



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante et unième session

Yamoussoukro, Côte d'Ivoire, 29 août – 2 septembre 2011

Point 12 de l'ordre du jour provisoire

**BUDGET PROGRAMME 2012-2013 DE L'OMS :
ORIENTATIONS POUR L'EXÉCUTION DANS LA RÉGION AFRICAINE**

Rapport du Secrétariat

Résumé d'orientation

1. Le présent document prend en compte les priorités sanitaires de la Région africaine et propose des orientations pour l'exécution du budget programme biennal 2012-2013.
2. Le budget programme est structuré en fonction des 13 objectifs stratégiques et des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation y afférents définis dans le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS. Des ressources budgétaires ont été allouées à chaque objectif stratégique et à chaque résultat escompté à l'échelle de l'Organisation.
3. L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le budget programme général de l'OMS pour l'exercice 2012-2013 pour un montant de US \$3 958 979 000. La Région africaine s'est vu allouer US \$1 093 066 000 (28 %). Ce budget sera financé au moyen des contributions fixées (19 %) et des contributions volontaires (81 %).
4. Compte tenu de la crise financière mondiale, le budget pour la Région africaine a été réduit par rapport aux exercices précédents : US \$1 193 940 000 en 2008-2009 et US \$1 262 864 000 en 2010-2011. Par conséquent, le budget de l'exercice 2012-2013 est en recul de 8,4 % par rapport à celui de 2008-2009 et de 13,4 % par rapport à l'exercice 2010-2011.
5. La réduction du budget programme signifie une réduction draconienne du niveau d'appui aux priorités régionales et aux programmes relatifs aux OMD comme la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; les systèmes de santé; la santé maternelle, néonatale et infantile; la promotion de la santé et la prévention primaire des maladies, y compris des maladies non transmissibles.
6. Le Comité régional est prié de noter et d'adopter les orientations proposées.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1–4
PRIORITÉS	5–19
Priorités mondiales	5–8
Priorités régionales	9–19
ENSEIGNEMENTS TIRÉS	20–24
BUDGET PROGRAMME 2012-2013	25–33
PRINCIPES DIRECTEURS DE L'EXÉCUTION	34–36
RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	37–38
CONCLUSION.....	39–40

ANNEXE

	Page
Tableau 1 : Budget OMS pour l'ensemble de l'Organisation par objectif stratégique et grand bureau, budget programme 2012-2013 (US \$million).....	9
Tableau 2 : Total des crédits alloués à la Région africaine de l'OMS, répartition entre le Bureau régional et les bureaux de pays par objectif stratégique et source de financement, budget programme 2012-2013 (US \$000).....	10
Tableau 3 : Crédits alloués aux pays par source de financement, Région africaine de l'OMS, budget programme 2012-2013 (US \$000).....	11

INTRODUCTION

1. Le projet de budget programme biennal 2012-2013 est le dernier relevant du plan stratégique à moyen terme (MTSP) 2008–2013. Le Conseil exécutif a été chargé, à sa 128^{ème} session, de réviser le budget en se basant sur des estimations réalistes des recettes et des dépenses, compte tenu des enseignements tirés de la mise en œuvre des budgets programmes 2008-2009 et 2010-2011, en indiquant clairement la série d'étapes à franchir pour obtenir les résultats escomptés. Le montant du budget présenté a été révisé compte tenu de la situation financière actuelle rendue difficile du fait de la crise financière mondiale. Comparé aux deux périodes biennales précédentes, à savoir 2008-2009 et 2010-2011, le budget programme 2012-2013 a diminué respectivement de 8,4 % et 13,4 %.

2. Sur la base des recommandations de la 128^{ème} session du Conseil exécutif, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté, en mai 2011, la résolution WHA/64.3 intitulée *Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2012-2013*. Cette résolution autorise les bureaux de l'OMS à tous les niveaux à formuler des plans de travail pour la période 2012-2013. Les plans de travail de la Région africaine seront fondés sur les priorités définies par les États Membres dans leurs plans nationaux de développement sanitaire, dans les stratégies de coopération à l'échelle nationale de l'OMS, et dans les priorités régionales présentées dans le document intitulé *Pour un développement sanitaire durable dans la Région africaine : Orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015*.

3. Du fait de la diminution du budget pour la Région africaine, il faudra redoubler d'effort pour mobiliser des ressources et collaborer avec d'autres partenaires afin de continuer à mettre l'accent sur l'appui aux États Membres dans la mise en œuvre de leurs priorités. Ainsi, le Bureau régional (AFRO) maintiendra la politique décentralisée de soutien aux demandes des pays dans les limites des ressources disponibles.

4. Le présent document décrit brièvement les priorités sanitaires de la Région africaine et propose des orientations pour l'exécution du budget programme de l'OMS 2012-2013.

PRIORITÉS

Priorités mondiales

5. L'exécution de ce budget programme tiendra compte du fait que dans trois ans seulement, c'est-à-dire en 2015, aura lieu l'examen des objectifs du Millénaire pour le développement. La dernière Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement tenue en septembre 2010 a examiné les progrès réalisés. L'OMS s'inspire des résultats de l'examen de 2010 pour étayer des orientations politiques, déterminer les domaines dans lesquels les progrès sont insuffisants et indiquer ceux sur lesquels l'OMS doit centrer son énergie.

6. En ce qui concerne les OMD liés à la santé maternelle et infantile, l'OMS concentrera ses activités sur les pays à lourde charge de morbidité. Son mode d'action sera la collaboration et la répartition des tâches avec d'autres organismes des Nations Unies et d'autres partenaires de développement. En outre, les acquis doivent être préservés pour pouvoir s'attaquer aux maladies de l'enfance évitables par la vaccination, l'accent étant mis sur l'éradication de la poliomyélite. Comme il apparaît dans le MTSP, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme figurent encore parmi les priorités mondiales.

7. Actuellement, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les pneumopathies chroniques et d'autres maladies non transmissibles causent 60 % des décès dans le monde¹. Beaucoup de ces décès sont prématurés et surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Bien qu'il existe des interventions fondées sur des bases factuelles et d'un coût abordable pour réduire sensiblement la morbidité, les incapacités et la mortalité prématurée, même dans les pays à faible revenu, la charge mondiale des maladies non transmissibles continue d'augmenter, entraînant de graves conséquences pour le développement sanitaire et socioéconomique.

8. L'OMS appuiera les pays en fonction de leurs besoins et de leur situation. Cet appui revêtira une qualité telle qu'elle démontrera le rôle moteur et l'utilité de l'OMS dans le domaine de la santé. L'une des grandes préoccupations pendant l'exercice sera de revoir et d'équilibrer la répartition des fonctions entre les trois niveaux de l'Organisation. Cet équilibre est particulièrement important dans les domaines prioritaires comme l'élaboration de politiques et de stratégies nationales.

Priorités régionales

9. Les systèmes nationaux de santé de la Région auront besoin d'un financement suffisant des soins avec la mise en commun des ressources et une répartition des risques financiers; des effectifs bien formés et suffisamment rémunérés; la mise en place ou en œuvre de l'Observatoire des ressources humaines aux niveaux régional et national; des installations bien entretenues, notamment des laboratoires, organisées selon un système d'orientation-recours; et un leadership qui définit une orientation claire et tire partie du potentiel de tous les acteurs, et plus particulièrement de celui des communautés. Toutes les interventions seront solidement étayées par l'Observatoire africain de la santé sis au Bureau régional, dont la tâche est d'analyser les données et de fournir des informations sur les tendances et les résultats sanitaires.

10. La mortalité maternelle est l'un des problèmes les plus tragiques de l'Afrique, d'où l'engagement de réduire de trois quarts son taux de 1990 à 2015 (OMD 5). Les estimations récentes de la mortalité maternelle montrent que seuls deux pays de la Région ont fait des progrès dans la réalisation de la cible de l'OMD 5². S'agissant de l'OMD 4 (réduire la mortalité des enfants), seulement sept pays³ de la Région sont en bonne voie d'atteindre la cible fixée. Une amélioration réelle de la santé de la femme, du nouveau-né et de l'enfant nécessitera une gamme complète d'interventions de santé publique à partir du niveau communautaire, assurées sur toute la durée de l'existence et dans l'ensemble du système de santé, et conjuguées à des mesures visant à renforcer les systèmes de prestation des soins et à agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé de la femme au sens large.

11. Le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose augmentent de manière importante la charge de morbidité due aux maladies transmissibles dans la Région. En dépit de la réduction du nombre de cas et de décès dans les établissements de santé de certain pays, le paludisme représente encore 17 % de la mortalité des moins de cinq ans dans la Région. Les programmes de prévention du VIH n'ont pas encore réussi à atteindre convenablement les groupes vulnérables, dont les femmes et les jeunes, ainsi que les populations les plus à risque comme les professionnels du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les détenus. D'où la nécessité d'intensifier les efforts de prévention du VIH pour réduire le nombre de nouvelles infections. Les tendances en matière de cas de tuberculose dépistés et guéris grâce au traitement de brève durée sous surveillance directe

¹ Prévention des maladies chroniques : un investissement vital, Rapport OMS, 2005.

² OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale, Trends in maternal mortality; 1990 to 2008, Genève 2010.

³ Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Liberia, Madagascar, Maurice et Seychelles.

(DOTS) indiquent qu'il est peu probable que les États Membres de la Région africaine de l'OMS atteignent les cibles OMD de 2015 pour la tuberculose.

12. La résurgence et la circulation continue du poliovirus sauvage sont associées à la faible immunité de la population du fait d'une couverture insuffisante par la vaccination systématique. Grâce à la mise en œuvre des stratégies de lutte antirougeoleuse dans la Région africaine, il y a eu une réduction de 92 % du nombre estimatif de décès par rougeole en 2008, même si certains pays peinent à maintenir la bonne performance des services de vaccination. Pour éradiquer la poliomyélite et éliminer la rougeole, il est nécessaire de mener une action durable qui produit les résultats voulus, à savoir augmenter la couverture par la vaccination systématique et améliorer l'offre de services de vaccination. L'approche visant à atteindre chaque district (ACD) est un outil important pour combler les lacunes en matière de vaccination et renforcer la gestion des services de vaccination et d'autres services de santé au niveau du district.

13. Des millions de personnes vivant dans la Région africaine souffrent ou risquent de souffrir de maladies à potentiel épidémique comme le choléra, la méningite cérébro-spinale, les fièvres hémorragiques virales, et la grippe pandémique A (H1N1) 2009, qui est plus récente. De nombreuses maladies émergentes apparaissent à l'interface entre l'être humain et l'animal et sont susceptibles d'avoir des conséquences graves pour la santé publique internationale. En outre, les catastrophes naturelles et les troubles sociaux continuent de provoquer des déplacements dans plusieurs pays. L'impact du changement climatique – davantage de sécheresses, d'inondations et de cyclones – entraîne décès, crises alimentaires, malnutrition et destruction du logement et des infrastructures sociales, formations sanitaires comprises. Tout ceci a des répercussions directes et indirectes sur la charge morbide et la prestation des soins de santé et fait obstacle à l'atteinte des OMD.

14. Les maladies tropicales négligées (MTN), notamment l'ulcère de Buruli, la lèpre, la trypanosomiase humaine africaine, la schistosomiase, l'onchocercose, les géohelminthiases, la filariose lymphatique et la dracunculose, affectent un milliard de personnes dans le monde, des populations africaines pour la plupart. Le traitement par l'ivermectine sous directives communautaires s'est avéré efficace même dans les communautés où les ressources font défaut. Le recours à cette approche pourrait être préconisé pour la prestation d'autres interventions de santé publique.

15. La Région est confrontée à une augmentation rapide des maladies non transmissibles, y compris la violence et les traumatismes, qui viennent s'ajouter à la charge déjà énorme des maladies transmissibles. Si l'on ne prend pas les mesures qui s'imposent, les maladies non transmissibles seront à l'origine d'au moins la moitié des causes de mortalité dans la Région africaine d'ici 2020⁴. La Commission des déterminants sociaux de la santé a recommandé en 2008 que des mesures soient prises dans trois domaines : i) améliorer les conditions de vie quotidiennes des populations; ii) lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources; iii) mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action. En dépit de ces recommandations, on ne s'emploie pas suffisamment dans la Région à résoudre de manière systématique les questions relatives à la gouvernance et aux forces sociales et économiques qui déterminent les facteurs de risque et les principaux déterminants de la santé, à savoir l'eau salubre, l'assainissement et l'environnement sain.

⁴ Prévention des maladies chroniques : un investissement vital, Rapport OMS, 2005.

16. Outre les priorités principales, les États Membres et les partenaires de la Région africaine ont approuvé trois déclarations importantes : i) la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé au cours du nouveau millénaire; ii) la Déclaration d'Alger sur la recherche en santé; iii) la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique; et iv) la Déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles. Ces déclarations exhortent les États Membres à renforcer leurs systèmes de santé au moyen de l'approche des soins de santé primaires; à ne ménager aucun effort pour mobiliser des ressources conformément à la Déclaration de Paris 2005 et au Programme d'action d'Accra sur l'efficacité de l'aide; et à mettre en place une alliance stratégique entre la santé et l'environnement comme base d'un plan d'action concerté.

17. Dans la Région africaine, l'adoption de diverses déclarations et d'appels à l'action a favorisé un consensus en matière de programmes d'action sanitaire. C'est sur ces bases et sur d'autres réalisations que les orientations stratégiques de l'OMS pour un développement sanitaire durable dans la Région africaine pendant la période 2010–2015 ont été formulées pour conserver les acquis et s'attaquer aux priorités actuelles, émergentes et réémergentes. Les orientations stratégiques sont donc axées sur l'action et ciblées sur l'amélioration des issues sanitaires dans la Région. Guidées par les fonctions essentielles de l'OMS, les orientations stratégiques privilégient six domaines prioritaires : i) continuer à mettre l'accent sur le rôle de leadership de l'OMS pour ce qui est d'apporter une orientation normative et politique ainsi que pour le renforcement des partenariats et l'harmonisation; ii) appuyer le renforcement des systèmes de santé fondés sur l'approche des soins de santé primaires; iii) mettre au premier rang des priorités la santé de la mère et de l'enfant; iv) intensifier les actions de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose; v) intensifier les actions de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; vi) accélérer l'action sur les déterminants de la santé.

18. Conformément aux instructions de ses organes directeurs, l'OMS continuera à jouer un rôle de chef de file dans le domaine de la santé aux niveaux régional et national en fournissant une plus grande orientation normative et politique sur les principales questions de santé publique comme le renforcement des systèmes locaux de santé, le financement de la santé et la protection sociale, les interventions communautaires et l'accès universel aux soins de santé. De nouvelles alliances stratégiques seront donc forgées et les partenariats existants seront renforcés au sein et en dehors du système des Nations Unies, notamment avec l'Union africaine, les communautés économiques régionales et les initiatives mondiales en faveur de la santé. L'OMS exploitera les possibilités de partenariat avec les donateurs bilatéraux et s'emploiera à ajouter de la valeur à leurs activités dans la Région africaine. Une plus grande attention sera accordée à la collaboration avec les partenaires au développement pour appuyer le positionnement de la santé dans la planification macroéconomique et les processus d'allocation des ressources, y compris par l'intensification de la mobilisation des ressources et la recherche de mécanismes de financement novateurs.

19. Toutes ces priorités sont présentées dans les stratégies de coopération de pays et dans le document intitulé *Pour un développement sanitaire durable dans la Région africaine : Orientations stratégiques pour l'OMS 2010–2015*.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS

20. La mise en œuvre des budgets programmes précédents montre une augmentation constante des contributions volontaires (CV), souvent à objet désigné, et aucune augmentation des contributions fixées (CF). Toutefois, le déficit de recettes prévu pour l'exercice 2010-2011 a entraîné la réduction du budget pour 2012-2013, influant de manière significative sur les contributions volontaires. Il s'agit ainsi de rendre le budget plus réaliste afin qu'il soit plus

crédible. En tout état de cause, le degré d'incertitude des contributions volontaires demeurera élevé.

21. L'expérience passée montre que des dépenses imprévues dues à des besoins imprévus surviennent toujours lors de l'exécution du budget programme. Le Directeur général et le Directeur régional sont donc contraints de retenir une partie des contributions fixées au début de l'exercice. Ces fonds sont censés être débloqués au cours de la deuxième année de la période biennale.

22. Dans la Région africaine, très peu de pays sont en bonne voie d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Il est donc nécessaire de promouvoir et de maintenir l'engagement et le plaidoyer politique afin d'accroître les recettes pour financer le secteur de la santé; de réaliser une collaboration intersectorielle efficace; de faire mieux connaître les principaux déterminants de la santé et d'encourager les actions dans ce domaine; et de promouvoir le passage à l'échelle des interventions sanitaires essentielles et à impact élevé pour régler les problèmes de santé prioritaires.

23. Dans les pays, la réalisation des objectifs liés à la santé dépend de la disponibilité de ressources suffisantes et de leur utilisation optimale pour fournir des services de haute qualité, accessibles de manière équitable. Aussi est-il crucial que le leadership national fasse preuve de bonne gouvernance en rassemblant tous les acteurs et en leur donnant une orientation claire.

24. Parce qu'ils sont chiffrés et assortis d'une échéance, les objectifs du Millénaire pour le développement ont incité à mesurer les résultats obtenus et les progrès accomplis, mais ils ont aussi révélé d'importantes insuffisances dans la capacité des pays à générer des statistiques et d'autres informations sanitaires.

BUDGET PROGRAMME 2012-2013

25. Le budget programme 2012-2013 est basé sur les principes de la gestion fondée sur les résultats et de l'intégration. Le Secrétariat de l'OMS a précisé les indicateurs et les cibles du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 pour certains résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour l'exercice 2012-2013.

26. Si la proportion du budget général de l'OMS allouée à la Région africaine pour 2012-2013 est restée la même (28 %) par rapport à 2010-2011, le budget total pour la Région n'est plus que de US \$1 093 066 000 (Tableau 1), comparé à US \$1 193 940 000 en 2008-2009 et à US \$1 262 864 000 en 2010-2011. La réduction est basée sur le taux d'exécution du budget pour l'exercice 2008-2009 et sur des projections réalistes des ressources prévues en 2012-2013. Par conséquent, le budget programme proposé pour 2012-2013 est en recul de 8,4 % par rapport à 2008-2009 et de 13,4 % par rapport à l'exercice 2010-2011.

27. Le budget programme de l'OMS comporte trois segments budgétaires, à savoir : i) les programmes de base, qui couvrent les activités dont l'OMS a le contrôle budgétaire exclusif; ii) les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration dont les activités sont entreprises par l'OMS en collaboration avec des partenaires; et iii) les interventions en cas d'épidémies ou de crises, qui ont trait à des activités de l'OMS en réponse à des événements extérieurs graves, qu'ils soient naturels ou causés par l'homme.

28. La répartition du budget entre les trois segments est la suivante : US \$640 250 000 pour les programmes de base, US \$371 630 000 pour les programmes spéciaux et US \$81 186 000 pour les interventions d'urgence. Quant aux sources de financement, 19 % du budget seront financés par les contributions fixées et 81 % devront émaner de contributions volontaires, dont les fonds sont rarement garantis et ne sont pas souples car réservés d'ordinaire à des programmes précis.

29. La répartition du budget entre les 13 objectifs stratégiques (OS) est préoccupante lorsqu'on la compare au budget 2008-2009, où les recettes et les dépenses étaient bien connues. Les allocations pour certains objectifs stratégiques (OS 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12 et 13) ont été considérablement réduites. Ces réductions vont de 6,1 % à 73,3 %. Les objectifs stratégiques dont le budget a été le plus réduit sont les suivants : nutrition et sécurité sanitaire des aliments (-73,3 %); systèmes de santé (-49,6 %); sida, tuberculose et paludisme (-39,3 %); administration et finance (-38,7 %); santé maternelle et infantile (-33,4 %); environnement sain (-32,2 %); et promotion de la santé et facteurs de risque (-20,7 %). Ces réductions auront des répercussions sur la mise en œuvre des activités dans des domaines prioritaires pour la Région, notamment le renforcement des systèmes de santé; la prévention et la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; et la santé maternelle et infantile. En outre, comme on peut le noter, il y a une très forte réduction du budget pour l'OS9 (nutrition et sécurité sanitaire des aliments), qui est une composante essentielle de la réduction de la mortalité infantile.

30. La réduction du budget de l'OS12 qui a trait au rôle de chef de file mondial de l'OMS dans le domaine de la santé, aux partenariats et à la mobilisation des ressources est également préoccupante. Cet objectif stratégique représente des domaines qui requièrent des capacités supplémentaires et une plus grande efficacité alors que l'OMS se meut sur une scène internationale de développement sanitaire où les acteurs sont de plus en plus nombreux, surtout au niveau des pays.

31. Toutefois, quelques objectifs stratégiques, à savoir l'OS1 (maladies transmissibles), l'OS5 (urgences et catastrophes), l'OS7 (déterminants sociaux et économiques de la santé) et l'OS11 (technologies et produits médicaux) bénéficieront d'une augmentation budgétaire de l'ordre de 53,1 %, 38,2 %, 17,9 % et 14,3 % respectivement. En outre, une ventilation de l'OS1 par résultat escompté à l'échelle de l'Organisation révèle un niveau important de financement pour la poliomyélite au titre du segment 'programmes spéciaux et dispositifs de collaboration du budget'.

32. Pour ces objectifs stratégiques, l'augmentation correspond aux besoins de la Région – la charge importante des maladies transmissibles, le pourcentage élevé des États Membres frappés par des situations d'urgence et des crises humanitaires diverses, l'importance des déterminants sociaux et économiques de la santé dans la Région, et l'accès extrêmement limité aux technologies et produits médicaux.

33. L'allocation budgétaire aux bureaux de pays de l'OMS et au Bureau régional par source de financement est présentée au Tableau 2 de l'annexe. Des informations sur l'allocation budgétaire aux pays figurent au Tableau 3 (voir annexe). Les bureaux de pays de l'OMS se sont vu allouer une portion de 66 % du budget régional et l'allocation au Bureau régional, équipes d'appui interpays comprises, représente 34 % du budget régional. Le financement des allocations interpays est réservé à l'appui direct aux pays. La proportion de l'allocation réelle du budget au Bureau régional est donc en réalité inférieure à 34 %.

PRINCIPES DIRECTEURS DE L'EXÉCUTION

34. En général, l'exécution du budget programme doit être éclairée par les principes de base comme l'approche de gestion fondée sur les résultats, la politique de décentralisation, la responsabilité des États Membres et du Secrétariat devant les organes directeurs et le renforcement des partenariats pour la santé dans la Région.

35. De plus, sur la base de la structure du plan stratégique à moyen terme qui présente les avantages de la stabilité et de la comparabilité, trois thèmes clés ont été définis pour orienter l'exécution du budget programme 2012-2013 :

- a) Intégration de plus en plus évidente de l'action de l'OMS dans tous les programmes et à tous les niveaux de l'Organisation qui empêche le cloisonnement artificiel des 13 objectifs stratégiques;
- b) Continuité tout au long de la période biennale : il s'agit concrètement de mettre à profit les enseignements tirés de l'appréciation de l'exécution du budget programme 2008–2009 et de l'application à plus grande échelle des interventions qui se sont avérées utiles et efficaces;
- c) Changement basé sur les nouvelles orientations et les nouvelles priorités énoncées dans les stratégies de coopération avec les pays, et définies dans les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé.

36. L'action de l'Organisation continuera à s'inspirer des objectifs et valeurs énoncés dans la Constitution de l'OMS. En outre, l'exécution du budget programme 2012-2013 sera orientée par le programme de réforme de l'Organisation. Celui-ci comporte sept sections. La première (section 1) porte sur cinq domaines d'activité essentiels qui correspondent étroitement aux fonctions essentielles définies dans le programme général de travail. La deuxième section est axée sur une plus grande efficacité organisationnelle. La troisième section traite du renforcement de la planification, fondée sur les résultats, de la gestion et de la responsabilité comptable. La quatrième section a trait à la politique en matière de ressources humaines et à la gestion des ressources humaines. La section cinq se rapporte au financement, à la mobilisation des ressources et à la communication stratégique. Les deux dernières sections portent sur la façon dont les réformes accroîtront l'efficacité de l'OMS au niveau des pays (section 6) et sur le rôle de l'OMS dans la gouvernance de l'action sanitaire mondiale (section 7). Pour la Région africaine, la fourniture d'un appui technique aux pays doit être inscrite en tant que priorité dans le processus de réforme de l'OMS.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

37. On s'attend à ce que les pays procèdent à la mise en œuvre des activités prioritaires conformément à leurs plans nationaux de santé, aux stratégies de coopération avec les pays et aux objectifs stratégiques convenus du plan stratégique à moyen terme 2008–2013. Pour atténuer les répercussions de la crise financière mondiale, les États Membres devront se prononcer en faveur d'un engagement collectif clair pour assurer un financement adéquat en vue d'une exécution effective du budget programme permettant de s'attaquer aux principales priorités grâce à des mécanismes de financement nouveaux et novateurs comme le Fonds africain pour les urgences de santé publique.

38. Avec la mise en place dans la Région du Système mondial de gestion (GSM), nouvel instrument de gestion de l'OMS, le Secrétariat devra élaborer des plans opérationnels réalistes et s'imposer une discipline budgétaire plus stricte dans l'exécution du budget programme. L'accent devra être mis sur l'appui aux pays et davantage d'efforts devront être consentis en matière de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour financer le budget programme. La politique de décentralisation dans le cadre d'une délégation accrue des pouvoirs doit être appliquée de manière durable.

CONCLUSION

39. Le budget qui sera alloué à la Région africaine pour l'exercice 2012-2013 est de US \$1 093 066 000, ce qui représente une réduction importante par rapport aux budgets programmes 2008-2009 et 2010-2011. Cette réduction aura des conséquences évidentes pour le personnel et les activités de l'OMS. S'agissant de l'appui aux États Membres de la Région, le budget programme proposé signifie une diminution très importante de l'appui aux pays dans les domaines suivants : VIH/sida, tuberculose et paludisme; systèmes de santé; santé maternelle, néonatale et infantile; promotion de la santé et prévention primaire des maladies, y compris des maladies non transmissibles, qui s'inscrivent pour la plupart dans les OMD.

40. Le Comité régional est invité à noter et à adopter les orientations proposées pour l'exécution du budget programme 2012-2013 dans la Région africaine.

ANNEXE

L'annexe comprend trois tableaux, à savoir le Tableau 1, le Tableau 2 et le Tableau 3 qui sont présentés ci-dessous.

Tableau 1 : Budget OMS pour l'ensemble de l'Organisation par objectif stratégique et grand bureau, budget programme 2012-2013 (US \$million)

Objectif stratégique	AFRO	AMRO	SEARO	EURO	EMRO	WPRO	Siège	Total
1. Maladies transmissibles	484 082	27 463	129 118	24 008	169 361	59 631	384 467	1 278 130
2. VIH/sida, tuberculose et paludisme	147 467	20 136	76 291	21 200	57 920	46 622	170 662	540 298
3. Affections chroniques non transmissibles	18 948	9 771	11 537	16 500	7 818	12 353	36 836	113 763
4. Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la mère, et vieillissement	77 084	13 281	13 581	10 900	8 384	10 587	84 489	218 306
5. Urgences et catastrophes	91 271	11 711	38 390	11 323	177 774	8 235	43 324	382 028
6. Facteurs de risques pour la santé	20 286	9 116	13 038	14 500	10 580	12 817	41 918	122 255
7. Déterminants sociaux et économiques de la santé	10 746	3 191	2 493	5 900	5 193	0 882	14 384	42 789
8. Environnement plus sain	12 719	8 710	9 376	15 500	6 308	7 461	26 751	86 825
9. Nutrition, et sécurité sanitaire des aliments	10 633	4 511	4 097	6 000	2 629	5 372	21 656	54 898
10. Systèmes et services de santé	71 791	29 738	36 439	30 500	38 847	35 873	104 905	348 093
11. Produits et services médicaux	25 823	7 349	6 208	3 000	8 658	10 750	75 495	137 283
Total pour OS techniques	970 850	144 977	340 568	159 331	493 472	210 583	1 004 887	3 324 668
12. Leadership, gouvernance, et partenariats de l'OMS	45 968	10 909	12 986	27 500	25 010	15 410	119 787	257 570
13. Fonctions de facilitation et d'appui	76 248	17 230	30 655	26 500	35 029	19 753	171 326	376 741
Total pour OS 12-13	122 216	28 139	43 641	54 000	60 039	35 163	291 113	634 311
Total général	1 093 066	173 116	384 209	213 331	553 511	245 746	1 296 000	3 958 979
%	28%	4%	10%	5%	14%	6%	33%	100%

Tableau 2 : Total des crédits alloués à la Région africaine de l’OMS, répartition entre le Bureau régional et les bureaux pays par objectif stratégique et source de financement, budget programme 2012-2013 (US \$000)

OS	Bureau régional			Bureaux pays			Total Région africaine		
	CF	CV	Total	CF	CV	Total	CF	CV	Total général
SO 1	7225	122 571	129 796	13 594	340 692	354 286	20 819	463 263	484 082
SO 2	5858	55 569	61 427	5827	80 213	86 040	11 685	135 782	147 467
SO 3	4375	3622	7997	6692	4259	10 951	11 067	7881	18 948
SO 4	7382	22 217	29 599	13 679	33 806	47 485	21 061	56 023	77 084
SO 5	2306	19 725	22 031	1994	67 246	69 240	4300	86 971	91 271
SO 6	4364	4043	8407	6986	4 893	11 879	11 350	8936	20 286
SO 7	3219	1737	4956	3110	2680	5790	6329	4417	10 746
SO 8	1994	2930	4924	4079	3716	7795	6073	6646	12 719
SO 9	2345	2828	5173	3443	2017	5460	5788	4845	10 633
SO 10	10 865	15 005	25 870	14 949	30 972	45 921	25 814	45 977	71 791
SO 11	3071	5492	8563	3533	13 727	17 260	6604	19 219	25 823
SO 12	5455	9194	14 649	31 319	0	31 319	36 774	9194	45 968
SO 13	18 213	31 451	49 664	23 723	2861	26 584	41 936	34 312	76 248
TOTAL	76 672	296 385	373 057	132 928	587 081	720 009	209 600	883 466	1 093 066

NB :

- **CF = contributions fixées**
- **CV = contributions volontaires**

Tableau 3 : Crédits alloués aux pays par source de financement, Région africaine de l'OMS, budget programme 2012-2013 (US \$000)

	TOTAL CF	TOTAL CV	TOTAL CF+CV
	132 928	587 081	720 009
Retenue (3 % pour AC et 20 % pour VC)	3988	117 416	121 404
Net pour les plans de travail	128 940	469 665	598 605
Pays			
Algérie	1947	667	2614
Angola	3550	35 852	39 402
Bénin	2562	4062	6624
Botswana	2101	1271	3372
Burkina Faso	3188	11 775	14 964
Burundi	3104	5816	8921
Cameroun	2475	2409	4884
Cap-Vert	2199	745	2944
République centrafricaine	2820	2300	5120
Tchad	3121	5043	8164
Comores	2530	1055	3585
Congo	2377	3196	5573
République démocratique du Congo	3600	55 370	58 971
Côte d'Ivoire	2433	5452	7885
Guinée équatoriale	1841	1184	3025
Érythrée	2411	5475	7886
Éthiopie	4945	53 511	58 456
Gabon	2038	1903	3941
Gambie	2201	3100	5302
Ghana	2422	7775	10 197
Guinée	3108	5039	8147
Guinée-Bissau	2417	752	3169
Kenya	2973	16 764	19 736
Lesotho	2569	2329	4897
Liberia	2848	4197	7045
Madagascar	2778	14 333	17 111
Malawi	2883	12 331	15 214
Mali	3367	4018	7385
Mauritanie	2681	3437	6119
Maurice	1691	646	2337
Mozambique	3417	9741	13 158
Namibie	2204	1983	4187
Niger	3394	6989	10 383
Nigeria	4688	73 208	77 896
Réunion	204	0	204
Rwanda	3220	5590	8810
Sainte Héline	147	0	147
Sao Tomé et Príncipe	1876	637	2512
Sénégal	2640	4 072	6712
Seychelles	1603	520	2123
Sierra Leone	2837	10 989	13 826
Afrique du Sud	3890	7450	11 341
Swaziland	2178	3860	6038
Tanzanie	3472	25 638	29 109
Togo	2459	2896	5354
Ouganda	3155	11 926	15 081
Zambie	3276	9415	12 691
Zimbabwe	3100	22 943	26 043
TOTAL	128 940	469 665	598 605