Annexe 5. Ressources disponibles par contributeur pour le Bureau régional, par type et par objectif stratégique

DONATEUR	OS 1	OS 2	OS 3	OS 4	OS 5	OS 6	OS 7	OS 8	OS 9	OS 10	OS 11	OS 12	OS 13	OS 93	TOTAL
ÉTATS-UNIS															
D'AMERIQUE	8 635 602	2 654 961	-	-	-	599 086	-	-	115 500	-	278 353	-	14 600	-	12 298 102
GAVI	5 329 110	-	-	-	-	-	-	-	-	669 786	668 053	-	-	-	6 666 949
NATIONS UNIES	1 412 812	2 816 038	119 047	24 000	158 530	-	-	499 236	-	50 000	-	-	-	-	5 079 663
BLOOMBERG	-	-	3 884 500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 884 500
FÉDÉRATION DE RUSSIE	820 331	516 305	-	875 000	115 950	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 327 586
WORLD LUNG FOUNDATION	-	-	-	-	-	1 347 778	-	-	-	-	-	-	-	-	1 347 778
ROYAUME-UNI	142 942	-	-	-	342 508	-	-	50 000	-	557 159	125 398	-	-	-	1 218 007
FONDATION GATES	392 050	581 693	-	25 000	-	-	-	-	22 000	-	-	-	-	-	1 020 743
FONDATION CONTRE LA TUBERCULOSE															
KNCV	-	765 147	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	765 147
OMS – DIVERS	-	759	10 000	435 905	-	5 000	-	-	-	198 570	-	68 967	-	-	719 201
JAPON	-	-	-	-	488 825	30 000	-	-	-	50 000	-	-	-	-	568 825
LUXEMBOURG	-	-	-	22 500	422 946	-	-	-	-	-	-	-	-	-	445 446
UNITAID	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	387 000	-	-	-	387 000
ALLEMAGNE	-	247 771	-	125 000	-	-	-	-	-	-	7 372	-	-	-	380 143
CE	56 825	-	-	-	-	-	-	-	-	322 918	-	-	-	-	379 743
KOWEIT	-	-	-	-	330 250	-	-	-	-	-	-	-	-	-	330 250
ESPAGNE	148 261	-	-	-	-	-	76 065	-	-	-	-	-	-	-	224 326
SANOFI ESPOIR	193 900	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	193 900
ELI LILLY AND COMPANY															
FOUNDATION	-	179 640	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	179 640
PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH (PROGRAMME POUR DES TECHNOLOGIES ADAPTEES DANS LE SECTEUR SANITAIRE)	139 515	-	-	2 271	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	141 786
NORVEGE	-	-	-	-	-	140 000	-	-	-	-	-	-	-	-	140 000
SABIN VACCINE INSTITUTE	57 200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57 200
UBS OPTIMUS FOUNDATION	-	-	49 721	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49 721
CANADA	45 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45 000
SUÈDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34 829	-	-	-	34 829
FRANCE	-	-	-	-	-	9 000	-	-	17 000	-	-	-	-	-	26 000
PAYS-BAS	-	-	25 279	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25 279

Contributions volontaires collectées à l'échelon mondial

	FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME	-	20 000	-	-	-	-	-	-	-	-	2 968	-	-	-	22 968
	FONDATION ROCKEFELLER	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16 090	-	-	-	-	16 090
	REPUBLIQUE DE COREE	6 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6 000
	AUSTRALIE	-	-	600	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	600
	TOTAL des contributions collectées à l'échelon mondial	17 379 548	7 782 314	4 089 147	1 509 676	1 859 009	2 130 864	76 065	549 236	154 500	1 864 523	1 503 973	68 967	14 600	-	38 982 422
Contributions volontaires collectées à l'échelon local	OMS – DIVERS	167 032	812 147	2 434	50 000	10 000	767 818	460 834	641 202	-	8 080 875	-	45 000	556 041	-	11 593 383
	ALLEMAGNE	276 337	91 651	-	-	76 407	63 298	-	10 384 229	61 603	228 671	-	-	-	148 251	11 330 447
	ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE	4 406 085	5 858 627	328 779	55 131	157 715	198 115	-	-	-	-	79 995	-	-	-	11 084 447
	CE	6 079	32 065	290 029	113 271	666 360	1 529 924	62 254	1 326 009	341 266	5 240 064	700 468	100 000	6 300	-	10 414 089
	TURQUIE	3 948 141	-	4 569 854	-	-	-	-	13 167	-	-	-	-	170 163	-	8 701 325
	ITALIE	8 954	-	-	-	1 177	-	2 909 301	2 880 527	568 505	-	-	-	66 854	256 954	6 692 272
	PAYS-BAS	1 278 598	840 158	428 602	524 558	-	302 974	-	44 864	-	2 036 102	524 558	-	-	-	5 980 414
	NATIONS UNIES	423 844	1 556 852	152 717	669 603	-	79 000	129 953	707 889	381 472	273 116	79 454	-	-	-	4 453 900
	ESPAGNE	-	-	-	355 991	-	-	-	-	-	2 690 992	45 724	-	-	325 000	3 417 707
	DANEMARK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 005 124	3 005 124
	FÉDÉRATION DE RUSSIE	-	-	846 517	506 000	-	-	165 000	-	-	-	-	-	221 239	-	1 738 756
	SUISSE	-	-	59 605	182 147	-	325 733	-	361 717	-	622 623	1 810	59 719	2 100	-	1 615 454
	GRECE	-	-	546 458	-	-	39 606	-	-	-	1 000 000	-	-	-	-	1 586 064
	ROYAUME-UNI	-	-	113 916	-	-	-	642 578	211 768	-	176 463	-	-	-	-	1 144 725
	BELGIQUE	98 580	38 760	-	-	99 110	-	14 082	-	-	1	-	-	-	822 231	1 072 764
	FINLANDE	-	-	75 412	-	-	713 743	-	5 810	-	127 855	-	-	-	-	922 820
	NORVEGE	-	-	291 840	-	-	68 712	75 482	98 038	-	212 150	-	-	-	-	746 222
	UKRAINE	-	636 623	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	636 623
	FRANCE	255 889	835	-	-	-	-	-	134 567	-	-	-	-	-	-	391 291
	TURKMENISTAN	-	-	337 550	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	337 550
	MALTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	326 708	-	326 708
	AUTRICHE	-	-	-	-	-	151 664	-	80 985	-	-	-	-	-	-	232 649
	CANADA	-	-	119 132	38 410	-	-	-	17 699	-	-	-	-	-	-	175 241
	PORTUGAL	-	-	30 000	-	-	40 000	27 290	-	-	46 114	27 910	-	-	-	171 314
	AZERBAÏDJAN	-	142 403	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	142 403
	MOLDOVA	-	135 475	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	135 475
	OMS – EHMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78 939	-	-	-	-	78 939
ANDORRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66 372	-	-	-	-	66 372	
A.R.Y. MACÉDOINE	-	62 074	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	62 074	
SAINT-MARIN	-	-	-	-	-	-	50 000	-	-	-	-	-	-	-	50 000	
AUTRICHE	-	-	-	-	-	-	-	49 463	-	-	-	-	-	-	49 463	
ISRAËL	-	-	-	-	-	46 018	-	-	-	-	-	-	-	-	46 018	
BULGARIE	-	-	9 345	28 013	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37 358	
SERBIE	-	35 179	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35 179	
HONGRIE	-	-	-	-	-	-	-	29 344	-	-	-	-	-	-	29 344	

	OMS – FASM, FONDS D’AFFECTATION SPÉCIALE MULTIDONATEURS	-	-	21 018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21 018
	OMS – CICR FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME SUÈDE	-	-	-	-	-	19 731	-	-	-	-	-	-	-	-	19 731
		-	13 746	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13 746
		-	3 010	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 010
	TOTAL des contributions collectées localement	10 869 539	10 259 605	8 223 208	2 523 124	1 010 769	4 346 336	4 536 774	16 987 278	1 352 846	20 960 332	1 379 924	989 683	564 441	4 557 560	88 561 419
Fonds institutionnels	OMS – CVCA	965 461	2 242 882	1 655 607	1 615 893	934 232	1 467 109	1 760 480	491 544	869 526	5 584 496	867 873	4 382	593 641	-	19 053 126
	OMS - CONTRIBUTION FIXEE	1 925 866	1 752 748	2 719 817	2 476 747	1 609 667	1 193 501	1 741 096	1 322 819	773 394	8 190 724	792 814	22 090 001	13 550 476	-	60 139 670
	OMS – EN TANT QUE DONATEUR INDIRECT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11 247 504	7 073 143	-	18 320 647
	OMS – PRELEVEMENT EN RAPPORT AVEC L’OCCUPATION DES POSTES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 930 000	7 930 000
	TOTAL Ressources institutionnelles	2 891 327	3 995 630	4 375 424	4 092 640	2 543 899	2 660 610	3 501 576	1 814 363	1 642 920	13 775 220	1 660 687	33 341 887	21 217 260	7 930 000	105 443 443
	TOTAL GENERAL DE TOUTES LES RESSOURCES	31 140 414	22 037 549	16 687 779	8 125 440	5 413 677	9 137 810	8 114 415	19 350 877	3 150 266	36 600 075	4 544 584	34 400 537	21 796 301	12 487 560	232 987 284

Annexe 6. Résumé des facteurs de réussite et obstacles par objectif stratégique, pour OS 1 à 11

Objectif stratégique	Facteurs de réussite						Obstacles						
	Bonne collaboration au sein de l'OMS	Bonne collaboration avec les partenaires	Bonne collaboration avec le ministère de la Santé	Excellentes capacités techniques ou aptitudes de gestion	Bonne collaboration avec des homologues nationaux compétents	Engagement politique ferme	Pas de fonds	Pas de fonds, manque de capacités des ressources humaines	Manque de ressources humaines	Changements politiques	Absence de gouvernance	Pas de volonté politique pour une mise en œuvre	Manque de capacités au ministère de la Santé
1	41	2	20	13	12		1	1					
2	18	9	7	6	3		9				1		
3	14	1	20	5	3	1	1		1			1	
4	9	9	11	1	4			2					
5		2	6	7	3	1							
6	6	2	7	2	5	1	1						
7	9	4	7	2	2	1	2						
8	5	7	5	10	10		2						1
9	1	2	3	3	1								
10	35	21	12	19	16	25	3	2	1	1		1	1
11	20	8	6	1	8			1					
Total	158	67	104	69	67	29	19	6	2	1	1	2	2
27 KPO et 56 OPO							8 KPO et 13 OPO						
KPO	62	29	50	21	36	22	6	4		1	1	2	1
OPO	96	38	54	48	31	7	13	2	2				1

II
II
II