



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE,
SOIXANTE-QUATRIÈME SESSION

Copenhague (Danemark), 15-18 septembre 2014

Avant-projet de budget programme 2016-2017 : la perspective de la Région européenne



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'**Europe**

Comité régional de l'Europe
Soixante-quatrième session

EUR/RC64/17

Copenhague (Danemark), 15-18 septembre 2014

1^{er} septembre 2014

140511

Point 5 g) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Avant-projet de budget programme 2016-2017 : la perspective de la Région européenne

Ce document expose en détail le point de vue de la Région européenne de l'OMS concernant l'avant-projet de budget programme mondial de l'OMS pour 2016-2017 (BP2016-2017) et doit donc être lu en parallèle avec le document EUR/RC64/23.

Le Comité régional est invité à formuler des observations et conseils sur les orientations stratégiques présentées et le budget proposé.

Après approbation du BP2016-2017 finalisé par l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2015, et sur la base de la présente perspective régionale, un plan régional de mise en œuvre pour le BP2016-2017 sera présenté à la soixante-cinquième session du Comité régional, en septembre 2015. Ce plan comprendra des réalisations et des produits détaillés, ce qui donnera un moyen supplémentaire d'établir des responsabilités au niveau régional. Il pourrait donc être considéré comme une nouvelle mouture du « contrat » entre les États membres et le Bureau régional.

Sommaire

	page
Résumé d'orientation	1
L'élaboration du budget programme de l'OMS 2016-2017, une planification ascendante dans le contexte de la réforme de l'OMS	2
Priorités des pays.....	4
Collaboration avec les acteurs non étatiques	6
Santé 2020.....	7
Évolution à l'échelle mondiale	7
Le modèle opérationnel du Bureau régional de l'Europe.....	8
Survol du budget régional	9
Financement : perspectives et défis.....	12
Orientations régionales pour 2016-2017	14
Catégorie 1. Maladies transmissibles.....	14
1.1 VIH/sida	14
1.2 Tuberculose	14
1.3 Paludisme	15
1.4 Maladies tropicales négligées (y compris les maladies réémergentes à transmission vectorielle).....	15
1.5 Maladies évitables par vaccin.....	16
Catégorie 2. Maladies non transmissibles.....	17
2.1 Les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque.....	17
2.2 Santé mentale et abus de substances psychoactives	19
2.3 Prévention de la violence et des traumatismes	19
2.4 Handicaps et réadaptation	19
2.5 Nutrition	20
Catégorie 3. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie.....	21
3.1 Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.....	21
3.2 Vieillesse et santé.....	22
3.3 Intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits de l'homme	23
3.4 Déterminants sociaux de la santé	24
3.5 Santé et environnement	24
Catégorie 4. Systèmes de santé.....	25
4.1 Politiques et plans nationaux de santé.....	26
4.2 Services de santé intégrés et centrés sur la personne.....	27

4.3	Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires.....	28
4.4	Information et bases factuelles sur les systèmes de santé	28
Catégorie 5. Préparation, surveillance et intervention		29
5.1	Capacités d'alerte et d'intervention.....	30
5.2	Maladies à tendance épidémique et pandémique	31
5.3	Gestion des crises et des risques associés aux urgences.....	32
5.4	Sécurité sanitaire des aliments	32
5.5	Éradication de la poliomyélite.....	32
5.6	Interventions en cas d'épidémies ou de crises.....	33
Catégorie 6. Services institutionnels/fonctions d'appui.....		34
6.1	Gouvernance et rôle fédérateur	34
6.2	Transparence, responsabilisation et gestion des risques.....	35
6.3	Planification stratégique, coordination des ressources et établissement de rapports	35
6.4	Gestion et administration.....	36
6.5	Communication stratégique.....	37
Annexe. Budget programme proposé pour 2016-2017 pour la Région européenne de l'OMS par secteur de programme, comparé à celui de 2014-2015		38

Résumé d'orientation

1. Le projet de budget programme 2016-2017 (BP2016-2017) du document EUR/RC64/23 est présenté pour examen par tous les Comités régionaux en 2014, afin de permettre aux Régions de participer à la définition des priorités, résultats et prestations proposés dans le cadre des travaux de l'Organisation et à la détermination des ressources budgétaires par grand bureau et par catégorie ou secteur de programme.
2. La perspective régionale européenne concernant le BP2016-2017 est intégralement intégrée au document relatif au budget programme mondial. Elle comprend des détails plus précis et une analyse plus approfondie sur la façon dont le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe envisage de mettre en œuvre le BP2016-2017, qui doit être approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2015. L'examen de ce document donne aux États membres européens l'occasion de proposer des orientations supplémentaires concernant les travaux prévus par le Bureau régional au cours du prochain exercice biennal.
3. Ce document décrit le principal processus et le principal résultat de l'opération de planification ascendante qui, dans un premier temps, s'est traduite par un budget plus important que celui de 2014-2015 ; ce budget a ensuite été ramené au niveau de 2014-2015, soit 218 millions de dollars des États-Unis (USD) pour les programmes de base. Quoique le budget global soit le même que celui de 2014-2015, ses composants et son processus de développement sont radicalement différents de ceux des années précédentes, avec d'importants transferts d'une catégorie et d'un secteur de programme à l'autre, qui sont décrits dans ce document. Étant donné qu'il avait été demandé de parvenir à un budget à croissance nulle, il n'a pas été possible d'y insérer toutes les activités et tous les programmes résultant de l'opération de planification ascendante, et certains ont dû être abandonnés ou différés.
4. Ce document présente le volet technique des travaux prévus pour 2016-2017 au Bureau régional, avec les priorités de pays établies au cours de l'opération de planification ascendante, des orientations régionales précises dans chacune des catégories mondiales 1 à 6 et des considérations quant à l'attribution de fonds pour les travaux prévus dans la Région.
5. Après approbation du BP2016-2017 finalisé par l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2015, un plan régional de mise en œuvre pour le BP2016-2017 sera présenté à la soixante-cinquième session du Comité régional (CR65), en septembre 2015. Ce plan comprendra des réalisations et des produits détaillés, ce qui donnera un moyen supplémentaire d'établir des responsabilités au niveau régional. Il pourrait donc être considéré comme une nouvelle mouture du « contrat » entre les États membres et le Bureau régional. Le premier « contrat » a été établi pour l'exercice biennal 2012-2013 dans le document EUR/RC61/Inf.Doc/10, 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). Le degré de mise en œuvre des dispositions de ce contrat est évalué dans le document EUR/RC64/18, intitulé Bureau régional de l'OMS pour l'Europe – Rapport sur l'évaluation de la performance, 2012-2013, et les enseignements acquis au cours de cet exercice biennal ont été pris en considération lors de la préparation de la contribution du Bureau régional au BP2016-2017.

L'élaboration du budget programme de l'OMS 2016-2017, une planification ascendante dans le contexte de la réforme de l'OMS

6. Le BP2016-2017 a été élaboré dans le contexte de la réforme de l'OMS, qui a eu un impact majeur tant sur la planification que sur ses résultats. La chaîne de résultats définie dans le douzième programme général de travail est de nouveau utilisée dans le BP2016-2017, avec révision et amélioration de certains éléments sur la base des enseignements tirés de l'expérience acquise en 2014-2015 et en 2012-2013. L'objectif du BP2016-2017 est de présenter des objectifs mesurables reflétant fidèlement le travail du secrétariat de l'OMS et l'impact de ce travail dans les pays servis par l'OMS.

7. La contribution apportée par le groupe de travail mondial sur l'allocation stratégique des ressources, mis sur pied à la 134^e session du Conseil exécutif, en janvier 2014, peut avoir des conséquences pour le BP2016-2017. Afin de clarifier sa mission, ce groupe de travail a été rebaptisé Groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires. Il devrait présenter au Conseil exécutif, en janvier 2015, un projet de nouveau mécanisme de répartition qui pourrait influencer les plafonds budgétaires du BP2016-2017. Comme ces travaux ne sont pas encore terminés, ce sont les chiffres de 2014-2015 qui ont été utilisés pour constituer les enveloppes budgétaires par grand bureau.

8. Le « dialogue sur le financement », entamé en 2012-2013 et poursuivi en 2014-2015, a un impact majeur sur la manière dont le BP2016-2017 est formulé et mis en œuvre. La notion de « budget programme intégralement financé » indique que le financement et la mise en œuvre suivent de beaucoup plus près les plans énoncés dans les budgets programmes, ce qui permet de remédier au problème de l'« alignement du financement », souvent évoqué lors de réunions antérieures des organes directeurs de l'OMS. Si le BP2014-2015 est un « exercice biennal de transition » à cet égard, le travail accompli dans le cadre de sa préparation devrait permettre une bien meilleure concordance entre les priorités des États membres dans le BP2016-2017 et les travaux eux-mêmes, qui seront financés par le biais du dialogue sur le financement.

9. La gestion matricielle a posé des difficultés au sein de l'OMS, comme dans beaucoup de grandes organisations, tant publiques que privées. Néanmoins, la dernière tentative de recourir à une gestion matricielle pour la planification dans le cadre de la réforme de l'OMS – les réseaux de catégories et de secteurs de programme – a été une réussite dans la préparation du BP2016-2017. Ces réseaux, composés de points focaux désignés aux niveaux national, régional et mondial, ont été une pierre angulaire pour l'élaboration d'objectifs cohérents à l'échelle mondiale. Le Bureau régional pour l'Europe a participé activement à ces réseaux et en a tiré parti (rôle plus important dans la définition des objectifs mondiaux et possibilités d'échanger les savoirs). Les réseaux devraient continuer à jouer un rôle important dans la mise en œuvre et le suivi du BP2016-2017, ainsi que pour l'établissement de rapports à ce sujet.

10. Dans la Région européenne, comme dans toutes les Régions, la planification ascendante a été effectuée dans un temps très court, pendant les mois d'avril et de mai 2014. Le processus a été basé sur les moyens de planification existants, tels que les politiques, stratégies et plans nationaux de santé, les engagements des organes directeurs, les accords de collaboration biennaux et les plans opérationnels pour 2014-2015. Le coup d'envoi de l'opération a été une communication de la directrice régionale à tous les États membres en vue de solliciter leur collaboration et leur participation pour la définition des priorités en ce qui concerne les travaux de l'OMS au niveau des pays en 2016-2017. Les priorités ont été sélectionnées parmi les secteurs de programmes du Douzième Programme général de travail.

11. Les 29 pays de la Région ayant des accords de collaboration biennaux, dans lesquels le processus était dirigé par le représentant de l'OMS dans le pays, et environ un tiers (8/25) des

pays sans représentation de l'OMS (des pays d'Europe de l'ouest sans accords de collaboration biennaux, pour la plupart) ont apporté une contribution. Le processus de planification ascendante impliquait des programmes multinationaux, non seulement pour les pays mais aussi pour le Bureau régional. On pourrait considérer que le processus, dans son ensemble, a permis de déterminer les priorités des pays et les biens collectifs mondiaux et régionaux.

12. Tant pour les travaux régionaux que nationaux, ce processus requérait le calcul du coût des ressources humaines et financières nécessaires pour chaque centre budgétaire (bureau de pays ou division régionale). Ainsi, le calcul détaillé des coûts a fait partie intégrante de la planification ascendante. C'est la première fois que, dans le sillage de la réforme de l'OMS, une opération mondiale est menée pour préparer le budget programme. Dans le passé, cela avait été effectué dans le contexte de la planification opérationnelle, bien après l'approbation du budget programme par l'Assemblée mondiale de la santé.

13. Dans le cadre de la préparation du BP2016-2017, le coût des engagements pris sous la forme de résolutions approuvées à la fois par les organes directeurs mondiaux et régionaux de l'OMS, a été établi. Pour le projet de BP2016-2017 mondial, il faut encore finir de prévoir toutes les incidences, au niveau des programmes et du budget, des résolutions récentes de l'Assemblée mondiale de la santé, notamment en ce qui concerne le renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux, l'hépatite et la résistance aux antimicrobiens (résolutions WHA67.6, WHA67.20 et WHA67.25). Au niveau régional, les incidences budgétaires des projets de résolutions présentés au CR64 dans les documents EUR/RC64/11 Add.1, EUR/RC64/12 Add.1, EUR/RC64/14 Add.1 et EUR/RC64/15 Add.1, pour un total de 22,4 millions d'USD, sont examinées dans le projet de BP2016-2017 pour le Bureau régional, tout comme les engagements antérieurs des organes directeurs. De plus amples détails sur les coûts des résolutions seront présentés en 2015.

14. Les résultats de l'opération de planification ascendante au Bureau régional de l'Europe ont été rassemblés pour examen stratégique au niveau régional avant leur présentation au niveau mondial. Cet examen a déterminé que le Bureau régional devrait réorganiser son budget de façon à ce qu'un minimum de 40 % soit alloué au niveau des pays. Cette répartition budgétaire contraste avec celle qui a résulté du processus de planification ascendante. Cette dernière respectait la proportion traditionnelle, soit 27-28 % alloués au niveau des pays. Cette réorganisation est due à une orientation stratégique opérée à haut niveau pour renforcer le travail au niveau des pays dans la Région.

15. Le présent document constitue l'étape suivante du processus de préparation de la portion du budget programme relative à la Région européenne. La figure 1 ci-dessous décrit l'intégralité du processus.

Figure 1. Élaboration du BP2016-2017 mondial du point de vue européen



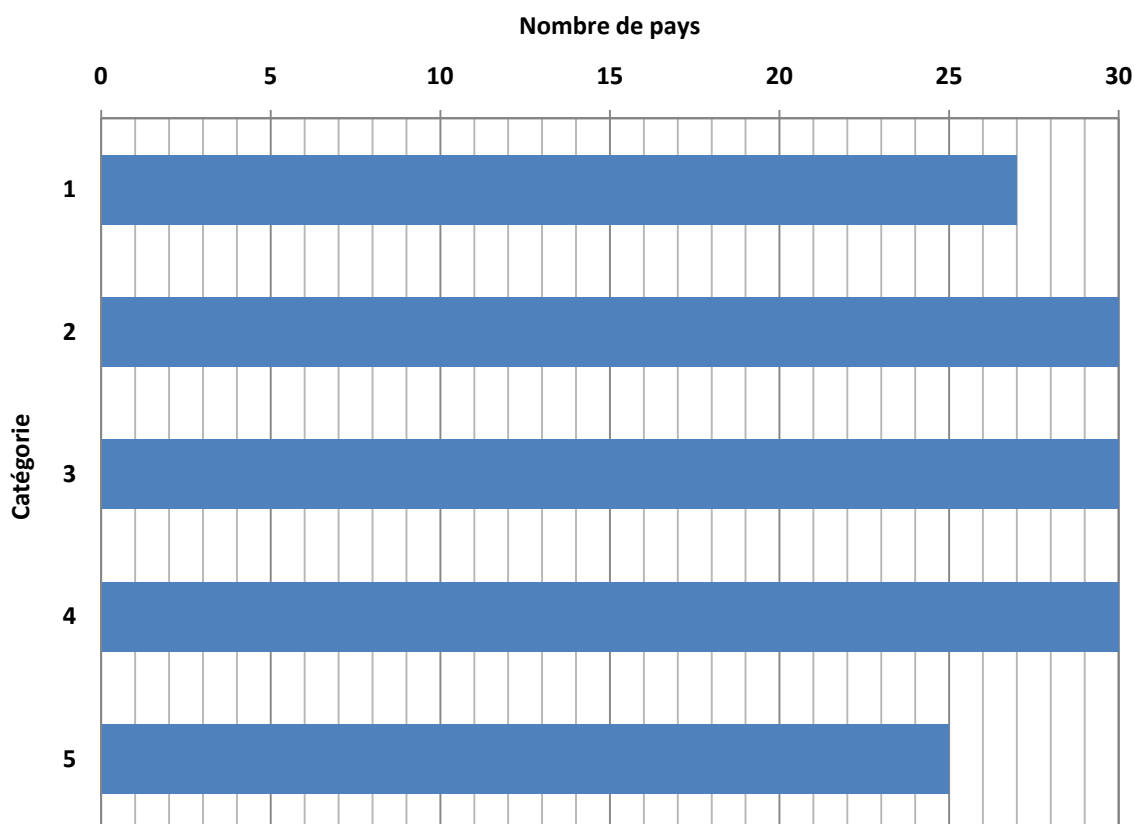
Priorités des pays

16. L'objectif de la planification ascendante avec les pays était de déterminer les résultats prioritaires à obtenir sur le plan de la santé dans le cadre de la collaboration de l'OMS avec les pays au cours de la période 2016-2017. Dans la communication adressée aux États membres à l'occasion du coup d'envoi de la planification, le Bureau régional a demandé à tous les États membres de définir dix priorités parmi les réalisations du Douzième Programme général de travail, afin de déterminer quels seront les travaux du secrétariat. Les réalisations prioritaires sont alignées sur Santé 2020.

17. Dans les États membres où l'OMS a un bureau de pays, le chef de ce bureau a supervisé l'opération pour le secrétariat, en collaboration avec le ministère de la Santé et les intervenants concernés. Les priorités présentées ci-dessous sont celles qui ont initialement été transmises par les États membres. Les chefs des bureaux de pays de l'OMS, en collaboration avec le personnel technique de l'échelon régional, ont réalisé un premier calcul du coût des produits, sur la base d'une estimation des ressources (humaines et financières) nécessaires pour obtenir les produits donnés dans un lieu donné, afin de parvenir au projet de BP2016-2017 à discuter par le Comité régional.

18. Les figures 2 et 3 montrent respectivement les catégories et les secteurs de programmes définis comme priorités par les États membres ayant des accords de collaboration biennaux pour 2016-2017. Les catégories 2 (maladies non transmissibles), 3 (promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie) et 4 (systèmes de santé) ont été sélectionnées comme priorités absolues ; chaque pays de la Région ayant un accord de collaboration biennal a choisi des réalisations prioritaires dans ces trois catégories.

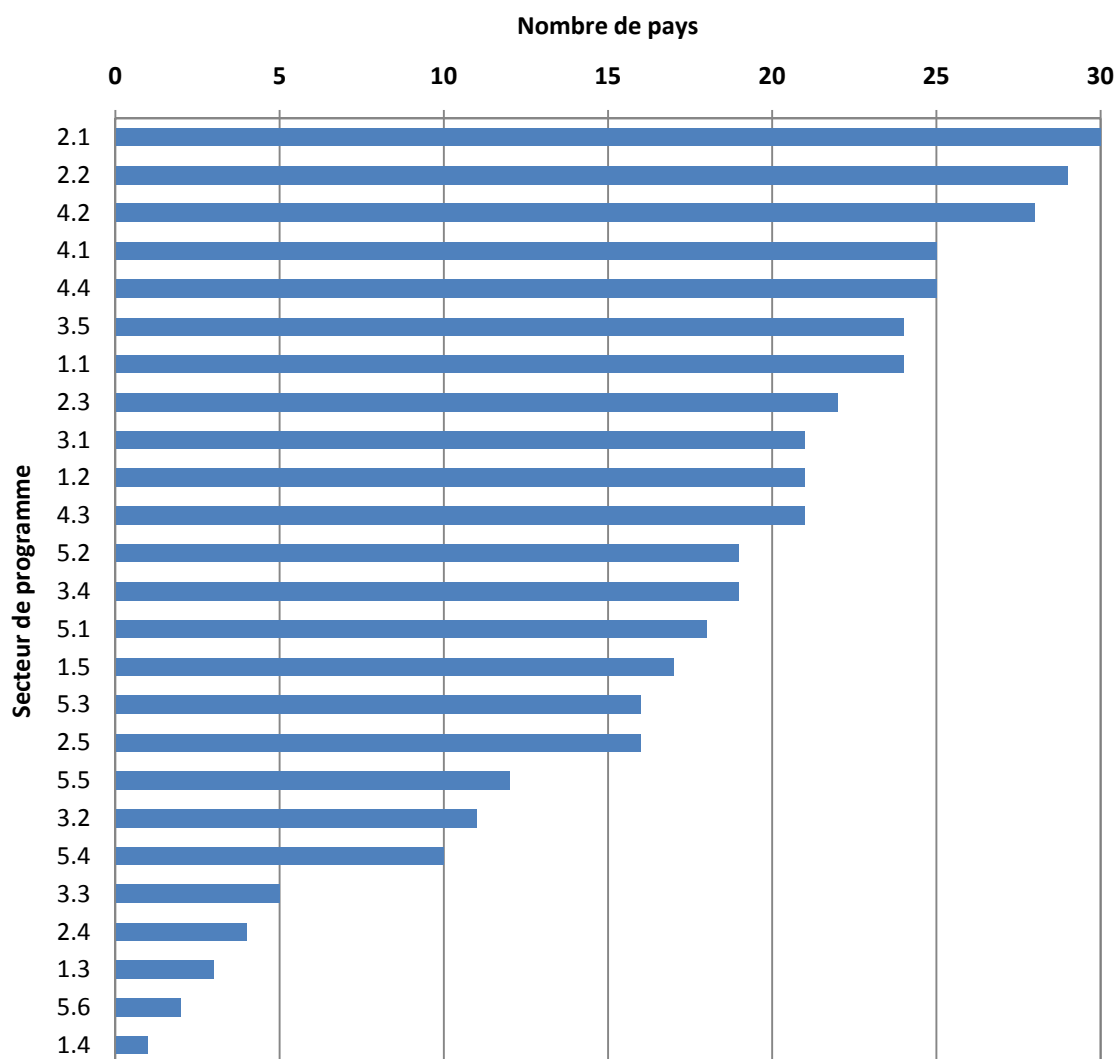
Figure 2. Fréquence avec laquelle des catégories sont citées comme priorités par les pays ayant des accords de collaboration biennaux



19. Le secteur de programme 2.1 (maladies non transmissibles), suivi par 2.2 (meilleur accès aux services spécialisés dans les troubles de santé mentale et de toxicomanie) et 4.2 (disponibilité de politiques, du financement et des ressources humaines en vue d'améliorer l'accès aux services de santé intégrés et centrés sur la personne) sont ceux qui ont été le plus souvent choisis comme priorités par les États membres (figure 3).

20. Les secteurs de programmes 1.3 (paludisme), 5.6 (interventions en cas d'épidémies et de crises) et 1.4 (maladies tropicales négligées) sont les secteurs qui ont le moins fréquemment bénéficié d'une priorité. La plupart des programmes relatifs au paludisme et aux maladies tropicales négligées sont mis à exécution dans le cadre d'un processus multinational, et sont donc repris dans les priorités régionales relatives aux biens publics. Comme les activités menées dans le cadre des interventions en cas d'épidémies et de crises sont régies par des événements externes graves, la budgétisation est incertaine, comme le reflète la détermination des priorités par les pays.

Figure 3. Fréquence avec laquelle des secteurs de programmes sont cités comme priorités par les pays ayant des accords de collaboration biennaux



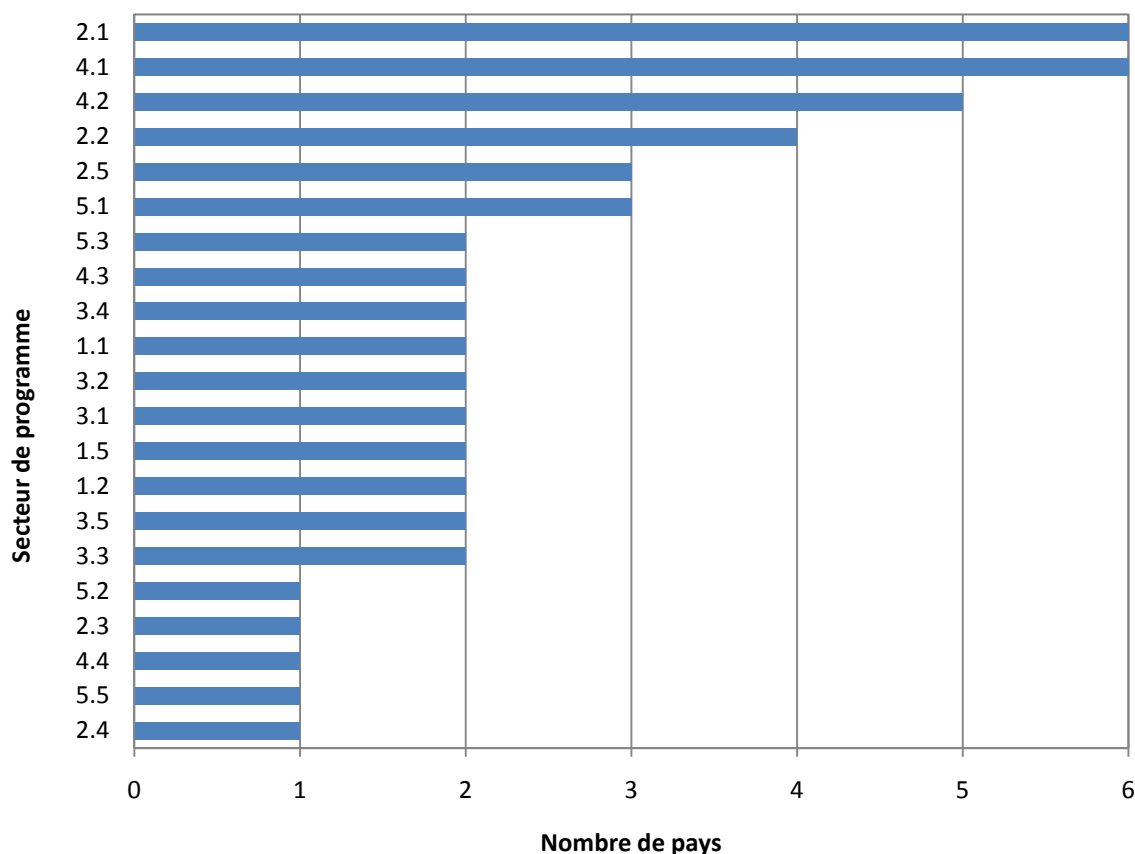
Collaboration avec les acteurs non étatiques

21. Les pays sans accord de collaboration biennal ont indiqué des priorités pour le BP2016-2017 soit directement, soit en fonction de stratégies existantes et planifiées de coopération avec les pays (cf. figure 4). Comme dans les pays ayant des accords de collaboration biennaux, le secteur de programme 2.1 (maladies non transmissibles) s'est placé en tête des priorités, suivi du secteur 4.1 (politiques et plans nationaux pour la santé) (figure 3). Contrairement à ce qui avait été le cas dans les pays possédant des accords de collaboration biennaux, les produits n'ont pas fait l'objet d'un calcul des coûts séparé, mais ont été inclus dans les biens publics régionaux, étant donné que l'assistance technique à ces pays est fournie en majeure partie grâce au mode interpays.

22. Les priorités des pays doivent être examinées en lien avec le travail interpays. Le modèle opérationnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe se caractérise par un haut niveau d'aptitudes et de capacités techniques, tant au Bureau régional que dans les institutions européennes et dans les services publics. Dès lors, les besoins communs des pays sont souvent

satisfaits dans le cadre de démarches régionales (ou interpays) ou multipays, qui s'ajoutent au soutien direct aux pays tel qu'exprimé dans les accords de collaboration biennaux. Ceci implique que les investissements totaux dans les pays se composent des allocations budgétaires aux pays et d'une partie du budget alloué au niveau régional.

Figure 4. Fréquence avec laquelle les secteurs de programmes figurent parmi les priorités fixées par des pays sans accord de collaboration biennal



Santé 2020

Évolution à l'échelle mondiale

23. Les priorités sanitaires stratégiques pour 2016-2017 dans la Région européenne sont définies et déterminées d'après Santé 2020 – le cadre politique européen de la santé et du bien-être (résolution EUR/RC62/R4), une politique cadre commune pour agir en faveur de la santé et du bien-être des populations de la Région. Santé 2020 a été conçu comme une politique et une stratégie fondées sur des valeurs et influencées par des bases factuelles, qui continueront à promouvoir la santé et le bien-être des populations de la Région européenne tout en luttant contre les inégalités dans le domaine sanitaire, qui sont une plaie ouverte pour cette Région. La concrétisation de la promesse et du potentiel de la vision et de l'approche de Santé 2020 a eu des incidences sur les activités du Bureau régional dans son ensemble, tant au niveau technique que dans les pays.

24. La planification opérationnelle pour la période biennale 2014-2015 a offert une occasion importante d'inscrire les activités de tout le Bureau régional dans le prolongement de Santé 2020. L'accent a été mis sur le soutien à la mise en œuvre de Santé 2020 et sur

L'accélération de cette mise en œuvre, et ce par tous les aspects de la planification opérationnelle pour 2014-2015, qui a permis de mieux coordonner les activités des différentes divisions, notamment au niveau des pays. De plus, ces modalités de programmation révisées ont contribué spécifiquement aux objectifs de la réforme de l'OMS. Ces travaux se poursuivront durant la mise à exécution du BP2016-2017.

25. Les accords de collaboration biennaux et les stratégies de coopération nationale sont deux types d'éléments instrumentaux importants, qui permettent de comprendre plus facilement comment un pays donné envisage de promouvoir la vision de Santé 2020 dans le contexte national, et comment le Bureau régional peut soutenir ces efforts, tant au niveau stratégique que par l'adoption d'approches techniques spécifiques. En 2016-2017, le Bureau régional continuera à aider les États membres à élaborer de nouvelles politiques nationales de la santé alignées sur Santé 2020 ou à actualiser des politiques existantes ; simultanément, il aidera les pays qui tentent d'élaborer des politiques dans des domaines thématiques, comme une stratégie multisectorielle contre les maladies non transmissibles, une politique ou stratégie de santé publique et des plans nationaux pour le renforcement des systèmes de santé. Le Bureau aidera également les pays à renforcer les capacités pour des démarches pangouvernementales et à établir et gérer des comités multisectoriels.

26. En 2014-2015, le Bureau régional a préparé des feuilles de route détaillées spécifiant les prochaines étapes de la mise en œuvre stratégique de Santé 2020 dans chaque pays. Sur la base des enseignements acquis durant cette période biennale, ce travail se poursuivra en 2016-2017.

Le modèle opérationnel du Bureau régional de l'Europe

27. En 2016-2017, le Bureau régional continuera à mettre résolument l'accent sur l'assistance technique aux pays, en répondant à leurs besoins de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible. Trois modes opérationnels sont envisagés : interpays (participation de tous les États membres), multipays (participation d'un ensemble précis de pays) et propre à un pays (participation d'un seul pays).

28. Le modèle opérationnel du Bureau régional se présente comme suit :

- Le mode interpays tente de satisfaire les besoins communs à tous les pays dans le cadre d'approches régionales, tire le meilleur parti possible des capacités d'un nombre limité de membres du personnel technique au niveau régional, y compris dans les bureaux géographiquement dispersés (GDO), pour répondre aux besoins de divers pays, et est efficace lorsque ces pays ont des objectifs communs.
- Lorsqu'un objectif n'est pertinent que pour un nombre limité de pays, on pourra recourir à un modèle multipays, en faisant ici aussi le meilleur usage possible des ressources existant au sein du secrétariat au niveau régional.
- Lorsque les objectifs sont propres aux besoins et au contexte d'un pays précis, le mode d'opération propre à un pays est le mode de prestation choisi, via le bureau de pays de l'OMS. Les activités menées à l'échelle d'un pays sont planifiées avec l'État membre concerné et sont couvertes par un accord de collaboration biennal spécifiant l'impact à obtenir, les réalisations escomptées et les prestations spécifiques à fournir.
- Le modèle opérationnel du Bureau régional met en commun les ressources du personnel technique pour réagir à des demandes et à des défis d'une importance substantielle. Le personnel technique du Bureau régional et des GDO effectue une part considérable du travail au niveau des pays, soutenant ainsi les bureaux de pays, dont beaucoup n'ont pas ou peu de capacités techniques dans des secteurs de programmes spécifiques.

29. Ce modèle est en place depuis deux périodes biennales. Le principal changement pour 2016-2017 est l'allocation budgétaire octroyée aux pays, soit 40 % au lieu de 27 à 28 % au cours des périodes biennales antérieures. Cependant, ce changement ne signifie pas nécessairement que les effectifs des bureaux de pays sont étoffés, mais plutôt que le personnel du Bureau régional met davantage l'accent sur le travail dans les pays.

Survol du budget régional

30. Les budgets mondiaux et régionaux globaux pour 2016-2017 restent stables, au même niveau qu'en 2014-2015. Après le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est celui qui obtient la part la plus petite du budget mondial pour les programmes de base, à savoir 7 %. L'allocation proposée représente une augmentation de 10 % par rapport aux dépenses du Bureau régional en 2012-2013.

31. La planification ascendante comprenait une évaluation des ressources humaines et financières requises pour obtenir des produits donnés dans des endroits donnés (dans des pays ou au Bureau régional). Pour déterminer le coût des réalisations prioritaires qui ont ultérieurement été traduites en budgets, les pays et les divisions régionales ont été priés de se rapprocher, dans la mesure du raisonnable, des niveaux du BP2014-2015. Néanmoins, une fois que tous les coûts planifiés ont été additionnés, ils ont atteint un total de 266,5 millions d'USD, soit 41,5 millions d'USD ou 18 % au-dessus du niveau de 2014-2015. Cette différence s'explique par une hausse de la demande des États membres liée à la capacité de fournir des prestations, par des augmentations des coûts standards (notamment pour le personnel) et, en partie, par des engagements existants de comités régionaux antérieurs.

32. Afin de respecter la demande des organes directeurs mondiaux de l'OMS (que le BP2016-2017 soit égal au BP2014-2015 au niveau mondial) et en l'absence d'un mécanisme approuvé d'allocation stratégique des ressources, le Groupe de politique mondiale a convenu que tous les grands bureaux devraient avoir une croissance de 0 %. Afin de préparer le budget 2016-2017 pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, il fallait nécessairement concilier, d'une part, les priorités établies par la planification ascendante et le calcul des coûts et, d'autre part, l'exigence, formulée à l'échelle mondiale, de fixer les budgets au même niveau que le BP2014-2015. Pour y parvenir, les démarches suivantes ont été entreprises :

- a) des projets ou initiatives toujours incertains ou en négociation ont été supprimés. Ils représentent des demandes d'États membres en vue de la mise en œuvre de projets dans certains pays. Quoique ces demandes soient parfaitement conformes aux priorités globales de l'OMS et répondent à des besoins manifestes dans un pays donné, le rôle escompté de l'OMS dans la mise en œuvre pose problème en raison des enveloppes budgétaires ;
- b) une fois que l'étape a) a été réalisée, une réduction globale a été opérée, en respectant les proportions déterminées dans le cadre du processus de planification ascendante.

33. En prenant la décision de supprimer des projets pour respecter l'enveloppe budgétaire donnée, on a réfléchi aux avantages que présentait une mise en œuvre de ces programmes par l'OMS plutôt que par d'autres intervenants du secteur de la santé présents dans la région.

34. Les éléments qui ont été supprimés sont résumés dans chaque section de catégorie ci-dessous. Grâce à la combinaison des étapes a) et b), le projet de BP2016-2017 comprend tous les grands programmes et initiatives qui seront mis en œuvre en 2016-2017, comme le Bureau régional en a raisonnablement la certitude, tout en respectant la priorité donnée à différents secteurs de programmes et catégories dans le cadre du processus ascendant et de l'examen des biens publics régionaux.

35. Avant que la version finale du budget programme ne soit adoptée, il y aura peut-être possibilité de tenir compte de certains programmes omis, de manière à ce que les besoins exprimés par les États membres et les priorités jugées comme biens publics régionaux puissent être pris en compte comme il se doit pendant le processus de mise en œuvre.

36. Le tableau 1 montre les domaines sur lesquels l'accent sera stratégiquement mis en 2016-2017 par rapport au BP2014-2015 actuellement alloué. Conformément aux priorités fixées par les pays, les catégories 2, 3 et 4 sont les catégories techniques qui reçoivent la part la plus importante du BP2016-2017 proposé par le Bureau régional, tandis que Santé 2020 sert de cadre global et de contexte.

37. Par comparaison avec le BP2014-2015, le soutien apporté par le Bureau régional aux pays pour lutter contre l'épidémie émergente de maladies non transmissibles en 2016-2017, nécessitera plus d'attention et de ressources pour la catégorie 2. De même, les travaux du Bureau pour le renforcement des capacités institutionnelles en matière de gestion des crises et des risques associés aux urgences et l'établissement d'un GDO pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire en Turquie vont nécessiter un budget plus important, ce qui entraîne une augmentation de 9 % dans la catégorie 5.

38. En ce qui concerne la gouvernance et la gestion (catégorie 6), le Bureau régional se concentrera sur la mise en œuvre des recommandations formulées par le Corps commun d'inspection en 2012¹ pour renforcer la présence de l'OMS dans les pays, ainsi que sur la mise en œuvre de projets liés à la réforme. Ceux-ci nécessiteront une augmentation des ressources en 2016-2017.

39. La diminution de 11 % dans la catégorie 4 est due presque intégralement à la nécessité de parvenir à un budget global stable pour 2016-2017, c'est-à-dire de supprimer de grands projets ou initiatives propres à un pays et en cours de négociation. Cependant, la catégorie 4 continue de représenter la part la plus importante du budget du Bureau régional pour les catégories techniques (18 %). En dépit de certaines contraintes d'ordre pécuniaire, les travaux du Bureau sur Santé 2020 à l'échelon des pays constitueront une priorité, et seront soutenus par les travaux sur les déterminants sociaux dans la catégorie 3. Les mécanismes multisectoriels au niveau des pays et Groupe spécial interinstitutions des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dirigé par l'OMS au niveau régional donnent plus de poids à ces efforts.

40. L'éradication de la poliomyélite et les interventions en cas d'épidémies ou de crises ne faisaient pas partie des priorités fixées dans le cadre du processus de planification ascendante et ont été déterminées ultérieurement, au niveau mondial. Le budget consacré à l'éradication de la poliomyélite est déterminé par les stratégies de la phase finale de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, tandis que le budget pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises est fixé au niveau du budget alloué en 2014-2015. Il en a résulté une augmentation globale de 5 % pour les situations d'urgence dans le BP2016-2017.

41. Les détails des budgets de chaque secteur de programme sont inclus dans chaque description de catégorie à la section ci-dessous concernant les « Orientations régionales pour 2016-2017 » et sont résumés dans l'annexe.

42. Par rapport à 2014-2015, il y a, en 2016-2017, un transfert notable de 26,5 millions d'USD (12 %) du budget de base vers le niveau des pays, conformément à la décision

¹ Réforme de l'OMS : examen de la gestion, de l'administration et de la décentralisation à l'Organisation mondiale de la santé, rapport du Corps commun d'inspection. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013 (EB132/5 Add.6 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_5-fr.pdf).

stratégique décrite précédemment. Ceci reflète le renforcement, l'intensification des activités visant la mise en œuvre de Santé 2020 dans les pays, l'alignement des priorités des pays sur les politiques régionales et la mise en place de stratégies par le Bureau régional, après approbation par le Comité régional, au cours des deux exercices biennaux précédents. Une part considérable des travaux du Bureau régional dans les pays devrait être effectuée par le personnel technique de Copenhague et des GDO. C'est pourquoi le budget proposé à l'échelon des pays comprend, en termes quantitatifs, le soutien intégral apporté aux pays par le Bureau régional, en plus de tout montant directement budgétisé dans les plans de travail du pays.

43. L'analyse des recettes et dépenses de 2012-2013 (tableau 2) montre que le Bureau régional a pu mobiliser et utiliser des ressources pour près de 100 % de son budget programme approuvé. Toutefois, le niveau élevé des dépenses en 2012-2013 indique que pour certaines priorités, la latitude budgétaire ne permettra pas de croissance en 2014-2015 ni en 2016-2017, étant donné que le budget approuvé (225 millions d'USD) ne représente qu'une augmentation de 10 % par rapport aux dépenses de 2012-2013.

**Tableau 1. Proposition de BP2016-2017,
par rapport au budget programme alloué en 2014-2015 par catégorie**

Catégorie	Budget alloué en 2014-2015				Budget proposé en 2016-2017				% d'augmentation/ de réduction (de 2014-2015 à 2016-2017)
	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total		Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total		
			Total	%			Total	%	
1. Maladies transmissibles	11,7	18,9	30,6	13 %	13,5	16,1	29,6	13 %	-3 %
2. Maladies non transmissibles	9,7	23,1	32,8	14 %	16,9	19,2	36,1	16 %	10 %
3. Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie	7,3	32,8	40,1	18 %	10,3	27,7	38,0	17 %	-5 %
4. Systèmes de santé	12,3	32,5	44,8	20 %	13,5	26,5	40,0	18 %	-11 %
5. Préparation, surveillance et intervention	3,3	12,4	15,7	7 %	6,8	10,2	17,0	7 %	9 %
6. Services institutionnels et fonctions d'appui	17,9	36,1	54,0	24 %	27,8	29,2	57,0	25 %	6 %
Total	62,3	155,7	218,0	96 %	88,8	129,2	218,0	95 %	0 %
Urgences	3,6	6,4	9,9	4 %	2,1	8,3	10,4	5 %	5 %
Total	65,9	162,0	227,9	100 %	90,9	137,5	228,4	100 %	0 %

**Tableau 2. Budgets programmes, recettes et dépenses antérieurs
au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe**

	Budget programme approuvé/ proposé	Fonds disponibles (+ prévus) pour l'exercice biennal	Fonds disponibles après les 6 premiers mois	Fonds disponibles exprimés en pourcentage du budget approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé	Dépenses	Dépenses exprimées en pourcentage du budget approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé	Dépenses exprimées en % des fonds disponibles/ prévus
2010-2011	261,9	223,0	185,8	85 %	199,0	76 %	89 %
2012-2013	213,0	213,0	160,4	100 %	204,0	96 %	96 %
2014-2015 ^a	225,0	225,4	147,3	100 %	47,2	21 %	21 %
2016-2017 ^b	228,4	161,1		71 %			

^a Pour 2014-2015, fonds disponibles = réellement disponibles, contributions volontaires prévues et fonds institutionnels projetés au niveau de 2012-2013. Les dépenses sont les dépenses effectives au 1^{er} juillet 2014.

^b Pour 2016-2017, les fonds disponibles sont une projection fondée sur les engagements actuels des donateurs et sur les négociations avec ces derniers, et sur le même niveau de financement institutionnel qu'en 2012-2013.

Financement : perspectives et défis

44. Au cours des deux derniers exercices biennaux (2010-2011 et 2012-2013), les ressources financières du Bureau régional ont été caractérisées par une affectation très fréquente à des programmes précis (environ la moitié seulement des fonds disponibles étaient totalement ou extrêmement flexibles) et par peu de flexibilité pour financer les dépenses de personnel. En ce qui concerne les contributions volontaires, 70 % d'entre elles ont été recueillies au niveau régional, et ces dernières étaient souvent moins prévisibles que les accords pluriannuels et les dotations convenus au niveau mondial.

45. Bien que moins de fonds aient été disponibles en 2012-2013 que pour l'exercice biennal précédent (tableau 2), les ressources financières étaient au niveau du budget programme approuvé, c'est-à-dire que le budget programme semblait être entièrement financé. Cependant, ce tableau financier global masquait de gros déficits de financement pour certains programmes et un surfinancement pour d'autres, ainsi qu'un manque de concordance entre les ressources, d'une part, et les frais engendrés par les activités et les dépenses de personnel, d'autre part. Ces sont là des conséquences directes de l'imprévisibilité et du manque de fonds flexibles. Ces problèmes n'étaient pas spécifiques au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : les ressources financières de tous les grands bureaux de l'OMS ont été caractérisées par le même manque de prévisibilité, de flexibilité et de concordance avec les résultats. Le dialogue sur le financement entamé au cours de l'exercice biennal écoulé visait à améliorer la qualité du financement et à résoudre ces problèmes.

46. Même s'il est trop tôt pour évaluer l'impact de ce dialogue sur le financement pour 2014-2015, on peut constater plusieurs évolutions encourageantes, comme un niveau plus élevé de prévisions de financement ferme au niveau mondial, la volonté de certains États membres d'envisager de réaffecter leurs fonds à des secteurs sous-financés et une plus grande transparence grâce au nouveau portail web du budget programme, qui sert de point de départ à une prise de décisions éclairées par les contributeurs.

47. En outre, et dans l'esprit de la réforme de l'OMS, une mobilisation coordonnée des ressources devrait contribuer à une meilleure concordance entre le financement et les besoins et à

une distanciation par rapport à la démarche qui consiste à allouer des fonds à un programme ou à un projet spécifique. Une mobilisation plus efficiente des ressources et une approche stratégique institutionnelle des contributeurs et des donateurs devraient déboucher sur un BP2016-2017 entièrement financé. Aux trois niveaux de l'Organisation et toutes catégories confondues, des outils sont disponibles pour augmenter la transparence des ressources financières promises et de celles qui sont à l'examen.

48. À ce stade, il est prématuré d'estimer le montant total des ressources pour 2016-2017, qui dépendra de l'impact du dialogue sur le financement, du contexte relatif aux donateurs et d'autres facteurs. Les premières estimations des fonds que le Bureau régional peut escompter en 2016-2017 indiquent qu'environ 71 % du financement du budget programme proposé est potentiellement assuré. Ainsi, le budget et l'objectif de parvenir à un financement global à 100 % pour le BP2016-2017 semblent réalistes. Cette estimation est basée sur les engagements existants, les négociations en cours et l'hypothèse que le niveau de financement institutionnel sera le même que pour 2012-2013. Quarante-deux pour cent des ressources prévues sont des contributions volontaires, avec un niveau similaire de financement prévu pour les catégories techniques (15-20 %). C'est la catégorie 4 (systèmes de santé) qui devrait recevoir la plus grande part des contributions volontaires (32 %), principalement pour de grands projets propres à un pays et pour les GDO.

49. Les GDO permettent au Bureau régional, fort d'un ferme soutien financier des pays hôtes respectifs, d'intensifier ses activités dans certains domaines techniques. En général, l'aide est promise pour plusieurs périodes biennales, générant un apport durable de ressources pour les secteurs de programmes hautement prioritaires. Il existe actuellement trois GDO parfaitement opérationnels dans la Région : le Bureau de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé (Barcelone, Espagne), avec un budget annuel de 1,8 million d'USD ; le Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS (Bonn, Allemagne), avec un budget annuel de 4,5 millions d'USD ; et le Bureau européen de l'OMS de l'investissement pour la santé et le développement (Venise, Italie), avec un budget annuel de 1,7 million d'USD². Trois nouveaux GDO se trouvent à divers stades de planification et de négociation, et devraient être pleinement opérationnels en 2015-2016 : un pour les soins de santé primaires (Almaty, Kazakhstan), avec un budget annuel de 2 millions d'USD ; un pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire (Istanbul, Turquie), avec un budget annuel de 2 millions d'USD ; et un pour les maladies non transmissibles (Moscou, Fédération de Russie), avec un budget annuel de 4,4 millions d'USD.

50. Au cours du prochain exercice biennal, des demandes devraient être formulées en permanence par des États membres pour mettre en œuvre des projets de grande envergure dans certains pays. Quoique de telles demandes soient conformes aux priorités globales de l'OMS et reflètent un besoin évident dans ces pays, le rôle attendu de l'OMS dans la mise en œuvre sera difficile à jouer en raison des enveloppes budgétaires. Comme on l'a noté ci-dessus, de nombreux projets de ce type ont été retirés des résultats de la planification ascendante pour parvenir à un budget à croissance zéro pour 2016-2017. Comme il s'agit d'un problème commun à la plupart des Régions de l'OMS, on est en train de chercher un mécanisme approprié pour les projets de ce type au niveau mondial ; la décision pourra être prise lorsque l'on comprendra et clarifiera mieux le rôle et la fonction de l'OMS dans la mise en œuvre de ces projets. Souvent, l'on demande à l'OMS non seulement de fournir une assistance technique, mais aussi de gérer et d'administrer les fonds substantiels requis pour l'ensemble du projet, alors que l'OMS n'est que l'une des entités exécutantes. Cette fonction de gestion ne fait pas partie, à l'évidence, des fonctions de base de l'OMS ; toutefois, c'est souvent une condition posée par les donateurs et, par conséquent, le seul moyen de mettre en œuvre un programme technique ou fournir de l'aide dans un pays.

² dont 150 000 euros de Saint-Marin.

Orientations régionales pour 2016-2017

51. L'important contenu technique du BP2016-2017 est décrit sous chaque catégorie, avec une description des principaux défis et priorités propres à cette catégorie pour l'exercice biennal, les réalisations précises en matière de santé (et indicateurs), les produits (et indicateurs) et les prestations à fournir. Chaque catégorie comprend également un tableau du budget par secteur de programme et grand bureau.

52. La contribution régionale aux indicateurs mondiaux pour les réalisations et les produits n'a pas encore été élaborée, mais sera incluse dans les versions futures une fois que les indicateurs mondiaux seront plus près d'être finalisés. Dans l'intervalle, le texte porte sur les principales difficultés et orientations à l'échelle régionale. Les tableaux du budget sont complétés par une description des projets et des activités qui n'étaient pas inclus, afin de parvenir à un budget global stable pour 2016-2017 (comme décrit ci-dessus).

Catégorie 1. Maladies transmissibles

1.1 VIH/sida

53. Un nombre croissant de pays sont en train d'adopter des politiques inspirées de bases factuelles pour la prévention du VIH au sein des populations clés. Néanmoins, les interventions et programmes pour la réduction des effets indésirables dans les plans nationaux de lutte contre le VIH pour prévenir la transmission par voie sexuelle continuent de poser des difficultés dans de nombreux pays de la Région. Le Bureau régional continuera à fournir une assistance technique aux États membres afin de contribuer à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins contre le VIH, en particulier pour les populations clés, et afin de supprimer les obstacles juridiques et sociaux qui empêchent l'accès aux services.

54. L'accent sera mis sur la promotion de l'égalité en matière d'accès à la thérapie antirétrovirale, qui permet de sauver des vies, sur la prestation coordonnée et intégrée de services, sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et sur les mesures visant à mieux gérer les co-infections, comme la tuberculose et l'hépatite. Dans le cadre de la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida 2016-2020, un plan d'action régional révisé contre le VIH/sida sera mis en œuvre pour soutenir les programmes nationaux. Le partenariat avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme permettra à l'OMS de renforcer considérablement l'assistance technique qu'elle fournit aux États membres.

55. Une assistance technique sera également fournie pour l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales multisectorielles coordonnées pour la prévention, le diagnostic et le traitement de l'hépatite virale en fonction du contexte épidémiologique local et conformément à la résolution WHA67.6 de l'Assemblée mondiale de la santé. La mise en œuvre d'un éventail complet d'interventions en réaction aux besoins des États membres dans ce domaine nécessiterait d'allouer plus de moyens dans le cadre du budget de base.

56. Les travaux exposés ci-dessus seront effectués dans le contexte d'une réduction globale du volant budgétaire alloué au secteur de programme VIH/sida en 2016-2017 par rapport à 2014-2015, ce qui nécessitera de réduire les activités et de redéfinir les priorités. Cette diminution est l'un des résultats de la planification ascendante, étant donné que de nombreux pays n'ont pas accordé un haut degré de priorité au VIH/sida.

1.2 Tuberculose

57. Poursuivant sur sa lancée après les résultats obtenus au cours de la mise en œuvre du « Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et

ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 », le Bureau régional continuera à fournir une assistance technique aux États membres pour qu'ils parviennent à un accès universel au diagnostic et au traitement contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante, interrompant ainsi leur transmission dans la Région.

58. Plus précisément, le Bureau régional aidera les États membres à généraliser un diagnostic de qualité, à renforcer les mécanismes pour la lutte et les soins contre la tuberculose à l'échelle internationale, à améliorer l'approvisionnement en médicaments, à travailler en partenariat et à renforcer l'engagement de la société civile, ainsi qu'à évaluer et à gérer les difficultés rencontrées par les systèmes de santé et les déterminants sociaux de la tuberculose, conformément à Santé 2020.

59. Bien que l'accent sera mis sur les pays où la prévalence de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante est élevée, le Bureau régional aidera également les pays peu affectés par la tuberculose en élaborant des stratégies en vue de l'élimination de cette maladie et de l'amélioration du diagnostic et du traitement de la tuberculose chez les migrants et d'autres groupes à haut risque.

60. La stratégie mondiale contre la tuberculose après 2015, avalisée avec l'adoption de la résolution WHA67.1 de l'Assemblée mondiale de la santé, requiert une adaptation et une mise en œuvre aux niveaux régional et national. Un appui technique sera fourni aux États membres pour faire encore reculer la mortalité due à la tuberculose, pour améliorer la détection rapide de toutes les formes de tuberculose et pour augmenter les taux de réussite des traitements. Cela exigera de renforcer les capacités de diagnostic au niveau des pays (capacités des laboratoires et assurance de la qualité), de perfectionner les systèmes de suivi et de surveillance de la tuberculose, d'améliorer les techniques de gestion, de lancer de nouveaux médicaments, d'assurer une pharmacovigilance active, d'éviter la résistance secondaire aux médicaments et d'accélérer l'intégration des services antituberculeux dans les systèmes de santé.

1.3 Paludisme

61. L'élimination du paludisme dans la Région européenne pour 2015, conformément à la Déclaration de Tachkent (2005), est en bonne voie de devenir une réalité. Des progrès remarquables ont été accomplis, puisque l'on est passé de 90 000 cas au milieu des années 1990 à 37 cas en 2013. L'Arménie, le Kazakhstan et le Turkménistan ont été déclarés exempts de paludisme ; la Géorgie, le Kirghizistan et l'Ouzbékistan n'enregistrent aucun cas et sont dans la phase de prévention d'une réintroduction ; l'Azerbaïdjan, le Tadjikistan et la Turquie cherchent toujours à éliminer cette maladie.

62. En 2016-2017, l'accent sera mis sur l'achèvement et la certification de l'élimination du paludisme et sur la prévention de sa réintroduction. Les principales activités prévues sont le maintien d'une lutte efficace contre les vecteurs et de la surveillance du paludisme, avec des réactions rapides aux flambées épidémiques après importation. Pour y parvenir, la Région a participé à la stratégie technique mondiale pour combattre et éliminer le paludisme (2016-2025) : accélérer les progrès en vue d'une élimination, qui sera examinée à la 136^e session du Conseil exécutif, en janvier 2015, et soumise pour examen à la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2015. La Région continuera à suivre cette stratégie. Cette stratégie mondiale sera mise en œuvre à l'échelle régionale dans le cadre régional de Santé 2020.

1.4 Maladies tropicales négligées (y compris les maladies réémergentes à transmission vectorielle)

63. De nouvelles maladies à transmission vectorielle apparaissent dans la Région européenne de l'OMS, et des maladies considérées comme éliminées font leur retour. Les mouvements de population, l'urbanisation rapide, les changements écologiques, climatiques et environnementaux,

et l'interruption des interventions visant à prévenir et à contrer la transmission sont autant d'aspects essentiels de ce problème de santé publique réémergent.

64. Des informations récentes établissent que la zone géographique où sont présents les insectes vecteurs est en expansion. L'incidence et la répartition des maladies à transmission vectorielle comme la leishmaniose, la fièvre hémorragique Crimée-Congo, l'encéphalite à tiques, la fièvre à virus West Nile, la maladie de Lyme et la maladie de Chagas importée sont en augmentation sensible, surtout dans la partie méridionale de la Région.

65. Quoique le budget global affecté à ce secteur soit en diminution, le Bureau régional continuera à fournir une assistance technique aux États membres afin de limiter les risques de réémergence de maladies infectieuses à transmission vectorielle en mettant l'accent sur des domaines tels que la surveillance des maladies et la lutte intégrée contre les vecteurs, ainsi que sur la mise en œuvre globale du Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle 2014-2020.

66. En 2016-2017, une aide technique aux pays pourrait être requise pour d'autres maladies tropicales négligées, dont les maladies transmises par des tiques (borréliose de Lyme, fièvre hémorragique Crimée-Congo, encéphalite à tiques), la rage et les géohelminthiases (ascaris, Trichuris, ankylostome), et ce notamment en Asie centrale, dans le Caucase et les Balkans.

1.5 Maladies évitables par vaccin

67. Le « Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020 » exhorte à mener au niveau régional certaines activités, dont le maintien de l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région et le soutien aux activités mondiales d'élimination dans le cadre du *Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020*. Un degré de vigilance élevé, un engagement politique décidé, des ressources suffisantes et la mise en œuvre de stratégies clés pour combler l'insuffisance immunitaire et mener des activités de vaccination complémentaires sont autant d'éléments qui ont un impact direct sur la diminution du nombre de nourrissons, d'enfants et d'adolescents non vaccinés ou insuffisamment vaccinés et sur la suppression des obstacles à la vaccination. Bien que l'impact de la vaccination fasse partie intégrante de la perspective portant sur toute la durée de la vie, il est nécessaire de continuer à tenter de résoudre les problèmes se posant à l'âge adulte, en comblant les lacunes immunitaires résultant de pratiques de vaccination antérieures et en maximisant les avantages de la vaccination avant le début de l'immunosénescence (la détérioration progressive du système immunitaire due au vieillissement). Il existe des interactions étroites entre ce travail et les secteurs de programmes de la catégorie 4 (systèmes de santé).

68. Parmi les activités prévues pour 2016-2017, citons :

- apporter un soutien aux États membres pour la mise à jour et l'amendement des politiques et stratégies relatives aux maladies évitables par la vaccination et à la vaccination, conformément aux plans d'action mondial et européen sur les vaccins ;
- lancer un plaidoyer visant à étoffer les rangs des intervenants soutenant la vaccination ;
- améliorer la qualité des bases factuelles requises pour une prise de décision et les rendre plus facilement accessibles.

69. Les États membres ont clairement indiqué la nécessité d'intensifier l'aide pour être efficaces s'agissant de gérer les préoccupations de la population concernant l'efficacité et la sécurité des vaccins, et d'y réagir. Le programme continuera à aider les groupes consultatifs techniques nationaux pour la vaccination à formuler des politiques fondées sur des bases factuelles, et créera des opportunités afin d'échanger des expériences et de favoriser l'interaction

avec le Groupe consultatif technique européen d'experts en matière de vaccination. Une assistance technique sera fournie pour établir ou améliorer la surveillance des maladies évitables par la vaccination ou d'autres systèmes de suivi.

70. Pour arriver à ces chiffres dans un budget à croissance zéro pour 2016-2017, par rapport à 2014-2015, des activités et projets de l'exercice de planification ascendante coûtant environ 6,6 millions d'USD n'ont pu être inclus dans la catégorie 1. Notamment, tout un éventail de mesures visant à soutenir les États membres dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales coordonnées et plurisectorielles pour la prévention, le diagnostic et le traitement de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles ne sont pas incluses dans le budget ci-dessus pour le secteur de programme 1.1. En ce qui concerne l'assistance technique aux États membres pour la lutte contre le VIH/sida, il conviendra de réduire l'envergure des projets et de réorganiser les priorités. Les secteurs de programmes 1.2 (tuberculose) et 1.5 (maladies évitables par la vaccination) verront leurs budgets diminuer par rapport à ce qui avait été prévu dans le cadre de la planification ascendante, ce qui suppose une réorganisation des priorités pour les activités tant au niveau des pays qu'au niveau régional.

Tableau 3. BP2016-2017 proposé pour la catégorie 1 (maladies transmissibles) par secteur de programme (comparé au BP2014-2015), en millions d'USD

	Budget alloué en 2014-2015			Budget proposé en 2016-2017			% d'augmentation/ de réduction (de 2014-2015 à 2016-2017)
	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	
1.1 VIH/sida	1,9	3,8	5,6	1,4	3,2	4,6	-17 %
1.2 Tuberculose	7,1	3,9	11,0	8,3	2,7	11,0	0 %
1.3 Paludisme	0,2	1,1	1,3	0,2	1,1	1,3	-5 %
1.4 Maladies tropicales négligées	0,0	0,7	0,7	0,0	0,6	0,6	-13 %
1.5 Maladies à prévention vaccinale	2,6	9,4	12,0	3,6	8,5	12,1	1 %
Total catégorie 1	11,7	18,9	30,6	13,5	16,1	29,6	-3 %

Catégorie 2. Maladies non transmissibles

2.1 Les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque

71. La Région européenne possède la charge proportionnelle de maladies non transmissibles la plus élevée de toutes les Régions de l'OMS : les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires et le diabète (les quatre principales maladies non transmissibles) représentent ensemble 77 % de la charge de morbidité et presque 86 % de la mortalité prématurée. La mortalité prématurée (avant l'âge de 60 ans) ou la présence chronique d'une maladie non transmissible ou d'une invalidité apparentée a des conséquences socioéconomiques et constituent un double fardeau pour le développement social et économique durable. Ainsi, une augmentation importante du budget est-elle prévue pour ce secteur de programme. En 2016-2017, les activités du Bureau régional en matière de lutte contre les maladies non transmissibles porteront principalement sur les aspects suivants :

- élaboration et renforcement des plans multisectoriels sur les maladies non transmissibles par le soutien apporté aux réseaux de connaissances et aux actions à travers les secteurs dans les États membres. En 2017, les pays devront avoir accordé la priorité à la prévention

et à la lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre des processus nationaux de planification de la santé et des programmes nationaux de développement sanitaire ;

- développement et renforcement des capacités de lutte contre les maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires ;
- progrès tangibles par rapport aux résultats en matière de lutte contre les maladies non transmissibles énoncés dans le cadre mondial de suivi et dans le contexte de Santé 2020.

72. Le Bureau régional de l'Europe apportera un appui technique aux interventions ciblant les populations à haut risque, notamment l'évaluation et la gestion du risque cardiométabolique ainsi que le dépistage précoce et le traitement du cancer. Ainsi les pays pourront-ils assurer la couverture universelle de leurs populations moyennant les interventions reprises à l'annexe 3 du *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*. L'adoption d'une approche centrée sur la personne permettra la coordination, l'intégration et la mise en œuvre particulièrement efficace d'interventions menées au niveau des populations ainsi que des services de santé rendus aux personnes. On aidera les États membres à renforcer leur capacité afin de garantir des services essentiels contre les maladies non transmissibles, notamment la prévention primaire, le dépistage précoce et la prise en charge de la maladie au niveau des soins primaires.

73. Le Bureau régional met à jour la base de données intégrée sur les maladies non transmissibles afin de surveiller les facteurs de risque. Les pays bénéficieront d'un soutien en vue d'élaborer un système de surveillance intégré conforme aux cibles et indicateurs de Santé 2020 et au cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles. En outre, les pays recevront une formation afin d'utiliser leurs données dans la formulation des politiques et de recenser les bonnes pratiques, les défis, les tendances et les priorités.

Alcool

74. L'alcool constitue l'un des principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles dans la Région européenne. Le Bureau régional continuera d'apporter son appui à la mise en œuvre du *Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020*. Si la priorité est accordée au marketing, à la fixation des prix et à la disponibilité, il formulera également des conseils sur le dépistage précoce et la mise en œuvre de brèves interventions au niveau des soins de santé primaires. L'échange de bonnes pratiques entre les États membres est facilité par la mise en place d'une nouvelle base de données chronologique fournissant des informations telles que les politiques relatives à l'alcool, les campagnes d'information et les études récentes. Une nouvelle méthode de calcul des taux de mortalité imputables à l'alcool sera utilisée pour surveiller les tendances et les écarts entre les États membres au fil du temps.

Tabac

75. La Région européenne de l'OMS présente les taux les plus élevés de tabagisme chez les adultes et de mortalité liée au tabagisme de toutes les Régions de l'OMS. Bien que 50 pays de la Région aient ratifié la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, sa mise en œuvre laisse encore à désirer. L'objectif principal du Bureau régional est la pleine application de la Convention après la ratification, ainsi que l'adoption de politiques plus rigoureuses, le recours aux réseaux de connaissances et l'action intersectorielle. En 2017, les pays devront avoir accordé la priorité à la mise en œuvre de la Convention comme élément fondamental de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles, et devraient atteindre la cible mondiale volontaire fixée à 2025.

76. Le Bureau régional apportera un appui technique aux pays en vue de garantir la pleine application de la Convention moyennant de solides partenariats intersectoriels et ce, dans le cadre des actions prioritaires de Santé 2020. Il émettra également des conseils techniques pour le développement des capacités de lutte contre le tabagisme et le renforcement institutionnel

dans les pays, en vue d'adopter des politiques durables en matière de lutte antitabac et de garantir des résultats sanitaires à cet égard.

2.2 Santé mentale et abus de substances psychoactives

77. Les troubles mentaux concourent à 19 % de la charge de morbidité en Europe et à environ 30 % de toutes les années vécues avec une invalidité. Le programme de santé mentale collaborera avec les États membres à la mise en œuvre du *Plan d'action européen sur la santé mentale* en apportant un soutien à l'élaboration des stratégies et politiques nationales ; en améliorant le rôle des soins primaires pour le diagnostic et le traitement des troubles mentaux courants ; en instituant des équipes communautaires pour traiter les personnes souffrant de troubles mentaux complexes et prévenir l'aggravation de leur état ; et en garantissant des services résidentiels et des possibilités d'emploi en vue de l'insertion dans la communauté.

78. Les progrès seront évalués moyennant les indicateurs appropriés. Le programme œuvrera en étroite collaboration avec d'autres agences internationales et des organisations non gouvernementales et professionnelles représentatives à la coordination des progrès et à la diffusion des bonnes pratiques en vue d'atteindre les objectifs du Plan d'action.

79. L'abus de substances psychoactives et, en particulier, l'utilisation de drogues injectables sont des causes importantes de la propagation des maladies transmissibles par le sang dans la Région européenne. Le Bureau régional émet des conseils sur le traitement de substitution des opiacés et collecte des données sur le traitement. Il cible des cadres et contextes particuliers, comme les prisons, et formule des recommandations sur la gouvernance de la santé carcérale.

2.3 Prévention de la violence et des traumatismes

80. Les traumatismes et la violence restent les principales causes de mortalité chez les personnes âgées de 5 à 45 ans dans la Région européenne et constituent aussi un facteur important des inégalités de santé, les taux relevés dans les pays à revenus faible et intermédiaire étant 2,4 fois supérieurs à ceux des pays à revenu élevé. Sous un angle plus positif, lors de la précédente décennie, les taux de mortalité imputable à tous les traumatismes et aux accidents de la route ont diminué respectivement de 24 et de 28 %. Dans le cadre des activités régionales et nationales, le Bureau régional aidera les États membres à renforcer les capacités des systèmes de santé, à améliorer la surveillance et à élaborer des programmes et des politiques fondées sur des bases factuelles dans le domaine de la sécurité routière, de la prévention des traumatismes chez les enfants et de la violence interpersonnelle, en mettant l'accent sur la prévention de la maltraitance des enfants. Ces efforts contribueront à la réalisation des cibles régionales de réduction de 30 % de la mortalité due aux accidents de la route et d'une réduction de 20 % des infanticides d'ici 2020. La politique intitulée « Investir dans les enfants : le plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020 » et le projet de résolution qui l'accompagne seront examinés par le CR64 et sous-tendront la plupart des prestations en matière de prévention de la violence en 2016-2017.

81. Les travaux exposés ci-dessus seront effectués dans le contexte d'une réduction globale de 16 % du volant budgétaire alloué à la prévention de la violence et des traumatismes en 2016-2017 par rapport à 2014-2015. Celle-ci s'explique par la plus grande priorité accordée aux maladies non transmissibles.

2.4 Handicaps et réadaptation

82. Le handicap constitue une source de préoccupation pour la Région européenne de l'OMS. En effet, la prévalence dans les États membres varie de 4 à 21 %, et pour 100 personnes, 6 à 10 personnes-années sont vécues avec un handicap. Ce nombre est appelé à augmenter avec le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies non transmissibles et des

traumatismes dans la Région. Le handicap est un domaine qui reflète les valeurs fondamentales du Bureau régional en termes de justice sociale, de droits, d'équité et de gouvernance. Santé 2020 constitue un cadre particulièrement utile pour l'intervention à cet égard. Le Bureau régional œuvrera aux niveaux régional et national en vue d'aider les pays à appliquer le *Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées*, moyennant l'apport de conseils techniques et le développement des capacités dans les limites d'une réduction de 30 % du budget programme dans ce domaine en 2016-2017 par rapport à 2014-2015.

2.5 Nutrition

83. Les taux croissants de sédentarité chez les enfants et les adolescents de la Région sont alarmants. Une analyse de l'étude sur la charge mondiale des maladies 2010 (*Global Burden of Disease Study 2010*) montre que dans tous les États membres de la Région, les plus importants facteurs de risque nuisant à la santé et au bien-être sont ceux d'ordre alimentaire. Une alimentation saine peut aussi prévenir d'autres formes de malnutrition, comme les carences en micronutriments, en particulier chez les groupes vulnérables. Dans la Région européenne, l'accent sera mis sur l'application de la *Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020*, une attention particulière étant accordée à l'équité et à la gouvernance.

84. Malgré la situation régionale, le budget de ce secteur de programme doit diminuer de 21 % en 2016-2017 en raison de priorités concurrentes (maladies non transmissibles). Le Bureau régional collaborera avec les États membres à la mise en œuvre du « Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 » et de la prochaine stratégie européenne sur l'activité physique et la santé conformément aux cadres appliqués aux niveaux mondial et européen en matière de lutte contre les maladies non transmissibles et ce, de la manière suivante :

- analyse de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques dans les États membres : évaluation de l'impact dans tous les secteurs (par exemple : outils économiques pour promouvoir une alimentation saine ; commercialisation et marketing des aliments riches en matières grasses, en sucre et en sel ; réduction de la consommation de sel, élimination des acides gras *trans* ; promotion de l'allaitement maternel et apport de compléments alimentaires appropriés ; prévention de l'obésité infantile et promotion de l'activité physique), comme indiqué dans Santé 2020 ;
- profils de pays, notes d'orientation et conseils techniques pour atteindre les objectifs en matière de réduction de la consommation de sel, d'élimination des acides gras *trans*, d'élimination de l'obésité infantile, de promotion de l'allaitement et de la nutrition maternels, de lutte contre la sédentarité, de conseil et de dépistage précoce des maladies non transmissibles liées à une alimentation peu équilibrée et au manque d'activité physique ;
- outils et actions visant à réduire les inégalités en matière d'alimentation et d'activité physique, à orienter le changement de comportement, à éliminer les acides gras *trans*, à contrôler le marketing des aliments destinés aux enfants et à faire rapport sur l'adoption des politiques.

85. Pour arriver à ces chiffres dans un budget à croissance zéro pour 2016-2017, par rapport à 2014-2015, les activités et projets de l'exercice de planification ascendante coûtant environ 5,6 millions d'USD n'ont pu être inclus dans la catégorie 2. Notamment, un soutien limité sera fourni aux pays pour les activités de renforcement des capacités, la mise en place d'enquêtes nationales et l'application des plans d'action et des projets propres à un pays dans plusieurs secteurs de programme de la catégorie 2. Afin d'accorder davantage d'importance au secteur de programme relatif aux maladies non transmissibles, les budgets des quatre secteurs restants de la catégorie 2 seront réduits par rapport à 2014-2015.

**Tableau 4. Budget programme proposé en 2016-2017
pour la catégorie 2 (maladies non transmissibles)
par secteur de programme (comparé au BP2014-2015), en millions d'USD**

	Budget alloué en 2014-2015			Budget proposé en 2016-2017			% d'augmentation/ de réduction (de 2014-2015 à 2016-2017)
	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	
2.1 Maladies non transmissibles	4,1	10,6	14,7	11,1	9,7	20,8	41 %
2.2 Santé mentale et abus de substances psychoactives	1,8	3,8	5,6	2,9	2,2	5,1	-9 %
2.3 Violence et traumatismes	2,9	6,2	9,2	2,2	5,5	7,7	-16 %
2.4 Handicaps et réadaptation	0,7	0,1	0,7	0,4	0,1	0,5	-30 %
2.5 Nutrition	0,2	2,4	2,6	0,3	1,8	2,1	-21 %
Total catégorie 2	9,7	23,1	32,8	16,9	19,2	36,1	10 %

Catégorie 3. Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

86. Les activités visant la promotion de la santé et la prévention des maladies selon une approche axées sur toutes les étapes de la vie s'inscrivent dans le cadre politique Santé 2020. La période biennale 2016-2017 sera l'occasion d'intégrer les stratégies mondiales pour la santé à toutes les étapes de la vie avec les objectifs, les valeurs et les principes régionaux énoncés dans Santé 2020.

87. La catégorie 3 a de nombreux liens avec d'autres programmes de l'OMS, comme ceux sur les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles, les vaccins, la nutrition et les services de santé intégrés et centrés sur la personne en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles. En outre, les activités mises en œuvre dans le cadre de cette catégorie, qui portent notamment sur le soutien à la santé à toutes les étapes de la vie et des problématiques transversales telles que les déterminants sociaux de la santé, la santé et l'environnement, le genre, l'équité et les droits de l'homme, contribuent aux travaux menés dans les autres catégories, tout en profitant de ceux-ci, et ce conformément à Santé 2020. En particulier, les activités relevant de cette catégorie sont intrinsèquement liées à l'élaboration de politiques de santé nationales et multisectorielles et à l'adoption d'approches pangouvernementales et pansociétales pour la santé et le bien-être. L'analyse et le suivi de ces domaines transversaux dans les secteurs de programme de l'OMS et dans les pays seront essentiels pour répondre à l'appel mondial lancé dans le programme de l'après-2015 en faveur de l'équité et des droits.

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

88. Afin d'améliorer davantage la santé de l'enfant et de l'adolescent dans la Région européenne, il faudra passer à une approche pangouvernementale et à des politiques globales pour garantir une répartition équitable de la santé et du bien-être chez ces groupes de population. Bien que des mesures soient déjà en place dans toute la Région pour la protection et l'amélioration de la santé et du développement des enfants et des adolescents, on peut en faire beaucoup plus pour promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être et réduire les inégalités. Il est prouvé qu'investir dans l'enfance et l'adolescence (y compris lors du stade crucial des trois premières années de la vie) se répercute positivement sur le plan économique et social, et bien au-delà de l'amélioration des résultats sanitaires.

89. La Région européenne comprend les pays qui enregistrent les taux de mortalité les plus faibles au monde chez les nourrissons et les enfants, mais la mortalité des enfants de moins de cinq ans est 25 fois plus importante dans les pays présentant le taux de mortalité le plus élevé que dans les pays dont le taux est le plus bas. En Europe, la moitié des décès survenant pendant les cinq premières années se produisent durant le premier mois de vie. On comprend désormais beaucoup mieux les déterminants de la santé de l'adolescent : les valeurs et normes sociales appliquées au sein de la famille immédiate, dans les groupes de camarades et l'environnement scolaire peuvent exposer les adolescents à des risques, ou les protéger. Le défi à relever dans les politiques menées est de faire pencher la balance entre les risques et la protection vers le bien-être plutôt que vers les comportements qui peuvent nuire à la santé.

90. En 2016-2017, l'accent sera mis sur le soutien apporté aux pays afin qu'ils s'inspirent du document intitulé « Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 » dans la rédaction ou la révision des politiques nationales. L'amélioration de l'accès à des services de qualité constitue toujours un objectif important, comme l'amélioration des systèmes d'information sanitaire.

91. Les indicateurs de la santé sexuelle et génésique pour la Région européenne, tels que le taux de mortalité maternelle, le nombre d'avortements non sécurisés et le taux de natalité chez les adolescentes, se sont tous améliorés. Cependant, des différences énormes persistent entre les pays et au sein de ceux-ci en matière de santé maternelle, de planification familiale et de santé sexuelle. Les inégalités en matière de santé sexuelle et génésique commencent à l'adolescence, avec des disparités quant à l'accès à l'instruction et à l'information sanitaires et aux services de santé adaptés aux jeunes. L'amélioration de l'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et génésique constitue l'un des grands principes de Santé 2020.

92. La qualité des soins prénatals, hospitaliers et postnatals dispensés aux mères et aux nouveau-nés de la Région européenne est variable, allant de la surmédicalisation et des taux élevés d'interventions, telles que les césariennes, à l'absence d'accès aux soins d'urgence, ce qui se traduit par d'importants taux de morbidité et de mortalité maternelle.

93. En 2016-2017, le Bureau régional entreprendra notamment le tâche importante de préparer un document stratégique régional visant à relier les dernières tendances et les données de recherche, tout en cherchant à assurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique pour tous. Une attention particulière devra être accordée aux personnes marginalisées et vulnérables.

3.2 Vieillesse et santé

94. La population de la Région européenne est celle dont l'âge moyen est le plus élevé du monde. De nombreux pays vieillissent rapidement, et le groupe des personnes âgées de 80 ans et plus est aussi celui qui croît le plus vite. Les initiatives politiques en matière de vieillissement se multiplient à un rythme élevé en Europe, et le vieillissement est de plus en plus considéré comme une question de politique transversale, permettant de rassembler plusieurs secteurs des pouvoirs publics et un grand nombre de parties prenantes, et d'appliquer ainsi un principe clé de la Santé 2020.

95. La demande émanant des États membres en faveur d'un soutien du Bureau régional pour l'élaboration de politiques sur le vieillissement en bonne santé a augmenté en conséquence. En 2016-2017, les activités seront toujours principalement axées sur l'aide apportée aux pays afin qu'ils conçoivent ou réexaminent les stratégies, politiques et actions nationales sur le vieillissement, en se basant notamment sur *la Stratégie et le plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020*. Ces travaux tiennent compte des différences au niveau de la capacité des systèmes de santé et sociaux des États membres à apporter un appui aux populations

vieillissantes, et des disparités importantes observées entre les pays et au sein de ceux-ci en ce qui concerne les déterminants sociaux plus généraux d'un vieillissement réussi en bonne santé.

96. Le Bureau régional continuera de fournir des outils et de procéder à un échange de bonnes pratiques eu égard aux environnements favorables et adaptés aux personnes âgées, et de collaborer aux réformes des systèmes de santé en vue de mettre en place des soins mieux coordonnés et intégrés, et d'améliorer la qualité des services pour les personnes âgées et l'accès à ceux-ci.

97. Le suivi des progrès réalisés en matière de politiques pour un vieillissement en bonne santé, les exemples de bonnes pratiques et l'échange de politiques internationales en vue de fournir les bases factuelles permettant d'étayer les politiques plus générales dans ce domaine sont à la traîne par rapport aux autres domaines de la politique de santé. En 2016-2017, des efforts continueront donc d'être consentis à l'élaboration d'approches systématiques pour l'échange de données probantes sur les politiques.

98. La réduction budgétaire de ce secteur de programme (baisse de 8 % par rapport à 2014-2015) remet en question la mise en œuvre d'un important projet dans ce domaine, à savoir la réalisation d'une étude complète des initiatives politiques sur le vieillissement en bonne santé dans les États membres en 2017. Il s'agirait notamment de procéder au suivi de l'application de *la Stratégie et du plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020*, moyennant une réunion d'experts ouverte à tous les États membres.

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

99. La réalisation des objectifs stratégiques de Santé 2020 visant à promouvoir la santé pour tous, à aplanir les inégalités de santé et à améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé ne peut se faire sans la prise en compte des questions relatives au genre, à l'équité et aux droits de l'homme dans l'aide apportée aux pays par l'OMS en vue de mettre en œuvre Santé 2020.

100. Le soutien fourni aux États membres portera sur les points suivants : a) application de la composante du dispositif de mise en œuvre de Santé 2020 relative au genre, à l'équité et aux droits de l'homme dans les politiques de santé ; b) intégration de ces trois aspects dans les feuilles de route de Santé 2020 ; et c) leur intégration dans les activités du Bureau régional, notamment le cadre de suivi et d'évaluation. Les questions de genre, d'équité et de droits de l'homme se sont révélées être un bon point de départ pour la collaboration intersectorielle en matière de politique de la santé. Par conséquent, la collecte de données sur les bonnes pratiques dans la mise en place de telles politiques sera au centre des activités du Bureau régional en 2016-2017. Une attention particulière sera accordée aux résultats sanitaires liés à l'inégalité des sexes et à la violation des droits de l'homme, tels que la violence sexiste et les questions de santé sexuelle et génésique.

101. Une réduction de 17 % de l'allocation du budget programme pour ce domaine en 2016-2017 par rapport à 2014-2015 aura une incidence sur la capacité du Bureau régional à aider les pays à mettre en œuvre des projets de stratégies axées sur le genre et les droits de l'homme en vue d'améliorer l'équité en santé et la gouvernance pour la santé. De même, elle influera sur son habilité à respecter les engagements interagences pris par l'OMS dans le cadre des plans d'action du système des Nations Unies sur l'égalité des sexes et les droits de l'homme et du *Plan d'action « Les droits avant tout »*. En même temps, cette problématique est au centre de Santé 2020 et constitue donc une priorité pour toutes les activités menées à cet égard. Par conséquent, un investissement moins direct sera nécessaire pour les programmes relevant de ce

domaine, étant donné que les objectifs pertinents s'inscrivent dans la mise en œuvre de Santé 2020.

3.4 Déterminants sociaux de la santé

102. L'action systématique sur les déterminants sociaux constitue une approche essentielle en vue de promouvoir la santé, d'égaliser les chances d'être en bonne santé et de réduire les risques et les conséquences des problèmes de santé. Les déterminants sociaux de la santé concernent tous les grands domaines politiques des pouvoirs publics ainsi que tous les secteurs de programme. Le Bureau régional apporte un soutien adapté aux besoins et aux priorités des États membres aux fins suivantes : a) renforcer les capacités du secteur de la santé à tous les niveaux ; b) améliorer les systèmes de prise de décisions ; et c) promouvoir la collaboration avec d'autres secteurs afin d'améliorer la mise en œuvre et le suivi des actions communes sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité.

103. Dans de nombreux pays, certains groupes de population éprouvent des difficultés à accéder aux services de santé et souffrent d'inégalités évitables en ce qui concerne leur état de santé. Le Bureau régional apporte une assistance technique en vue de promouvoir la santé de ces groupes, et continue notamment d'accorder une priorité à cet égard aux populations roms en 2016-2017 moyennant un programme adapté de renforcement des capacités pour les professionnels de santé et les représentants roms de la société civile.

104. La réduction budgétaire prévue de 8 % pour ce secteur de programme limitera la capacité du Bureau régional à soutenir le programme sur la vulnérabilité et la santé (les migrants et les Roms) ainsi que le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est en faveur de la santé et la croissance inclusive.

3.5 Santé et environnement

105. Selon des estimations, les déterminants environnementaux de la santé concourent à environ 20 % de la mortalité et jusqu'à 25 % de la charge totale de morbidité, dont une bonne part est inégalement répartie entre les sous-groupes géographiques, démographiques, socioculturels et socioéconomiques. Cette situation entraîne des coûts conséquents, consomme des ressources importantes, empêche la réalisation d'une santé et d'un bien-être optimaux et compromet le développement économique et social. Le Bureau régional continuera d'aborder l'environnement et la santé dans le cadre du processus européen Environnement et santé pour lequel il fait office de secrétariat depuis 1989. Le processus constitue une plate-forme intersectorielle permettant de présenter et d'expliquer Santé 2020, ainsi que de plaider en sa faveur.

106. Le Bureau régional aide ses États membres et les partenaires à comprendre et à appréhender les complexités de l'environnement et de la santé, et à recenser les politiques et les actions de différents secteurs, à l'échelle nationale et internationale, qui profitent à l'environnement et à la santé humaine, étayées par les meilleures bases factuelles disponibles. L'OMS cherchera des éléments de preuve pour conforter les changements des habitudes de consommation, promouvoir des initiatives respectueuses de l'environnement dans d'autres secteurs et émettre des conseils afin de résoudre les problèmes nouveaux et émergents, en particulier ceux liés au changement climatique.

107. En 2016-2017, le Bureau régional procédera à des évaluations, élaborera des outils et renforcera les capacités de surveillance et de gestion de la pollution de l'air, du changement climatique, de l'eau et de l'assainissement, de la sécurité chimique, de la pollution sonore, du logement, de la santé dans les transports, de l'exposition des populations dans les zones contaminées et l'environnement et la santé en situation d'urgence (en collaboration avec la catégorie 5). Au niveau national, le Bureau régional aidera les États membres à respecter les engagements pris dans le cadre du processus européen Environnement et santé et des accords

multilatéraux pertinents sur l'environnement. Les préparatifs en vue de la Sixième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé constitueront une activité importante.

108. Pour arriver à ces chiffres dans un budget à croissance zéro pour 2016-2017, par rapport à 2014-2015, les activités de l'exercice de planification ascendante coûtant environ 3,6 millions d'USD n'ont pu être incluses dans la catégorie 3. En particulier, les capacités d'aide aux pays dans tous les secteurs de programme de la catégorie 3 seront réduites.

Tableau 5. Budget programme proposé en 2016-2017 pour la catégorie 3 (promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie) par secteur de programme (comparé au BP2014-2015), en millions d'USD

	Budget alloué en 2014-2015			Budget proposé en 2016-2017			% d'augmentation/ de réduction (de 2014-2015 à 2016-2017)
	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	
3.1 Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	3,6	3,4	7,0	3,5	3,5	7,0	0 %
3.2 Vieillesse et santé	0,1	1,4	1,5	0,4	1,0	1,4	-8 %
3.3 Intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits de l'homme	0,2	1,2	1,4	0,1	1,1	1,2	-17 %
3.4 Déterminants sociaux de la santé	1,0	6,5	7,5	1,8	5,1	6,9	-8 %
3.5 Santé et environnement	2,4	20,3	22,7	4,5	17,0	21,5	-5 %
Total catégorie 3	7,3	32,8	40,1	10,3	27,7	38,0	-5 %

Catégorie 4. Systèmes de santé

109. La catégorie 4 comprend une diversité de secteurs : la transformation des services de soins et de santé publique en systèmes de santé coordonnés, intégrés et centrés sur la personne ; les procédures pangouvernementales et pansociétales de préparation des nouvelles politiques nationales intersectorielles de santé, telles que les esquisse Santé 2020 ; et l'information sanitaire, les données scientifiques, la recherche et l'innovation.

110. En tant que cadre politique général, Santé 2020 recommande de mener des actions au niveau gouvernemental comme au sein de la société, en faveur de la santé et du bien-être, notamment de renforcer les systèmes de santé, qui est l'une des quatre priorités d'action. Santé 2020 expose une vision, dont l'objectif est d'améliorer la performance des systèmes de santé grâce à des méthodes innovantes qui renforcent les fonctions de base de ces systèmes, en mettant toujours l'accent sur la recherche de solutions centrées sur la personne et d'accords de financement de la santé qui résistent aux replis de l'activité économique.

111. Les États membres sont de plus en plus demandeurs de soutien dans les secteurs complexes de la catégorie 4, en raison des pressions qu'exercent sur leurs budgets la crise économique et les

mesures d'austérité, et aussi parce qu'ils reconnaissent l'incidence des déterminants de la santé au sens plus large, sur les résultats et les inégalités en santé.

4.1 Politiques et plans nationaux de santé

112. Les États membres de la Région européenne renforcent leurs politiques et stratégies nationales de santé, pour donner un sens et une cohérence à leurs actions destinées à améliorer la santé. Ces dernières années, 42 pays ont élargi les buts et les objectifs assignés aux systèmes de santé dans leurs stratégies et plans nationaux en faveur de la santé ; 31 États membres ont mesuré la performance de leurs systèmes de santé à l'aide d'un ensemble complet d'indicateurs, au niveau systémique ; et au moins 20 États membres ont réalisé des examens systématiques de la performance de leur système, en employant des méthodes différentes. Certaines études de la performance étaient explicitement associées aux stratégies et plans nationaux de santé, tandis que d'autres ont été réalisées indépendamment, telles que les évaluations de la performance du système de santé.

113. Une hausse de la demande de soutien à la mise en œuvre de Santé 2020 est attendue en 2016-2017, conséquence de la mise en route dans de nombreux pays des approches pangouvernementales et pansociétales pour élaborer les nouvelles politiques nationales intersectorielles pour la santé. Le BP2016-2017 consacré à ce secteur ayant diminué, il sera difficile de répondre à cette demande.

114. Le Bureau régional soutient l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, stratégies et plans nationaux intersectoriels de santé, notamment la formulation de politiques de santé et la direction technique et stratégique de la gouvernance de la santé et de l'équité en santé, surtout dans les domaines des déterminants sociaux de la santé, de l'égalité entre hommes et femmes, des droits de l'homme et de la vulnérabilité. Le Bureau régional coordonne également le Réseau européen des Villes-santé de l'OMS et le Réseau des Régions-santé.

115. Il offre des conseils stratégiques aux responsables politiques dans leurs actions de mise en conformité des politiques avec Santé 2020 et de formulation de politiques, stratégies et plans nationaux et infranationaux de santé, dans le cadre d'approches pangouvernementales et pansociétales. Les États membres reçoivent une aide technique axée sur le renforcement des capacités à conduire tout le cycle politique, de la formulation à l'évaluation et l'application des enseignements lors du cycle suivant, en passant par la mise en œuvre et le suivi.

116. Les États membres de la Région européenne se trouvent à des étapes différentes dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Mais ils ont un objectif commun : améliorer la santé et la protection contre le risque financier en se rapprochant de ce but d'une couverture universelle, et en préservant les acquis. La contraction économique récente a sensibilisé aux conséquences sanitaires et sociales du déficit de couverture, même dans les pays les plus développés de la Région.

117. Les futures priorités consisteront à réunir de nouvelles données scientifiques sur la protection financière dans la Région européenne, pour contribuer à l'établissement de rapports internationaux sur la couverture sanitaire universelle et soutenir l'action sur les politiques au niveau des pays. Cela comprendra des travaux d'estimation à l'aide de la méthodologie normalisée de l'OMS, et des approches nouvelles et innovantes de mise au point d'indicateurs de la protection financière, qui soient plus pertinents pour les pays à revenu élevé. Les activités techniques portant sur le renforcement des systèmes de santé en vue de la couverture sanitaire universelle s'appuieront aussi sur les enseignements tirés des évaluations pilotes des problèmes relevés dans ces systèmes, dans le cadre de l'action d'amélioration des résultats relatifs aux maladies non transmissibles. Les blocages des systèmes de santé seront analysés pour améliorer la couverture et les résultats sanitaires.

4.2 Services de santé intégrés et centrés sur la personne

118. Le vieillissement des populations accompagné de multiples comorbidités, les maladies émergentes et réémergentes, de même que les maladies chroniques posent des problèmes aux services de santé dans les tous les pays de la Région européenne de l’OMS. Le nombre croissant de prestataires de santé et de prestataires sociaux crée un effet de fragmentation et désoriente les patients et leurs familles. La compétence des agents de santé et des futurs cadres doit être continuellement renforcée pour assurer la qualité des services. La plupart des États membres ont commencé à s’attaquer à ces difficultés en améliorant la coordination des prestataires et en intégrant les services ; cependant, le maintien de ces améliorations à long terme est fréquemment problématique.

119. Pour remédier à cette situation, le Bureau régional appliquera les orientations stratégiques suivantes : gestion des services de santé en vue de les rendre accessibles ; caractère inclusif des services tout au long de la vie ; coordination et intégration des prestataires ; et amélioration continue de la performance pour assurer une prestation de services de qualité. Ces orientations seront fondées sur les principes et valeurs guidant l’approche des soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle, dans le cadre de Santé 2020.

120. En 2016-2017, le Bureau régional élaborera un cadre d’action régional sur la prestation de services de santé coordonnés et intégrés, pour mettre en œuvre la *Stratégie mondiale de l’OMS en faveur de services de santé intégrés et centrés sur la personne*, revitaliser l’approche des soins de santé primaires pour étendre les interventions sur la couverture sanitaire universelle et s’attaquer aux difficultés de prestation des services de santé qui entravent l’amélioration des résultats dans les domaines des maladies non transmissibles et de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante.

121. Le Bureau régional réalisera une évaluation à mi-parcours du *Plan d’action européen de l’OMS pour le renforcement des capacités et services de santé publique*, de même que des dix opérations essentielles de santé publique (EPHO pour « essential public health operations »), et poursuivra leur mise en œuvre dans les États membres. Pour renforcer les EPHO, l’accent sera mis sur le soutien aux évaluations de santé publique dans les pays, le renforcement des capacités du personnel en santé publique (EPHO 7), le soutien à la transformation des organisations et l’affermissement du financement des services de santé publique (EPHO 8) et le perfectionnement de la communication pour la santé publique et la mobilisation sociale (EPHO 9). Dans les pays confrontés à des mesures d’austérité, la revitalisation de la santé publique dans le cadre des transformations du système de santé sera une priorité.

122. Dans le domaine des ressources humaines pour la santé, le Bureau régional assistera les États membres dans le renforcement des connaissances portant sur le personnel de santé aux niveaux national, régional et international, notamment les questions d’exode des compétences et de migrations. Ces données scientifiques influenceront la formulation, la mise en œuvre et l’évaluation des politiques, stratégies et plans relatifs au personnel de santé, qui contribueront à la réalisation de l’accès universel, conformément à Santé 2020. Les quatre principaux domaines d’action dans la Région en 2016-2017 seront l’appui aux États membres dans l’application du *Code de pratique mondial de l’OMS pour le recrutement international des personnels de santé*, la formation des ressources humaines sur les systèmes d’information sanitaire et les observatoires de la santé, la réforme de la formation des professionnels de la santé et le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux.

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

123. Les politiques pharmaceutiques jouent un rôle capital dans la fixation des orientations et la réalisation d'un équilibre entre accès et rapport coût-efficacité. De nombreuses thérapies nouvelles sont disponibles ; mais ces produits exercent une pression sur les systèmes de santé, parfois à cause de leur utilisation compliquée, et généralement en raison de leur coût élevé. Les systèmes et les procédures doivent aider à gérer l'offre et la demande en produits médicaux, notamment en optimisant l'introduction des nouveaux médicaments pour satisfaire une demande croissante. Les pays ont besoin d'un soutien dans la définition de politiques favorisant le meilleur usage possible des médicaments génériques et un usage approprié des médicaments en général. La lourdeur des dépenses pharmaceutiques demeure un problème majeur dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques et des pays émergents ; elle est source de difficultés importantes et de dilemmes pour les décideurs, notamment dans une perspective de pérennité. L'optimisation des systèmes pour s'assurer que les fonds dépensés pour les produits médicaux sont utilisés au mieux, est importante ; dans de nombreux pays, le gaspillage et l'inefficacité sont substantiels. Tous ces problèmes se traduisent par une demande accrue des États membres en soutien de l'OMS concernant ce secteur de programme.

124. Le Bureau régional soutiendra les États membres dans les actions de plaidoyer et de création de réseaux, de même que dans la fourniture d'orientations techniques sur l'expansion de l'accès aux médicaments essentiels de qualité, en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Les systèmes de santé seront renforcés par les mesures suivantes : affermissement des politiques pharmaceutiques, optimisation de la fixation des prix et du remboursement des médicaments ; convergence des législations et renforcement des moyens réglementaires – en particulier la conformité aux bonnes pratiques de fabrication – dans les pays qui ne sont pas membres de l'Union européenne ; et renforcement des capacités relatives aux systèmes d'inspection et de pharmacovigilance. Par ailleurs, la surveillance de la consommation de médicaments antimicrobiens se poursuivra, conformément au *Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques* ; avec d'autres études pertinentes sur l'usage de médicaments, elle fournira des bases factuelles en vue de l'élaboration des politiques. Des méthodes innovantes de promotion d'un usage prudent des médicaments antibiotiques seront explorées, de même qu'une amélioration du suivi et de l'évaluation de l'utilisation des médicaments, incluant des systèmes de pharmacovigilance. L'innovation dans le domaine de la collaboration avec les partenaires sera prioritaire, pour rendre les médicaments et les technologies sanitaires plus abordables économiquement.

4.4 Information et bases factuelles sur les systèmes de santé

125. Bien que la Région européenne soit probablement la région de l'OMS la mieux dotée en données, le manque d'harmonisation de la collecte, l'analyse, l'interprétation et l'utilisation des données pour formuler des politiques, et la faible intégration des systèmes d'information sanitaire au plan national créent des difficultés de mise en œuvre de Santé 2020 et de suivi de ses cibles et indicateurs.

126. La principale orientation stratégique du Bureau régional pour 2016-2017 sera l'amélioration et l'harmonisation de la collecte systématique et de l'analyse de données scientifiques destinées à être utilisées pour élaborer des politiques, dans le contexte de Santé 2020, en intégrant pleinement les systèmes d'information sanitaire au niveau national. Pour y parvenir, des stratégies harmonisées d'information sanitaire seront nécessaires.

127. Le Bureau régional a lancé l'Initiative européenne de l'information sanitaire, qui a bénéficié d'un capital d'amorçage fourni par le ministère néerlandais de la Santé, de la Protection sociale et des Sports, et représentera le point central du programme pour 2016-2017. L'initiative sera

étendue à toute la Région, de manière à former un système d'information sanitaire unique et intégré pour toute l'Europe. Elle chapeautera toutes les activités dans ce domaine, notamment celles qui concernent les indicateurs pour les nouveaux domaines de Santé 2020, tels que les déterminants culturels du bien-être et la gouvernance. L'université d'automne sur l'information sanitaire et les bases factuelles appliquées à la formulation de politiques sera un événement phare en 2016-2017, qui offrira un soutien solide aux États membres, en vue du renforcement des capacités de suivi de Santé 2020. La mise à jour de la base de données de la Santé pour tous demeurera une priorité ; actuellement, plus de 90 % des pays répondent aux demandes de données. Lancé en 2014, le portail d'information sanitaire du Bureau régional (qui est un « guichet unique ») sera évalué et affiné pendant la période biennale, et un Rapport sur la santé en Europe 2015 sera préparé pour le début de l'année 2016. Il est probable qu'il suscite un vif intérêt dans les médias, au vu de celui qu'a provoqué le précédent rapport, qui est devenu la publication la plus téléchargée et demandée de tout le Bureau régional en 2013.

128. Le soutien technique sera maintenu dans le domaine de l'évaluation et du perfectionnement de l'information sanitaire au niveau national, en particulier dans les pays d'Asie centrale et d'Europe de l'Est, où un nouveau réseau d'information sanitaire – le réseau d'information sanitaire des républiques d'Asie centrale (CARINFONET) – a été lancé en 2014. Les activités de cybersanté aux niveaux national et régional seront étendues, et un soutien sera fourni aux pays pour qu'ils formulent des stratégies nationales dans ce domaine et qu'ils identifient des solutions technologiques d'amélioration de la gestion de la santé et des normes d'interopérabilité. Le Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles (EVIPNet) – réseau régional de transfert de connaissances – poursuivra son extension ; une nouvelle série du Réseau des bases factuelles en santé, consacrée à la santé et aux migrations, sera créée. Le Comité consultatif européen de la recherche en santé continuera ses activités.

129. Pour parvenir aux chiffres cités précédemment dans le cadre d'un budget 2016-2017 strictement constant par rapport à celui de 2014-2015, des activités et des projets évalués à 16 millions d'USD en vertu de l'exercice de planification ascendante, n'ont pas pu être inscrits dans la catégorie 4. Les capacités en ressources humaines, notamment, ne pourront satisfaire les demandes croissantes des États membres et ne pourront permettre la mise en œuvre de plusieurs grands projets propres à certains pays et de projets transversaux.

Catégorie 5. Préparation, surveillance et intervention

130. Cette catégorie comprend le renforcement des capacités institutionnelles, internationales et nationales de prévention, préparation, intervention et relèvement qui sont nécessaires pour tous les types de risques et de situations d'urgence menaçant la santé humaine. Les capacités en santé publique pour les situations d'urgence incluent celles que requiert le *Règlement sanitaire international* (2005), de même que celles qui sont spécifiques aux catastrophes naturelles et aux conflits.

131. Cette catégorie englobe également la participation de l'OMS aux opérations d'intervention rapide, efficace et prévisible organisées dans le cadre de situations d'urgence aiguë et prolongée, résultant d'un risque ayant des conséquences sanitaires. Enfin, elle intègre les orientations et le soutien technique fournis aux pays dans lesquels sont notifiées des maladies potentiellement épidémiques et pandémiques et ceux qui sont exempts de poliomyélite, afin qu'ils maintiennent ce statut.

Tableau 6. Projet de BP2016-2017 pour la catégorie 4 (systèmes de santé), par secteur de programme (comparé au BP2014-2015), en millions d'USD

	Budget alloué en 2014-2015			Budget proposé en 2016-2017			% d'augmentation/ de réduction (de 2014-2015 à 2016-2017)
	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	
4.1 Politiques, stratégies et plans de santé nationaux	4,1	12,2	16,3	4,4	8,1	12,5	-23 %
4.2 Services de santé intégrés et centrés sur la personne	6,4	7,6	14,0	5,3	7,1	12,4	-11 %
4.3 Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires	0,6	4,4	5,0	1,2	4,1	5,3	5 %
4.4 Informations et bases factuelles sur les systèmes de santé	1,1	8,3	9,4	2,6	7,2	9,8	4 %
Total catégorie 4	12,3	32,5	44,8	13,5	26,5	40,0	-11 %

5.1 Capacités d'alerte et d'intervention

132. Dans ce secteur, la demande des États membres en assistance technique de l'OMS est élevée. Bien que les capacités actuelles de la Région soient généralement solides, de nombreux pays n'appliquent pas correctement le *Règlement sanitaire international* (2005) ; des lacunes sont aussi constatées dans la coordination multisectorielle. Il est peu probable qu'au cours de 2016, de nombreux États membres demandent des extensions pour renforcer davantage les capacités principales.

133. Dans ce secteur, l'action sera donc axée sur le soutien aux États membres en vue du maintien de ces principales capacités d'application du Règlement. Eu égard au caractère limité de l'allocation budgétaire à ce secteur de programme et à la restriction des ressources, l'accent sera mis sur le soutien aux États membres s'attelant à des difficultés spécifiques, telles que les principales capacités dans les ports, aéroports et postes frontières et en communication sur les risques. Dans le petit nombre de pays nécessitant un renforcement supplémentaire des capacités principales, l'action ciblera la formulation de politiques et stratégies nationales, le renforcement des capacités de laboratoire dans le cadre de l'initiative « De meilleurs laboratoires pour une meilleure santé » et celui des capacités d'intervention en cas de flambée.

134. Le Bureau régional maintiendra une surveillance des événements et continuera à évaluer les risques dans l'ensemble des 55 États parties au *Règlement sanitaire international* (2005) de la Région ; il poursuivra sa contribution à une meilleure connaissance et utilisation des systèmes et procédures OMS de surveillance des événements. La coordination des interventions internationales et la fourniture de moyens mobilisables aux pays confrontés à des besoins pendant les événements de santé publique de portée internationale seront maintenues, en coopération avec la Commission européenne et ses agences.

5.2 Maladies à tendance épidémique et pandémique

135. Le maintien des capacités de surveillance et d'intervention dans la Région est crucial pour le dépistage précoce et l'endigement des maladies à tendance épidémique et pandémique. Dans la partie occidentale de la Région, la plupart des pays disposent de systèmes solides de surveillance et d'intervention ; mais dans la partie orientale et au sud-est de la Région, il n'existe pas de système durable de surveillance des infections graves dues à la grippe et aux autres agents pathogènes respiratoires, ou bien ceux-ci sont faibles. Peu d'États membres ont atteint les cibles de l'OMS relatives à la vaccination des groupes à risque contre la grippe saisonnière, et l'accès au vaccin contre la grippe pandémique reste limité. Plusieurs États membres ne possèdent toujours pas de centre national de la grippe reconnu par l'OMS.

136. Au niveau régional comme dans les pays, les activités du Bureau régional seront axées sur de meilleures préparation et interventions contre la grippe saisonnière, et sur la préparation à la prochaine pandémie grippale ou à un autre agent pathogène respiratoire émergent, tel que le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient. Les activités incluront le soutien à la préparation à la pandémie et le renforcement des capacités de surveillance, d'analyse en laboratoire et d'intervention en cas de flambée. L'OMS appuiera également les estimations de la charge de la maladie, les programmes de vaccination et la prise en charge clinique des maladies graves causées par le virus de la grippe. En coordination avec la Commission européenne et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, par l'intermédiaire du réseau EuroFlu de l'OMS, l'action de l'Organisation sera cruciale pour le maintien des capacités nationales et régionales de surveillance et d'intervention contre la grippe, dans le cadre du système mondial de surveillance et d'intervention contre cette maladie.

137. Les activités de préparation aux pandémies et d'intervention en cas de flambée dans les pays viseront à renforcer les capacités générales à se préparer et à intervenir en cas de grippe ou d'un quelconque agent pathogène respiratoire émergent chez les êtres humains. Les partenariats noués grâce au Cadre de préparation en cas de pandémie de grippe permettent au Bureau régional d'intensifier son soutien aux États membres ; cependant, ce cadre de préparation étant mis en œuvre, pendant la période biennale 2014-2015, en dehors de l'enveloppe budgétaire du programme essentiel, un espace budgétaire de base supplémentaire sera nécessaire pour l'application, le suivi et l'établissement de rapports sur les activités en question.

138. La résistance aux antimicrobiens est une menace sanitaire mondiale en augmentation, qui touche la totalité de la Région européenne de l'OMS. Bien que des progrès aient été accomplis pour réduire certains types de résistance (tels que celle des *Staphylococcus aureus* à la méthicilline) dans les structures de soins de la partie occidentale de la Région, de nouvelles souches résistantes apparaissent. Dans la partie orientale de la Région, les outils de mesure des tendances actuelles et nouvelles de résistance sont médiocrement développés, alors que la partie occidentale possède des réseaux de surveillance bien établis. Le *Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques 2011-2016* encourage la mise en place de réseaux de surveillance dans l'ensemble de la Région et le soutien aux pays dans le renforcement des capacités et structures nationales.

139. Après la cartographie des capacités des pays et la définition des activités de suivi, l'action sera accélérée, de façon à mettre en œuvre et atteindre les objectifs de ce plan d'action. L'application du nouveau plan d'action mondial contre la résistance aux antimicrobiens devrait également accroître la sensibilisation à cette question, ce qui devrait entraîner une hausse de la demande de soutien technique de la part des États membres. Par rapport à 2014-2015, une enveloppe budgétaire accrue sera nécessaire pour mettre pleinement en œuvre un ensemble complet d'actions correspondant aux besoins et à la demande attendus.

140. Le Bureau régional continuera à renforcer les capacités des pays, à soutenir la mise en œuvre des plans nationaux et à mettre en place des réseaux nationaux en charge de surveiller la résistance aux antimicrobiens. Les progrès accomplis dans tous les pays de la Région en matière de lutte contre la résistance transfrontalière aux antimicrobiens et la menace pesant sur la sécurité sanitaire mondiale seront suivis. La communication des données régionales par le réseau de surveillance de la résistance aux antimicrobiens en Europe orientale et en Asie centrale (CAESAR) sera étendue ; les données régionales sur les tendances et les effets des interventions sur la résistance aux antimicrobiens seront publiées de façon périodique.

5.3 Gestion des crises et des risques associés aux urgences

141. Les États membres de la Région sont de plus en plus confrontés aux risques pour la santé publique associés aux catastrophes naturelles, aux conflits et aux autres situations d'urgence humanitaire, qui frappent souvent des millions de personnes. L'action de préparation du Bureau régional privilégiera le soutien aux pays dans le cadre d'une démarche prévoyant tous les risques, l'élaboration de plans nationaux de préparation et le renforcement de leurs capacités de gestion des situations d'urgence et des risques. Les activités de préparation et d'intervention comprendront le maintien et la mobilisation des équipes d'intervention rapide qui remplissent les fonctions cruciales de l'OMS lors des situations d'urgence humanitaire ; l'évaluation des capacités des systèmes de santé nationaux en matière de gestion des crises ; l'évaluation de la résistance des hôpitaux aux catastrophes ; la cartographie des capacités et de la vulnérabilité dans le domaine de la santé ; la formation à la gestion de la santé publique et des situations d'urgence ; et le soutien des systèmes de santé à la planification des rassemblements de masse.

5.4 Sécurité sanitaire des aliments

142. Dans toute la Région, une meilleure collaboration intersectorielle est nécessaire entre les secteurs de la santé publique et de l'agriculture et le secteur vétérinaire, pour lutter contre les risques pesant sur la santé publique à l'interface homme-animal. Dans les nouveaux États indépendants et les pays de l'Europe du Sud-Est, les capacités des systèmes de sécurité sanitaire des aliments doivent être renforcées pour que ces pays soient mieux à même de lutter contre les maladies d'origine alimentaire, qui représentent une lourde charge pour la santé publique. Il sera nécessaire d'impliquer davantage ces groupes de pays dans les travaux de la Commission du Codex Alimentarius.

143. Les activités dans ce secteur seront guidées par l'approche stratégique mondiale de l'OMS, pour promouvoir la sécurité sanitaire des aliments dans la Région, avec l'implication du Comité de coordination régional du Codex pour l'Europe. Les priorités seront les suivantes : promotion de l'action du Codex dans la Région, notamment le soutien à la participation des pays et la coordination des activités liées au Codex ; l'encouragement des secteurs de l'agriculture, de la santé animale et de la santé humaine à collaborer pour lutter contre les zoonoses liées à l'alimentation et prendre en compte les aspects de sécurité sanitaire des aliments dans la résistance aux antimicrobiens ; et l'appui au renforcement des capacités nationales en sécurité sanitaire des aliments et en gestion des risques zoonotiques à l'interface animal-homme.

5.5 Éradication de la poliomyélite

144. Les stratégies de phase finale élaborées par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite orienteront l'action dans ce secteur de programme. Pour assurer la réalisation des objectifs édictés par le *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018*, le Bureau régional soutiendra les États membres pour qu'ils achèvent l'introduction du vaccin antipoliomyélique inactivé, retirent tous les stocks de vaccin antipoliomyélique oral trivalent et introduisent le vaccin antipoliomyélique bivalent, suivent l'adoption et la gestion des vaccins et réalisent une surveillance de tous les problèmes de sécurité – incluant la gestion des

risques liés à tous les produits récemment introduits et à l'usage concomitant du vaccin antipoliomyélique bivalent et d'autres vaccins, et le suivi de toute difficulté rencontrée par les programmes nationaux de vaccination. Ces activités seront réalisées en étroite collaboration avec les secteurs de programmes 1.5 et 4.3. Un soutien technique sera accordé dans les domaines de l'octroi de licences et de la surveillance postcommercialisation des nouveaux produits contenant des poliovirus inactivés ou du vaccin antipoliomyélique oral bivalent.

145. En 2016-2017, le Bureau régional maintiendra son soutien à la Commission régionale de certification dans le domaine de l'estimation des risques de flambée après l'introduction des poliovirus, et utilisera sa capacité de surveillance pour suivre et appuyer les autorités nationales dans leur action de confinement biologique ou de destruction des virus de type 2 aux niveaux de la fabrication ou de l'utilisation des vaccins, de la recherche et du diagnostic. D'autres activités seront mises en route pour préparer les comités de certification au confinement biologique des types restants de poliovirus, qui est une étape essentielle de la certification mondiale de l'éradication de la poliomyélite. Les activités menées de longue date seront maintenues ; elles englobent le soutien aux États membres pour qu'ils maintiennent une surveillance extrêmement rigoureuse de la maladie, l'agrément annuel des laboratoires nationaux et régionaux de la poliomyélite, l'approvisionnement en fournitures de laboratoire et en programmes de vérification de la compétence, le contrôle de la surveillance et les exercices de simulation de flambées de poliomyélite.

5.6 Interventions en cas d'épidémies ou de crises

146. Le Bureau régional aidera les États membres à intervenir de façon efficace et opportune lors des situations d'urgence aiguës et prolongées ayant des conséquences sur la santé publique, dans la Région, mais aussi au plan mondial, en cas d'interventions massives.

147. Un personnel de base expérimenté et correctement formé sera disponible pour répondre aux besoins sanitaires d'urgence des populations, en collaboration avec les autorités sanitaires nationales et les principaux partenaires et conformément aux conditions posées par le cadre d'action d'urgence de l'OMS. Outre son action de chef de file ou de co-chef de file des organismes s'occupant de la santé, et de correction des principales lacunes ou répétitions de tâches dans les interventions en santé, le Bureau régional élaborera un plan d'intervention sectorielle des organismes s'occupant de la santé, le suivra et communiquera des informations à son sujet, mobilisera activement des fonds et soutiendra les pays dans la transition entre action d'urgence et relèvement accéléré.

148. Pour parvenir aux chiffres cités précédemment dans le cadre d'un budget 2016-2017 strictement constant par rapport à celui de 2014-2015, des activités, évaluées à 6 millions d'USD en vertu de l'exercice de planification ascendante, n'ont pas pu être inscrites dans la catégorie 5. Il convient de mentionner que des actions inscrites dans des programmes, tels que la résistance aux antimicrobiens et le renforcement des capacités en alerte et intervention – notamment les capacités principales d'application du *Règlement sanitaire international* (2005) – ne répondront pas pleinement aux attentes des États membres. L'application complète du Cadre de préparation en cas de pandémie de grippe nécessitera une augmentation de l'enveloppe budgétaire.

**Tableau 7. Projet de BP2016-2017 pour la catégorie 5
(préparation, surveillance et intervention), par secteur de programme
(comparé au BP2014-2015), en millions d'USD**

	Budget alloué en 2014-2015			Budget proposé en 2016-2017			% d'augmentation/ de réduction (de 2014-2015 à 2016-2017)
	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	
5.1 Capacités d'alerte et d'intervention	1,0	4,3	5,3	2,1	3,2	5,3	-1 %
5.2 Maladies à tendance épidémique et pandémique	0,9	5,0	5,9	1,4	2,7	4,1	-30 %
5.3 Gestion des crises et des risques associés aux urgences	1,1	2,5	3,6	3,0	3,5	6,5	81 %
5.4 Sécurité sanitaire des aliments	0,3	0,6	0,9	0,3	0,8	1,1	23 %
Sous-total Urgences	3,3	12,4	15,7	6,8	10,2	17,0	9 %
5.5 Éradication de la poliomyélite	1,1	5,8	6,9	1,4	6,0	7,4	7 %
5.6 Interventions en cas d'épidémies ou de crises	2,4	0,6	3,0	0,7	2,3	3,0	0 %
Sous-total	3,6	6,4	9,9	2,1	8,3	10,4	5 %
Total catégorie 5	6,9	18,7	25,6	8,9	18,5	27,4	7 %

Catégorie 6. Services institutionnels/fonctions d'appui

149. La nature de l'action menée au titre de la catégorie 6 devrait être similaire à celle de 2014-2015, mais le budget requis augmentera de 5 % pour deux raisons principales : a) une présence accrue dans les pays avec deux représentants de l'OMS supplémentaires et un petit nombre d'agents administratifs dans des pays non membres de l'Union européenne (conformément à des recommandations du Corps commun d'inspection des Nations Unies), et b) le renforcement de la gestion, impliquant le recrutement d'experts de premier plan. Les représentants de l'OMS sont rattachés au secteur de programme 6.1, les agents administratifs, au secteur 6.4 et la direction, du secteur 6.3.

6.1 Gouvernance et rôle fédérateur

150. Ce secteur de programme comprend des éléments cruciaux pour les services du Bureau régional et ses relations avec les États membres, à savoir le bureau de la directrice régionale, les chefs des bureaux de pays, les organes directeurs et les partenariats. Avec les responsables techniques des divisions régionales, ces éléments constituent le rôle moteur du Bureau régional pour la santé publique. Les priorités énoncées dans les catégories 1 à 5 sont donc de fait leurs priorités pour 2016-2017, dans le cadre de Santé 2020.

151. La mise en œuvre de la réforme de l'OMS dans la Région et l'établissement de rapports à cet égard, qui restent une priorité importante en 2016-2017, relèvent de la responsabilité des chefs de file du Bureau régional. Le Bureau continuera à appliquer les divers aspects de la réforme au moyen des politiques, procédures et initiatives concernées, en étroite collaboration avec le Siège de l'OMS et conformément au cadre des résultats de la réforme examiné au cours de la 134^e session du Conseil exécutif en janvier 2014.

152. Le renforcement des bureaux de pays dans les pays non membres de l'Union européenne sera un objectif essentiel en 2016-2017 ; il impliquera la nomination de dix nouveaux représentants de l'OMS et d'agents administratifs supplémentaires dans trois bureaux de pays, conformément à la réforme visant à renforcer le cadre de contrôle interne, soutenue par une décision du Groupe de la politique mondiale en 2014. Cette décision s'appuie sur les recommandations du Corps commun d'inspection des Nations Unies, présentées au cours de la 132^e session du Conseil exécutif en 2012. La période biennale 2016-2017 verra également le lancement de nouvelles stratégies de coopération avec les pays de la Région européenne, et l'élaboration d'une stratégie de pays du Bureau régional, conforme à la stratégie mondiale.

153. Les actions de partenariat sont au cœur de Santé 2020 et des activités du Bureau régional. Par conséquent, le Bureau continuera à encourager toutes sortes de partenariats dans le domaine de la santé, mais aussi au-delà, dans les pays comme au plan régional, avec les institutions des Nations Unies et celles de l'Union européenne, les organisations agissant dans le domaine de la santé mondiale et les acteurs non étatiques, dans le but ultime de favoriser la cohérence des politiques.

154. Dans le domaine de l'efficacité de la gouvernance, le Bureau régional appuiera les États membres pour la préparation d'une participation et d'un engagement concrets dans l'action des organes directeurs de l'OMS, aux niveaux régional et mondial. Il s'agira d'aider les délégations à comprendre le contenu technique de cette action aussi bien que les procédures qui s'y rattachent. Ce secteur englobe également l'organisation des sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Europe et de ses sous-comités, pour lesquels le Bureau régional fait office de Secrétariat et offre un soutien administratif et logistique. En 2016-2017, le multilinguisme demeurera une priorité du Bureau régional, afin que les États membres accèdent aux informations sous la forme la plus aisément compréhensible pour eux.

6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques

155. En raison de la primauté que leur accorde la réforme mondiale, le Bureau régional considère la transparence et la responsabilisation comme un axe majeur de l'action en 2016-2017. Des réalisations importantes sont à porter au crédit de la période 2014-2015, notamment la mise en œuvre du cadre mondial de contrôle interne, l'accroissement des mesures relatives au respect des règles et de meilleurs commentaires sur les vérifications. En 2016-2017, le respect du règlement financier et des règles de gestion financière constituera une priorité du Bureau régional. Des ressources supplémentaires seront allouées aux fins de la conformité financière au niveau des pays.

156. La pleine application d'un cadre complet de gestion des risques est prévue d'ici à la fin de la période biennale 2016-2017, au Bureau régional, dans les bureaux de pays et les bureaux géographiquement dispersés.

157. Pendant la prochaine période biennale, le Bureau régional maintiendra sa participation active au Réseau mondial d'évaluation, établi en réponse à la politique d'évaluation formelle avalisée par le Conseil exécutif au cours de sa 131^e session en mai 2012, et à toute orientation future édictée par les organes directeurs de l'OMS. Cela inclura la planification de l'évaluation de certains secteurs de programmes, de même que la mise en œuvre et le suivi des recommandations émises au cours de précédentes évaluations dans la Région.

6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et établissement de rapports

158. Le secteur de programme 6.3 demeure un élément essentiel du programme de réforme de l'OMS, au plan mondial comme régional. La Région européenne effectue une planification pleinement conforme au processus mondial en vue de la période biennale 2016-2017, pour

répondre aux priorités exprimées et aux besoins de santé dans les États membres de la Région. Pendant cette période, le Bureau régional continuera à renforcer ses dispositifs de suivi et de responsabilisation pour que les États membres bénéficient d'une plus grande clarté en termes de performance programmatique et financière, et pour que les organes directeurs régionaux soient plus à même de donner des orientations stratégiques et des conseils au secrétariat. L'allocation des ressources de l'Organisation au Bureau régional s'appuiera sur l'expérience de la période 2014-2015 – réalisée pour la première fois au titre du dialogue sur le financement – et visera à parvenir à un « budget entièrement financé », dans lequel les priorités fixées par les États membres aux plans mondial et régional seront le plus possible financées.

159. Le Bureau régional conduira la mobilisation des ressources et la coopération avec les bailleurs de fonds conformément aux principes et aux objectifs de la politique mondiale de mobilisation coordonnée des ressources. Des procédures sont en place pour aider le personnel du Bureau régional à formuler des propositions de qualité et des projets et accords correctement planifiés. Des méthodes seront établies pour faciliter la diffusion d'informations, le respect des délais et des obligations en matière d'établissement de rapports.

160. L'unité chargée des finances, du respect des règles et des achats au Bureau régional continuera à assurer l'intégrité en matière comptable dans l'ensemble de la Région et l'enregistrement des recettes en temps opportun, conformément aux normes comptables internationales du secteur public.

6.4 Gestion et administration

161. Ce secteur de programme recouvre la majeure partie des fonctions administratives du Bureau régional, qui rendent possible l'action technique aux niveaux régional et national. En 2016-2017, la priorité globale de ce secteur demeurera la prestation de services administratifs, aussi efficace et concrète que possible, conformément aux règles et règlements de l'OMS.

162. Le Bureau régional appliquera les nouvelles politiques mondiales de ressources humaines en matière de recrutement et de repérage des candidats éventuels, de roulement, mobilité et mutation, et de réalisation de la parité des sexes. La planification des ressources humaines pour la période biennale 2016-2017 sera fondée sur les objectifs énoncés dans le budget programme mondial pour cette période, en fonction de leur pertinence pour la Région européenne. Les priorités en matière de ressources humaines pour la période comprennent la poursuite des efforts entrepris pour rationaliser le recrutement en temps opportun ; la planification des effectifs pour assurer la disponibilité d'un personnel qualifié et motivé, correspondant aux besoins de l'Organisation aux niveaux régional et national ; et la mise en œuvre de dispositifs améliorant la gestion des services du personnel et sa responsabilisation.

163. Dans le domaine des technologies de l'information, le Bureau régional poursuivra la modernisation, l'harmonisation et l'augmentation de la productivité du personnel. L'accent sera mis sur les fonctions d'appui, en particulier dans le domaine de la gestion de l'information et du soutien à la réforme de l'OMS, et la fourniture de services informatiques essentiels, conformes aux normes organisationnelles convenues.

164. L'essentiel de ce secteur de programme vise à délivrer une gamme complète de services administratifs et logistiques au personnel de tous les bureaux OMS de la Région. La nature de cette action ne changera pas radicalement en 2016-2017 ; mais elle sera orientée vers la rationalisation et le renforcement de la prestation des services pour optimiser l'utilisation des ressources. Elle comporte la prestation de services au Bureau régional, aux bureaux de pays et aux autres bureaux extérieurs, dans les domaines des conférences, de l'infrastructure, de la sécurité et de l'impression.

6.5 Communication stratégique

165. En 2016-2017, la communication continuera à faire connaître l'action du Bureau régional et à assurer que les informations et messages importants soient accessibles à tous les publics concernés via divers médias. Conformément à la stratégie mondiale de communication, une importance accrue sera accordée au web et aux médias sociaux, de même qu'à la formation du personnel régional et des bureaux de pays à une meilleure communication et à l'utilisation de canaux variés.

166. Au cours de la prochaine période biennale, le Bureau régional a prévu de renforcer son soutien aux États membres en développant leurs sites Web nationaux, qui offriront des informations sur les accords de coopération biennaux et comprendront une version en langue nationale. Une base de données interrogeable en ligne comportant les résolutions et d'autres documents facilitera les activités des organes directeurs.

**Tableau 8. Projet de BP2016-2017 pour la catégorie 6
(services institutionnels/fonctions d'appui), par secteur de programme
(comparé au BP2014-2015), en millions d'USD**

	Budget alloué en 2014-2015			Budget proposé en 2016-2017			% d'augmentation/ de réduction (de 2014-2015 à 2016-2017)
	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	
6.1 Gouvernance et rôle fédérateur	12,7	16,3	29,0	18,3	11,9	30,2	4 %
6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques	0,0	2,2	2,2	0,5	1,9	2,4	10 %
6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et établissement de rapports	0,1	3,4	3,5	1,1	3,0	4,1	16 %
6.4 Gestion et administration	5,0	9,9	14,9	6,9	9,0	15,9	7 %
6.5 Communication stratégique	0,1	4,3	4,4	1,0	3,4	4,4	-1 %
Total catégorie 6	17,9	36,1	54,0	27,8	29,2	57,0	6 %

Annexe. Budget programme proposé pour 2016-2017 pour la Région européenne de l'OMS par secteur de programme, comparé à celui de 2014-2015

Catégorie et secteur de programme	Budget alloué en 2014-2015			Budget proposé en 2016-2017			% d'augmentation/ de réduction (de 2014-2015 à 2016-2017)
	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	
1. Maladies transmissibles							
1.1 VIH/sida	1,9	3,8	5,6	1,4	3,2	4,6	-17 %
1.2 Tuberculose	7,1	3,9	11,0	8,3	2,7	11,0	0 %
1.3 Paludisme	0,2	1,1	1,3	0,2	1,1	1,3	-5 %
1.4 Maladies tropicales négligées	0,0	0,7	0,7	0,0	0,6	0,6	-13 %
1.5 Maladies à prévention vaccinale	2,6	9,4	12,0	3,6	8,5	12,1	1 %
Sous-total	11,7	18,9	30,6	13,5	16,1	29,6	-3 %
2. Maladies non transmissibles							
2.1 Maladies non transmissibles	4,1	10,6	14,7	11,1	9,7	20,8	41 %
2.2 Santé mentale et abus de substances psychoactives	1,8	3,8	5,6	2,9	2,2	5,1	-9 %
2.3 Violence et traumatismes	2,9	6,2	9,2	2,2	5,5	7,7	-16 %
2.4 Handicaps et réadaptation	0,7	0,1	0,7	0,4	0,1	0,5	-30 %
2.5 Nutrition	0,2	2,4	2,6	0,3	1,8	2,1	-21 %
Sous-total	9,7	23,1	32,8	16,9	19,2	36,1	10 %
3. Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie							
3.1 Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	3,6	3,4	7,0	3,5	3,5	7,0	0 %
3.2 Vieillesse et santé	0,1	1,4	1,5	0,4	1,0	1,4	-8 %
3.3 Intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits de l'homme	0,2	1,2	1,4	0,1	1,1	1,2	-17 %
3.4 Déterminants sociaux de la santé	1,0	6,5	7,5	1,8	5,1	6,9	-8 %
3.5 Santé et environnement	2,4	20,3	22,7	4,5	17,0	21,5	-5 %
Sous-total	7,3	32,8	40,1	10,3	27,7	38,0	-5 %
4. Systèmes de santé							
4.1 Politiques, stratégies et plans de santé nationaux	4,1	12,2	16,3	4,4	8,1	12,5	-23 %
4.2 Services de santé intégrés centrés sur la personne	6,4	7,6	14,0	5,3	7,1	12,4	-11 %
4.3 Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires	0,6	4,4	5,0	1,2	4,1	5,3	5 %
4.4 Informations et données factuelles sur les systèmes de santé	1,1	8,3	9,4	2,6	7,2	9,8	4 %
Sous-total	12,3	32,5	44,8	13,5	26,5	40,0	-11 %

Catégorie et secteur de programme	Budget alloué en 2014-2015			Budget proposé en 2016-2017			% d'augmentation/ de réduction (de 2014-2015 à 2016-2017)
	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	Pays	Région	Bureau régional de l'Europe – total	
5. Préparation, surveillance et intervention							
5.1 Capacités d'alerte et d'intervention	1,0	4,3	5,3	2,1	3,2	5,3	-1 %
5.2 Maladies à tendance épidémique et pandémique	0,9	5,0	5,9	1,4	2,7	4,1	-30 %
5.3 Gestion des crises et des risques associés aux urgences	1,1	2,5	3,6	3,0	3,5	6,5	81 %
5.4 Sécurité sanitaire des aliments	0,3	0,6	0,9	0,3	0,8	1,1	23 %
Sous-total	3,3	12,4	15,7	6,8	10,2	17,0	9 %
6. Services institutionnels et fonctions d'appui							
6.1 Leadership et gouvernance	12,7	16,3	29,0	18,3	11,9	30,2	4 %
6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques	0,0	2,2	2,2	0,5	1,9	2,4	10 %
6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et établissement de rapports	0,1	3,4	3,5	1,1	3,0	4,1	16 %
6.4 Gestion et administration	5,0	9,9	14,9	6,9	9,0	15,9	7 %
6.5 Communication stratégique	0,1	4,3	4,4	1,0	3,4	4,4	-1 %
Sous-total	17,9	36,1	54,0	27,8	29,2	57,0	6 %
Total	62,3	155,7	218,0	88,8	129,2	218,0	0 %
Urgences							
Éradication de la poliomyélite	1,1	5,8	6,9	1,4	6,0	7,4	7 %
5.6 Interventions en cas d'épidémies ou de crises	2,4	0,6	3,0	0,7	2,3	3,0	0 %
Sous-total	3,6	6,4	9,9	2,1	8,3	10,4	5 %
Total	65,9	162,0	227,9	90,9	137,5	228,4	0 %

= = =