



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Soixantième session**

Moscou, 13-16 septembre 2010

Point 6 a) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC60/10 Add.1
(+EUR/RC60/Conf.Doc./3)
23 juillet 2010
101835
ORIGINAL : ANGLAIS

**Avant-projet de budget programme pour 2012-2013 :
la perspective de la Région européenne de l'OMS**

Le présent document vise à exposer les points de vue de la Région européenne de l'OMS concernant les activités qu'elle mènera au cours de la période biennale 2012-2013, sous l'angle de la réalisation des objectifs mentionnés dans le Plan stratégique à moyen terme de l'Organisation pour 2008-2013. Il entend commencer à définir les priorités et les changements d'orientation, à expliquer les fondements de l'avant-projet de budget programme pour le Bureau régional et à recenser les difficultés inhérentes à son financement actuel et futur, ainsi que les stratégies envisageables pour les surmonter. Ce document doit être lu parallèlement à l'avant-projet de budget programme au niveau mondial (EUR/RC60/10).

Le Comité régional est prié de formuler des commentaires et des avis sur les orientations stratégiques et le budget proposés dans ce document, ainsi que sur les questions liées au financement.

Un projet de résolution est soumis au Comité régional pour examen.

Table des matières

page

Résumé d'orientation	1
Introduction	3
Le budget programme de l'OMS pour 2012-2013 : un seul processus mondial coordonné.....	3
Les orientations régionales pour 2012-2013	4
Une nouvelle vision pour « Améliorer la santé en Europe »	4
Un nouveau modèle d'activité pour accompagner la nouvelle vision	5
Une responsabilisation et une transparence accrues	5
Le contexte actuel	6
Politique sanitaire, déterminants sociaux, cycle de vie et populations vulnérables (objectifs stratégiques 4 et 7 et partie de l'objectif stratégique 10)	7
Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement (objectifs stratégiques 1, 2, 5 et 8 et partie de l'objectif stratégique 9 relative à la sécurité sanitaire des aliments).....	9
Maladies non transmissibles, prévention et promotion de la santé (objectifs stratégiques 3, 6 et 9)	12
Systèmes de santé (objectifs stratégiques 10 et 11)	15
Information, bases factuelles, science, recherche et innovation pour les besoins de la prise de décisions et des programmes techniques (objectif stratégique 10)	18
La gouvernance, y compris les partenariats avec les États membres et les autres organisations (objectif stratégique 12) et les fonctions d'habilitation et d'appui (objectif stratégique 13).....	19
Considérations générales concernant l'avant-projet de budget programme pour 2012-2013	22
Vue d'ensemble du budget régional.....	22
Mécanismes de financement – problèmes et difficultés	24
Contributions obligatoires	25
Stratégie de mobilisation de ressources	26
Utilisation des ressources	26
Planification opérationnelle, surveillance et évaluation.....	27
Les principales mesures pour traduire la vision dans les faits : les éléments « budget » et « ressources » du nouveau plan d'activités du Bureau régional.....	28
Ménager une marge de manœuvre.....	28
Limiter les risques financiers.....	29
Améliorer la gestion des ressources	29

Résumé d'orientation

Le budget programme est un document stratégique essentiel qui définit les priorités et les orientations stratégiques de l'OMS. Il a une portée mondiale, mais les spécificités de la Région européenne figurent dans la partie consacrée au point de vue régional.

Le budget de l'OMS représente un idéal en ce sens que, conformément aux principes de la budgétisation en fonction des résultats, les montants budgétisés rendent compte des ressources nécessaires pour permettre à l'Organisation d'atteindre ses objectifs et de livrer les produits prévus dans les propositions relatives à la période 2012-2013. De fait, au moment de l'élaboration du budget, on constate presque toujours un déséquilibre entre les ressources nécessaires et celles qui sont réellement disponibles.

S'agissant de l'exercice biennal 2012-2013, à l'heure où se déroule la soixantième session du Comité régional, en septembre 2010, le volume des contributions obligatoires et de quelques contributions volontaires dont la date d'expiration est postérieure à 2011 constitue la seule ressource connue. Ces deux sources ne représentent que 29,3 % du budget total et les autres fonds doivent être rassemblés au cours du prochain exercice biennal, aux seules fins prévues et dans les délais fixés.

Il convient donc de faire en sorte que les priorités de l'OMS (telles que définies par le Comité régional et l'Assemblée mondiale de la santé) concordent avec les possibilités de financement.

Ces priorités comprennent un accroissement des investissements dans la lutte contre les maladies non transmissibles (objectifs stratégiques 3 et 6), le renforcement du système de santé, et en particulier de l'infrastructure de santé publique (objectifs stratégiques 10 à 12) et la prise en charge des causes profondes de la mauvaise santé et du manque d'équité en santé, notamment les déterminants socioéconomiques de la santé (objectif stratégique 7). Des fonds supplémentaires doivent être obtenus et affectés aux activités consacrées à ces objectifs, sans compromettre l'important travail accompli dans d'autres domaines essentiels tels que les maladies transmissibles, ni mettre en péril les ressources trouvées à cette fin.

À cet égard, un document séparé sur *Le financement futur de l'OMS* est soumis au Comité régional (document EUR/RC60/18). Les débats et recommandations du Comité régional sur ce point s'intégreront dans un processus mondial, une importante discussion étant prévue lors de la 128^e session du Conseil exécutif en janvier 2011.

Pour la période 2012-2013, le Bureau régional applique une stratégie prudente et réaliste en matière de budget. En effet, son projet de budget programme pour les programmes de base en 2012-2013 représente une hausse relativement modeste de 26 % comparée aux dépenses de 2008-2009, alors que dans les autres Régions, cette augmentation est comprise entre 44 et 89 % (voir figure 2, à la suite du paragraphe 96).

L'une des importantes difficultés à laquelle est confronté le Bureau régional résulte du fait qu'au début de la période biennale, la plupart des futures recettes sont difficiles à obtenir et hautement imprévisibles, mais qu'en revanche, les engagements en termes de dotation en personnel sont pris à long terme et offrent relativement peu de souplesse. Cette situation engendre un risque financier car lorsque le financement spécifique prend fin ou qu'il est réaffecté à d'autres domaines nécessitant d'autres formes d'expertise, l'ajustement des dépenses de personnel demande beaucoup plus de temps. Actuellement, près de 60 % de l'ensemble des dépenses dans les domaines de santé techniques (objectifs stratégiques 1 à 11) correspondent aux dépenses de personnel. En outre, près de 90 % du personnel appartenant à la catégorie professionnelle et recruté sur le plan international ont des contrats à long terme.

Afin de renforcer les fonctions de surveillance et de gouvernance du Comité régional, la directrice régionale suggère qu'à l'avenir, les budgets programmes approuvés soient considérés comme des « contrats » entre le Comité régional et le secrétariat, afin de garantir l'obligation, pour le Bureau régional, de rendre des comptes quant à l'obtention des résultats escomptés, et de poser le principe de cette obligation. Une démarche en trois étapes est proposée à cette fin :

- le projet de budget programme 2012-2013 et le point de vue de la Région européenne sont présentés au Comité régional réuni en sa soixantième session en 2010, afin que celui-ci débattenne des priorités et de l'allocation budgétaire par objectif stratégique ;
- une fois le budget programme mondial approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé en 2011, le secrétariat préparera (en collaboration avec le Comité permanent du Comité régional (CPCR)) et soumettra au Comité régional, lors de sa soixante et unième session, un ensemble d'indicateurs de performance accompagné d'une liste de produits essentiels à fournir ;
- l'ensemble d'indicateurs de performance et les produits essentiels à fournir seront définis dans le cadre de la planification opérationnelle pour la période biennale 2012-2013 et feront office de « contrat » entre les États membres et le secrétariat.

Introduction

Le budget programme de l'OMS pour 2012-2013 : un seul processus mondial coordonné

1. Le Plan stratégique à moyen terme de l'Organisation pour 2008-2013 a été mis en place étant donné que la grande majorité des résultats dans le domaine de la santé publique ne peuvent pas être atteints en deux ans. La définition des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation (REEO) pour une période de six ans et la mesure progressive des réalisations ont été envisagées comme des moyens de maintenir l'attention et de mettre en place un système se prêtant davantage à un véritable suivi des progrès accomplis. Les États membres de la Région européenne de l'OMS ont salué comme une importante amélioration cette solution ainsi que le passage des 36 domaines de travail aux 13 objectifs stratégiques.

2. Le Plan stratégique à moyen terme porte sur trois cycles budgétaires. Dans une optique de rationalisation de la préparation du budget programme mondial et du processus de planification opérationnelle qui sera entrepris par la suite, l'accent est mis principalement, lors de l'élaboration du projet de budget programme 2012-2013, sur les changements de priorité d'un objectif stratégique à un autre, sur la mise en adéquation avec les priorités des pays et sur les mesures à prendre pour réduire le déséquilibre entre l'avant-projet de budget programme et son exécution effective.

3. Le présent document – *La perspective de la Région européenne de l'OMS* – met en évidence le point de vue de la Région pour 2012-2013 et fait rapport sur la contribution de celle-ci aux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation définis dans le Plan stratégique à moyen terme.

4. La définition en détail des objectifs, des aboutissements et des besoins en ressources spécifiques au niveau des résultats escomptés sera entreprise à une date plus proche de l'exécution, en même temps que le processus de planification opérationnelle. Par ailleurs, ce processus se fera davantage par étapes, en commençant par le recensement des pays visés pour les résultats ; il reposera davantage sur les priorités formulées dans les accords de collaboration biennaux ; définira des indicateurs de mesure de la performance conformément au cadre de planification à l'échelle de l'Organisation ; et décrira en détail et budgétisera des produits et services dans les plans d'activités du Bureau régional, afin que les résultats escomptés soient atteints. Ces mesures ont pour but de permettre une planification et une exécution plus efficaces et efficaces à tous les niveaux de l'Organisation.

5. Sur le plan de la présentation, le document qui expose l'avant-projet de budget programme pour 2012-2013 comporte deux différences essentielles par rapport au budget programme 2010-2011 :

- la répartition du budget ne sera présentée que selon les objectifs stratégiques par Bureau ;
- pour chaque objectif stratégique, il comporte une section explicative supplémentaire présentant les « Priorités et mesures privilégiées pour 2012-2013 » et décrivant les principales réalisations et les difficultés rencontrées jusqu'à présent, les nouveaux domaines de travail, ceux auxquels il convient d'accorder plus ou moins d'importance, ainsi que les modifications apportées à la répartition des fonctions et des effectifs à tous les niveaux de l'Organisation.

Les orientations régionales pour 2012-2013

Une nouvelle vision pour « Améliorer la santé en Europe »¹

6. Au cours des dix dernières années, le contexte européen et mondial s'est radicalement transformé, ce qui a engendré pour tous les États membres européens des pressions, des défis et des possibilités d'améliorer la santé de leurs citoyens et de réformer leur système de santé. Dans le même temps, la santé a pris une place plus importante dans les préoccupations politiques aux niveaux mondial et européen. Les États membres et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, de même que leurs partenaires, doivent prendre des mesures communes face aux conséquences des bouleversements démographiques et sociaux sur la santé. Le Bureau régional doit adapter son organisation et son fonctionnement afin de mieux aider ses États membres et de renforcer son rôle moteur sur le plan technique en matière de politique sanitaire et de santé publique.

7. Si l'on veut traduire dans les faits le projet d'« Améliorer la santé en Europe » et garantir le dialogue avec la communauté internationale, il est extrêmement important d'élaborer une politique sanitaire européenne. Cette politique permettra de disposer d'un cadre cohérent et coordonné et d'une feuille de route pour mettre en œuvre l'action sanitaire aux niveaux sous-national, national et international. Elle favorisera les activités menées pour tenter de venir à bout des difficultés rencontrées dans la Région tout entière, grâce au renforcement des partenariats, à l'amélioration de la performance des systèmes de santé et à la prise en compte des besoins des pays en fonction des réalités épidémiologiques et démographiques, et elle fera avancer les pratiques fondées sur des bases factuelles grâce à l'analyse de l'efficacité des outils en matière de politique gouvernementale. En outre, et c'est le plus important, elle réorientera expressément l'action depuis les systèmes de santé vers la santé publique et la prévention des maladies, et cherchera à atteindre l'équité en santé en s'attaquant à de très nombreux déterminants de la santé à l'intérieur comme à l'extérieur du système de santé.

8. Compte tenu du nouveau contexte européen, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe doit être fort et prendre l'engagement de l'excellence et de l'innovation en santé publique. L'Organisation doit unir, rapprocher et rassembler les différentes composantes de la Région en défendant des valeurs européennes communes, en plaidant en faveur de l'équité en santé et en encourageant la coopération interpays. Elle doit s'appuyer sur des bases factuelles et garantir la qualité, être utile à l'ensemble de la Région en mettant à sa disposition des programmes et un personnel efficaces, et être guidée par la transparence et la responsabilisation.

9. Le Bureau régional ne peut fonctionner comme un catalyseur de l'excellence que si sa gouvernance régionale est renforcée et que de nouveaux partenariats et coalitions de la santé sont créés. Le Comité régional de l'OMS pour l'Europe ne pourra garantir un engagement total des États membres envers la concertation et la prise de décisions que s'il est fort, actif et qu'il bénéficie d'un soutien adéquat. La mission du CPCR doit être revue et sa fonction de gouvernance renforcée afin qu'il soit mieux adapté au mode de fonctionnement du Comité régional. Il est de plus extrêmement important que l'OMS instaure et entretienne des partenariats solides et une action commune avec tous les acteurs concernés par la santé en Europe, notamment l'Union européenne et les agences spécialisées du système des Nations Unies.

10. Le Bureau régional, y compris ses bureaux de pays et ses bureaux géographiquement dispersés, doit remplir pleinement ses fonctions et constituer un tout cohérent, avec des rôles, des fonctions et des identités clairement définis. Les fonctions essentielles stratégiques et l'élaboration

¹ Voir aussi le document relatif à la vision de la directrice régionale *Améliorer la santé en Europe. Adapter le Bureau régional à l'évolution du contexte européen : perspective de la directrice régionale* (document EUR/RC60/8).

des programmes techniques devraient toutes être regroupées dans un pôle puissant au Bureau de Copenhague ou dirigées par celui-ci, et étayées par les connaissances et les bases factuelles produites par les bureaux géographiquement dispersés, les programmes techniques et les réseaux.

11. Les besoins et les priorités du Bureau régional, sous la supervision du Comité régional, devraient prendre en compte la principale charge de morbidité de la Région et ses déterminants, découler du dialogue permanent sur la politique sanitaire européenne et s'inscrire dans ce dialogue, et aussi s'inspirer des activités mondiales de l'OMS dans le domaine de la santé.

Un nouveau modèle d'activité pour accompagner la nouvelle vision

12. Pour mettre en place un cadre institutionnel qui crée des conditions favorables, il convient de réunir des systèmes d'information et de communication efficaces, un équilibre à long terme, la viabilité et la sécurité des finances du Bureau régional et un environnement de travail convenable qui motive le personnel et lui donne les moyens d'agir. Afin que ses buts soient atteints, un nouveau modèle d'activité établissant les bases d'un Bureau régional financièrement viable a été élaboré.

13. Les trois principaux objectifs de ce nouveau modèle d'activité sont : i) de ménager une marge de manœuvre ; ii) de limiter les risques financiers ; et iii) d'améliorer la gestion des ressources (voir des explications plus détaillées dans les paragraphes 106 à 112 ci-dessous).

14. Un certain nombre de mesures ont déjà été prises face à cette situation, notamment : une coordination plus étroite de l'obtention de ressources, du budget et de l'administration des subventions, ainsi que des fonctions de planification et de surveillance, afin de favoriser la prise de décisions en temps opportun ; des mesures garantissant le recouvrement intégral des dépenses, et notamment des dépenses de personnel, pour toutes les contributions ; une affectation plus rationnelle des ressources ; et le renforcement de la confiance dans le Bureau régional, de sorte que les contributeurs versent des fonds de façon plus souple et acceptent l'établissement de rapports sur la base des résultats communs plutôt que sur la base de la participation de chacun d'entre eux.

Une responsabilisation et une transparence accrues

15. Afin de renforcer la confiance des États membres et des donateurs vis-à-vis du Bureau régional, il est également important d'accroître la responsabilisation et la transparence.

16. Le Comité régional mène des débats et formule des observations sur le projet de budget programme de l'Organisation à partir, entre autres, du point de vue régional exposé dans le présent document. Toutefois, aucun objectif ou indicateur clairement régional ne fait l'objet de discussion ni d'accord sur ce que les États membres ou le secrétariat s'engageront à atteindre. Afin de renforcer la fonction de gouvernance et de surveillance du Comité régional et de son Comité permanent, il est proposé de définir et d'établir entre le Comité régional et le secrétariat un quasi-contrat garantissant l'obligation, pour le Bureau régional, de rendre des comptes quant à l'obtention des résultats escomptés, et de poser le principe de cette obligation. Une démarche en deux étapes est proposée à cette fin :

- a) l'avant-projet de budget programme pour 2012-2013 et la perspective de la Région européenne sont présentés au Comité régional réuni en sa soixantième session en 2010, afin que celui-ci débâte des priorités et de l'allocation budgétaire par objectif stratégique ;
- b) une fois le budget programme mondial approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé en 2011, le secrétariat préparera (en collaboration avec le CPCR) et soumettra un ensemble d'indicateurs de performance au Comité régional réuni en sa sixième et unième session ;

ces indicateurs seront définis dans le cadre de la planification opérationnelle pour la période biennale et feront office de « contrat » entre les États membres et le secrétariat.

17. Le plan d'activités et le plan d'action associé visant à traduire dans les faits les approches présentées ci-dessus ont été élaborés et examinés par le CPR avant la soixantième session du Comité régional et leur mise en œuvre a commencé en juillet 2010.

Le contexte actuel

18. Ces changements institutionnels faciliteront les activités portant sur les menaces pressantes et croissantes qui pèsent actuellement sur les citoyens et les systèmes de santé européens. Les maladies non transmissibles et les traumatismes, notamment les maladies cardiovasculaires et le cancer, sont aujourd'hui la principale cause de mortalité et de morbidité dans la Région européenne de l'OMS ; ils représentent 91 % de la charge de morbidité et 94 % de l'ensemble des décès, y compris de la plupart des décès prématurés et des suicides. Ces maladies sont liées par des facteurs de risque et des déterminants sous-jacents communs, et la plupart de la charge de morbidité qu'elles représentent peut être évitée. On constate également une augmentation de la prévalence des troubles mentaux, qui figurent parmi les facteurs les plus courants contribuant aux maladies chroniques en Europe.

19. Les maladies à prévention vaccinale, à transmission vectorielle, d'origine alimentaire et zoonotiques, les infections nosocomiales résistantes aux antimicrobiens, notamment la tuberculose à bacilles multirésistants et à bacilles ultrarésistants, les maladies transmissibles chroniques telles que le VIH/sida et les infections à potentiel épidémique, par exemple la grippe, font peser une menace sur la santé humaine et la sécurité dans la Région, contribuent de façon appréciable aux dépenses de santé et nécessitent des ressources non négligeables destinées à aider les États membres dans leurs efforts de prévention et de lutte contre ces maladies.

20. Les risques environnementaux sont d'importants déterminants de santé et ils contribuent de façon significative à la charge attribuable aux maladies non transmissibles (comme les maladies cardiovasculaires et respiratoires dues à la pollution de l'air) ; en fait, pas moins de 20 % de la charge de morbidité dans la Région européenne peuvent être attribués aux risques et aux facteurs environnementaux, notamment à une eau contaminée, au manque d'assainissement et aux aliments impropres à la consommation. Les effets du changement climatique, en particulier l'augmentation des températures, du niveau de la mer et de la fréquence des catastrophes naturelles et des événements météorologiques extrêmes, sont également de plus en plus manifestes. Les déterminants relevant du mode de vie (tabagisme, consommation d'alcool, alimentation, activité physique et toxicomanie) ont eux aussi des effets puissants sur la santé, notamment en ce qui concerne les maladies non transmissibles.

21. La capacité et l'efficacité des systèmes de santé doivent être considérées dans le cadre d'une nouvelle politique sanitaire européenne. Le problème auquel se heurtent tous les États membres de la Région européenne consiste à faire la preuve de leur rentabilité en améliorant leur performance et en diminuant leurs coûts tout en préservant les valeurs européennes définies d'un commun accord dans la politique de la Santé pour tous, la SANTE 21 et la Charte de Tallinn, à savoir la solidarité, l'équité et la participation.

22. Certes, on peut soutenir que les déterminants socioéconomiques ont une incidence plus importante sur les résultats en matière d'état de santé que des éléments tels que la capacité des systèmes de santé, mais les spécialistes de la santé publique et des politiques sanitaires s'accordent tous à dire qu'une démarche cohérente devrait être adoptée pour tenter de venir à bout de l'ensemble de ces facteurs. La plupart de ces déterminants peuvent faire l'objet d'interventions efficaces et il est indispensable d'investir davantage dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi que dans des traitements et une réadaptation de meilleure qualité pour les

personnes touchées par la maladie. Dans de nombreux pays, les investissements actuellement destinés aux services de promotion de la santé et de prévention des maladies au niveau des populations atteignent un niveau d'une faiblesse déplorable. De fait, les dépenses moyennes de santé consacrées à la prévention dans la Région européenne ne représentent que 1 % du total de ces dépenses, alors que la promotion des environnements et des modes de vie sains offre d'immenses possibilités de sauver des vies et de faire faire des économies aux systèmes de santé.

23. Afin de relever les défis évoqués ci-dessus en matière de santé publique et d'atteindre les objectifs et les résultats de la nouvelle vision exprimée dans l'avant-projet de budget programme pour 2012-2013, le Bureau régional articulera ses activités au cours de la prochaine période biennale autour de six axes principaux :

- politique sanitaire, déterminants sociaux, cycle de vie, sexospécificité et populations vulnérables (objectifs stratégiques 4 et 7 et partie de l'objectif stratégique 10) ;
- maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement (objectifs stratégiques 1, 2, 5 et 8 et partie de l'objectif stratégique 9 relative à la sécurité sanitaire des aliments) ;
- maladies non transmissibles, prévention et promotion de la santé (objectifs stratégiques 3, 6 et 9) ;
- systèmes de santé (objectifs stratégiques 10 et 11) ;
- information, bases factuelles, science, recherche et innovation pour les besoins de la prise de décisions et des programmes techniques (objectif stratégique 10) ;
- gouvernance, y compris les partenariats avec les États membres et les autres organisations (objectif stratégique 12) et les fonctions d'habilitation et d'appui (objectif stratégique 13).

Politique sanitaire, déterminants sociaux, cycle de vie et populations vulnérables (objectifs stratégiques 4 et 7 et partie de l'objectif stratégique 10)

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

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

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

Élaborer une politique sanitaire européenne qui serve de cadre destiné à : s'attaquer au manque d'équité entre les pays et au sein d'un même pays et à leurs causes premières sous-jacentes – les déterminants sociaux de la santé ; accorder une place plus importante aux problèmes et aux priorités en matière de santé publique ; adopter une démarche fondée sur le cycle de vie et axer les efforts sur les groupes vulnérables (personnes âgées, personnes vivant avec des incapacités, migrants, population rom, etc.). Il faudra pour cela placer la santé au cœur des grandes évolutions dans la Région ; promouvoir la santé en tant que responsabilité des pouvoirs publics ; et faire participer un éventail élargi de partenaires représentant différents secteurs.

24. Les États membres de la Région européenne de l'OMS, de même que le Bureau régional, doivent coopérer entre eux pour mettre au point une politique sanitaire européenne qui permette de relever les défis actuels en matière de santé et de préparer l'avenir, qui soutienne les valeurs régionales et les objectifs en matière de santé, compte tenu des déterminants actuels de la santé et des inégalités dans la Région européenne, et qui offre un cadre cohérent et coordonné et une feuille de route permettant de mener l'action sanitaire dans la Région. Une politique qui sera ancrée dans les « réalités d'aujourd'hui » mais qui osera néanmoins faire face aux « rêves de demain ».

25. Afin de favoriser l'élaboration de la politique sanitaire européenne et l'évolution des politiques sanitaires nationales, le Bureau régional commandera une étude européenne sur les déterminants sociaux et les disparités sanitaires, qui s'intéressera avant tout aux données factuelles, aux conséquences politiques et à l'évaluation des progrès réalisés dans les États membres.

26. Si l'on veut tenter de remédier aux inégalités en santé déterminées par des facteurs sociaux, il est nécessaire de traiter les « causes des causes » : la répartition inégale du pouvoir, les revenus, les biens et services, à l'échelle mondiale et nationale, qui se traduisent immédiatement et de façon visible par une injustice dans les conditions de vie des personnes (leur accès aux soins de santé, aux établissements scolaires et à l'éducation, leurs conditions de travail et leurs loisirs, leur maison, leur quartier, leur village et leur ville, en d'autres termes, leurs chances de mener une vie prospère et en bonne santé). Les mesures de base requises sont résumées dans la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé intitulée « Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé » (WHA62.14), adoptée par l'ensemble des États membres de l'OMS en mai 2009. Un rapport plus détaillé qui fait la synthèse des abondantes données relatives à cette question a été publié par la Commission sur les déterminants sociaux de la santé en 2008².

27. Le traitement des déterminants sociaux de la santé exige une volonté politique forte, des systèmes de santé efficaces et très performants et une cohérence de toutes les politiques des pouvoirs publics. Pour y parvenir, chaque pays a besoin de programmes de santé publique qui fonctionnent bien et d'institutions capables d'avoir une influence sur l'élaboration des politiques dans l'ensemble des secteurs, y compris celui de la santé. Les parties prenantes vont des établissements d'enseignement et/ou de recherche aux ministères et des entités gouvernementales aux organisations non gouvernementales et de la société civile.

28. L'expérience européenne montre que si l'on veut instaurer, poursuivre et intégrer pleinement l'approche fondée sur les déterminants sociaux, il est essentiel de disposer d'un niveau minimum de ressources humaines bien établies dans les systèmes de santé, les programmes et les différents niveaux de gouvernement. Ces ressources devraient avoir des compétences et un savoir-faire appropriés et être tenues de rendre compte de la réduction des inégalités en santé. Ces compétences et ce savoir-faire doivent englober à la fois des connaissances générales sur la façon dont se manifestent les inégalités en santé dans un pays donné et des connaissances spécialisées sur la façon d'y remédier.

29. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe veillera tout particulièrement à aider les ministères et les partenaires à élaborer des stratégies détaillées concernant les aspects intersectoriels et ceux liés à la gouvernance, ainsi que les contraintes liées aux systèmes de financement inéquitables, aux ressources humaines, aux soins de santé primaires, aux produits pharmaceutiques et à l'infrastructure, en collaborant étroitement avec les principaux partenaires internationaux.

² Commission sur les déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008.

30. Le Bureau régional de l'Europe continuera de coopérer activement avec le Siège de l'OMS dans ce domaine et dirigera les activités visant à mettre au point un document-cadre qui fournira aux pays des recommandations sur l'élaboration de leur stratégie nationale et qui fera partie d'un ensemble complet d'outils de renforcement des systèmes de santé coordonné par le Siège de l'Organisation.

31. La politique sanitaire européenne placera au premier rang des priorités la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Des politiques et des stratégies repensées, actualisées et renforcées sur la santé des femmes, des mères, des enfants et des adolescents aideront tous les pays de la Région européenne de l'OMS à atteindre les OMD 3, 4 et 5, notamment les pays d'Asie centrale et du Caucase, où la réalisation des objectifs internationaux en matière de développement est la plus compromise. Cependant, la santé des mères et des enfants dans les groupes de population vulnérables (par exemple les migrants et les Roms) est menacée dans tous les pays de la Région européenne de l'OMS et nécessite un soutien personnalisé. Certes, des progrès importants sont accomplis sur la voie de l'OMD 3 dans la Région, mais les inégalités entre les sexes empêchent toujours les femmes d'accéder aux ressources et de les utiliser, comme en attestent leurs salaires inférieurs, les taux supérieurs de chômage qui les touchent et leur plus faible participation au marché du travail et aux organes de prise de décisions dans l'Europe tout entière. Les inégalités entre les sexes sont également responsables de l'absence d'amélioration au regard des indicateurs correspondant aux autres OMD, notamment les objectifs 4 et 5. L'OMS soutiendra les investissements nationaux réalisés dans les politiques, les programmes et l'accès à des services de qualité en matière de réduction des risques liés à la grossesse et de santé sexuelle et génésique. Ces investissements doivent reconnaître la forte incidence des inégalités entre les sexes sur la santé et les droits des femmes.

32. La politique sanitaire européenne incitera les États membres à reconnaître que, si le vieillissement est un processus biologique inévitable, la façon dont les femmes et les hommes l'abordent et les conséquences qu'elle entraîne sont conditionnées par des facteurs sociaux et peuvent être modifiées. Les déterminants sociaux chez les personnes âgées comprennent notamment la richesse, le revenu et la pauvreté, le parcours professionnel et l'expérience, les situations de dépendance, la vulnérabilité à la maladie et à l'incapacité due aux conditions sociales, l'isolement et le manque de soutien social.

33. Conformément à la nouvelle vision, les montants prévus par l'avant-projet de budget programme pour les objectifs stratégiques 4 et 7 en 2012-2013 ménagent une marge de croissance importante (pour une vue d'ensemble du budget régional, voir les paragraphes 89 à 93 ci-après). Toutefois, le financement effectif de l'objectif stratégique 4 demeure problématique à tous les niveaux de l'OMS, notamment de la Région européenne (en 2008-2009, le financement réel représentait 48,3 % du budget approuvé). Le manque de financement peut amener les États membres à avoir des difficultés à tenir leurs engagements.

Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement (objectifs stratégiques 1, 2, 5 et 8 et partie de l'objectif stratégique 9 relative à la sécurité sanitaire des aliments)

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

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

Objectif stratégique 5 : réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.

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

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

Faire connaître le Règlement sanitaire international (RSI) ; renforcer les dispositifs de préparation aux situations d'urgence et aux catastrophes et d'organisation des secours ; apporter une contribution à un système unifié de notification et/ou de surveillance européen, en mettant l'accent sur la tuberculose, en particulier la tuberculose à bacilles multirésistants, sur la résistance aux antimicrobiens et les infections nosocomiales, sur l'éradication de la poliomyélite et sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole. Mettre en œuvre la Déclaration de Parme et le Plan d'action associé et instaurer un nouveau cadre institutionnel dans le domaine de l'environnement et du changement climatique.

34. Les 53 États membres de la Région européenne de l'OMS ont tous à cœur d'appliquer le RSI, qui englobe également les maladies transmissibles. Les activités régionales porteront essentiellement sur le renforcement des fonctions importantes du système de santé publique relatives à la prévention des maladies transmissibles et à la lutte contre ces maladies (par exemple les dispositifs d'alerte rapide, la surveillance, les mesures de limitation, les stratégies et les interventions). Les États membres recevront une aide technique aux fins de la mise en œuvre, d'ici juin 2012, des plans d'action nationaux pour le RSI aux fins du développement et du maintien des principales capacités concernant ce Règlement. L'OMS continuera de faciliter les échanges d'informations et de données d'expérience entre les États membres, de mettre régulièrement à la disposition des points focaux nationaux du RSI des informations concernant les événements en matière de santé publique susceptibles d'avoir une portée internationale, et d'aider les États parties à s'acquitter de leurs obligations.

35. S'agissant de la préparation à la pandémie de grippe, le Bureau régional continuera d'aider les États membres à faire en sorte que leur plan national soit révisé en permanence, en insistant sur ses éléments pluridisciplinaires et multisectoriels et sur les aspects opérationnels relatifs à sa mise en œuvre. L'évolution de la récente grippe pandémique H1N1 2009, de même que l'apparition de nouveaux virus de la grippe, fera l'objet d'une surveillance et on tirera les leçons du passé pour apporter des aménagements aux activités de préparation et d'intervention aux niveaux régional et national.

36. Outre les OMD 4 et 6 qu'ils se sont engagés à atteindre, les 53 États membres de la Région européenne se sont engagés à éliminer la rougeole, la rubéole et le paludisme à l'échelon régional et à maintenir l'élimination de la poliomyélite dans le cadre de l'objectif d'éradication de cette maladie au niveau mondial. Ces objectifs régionaux nécessiteront un engagement politique renforcé et de nouvelles ressources afin de maintenir une couverture élevée par la vaccination systématique et de préserver la qualité et la sécurité des vaccins, ainsi que des investissements dans les dispositifs de surveillance. Si l'on entend accomplir des progrès dans la réalisation des objectifs concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme dans la Région, il sera nécessaire d'affiner les lignes directrices, les politiques, les stratégies et les autres outils de prévention comme de traitement et de soins des patients, et d'adopter des démarches innovantes pour mieux atteindre les populations pauvres et vulnérables.

37. D'autres ressources et mesures seront consacrées à la surveillance de la résistance aux antimicrobiens et à la lutte contre ce phénomène, grâce à des interventions de santé publique concertées fondées sur une démarche pluridisciplinaire. Des domaines très variés, parmi lesquels

la sécurité des patients, les pratiques en matière de lutte contre les infections, la surveillance des infections nosocomiales et de la résistance aux antimicrobiens, et la prescription et l'utilisation d'antibiotiques chez les humains et le bétail, seront pris en compte. Le Bureau régional élaborera une stratégie régionale détaillée et aidera les États membres à préparer leurs politiques nationales et à mettre en œuvre des stratégies en matière de lutte contre les infections et d'utilisation des médicaments.

38. Le Bureau régional continuera d'apporter son soutien aux plans nationaux de lutte contre la tuberculose conformément à la Déclaration de Berlin et au plan Halte à la tuberculose de l'OMS dans 18 pays hautement prioritaires. À cet égard, la tuberculose à bacilles multirésistants et la tuberculose à bacilles ultrarésistants ainsi que la co-infection par la tuberculose et le VIH feront en particulier l'objet d'un soutien suivi. Le groupe consultatif technique sur la tuberculose continuera de donner des orientations stratégiques et politiques pour la Région.

39. Le Bureau régional centrera ses efforts sur le renforcement et le développement des systèmes nationaux et régionaux de surveillance des maladies transmissibles, sur le suivi des programmes et sur l'évaluation des effets des mesures de contrôle et de lutte relatives aux nouveaux agents pathogènes et à la pharmacorésistance. Pour atteindre ces buts, il mettra davantage l'accent sur l'exploitation des ressources disponibles aux niveaux mondial et régional par le biais de partenariats stratégiques – nouveaux ou existants – avec les institutions européennes, notamment avec les instituts nationaux de santé publique et avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Afin de s'aider dans cette entreprise, il tirera parti du gisement de compétences et de connaissances techniques disponible au niveau national, en ayant recours de façon plus judicieuse aux centres collaborateurs de l'OMS, aux spécialistes dans les différents pays et aux programmes de jumelage institutionnel. Une attention accrue sera également accordée au développement de l'information sanitaire (rassemblement, analyse et diffusion d'informations sur les situations épidémiologiques, les menaces pour la santé et l'intervention du système de santé en matière de maladies transmissibles) et à la recherche opérationnelle nécessaire pour permettre à l'OMS de fournir des orientations et aux États membres d'élaborer des politiques.

40. Le Bureau régional poursuivra ses initiatives techniques dont l'objet est d'améliorer la sécurité sanitaire, en étroite collaboration avec des experts techniques pour tous les objectifs stratégiques, et notamment de renforcer les capacités nationales à prévoir et à limiter les effets des crises sur la santé et à intervenir dans ce domaine, grâce à une conception globale de la santé face à la multiplicité des risques. Il apportera un appui aux États membres dans la planification des mesures permettant de faire face aux crises touchant les systèmes de santé, les aidera sur le plan technique dans l'élaboration des programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence visant à réduire les risques de catastrophes, notamment grâce à des établissements de santé plus sûrs, mettra à leur disposition des conseils d'experts et renforcera leurs capacités en matière de santé publique et de gestion des situations d'urgence ainsi que de préparation des hôpitaux aux situations d'urgence.

41. Si une crise sanitaire grave ou une urgence humanitaire venait à frapper les États membres de la Région européenne, l'intervention du Bureau régional serait principalement mise en œuvre par le biais de sa présence directe dans les pays, avec le soutien du Siège de l'OMS. Toutes les actions humanitaires seront réalisées en collaboration étroite avec d'autres organismes des Nations Unies et des organisations non gouvernementales partenaires, conformément au rôle qui incombe à l'OMS en tant qu'organisation chef de file pour la santé, dans le cadre plus large du processus de réforme des interventions humanitaires des Nations Unies. En cas d'intervention, le Bureau appuiera les capacités des systèmes de santé des États membres, en privilégiant les fonctions de base de l'OMS dans des situations d'urgence.

42. Le Bureau régional continuera de s'employer à réduire ou à prévenir la charge liée aux facteurs de risque environnementaux grâce à l'adoption, au développement et au maintien de

politiques et d'interventions existantes ou nouvelles, reposant sur des informations factuelles. En particulier, il favorisera la mise en œuvre de mesures permettant de se conformer aux lignes directrices de l'OMS concernant la qualité de l'air, le bruit, l'assainissement, la sécurité chimique, l'eau de boisson et de loisirs et la santé au travail, ainsi que l'élaboration de plans visant à accroître les capacités d'adaptation des systèmes de santé au changement climatique.

43. La capacité des pays à s'attaquer à de nouveaux problèmes environnementaux, tels que le changement climatique, sera renforcée grâce à une intensification des activités menées par le Bureau régional dans le cadre de programmes et d'initiatives adaptés aux différents pays. Il restera prioritaire d'aider les États membres à mettre au point et à gérer des mécanismes de coordination efficaces dans tous les secteurs, comme de renforcer leur capacité de collaboration avec les organisations non gouvernementales et celles de la société civile.

44. Le Bureau régional apportera son soutien aux États membres aux fins de la mise en œuvre des engagements pris lors de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (tenue à Parme, Italie, en mars 2010). Ce soutien se traduira notamment par la fonction de secrétariat pour le processus européen Environnement et santé et son Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé.

45. L'impact des services de santé sur l'environnement, par exemple leur contribution aux émissions de CO₂, le rendement énergétique, la gestion des déchets, etc., constitue un nouveau domaine d'activité pour l'OMS et un problème environnemental majeur dans le secteur de la santé. Celui-ci est l'un des plus vastes secteurs au monde, et aussi l'un des premiers employeurs, et il est un acteur important du développement durable et de l'environnement. Le Bureau régional développera ses activités en tant que source d'informations factuelles et d'orientations relatives à « l'écologisation des services de santé », afin de diminuer les coûts et d'améliorer l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé.

46. Le Bureau régional fait fonction de secrétariat commun pour le Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux, avec la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe (CEE-ONU), et pour le Plan d'action pour la Méditerranée et la Convention de Barcelone pour la protection du milieu marin et du littoral de la Méditerranée, avec le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE). Les partenariats avec des acteurs régionaux essentiels tels que la Commission européenne, l'Agence européenne de l'environnement, la CEE-ONU et le PNUE seront encore renforcés.

47. Les niveaux de l'avant-projet de budget programme pour 2012-2013 pour les objectifs stratégiques intervenant dans ce domaine (objectifs stratégiques 1, 2, 5, 8 et certaines parties de l'objectif stratégique 9) témoigneront de la nécessité prévue de consolider la croissance tout en tenant compte de l'importance relative variable des priorités. La mise en cohérence de l'élaboration des politiques et de l'expertise technique entre tous les sites se poursuivra, ce qui créera des synergies entre les différents domaines techniques. Des liens étroits seront maintenus ou établis avec les objectifs stratégiques 3, 6, 7 et 10.

Maladies non transmissibles, prévention et promotion de la santé (objectifs stratégiques 3, 6 et 9)

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

Objectif stratégique 6 : promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres

substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque.

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

Mettre en œuvre la stratégie coordonnée de prévention des maladies et de promotion de la santé (adoptée par le Comité régional réuni en sa cinquante-sixième session). Cela nécessitera un engagement politique renforcé en faveur des politiques et des plans d'action nouveaux et existants (par exemple en matière d'alimentation et de nutrition, d'obésité, d'alcool et de tabac) et de la promotion de la santé.

48. Le changement le plus notable apporté à l'avant-projet de budget programme pour 2012-2013 relatif au Bureau régional de l'Europe concernera les objectifs stratégiques ayant trait à la lutte contre les maladies non transmissibles, compte tenu de la très lourde charge de morbidité que représentent ces maladies dans les États membres européens et conformément à la nouvelle vision des activités du Bureau régional.

49. L'engagement des États membres de la Région européenne s'est exprimé à travers l'adoption de la stratégie régionale relative à ce problème en 2006 – *Améliorer la santé. Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte* (document EUR/RC56/8) – et du *Plan d'action pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles* (document A61/8), lui-même adopté par la Soixante et unième Assemblée mondiale de la santé. En principe, un plan d'action européen sur les maladies non transmissibles sera adopté par le Comité régional en 2011. Ce plan définira l'orientation des activités au cours de la prochaine période biennale, notamment sous la forme d'un soutien important apporté aux États membres aux fins de l'élaboration de politiques nationales complètes traitant des maladies non transmissibles et des déterminants sous-jacents de la santé. La prévention des maladies et la promotion de la santé revêtiront à cet égard une importance toute particulière.

50. Pour agir sur les multiples déterminants de la santé, il est nécessaire de faire la promotion d'activités coordonnées et intersectorielles portant sur tous les facteurs de risque et maladies ou affections, et de mettre en place des interventions et des politiques souvent en dehors du secteur de la santé, par exemple des politiques budgétaires et une fiscalité, ainsi que des politiques en matière de soutien social, d'agriculture, de construction et d'urbanisme, de commerce et d'industrie, et d'éducation, entre autres secteurs. Le Bureau régional s'emploiera sans relâche à plaider pour que les différents secteurs soient tenus de rendre compte des effets de leurs politiques sur la santé de l'ensemble des individus et des populations, et un appui adapté sera fourni aux pays pour les aider à renforcer la capacité de leur système de santé et le rôle de celui-ci dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques.

51. Il reste prioritaire de se pencher sur les inégalités en matière de santé, les déterminants de santé et les besoins des groupes vulnérables, et ces questions revêtiront une importance accrue dans le cadre de la prévention des maladies non transmissibles et de la lutte contre celles-ci.

52. Une attention particulière sera portée à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations, fondées sur des informations factuelles, qui portent sur des interventions efficaces et économiques, y compris des études d'impact économique qui seront utilisées dans le cadre d'actions dirigées par les pays. On se penchera également sur des systèmes coordonnés de surveillance et de suivi, une analyse des politiques et un recueil des informations sur les bonnes pratiques, la formation du personnel dans une optique de travail coordonné et la création d'instances d'apprentissage et de partage des expériences.

53. Au niveau de la population, des activités continueront d'être consacrées aux comportements et aux modes de vie. Des progrès seront encore accomplis en matière de lutte antitabac, car un plus grand nombre de pays devraient mettre en œuvre la Convention-cadre pour la lutte antitabac. La promotion des modes de vie sains et la prévention des maladies non transmissibles se feront dans le contexte d'interventions des systèmes de santé, à la fois par l'intégration plus complète des services de santé publique dans les soins de santé primaire et par la mise en œuvre d'autres interventions auprès de la population. Dans toute la Région, une attention prioritaire sera accordée aux mesures relatives aux effets néfastes de la consommation d'alcool, non seulement en tant que facteur décisif de risque de maladies non transmissibles, mais également en tant qu'important facteur déterminant de violence et de traumatismes. L'usage de substances psychoactives est plus répandu dans la Région européenne que dans le reste du monde et les activités dans ce domaine seront renforcées, notamment dans le domaine de la prévention des décès par surdose, du VIH et de l'hépatite virale. Les travaux techniques sur la santé en prison, domaine dans lequel le Bureau régional a joué un rôle de chef de file en Europe, demeureront un important volet de l'action dans le domaine de la santé mentale, de la consommation d'alcool et de drogues, et de la prévention de la violence et des traumatismes.

54. Dans le domaine de la santé mentale, l'accent sera mis sur la désinstitutionalisation et sur le développement d'alternatives aux établissements psychiatriques ; sur la santé mentale et l'emploi, compte tenu en particulier de la situation des personnes âgées ; et sur la politique et l'amélioration des services en matière de santé mentale. La violence et les traumatismes constituent un nouveau domaine d'activité où l'on enregistre une forte demande d'actions de renforcement des capacités à l'échelon national, notamment en ce qui concerne les traumatismes liés aux accidents de la route et de la circulation et à la violence urbaine.

55. La prise en charge des maladies chroniques, en particulier les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète, ainsi que des troubles mentaux et des traumatismes, exige une reconfiguration des systèmes de santé et une réorganisation des services sanitaires et sociaux dans différents contextes (soins hospitaliers, soins à domicile, soins palliatifs). Les comorbidités multiples et les maladies et affections chroniques liées au vieillissement et à la longévité de la population de la Région feront l'objet d'orientations dans le domaine de la prise en charge des patients. La définition d'approches fondées sur des informations factuelles, visant notamment à la participation des patients à la prise de décision et à la mise en place de « patients experts », sera un élément central. Il s'agit d'un domaine qui présente un grand intérêt pour les États membres et qui fera donc l'objet d'une attention accrue en 2012-2013, grâce à l'évaluation de divers modèles et à des conseils techniques et de politique de santé.

56. La lutte contre l'obésité grâce à une meilleure alimentation et à une activité physique reste un important domaine dans lequel des activités de soutien sont consacrées aux États membres. La nutrition englobe non seulement la prévention de l'obésité, mais également les carences en micronutriments, la malnutrition, l'alimentation des nourrissons et, en particulier en Europe, la double charge de la malnutrition et de l'obésité. Les États membres demandent de plus en plus d'aide et d'intervention dans le domaine de la politique de nutrition, par exemple en ce qui concerne l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de plans nationaux sur la nutrition et l'activité physique ; les liens entre la nutrition et les inégalités ; la surveillance de l'état nutritionnel ; le rôle des gouvernements locaux et des soins primaires ; et le recensement et la diffusion de bonnes pratiques en matière de promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique dans différents environnements, par exemple en milieu scolaire. Il demeure également nécessaire de poursuivre les démarches intersectorielles amorcées avec l'adoption de la Charte d'Istanbul, de nouer des partenariats et de dialoguer avec les principales parties intéressées.

57. Les principales activités concernant les maladies non transmissibles et les déterminants de la santé sont incluses dans les objectifs stratégiques 3, 6 et 9. Toutefois, il existe des liens transversaux avec d'autres objectifs stratégiques, en particulier les objectifs stratégiques 1 et 2

(maladies transmissibles), 4 (parcours de vie, santé des enfants et des femmes, vieillissement), 5 (préparation aux catastrophes et interventions), 7 (équité et droits de l'homme, déterminants sociaux) et 10 (systèmes de santé).

58. Afin de relever les défis croissants liés à la charge des maladies non transmissibles dans la Région européenne, il est proposé d'augmenter le montant du budget pour les objectifs stratégiques 3, 6 et 9 en 2012-2013.

Systèmes de santé (objectifs stratégiques 10 et 11)

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

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

Continuer de mettre en œuvre la Charte de Tallinn ; renforcer les systèmes de soins de santé et le financement de ces soins ; renforcer les systèmes de santé publique et les fonctions essentielles de santé publique ; renforcer les ressources humaines dans le domaine sanitaire ; examiner les besoins en personnel de santé et améliorer les capacités en matière de formation et de formation continue ; veiller à la qualité de la prestation de soins de santé et à l'utilisation sûre et rationnelle des médicaments ; faire participer les patients ; conseiller les États membres engagés dans d'importantes réformes ; relever les nouveaux défis, notamment celui de la cybersanté ; et analyser les contributions de l'industrie de la santé.

59. Conformément à la nouvelle vision dont l'objet est d'« Améliorer la santé en Europe », les activités dans ce domaine seront essentiellement consacrées à la santé publique ainsi qu'aux fonctions essentielles associées et à la formation dans ce domaine (qui favorisera la constitution d'un ensemble minimal de spécialistes de la santé publique dans la Région européenne), ainsi qu'aux déterminants sociaux de la santé et à la prévention primaire. Une attention particulière sera accordée à l'obtention de meilleurs résultats dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles, grâce au renforcement des systèmes de santé et aux mesures facilitant l'élaboration de politiques sanitaires nationales et de stratégies intersectorielles (la santé dans toutes les politiques).

60. La place importante accordée au renforcement des systèmes de santé dans le Plan stratégique à moyen terme va dans le sens des priorités de la Région européenne, comme l'ont très clairement démontré ses États membres en approuvant la *Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité* dans une résolution (EUR/RC58/R4) adoptée par le Comité régional de l'Europe en septembre 2008. Cette Charte engageait le secrétariat de l'OMS à fournir une aide directe aux États membres européens, à l'échelon du pays, sur les questions relatives aux systèmes de santé et à faciliter les échanges et l'apprentissage entre les pays en matière de mesures et de techniques d'évaluation de la performance des systèmes. De plus, les effets de la crise économique et financière mondiale qui a débuté en 2009 risquent de perdurer et de se faire sentir pendant encore de nombreuses années, dans la mesure où les pays finiront par devoir limiter la hausse des dépenses publiques afin de revenir à l'équilibre budgétaire. Il sera d'autant plus nécessaire de conseiller les pays sur les possibilités d'améliorer l'efficacité économique de leur système de santé, c'est-à-dire d'être capables d'obtenir de meilleurs résultats en termes de santé à partir des ressources disponibles. Cela a des conséquences sur de nombreux aspects de l'action des systèmes de santé, notamment la politique de financement, la réorganisation de la prestation de services, la politique relative aux ressources humaines, la

démonstration des effets des interventions préventives, et la surveillance et l'évaluation de la performance des systèmes et de l'impact des réformes.

61. Les activités du Bureau régional continueront à porter principalement sur un appui direct aux pays dans l'élaboration, le suivi et l'analyse des politiques relatives aux systèmes de santé. Les objectifs stratégiques 10 et 11 engloberont les quatre fonctions des systèmes de santé : la prestation de services de santé aux personnes et de services de santé publique, l'obtention des ressources nécessaires (ressources humaines, appareils médicaux, médicaments et infrastructure matérielle), le financement et la fonction de direction. Une importance particulière sera accordée à l'obtention de meilleurs résultats dans les domaines des maladies non transmissibles et de la tuberculose à bacilles multirésistants et ultrarésistants grâce au renforcement des systèmes de santé.

62. Le Bureau régional maintiendra son appui aux États membres dans les domaines de la gouvernance et de la direction, notamment en ce qui concerne l'élaboration et/ou la révision de leurs politiques et stratégies nationales en matière de santé et la définition de bonnes pratiques relatives aux processus de formulation et de planification des politiques, en privilégiant les OMD 4, 5 et 6. Ces activités s'appuieront sur les principes de l'alignement de l'aide énoncés dans la Déclaration de Paris, sur l'évaluation conjointe des stratégies nationales, sur le Partenariat international pour la santé (IHP+), sur le dispositif de financement conjoint de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et de la Banque mondiale, et sur la réforme des Nations Unies dans les pays.

63. Pour ce qui est des activités relatives à la prestation de services, le Bureau régional aidera les États membres à élaborer des stratégies et des politiques, propres aux différents pays, qui seront davantage axées sur la santé publique ainsi que sur la formation dans ce domaine et sur les fonctions de santé publique, sur la prévention primaire et sur les maladies chroniques dans leurs systèmes de santé. L'accent sera mis sur la coordination des services et sur l'amélioration de la cohérence entre les services de santé publique destinés à la population et les services de santé aux personnes. D'une façon générale, l'un des buts principaux sera de faire en sorte que les systèmes de santé soient plus performants sur le plan de la prestation de services de qualité aux personnes qui en ont besoin, dans la mesure où les effets prolongés de la crise obligeront les systèmes de santé à offrir un meilleur rapport coûts-résultats.

64. Le Bureau régional se donne également pour tâche de favoriser l'élaboration des politiques nationales afin d'améliorer la qualité et la disponibilité des ressources dont les systèmes de santé ont un besoin primordial. L'une de ses priorités sera d'aider à garantir la disponibilité de professionnels de santé compétents et productifs qui offriront le dosage approprié de compétences nécessaire à l'amélioration des résultats en matière d'état de santé. De ce fait, il conviendra de porter des efforts sur la formation des médecins et des infirmiers afin de promouvoir une médecine fondée sur les preuves, et de fournir une assistance qui permettra de surveiller et d'évaluer les nouveaux programmes de perfectionnement du personnel au niveau des pays, afin d'améliorer la fidélisation, la motivation et les prestations du personnel. Une importance particulière sera accordée à la question des migrations des professionnels de santé dans la Région européenne.

65. Dans le domaine des médicaments, des appareils médicaux et des technologies, y compris des vaccins, le Bureau régional continuera d'aider les pays à renforcer leurs capacités à gérer la fourniture, la réglementation et l'utilisation des médicaments et des produits médicaux, afin de parvenir à un accès équitable à des produits sûrs et efficaces, et de faire en sorte que ces derniers soient utilisés de façon appropriée. L'aide aux pays les moins prospères portera essentiellement sur l'accroissement de l'accès aux médicaments essentiels, la réduction des paiements à la charge des patients et l'amélioration de la réglementation et de la qualité des produits médicaux sur leurs marchés. Des efforts particuliers seront consacrés à l'accroissement de l'accès aux médicaments

contre le VIH/sida et la tuberculose. Les pays plus prospères sont également confrontés aux attentes de plus en plus grandes de la société envers les nouvelles technologies et aux coûts élevés associés aux nouveaux médicaments, vaccins et technologies (par exemple les traitements anticancéreux et le vaccin contre la grippe pandémique H1N1 2009) ; ils s'efforcent donc d'accroître l'efficacité des dépenses pharmaceutiques, de recourir davantage à l'évaluation des technologies de santé pour décider de leur remboursement, d'améliorer la façon dont les produits médicaux sont prescrits et utilisés par les professionnels de santé et les patients, et de stimuler la recherche-développement sur les produits médicaux (diagnostics, médicaments, vaccins) destinés aux maladies insuffisamment étudiées. Le Bureau régional aidera également les États membres à élaborer et à mettre en œuvre leurs politiques nationales dans ces domaines, en leur diffusant en temps voulu des informations appropriées, en stimulant le travail en réseau entre les pays et en offrant une assistance technique spécifique. Les efforts qu'il déploiera pour renforcer cette dimension des systèmes de santé des pays seront étroitement coordonnés et développés avec les programmes axés sur des maladies (en particulier l'infection à VIH et le sida, la tuberculose, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et les maladies non transmissibles).

66. Le Bureau prévoit de continuer d'accorder une importance particulière à la politique de financement de la santé, notamment du fait que les pays subissent un ajustement budgétaire suite à la crise économique. Il faudra donc favoriser l'élaboration de stratégies à moyen terme pour donner aux systèmes de santé une assise financière durable. Une importance sera accordée à l'élaboration d'une politique sur le financement des systèmes de santé, en ce qui concerne les services aux personnes comme les services à la population. Les activités menées à ce titre consisteront principalement à donner des impulsions d'aide technique, à fournir un soutien et à renforcer les capacités dans le domaine de la politique de financement de la santé, et à développer les informations disponibles sur les dépenses de santé des pays, informations considérées comme un bien public global qui favorise l'élaboration d'une politique fondée sur des données probantes. Dans les États membres où des organismes donateurs et des partenaires sont actifs, le Bureau régional continuera d'aider les responsables politiques à évaluer les conseils qu'ils reçoivent et à coopérer étroitement avec leurs partenaires en vue d'assurer le recours à une démarche cohérente. La crise pourrait également entraîner une demande de conseils et d'appui de la part des pays qui, jusqu'à présent, n'ont pas demandé beaucoup d'aide directe sur les questions relatives aux systèmes de santé, y compris plusieurs pays à revenu intermédiaire, voire actuellement à revenu élevé.

67. Le Bureau régional placera en tête de ses priorités le soutien à apporter aux États membres dans le processus global d'élaboration de leur politique sanitaire nationale, afin de garantir la cohérence entre les mesures de réforme et les objectifs politiques clairement définis et mesurables préconisés par la Charte de Tallinn. Du fait du ralentissement de la hausse des dépenses publiques consacrées à la santé, qui est prévu dans la période actuelle, une attention accrue sera accordée à l'amélioration de la performance des systèmes de santé ; par conséquent, le Bureau aura un rôle décisif à jouer en aidant à la mise au point d'outils et de méthodes d'évaluation de la performance, y compris en facilitant l'échange de données d'expériences entre les pays. À cet égard, il peut être prévu – et ce serait une étape décisive – d'élargir à quelques autres pays l'expérience menée par le Bureau régional avec des conseillers en matière de politique sanitaire établis dans les pays. Dans cette optique, les activités relatives à la fonction de direction s'attacheront encore davantage à « traduire le concept dans les faits » en adaptant et en appliquant différentes dimensions de ce concept (par exemple la coordination des politiques, les politiques fondées sur des bases factuelles, etc.) à certains pays. Grâce à un soutien très poussé apporté à quelques pays associé aux outils d'analyse des politiques sanitaires et d'évaluation de la performance, ainsi qu'à la promotion de l'apprentissage et de l'échange de données d'expérience entre les pays, le Bureau apportera aux États membres une aide concrète afin de leur permettre de renforcer leur système de santé et d'obtenir des résultats en matière de santé de la population de façon transparente et équitable.

68. Le montant de l'avant-projet de budget programme pour les objectifs stratégiques 10 et 11 en 2012-2013 offrira des possibilités d'expansion considérables (40 %), ce qui permettra d'élargir la perspective dans l'esprit de la nouvelle vision, et de contrôler l'application des engagements pris conformément à la Charte de Tallinn avant de faire rapport au Comité régional en 2015.

Information, bases factuelles, science, recherche et innovation pour les besoins de la prise de décisions et des programmes techniques (objectif stratégique 10)

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

Encourager l'utilisation des technologies de l'information et de la communication modernes ; prendre l'initiative d'établir des contacts avec des établissements spécialisés dans la science, la recherche ou l'enseignement afin de synthétiser les résultats des constatations, en mettant en évidence les relations entre la science, la recherche et la politique ; mettre à disposition des données, des bases factuelles et des options politiques, en diffusant les bonnes pratiques et en offrant des possibilités d'échange de données d'expérience ; combler le fossé entre la science et la politique ; proposer des outils et des instruments améliorés en matière d'élaboration des politiques, et étudier et utiliser des outils d'information et de communication innovants qui atteignent les différents partenaires de l'OMS tels que les décideurs, les professionnels et le public, y compris les populations vulnérables et les jeunes.

69. Grâce au renforcement de son Réseau des bases factuelles en santé, le Bureau régional continuera de fournir des informations pour les politiques sanitaires qui seront à la fois facilement accessibles et destinées aux responsables de l'élaboration des politiques. Le Bureau jouera en outre un rôle plus important en matière de stratégie et de suivi de la recherche. Ce rôle comprendra notamment la reconstitution du Comité consultatif européen de la recherche en santé, l'élaboration par étapes d'une stratégie sur la recherche en santé pour le Bureau régional conformément à la stratégie mondiale (et suite à la stratégie élaborée par l'Organisation panaméricaine de la santé) et l'instauration d'un protocole d'examen éthique.

70. Dans le domaine de l'information sanitaire, le Bureau régional accélérera les activités de regroupement des multiples systèmes d'information actuellement publiés sur ses pages Web (par exemple la base de données de la Santé pour tous), afin de détecter les lacunes qui subsistent dans les bases factuelles servant à élaborer des politiques dans une optique de comparaison internationale, d'améliorer la qualité des données et de la documentation et d'en améliorer l'accessibilité et la diffusion au moyen d'interfaces utilisateur de pointe et de profils de pays entièrement repensés. Ces activités s'appuieront sur les enseignements tirés du point de vue complet de la situation fait dans le cadre de l'évaluation de la performance des systèmes de santé actuellement réalisée, suite à la mission conférée par la Charte de Tallinn.

71. Par ailleurs, ce travail se fera conformément aux priorités qui devront être décidées en vertu de la nouvelle politique sanitaire européenne, en gardant à l'esprit les besoins spécifiques en information relatifs à la santé publique en Europe ; ces besoins concernent notamment la surveillance des populations vieillissantes, les maladies chroniques et les déterminants sociaux de la santé tels que les différences entre les systèmes de protection sociale d'un pays à l'autre.

72. Dans le même temps, le Bureau régional continuera d'apporter une aide technique dans le cadre du développement et de l'amélioration des systèmes d'information sanitaire à l'échelon des pays. Cette aide portera sur la mise en œuvre de normes internationales, telles que la Classification internationale des maladies, et sur le recensement et l'application de bonnes pratiques en matière de cybersanté (c'est-à-dire celles concernant les technologies de l'information et de la communication

utilisées dans les systèmes de santé) aux fins d'une meilleure surveillance et d'une meilleure coordination des systèmes d'information sanitaire.

73. La mission dévolue au Bureau régional de rassembler les données sanitaires, de surveiller la situation et les tendances sanitaires dans la Région et de faire rapport sur celles-ci se traduira de plus en plus dans les faits par des activités de recueil de données menées conjointement avec d'autres organisations. Les principaux outils de diffusion comprendront les versions actualisées du *Rapport sur la santé en Europe* ainsi que les rapports sur le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des OMD.

La gouvernance, y compris les partenariats avec les États membres et les autres organisations (objectif stratégique 12) et les fonctions d'habilitation et d'appui (objectif stratégique 13)

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

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

Un rôle renforcé pour le Comité régional comme pour le CPRC ; un Bureau régional fort remplissant la fonction de centre d'excellence technique, dont les bureaux géographiquement dispersés et les bureaux de pays sont une partie intégrante ; une coopération renforcée avec les partenaires partageant les valeurs, la vision et les objectifs du Bureau régional ; un Bureau régional qui établit le contact, au-delà des responsables de l'élaboration des politiques et des experts en santé publique, avec le grand public par le biais des médias et des nouvelles formes de communication. Un plus grand souci de l'économie et du rapport coût-efficacité dans l'aide à la mise en œuvre des programmes.

74. Outre la mise en œuvre du programme mondial d'action sanitaire grâce au rôle de chef de file de l'OMS, les objectifs stratégiques 12 et 13 ont pour objet de permettre l'accomplissement de travaux consacrés aux autres objectifs stratégiques, notamment grâce à une assistance et à un appui.

75. L'objectif stratégique 12 est par nature orienté vers le monde extérieur et porte sur le rôle de chef de file, la gouvernance, la présence de l'OMS dans les pays, le soutien qu'elle apporte à ces derniers, la collaboration avec les partenaires et les alliances efficaces avec des organisations apparentées. Les mesures prises face aux défis liés à la gouvernance de la santé en Europe ont plusieurs conséquences d'ordre stratégique sur les activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

76. Signe de l'importance accrue accordée à ces questions, le dix-septième CPRC a décidé, lors de sa deuxième session en novembre 2009, de créer un Groupe de travail spécial sur la gouvernance de la santé dans la Région européenne de l'OMS, dont la mission était d'adresser au Comité régional, lors de sa soixantième session, de fermes recommandations sur les possibilités de renforcement de la gouvernance de la santé dans la Région.

77. Du point de vue de la directrice régionale, les défis liés à la gouvernance auxquels est confrontée l'OMS dans la Région européenne peuvent être regroupés en quatre grandes catégories : le rôle de l'Organisation dans les activités internationales menées en Europe en matière de santé ; la nécessité, pour le Bureau régional, de renforcer son expertise technique et

de réorienter son modèle d'activité ; la nécessité d'une collaboration et de partenariats avec d'autres acteurs de la santé internationale ; et la contribution européenne à la santé mondiale.

78. À leur tour, ces défis laissent présager un ensemble de nouvelles priorités stratégiques pour le Bureau régional, à savoir la nécessité d'établir à l'échelle européenne un consensus sur un nouveau plan directeur sanitaire ; la nécessité d'une intensification de la collaboration avec les pays, afin de stimuler les évolutions stratégiques et le renforcement des capacités ; des partenariats plus actifs avec les autres parties intéressées œuvrant dans le domaine de la santé ; l'obtention de ressources garantissant la viabilité financière ; et la définition d'une stratégie de communication active.

79. Afin de favoriser ces évolutions stratégiques, il sera en outre extrêmement important de modifier certains aspects de la gouvernance interne et du règlement intérieur de l'OMS, ce qui aura une incidence sur les futurs rôles et fonctions du Comité régional et du CPR. Un rapport complet sur l'ensemble de ces aspects fait l'objet d'un document séparé intitulé *La gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe* (document EUR/RC60/11).

80. Les partenariats demeurent l'une des principales priorités du Bureau régional. Une importance accrue sera accordée au renforcement des partenariats stratégiques avec les États membres et les partenaires organisationnels directement concernés par la santé ou dont les activités ont des effets indirects sur la santé publique dans la Région. En améliorant ses relations stratégiques avec ces partenaires, le Bureau entend jouer un rôle plus dominant dans la prise en charge des questions de santé publique et coordonner avec davantage d'efficacité les activités menées avec les partenaires au niveau national comme international, ce qui permettra d'amener tous les peuples de la Région et d'ailleurs au niveau de santé le plus élevé possible. Le Bureau régional nouera également d'autres partenariats stratégiques dans le contexte du programme européen en matière de santé publique qui a été examiné et approuvé par l'ensemble des partenaires. Des accords officiels sur la répartition des tâches passés avec les principaux partenaires constitueront la pièce maîtresse de ces activités, qui s'appuieront sur les résultats et les recommandations présentés à l'issue de l'examen de l'action des bureaux de pays du Bureau régional. Les activités menées en 2012-2013 s'inspireront également de l'approche fondée sur les partenariats adoptée pendant la précédente décennie.

81. Au cours des dernières années, des progrès importants ont été accomplis sur le plan du renforcement de la présence du Bureau régional dans les pays et des relations avec les autorités nationales, en dépit d'une enveloppe budgétaire réduite. Les partenariats stratégiques entre le Bureau régional et les pays seront examinés par un groupe d'experts en 2010, dans l'objectif de l'amélioration de la performance et de la présence de l'Organisation à l'échelon national. Cet examen donnera lieu à des recommandations sur l'utilisation la plus rationnelle des ressources humaines et financières et permettra également de recenser les domaines dans lesquels les capacités demeurent insuffisantes, afin de permettre une exploitation optimale des ressources disponibles. Le Bureau régional continuera de s'employer à mettre en place, en coopération avec les États membres, des stratégies de coopération à l'échelon des pays établies sur des bases solides, qui seront fondées sur d'autres instruments de planification nationaux et internationaux et intégrées à ceux-ci. Afin d'intensifier ses relations avec les États membres dans lesquels l'OMS n'est pas présente, le Bureau régional recherchera de nouveaux moyens de coopération innovants.

82. Le Bureau régional continuera d'établir des partenariats institutionnalisés au niveau régional et à entretenir la capacité des bureaux de pays à prendre les devants pour coopérer avec les partenaires et pour s'investir dans des initiatives de collaboration en matière de santé au niveau national. Une priorité sera accordée à la mise en place de partenariats renforcés avec la Commission européenne (la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, ainsi que d'autres directions ayant une influence directe ou indirecte sur la santé publique) et avec ses agences (notamment l'ECDC). Un accord officiel entre le nouveau Commissaire européen en

charge de la santé et de la protection des consommateurs et la directrice régionale sera signé à cet effet lors de la session du Comité régional de septembre 2010. Cet accord instaurera des liens plus étroits et plus concrets entre les deux organisations aux niveaux stratégique, politique et technique dans le contexte des processus à la fois internationaux et nationaux, et il apportera une valeur ajoutée à l'élaboration, la mise en œuvre et la surveillance des plans et stratégies nationaux. (Pour plus de détails, se reporter au document intitulé *Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS* (document EUR/RC60/12) et au prochain projet d'accord avec la Commission européenne.)

83. Le Bureau régional consacrera en outre des efforts accrus à la mise en place de systèmes d'information et de communication efficaces et au renforcement des effectifs dans le domaine des partenariats. Il sera ainsi possible de recueillir et d'analyser des informations pertinentes, afin de modifier les activités avec les partenaires en fonction des défis et des possibilités récemment apparus et de faire du Bureau régional une organisation souple et capable de s'adapter à l'évolution des besoins et des priorités.

84. En collaboration avec le Siège de l'OMS et conformément aux politiques de l'Organisation, le Bureau régional renforcera également son rôle par le biais de l'élaboration et de la mise en œuvre de stratégies propres à la Région pour ses partenaires de la Région européenne, ainsi que pour les groupes de partenaires tels que les organisations non gouvernementales.

85. L'objectif stratégique 13 a un caractère plus interne. Son objet est d'assurer des améliorations constantes sur le plan de la fourniture d'un soutien souple, plus efficient et plus efficace par rapport à son coût aux activités que l'OMS mène sur les plans technique et de la politique au niveau régional et à celui des pays, ce qui favorise une action adaptée en vue de l'obtention des résultats souhaités. Cet objectif stratégique englobe tous les domaines de l'administration, en particulier les aspects financiers, la gestion des ressources humaines, la planification stratégique et opérationnelle, la surveillance et l'évaluation.

86. Des efforts sont actuellement déployés pour mettre en place une gestion du Bureau régional moderne, plus soucieuse des économies et plus rationnelle, comme en témoigne l'arrêt de la croissance au titre de ces objectifs stratégiques et le maintien de l'enveloppe globale pour les objectifs stratégiques 12 et 13 sous le seuil des 30 % du budget total. Des économies devraient pouvoir être réalisées dans les grands domaines suivants :

- un nouveau système mondial de gestion (GSM) intégré a été mis en service au Bureau régional en 2010. Après une période de rodage, il devrait permettre de gagner en productivité, notamment dans les domaines de l'administration et des finances ;
- les processus administratifs font actuellement l'objet d'un examen dans le but, d'une façon générale, de leur simplification et de la diminution des coûts qui leur sont associés ;
- les frais de fonctionnement des bureaux de pays seront réduits.

87. S'il est souhaitable de réduire l'ensemble des dépenses administratives générales, il est proposé d'utiliser une partie des économies ainsi réalisées pour renforcer les capacités d'analyse et fournir plus de services à valeur ajoutée aux départements techniques. Les capacités stratégiques et analytiques du Bureau régional devront encore s'accroître, en particulier du fait de la mise en place du système mondial de gestion. Les efforts actuellement déployés pour améliorer la performance du Bureau régional grâce à l'obtention de résultats d'une façon plus stratégique et plus responsable se poursuivront en 2012-2013, période au cours de laquelle une importance accrue sera accordée à une surveillance technique qualitative, ainsi qu'au suivi de grands indicateurs de performance mesurables, d'évaluations par les pairs et d'évaluations critiques des résultats et des activités. Cela permettra mieux au Bureau de répondre à des besoins évolutifs ou nouveaux, de corriger des problèmes de performance et d'être plus responsable devant les États membres.

88. Il est essentiel de donner au personnel les moyens d'agir grâce à une stratégie de gestion des ressources humaines moderne et adaptée aux besoins. Par conséquent, des efforts seront déployés pour créer et promouvoir un cadre de travail stimulant et favorable pour le personnel, tout en veillant à l'obtention de prestations de qualité élevée et à l'excellence technique. Le but d'ensemble est toujours de répondre aux besoins et aux attentes des États membres grâce à un personnel compétent sur le plan technique et sur celui de la gestion à tous les niveaux.

Considérations générales concernant l'avant-projet de budget programme pour 2012-2013

Vue d'ensemble du budget régional

89. Comme lors de la dernière période biennale, l'avant-projet de budget programme pour 2012-2013 se présente en trois segments : les programmes de base, les interventions en cas d'épidémies ou de crises et les partenariats (programmes spéciaux et dispositifs de collaboration). L'enveloppe du Bureau régional pour le segment « programmes de base » est fixée à 239 millions de dollars des États-Unis (USD), alors que le budget total (y compris les interventions en cas d'épidémies ou de crises et les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration) à 266 millions d'USD.

90. Le tableau 1 ci-dessous s'inspire du budget mondial (EUR/RC60/10) et établit des comparaisons à l'aide du mécanisme de validation des ressources³ mis en place en 2006. L'examen de ce tableau permet de constater que la part du projet de budget actuellement allouée au Bureau régional est de 7 %, soit la limite inférieure de l'échelle de validation comprise entre 7 et 8,6 %.

91. Comme le montre clairement le tableau 2, le projet de budget du Bureau régional pour les programmes de base en 2012-2013 représente une hausse relativement modeste de 26 % par rapport aux dépenses de 2008-2009.

92. Les opérations antérieures de 2008-2009 comme la situation actuelle de 2010-2011 indiquent que certains objectifs stratégiques (par exemple l'objectif stratégique 8) ont déjà une marge de croissance du budget limitée, alors qu'ils correspondent aux domaines prioritaires de la nouvelle vision, alors que pour d'autres, cette marge est plus importante (tableau 3).

93. Les deux arguments complémentaires ci-dessus confirment la nécessité d'une augmentation du niveau du segment « programmes de base » du Bureau régional, dans le but de ménager une marge de croissance qui permettrait de tenir les engagements pris au titre de la nouvelle vision dont l'objet est d'« Améliorer la santé en Europe ».

³ Voir document EB117/17. Le mécanisme de validation permet d'évaluer et d'analyser les résultats du Plan stratégique à moyen terme et ses budgets programmes associés. Il valide le montant des ressources nécessaires fondées sur les résultats. Il s'agit d'un point de référence important et transparent, mais il ne détermine pas le montant effectif des allocations de ressources. Il comporte trois éléments : un élément fixe, qui comprend les fonctions normatives et réglementaires exécutées à différents niveaux de l'Organisation ; un élément d'engagement, qui correspond aux fonctions régionales dont le coût varie en fonction du nombre de pays desservis ; et un élément reposant sur les besoins, qui tient compte de l'état de santé et de la situation socioéconomique relatifs, ainsi que d'un facteur démographique. Cet élément constitue la part la plus importante de l'enveloppe budgétaire totale.

Tableau 1. Projet de budget programme pour 2012-2013 pour les programmes de base par Bureau, avec comparaison aux moyennes et aux bornes minimale et maximale de la fourchette résultant du mécanisme de validation des ressources (EB117/17)

Objectif stratégique	AFRO	AMRO	SEARO	EURO	EMRO	WPRO	Siège	Total	% du total	% du total pour le Siège
1	155,2	24,0	76,0	21,3	88,1	52,0	160,4	577,0	17 %	28 %
2	208,2	40,4	90,0	25,5	32,9	55,5	95,5	548,1	16 %	17 %
3	21,9	11,2	18,1	18,0	22,6	18,0	35,9	145,6	4 %	25 %
4	107,7	25,4	36,0	12,9	36,1	18,0	48,9	285,0	8 %	17 %
5	31,5	13,5	14,0	5,8	10,3	6,4	19,5	101,0	3 %	19 %
6	23,9	13,9	17,5	17,0	22,1	18,0	38,3	150,7	4 %	25 %
7	13,0	7,4	4,5	7,7	12,9	2,0	12,8	60,4	2 %	21 %
8	16,3	10,4	12,5	19,0	14,1	11,0	25,9	109,2	3 %	24 %
9	31,7	12,6	11,0	6,0	8,4	10,0	20,0	99,6	3 %	20 %
10	123,0	33,2	44,0	30,8	57,3	39,0	77,6	405,0	12 %	19 %
11	23,2	7,7	10,0	5,0	16,1	14,0	73,1	149,1	4 %	49 %
Total partiel 1-11	755,8	199,7	333,6	169,0	320,9	243,9	607,9	2 630,8	76 %	23 %
12	50,2	15,7	16,5	31,7	26,3	17,1	132,2	289,7	8 %	46 %
13	119,7	29,6	43,5	38,3	44,0	31,6	202,5	509,1	15 %	40 %
Total partiel 12-13	169,9	45,3	60,0	70,0	70,3	48,7	334,7	798,8	23 %	42 %
Total général	925,7	245,0	393,6	239,0	391,1	292,6	942,6	3 429,6	99 %	27 %
% du total par Bureau	27,0 %	7,1 %	11,5 %	7,0 %	11,4 %	8,5 %	27,5 %	100,0 %		
Échelle de validation	24,9-30,4 %	7,0-8,6 %	9,8-11,9 %	7,0-8,6 %	9,0-11,1 %	7,0-8,6 %	25,2-30,8 %			

Tableau 2. Résumé par segment et par Bureau (en millions d'USD)

Bureaux	Dépenses 2008-2009 allouées aux programmes de base	BP approuvé 2010-2011		Projet de budget programme 2012-2013					Total
		Tous segments	Prog. de base, y compris OS 12 et 13	Prog. de base, y compris OS 12 et 13*	% du total (validation)	% de changement par rapport aux dépenses de 2008-2009	Prog. spéciaux et dispositifs de collaboration**	Interventions en cas d'épidémies ou de crises**	
AFRO	555	1 263	926	926	27 %	67 %	402	81	1 409
AMRO	130	256	245	245	7 %	89 %	6	7	257
SEARO	272	545	394	394	11 %	45 %	80	32	505
EURO	189	262	239	239	7 %	26 %	16	11	266
EMRO	212	515	391	391	11 %	85 %	163	171	725
WPRO	204	310	293	293	9 %	44 %	11	13	316
Siège	977	1 389	881	943	27 %	-4 %	246	148	1 336
Total	2 539	4 540	3 368	3 430	100 %	35 %	922	462	4 815

* Le budget pour les programmes de base correspond au montant approuvé pour 2010-2011 pour les Régions et il est diminué de 4 % pour le Siège par rapport aux dépenses réelles 2008-2009, ce qui permet de progresser vers la répartition 30/70.

** Les budgets des programmes spéciaux et dispositifs de collaboration et des interventions en cas d'épidémies ou de crises sont fixés au niveau des dépenses réelles de 2008-2009.

Tableau 3. Tendances des dépenses par objectif stratégique dans la Région européenne de l'OMS sur les trois dernières périodes biennales et comparaison par rapport aux budgets programmes 2010-2011 et 2012-2013 (tous segments du budget)

Budget programme de la Région européenne de l'OMS – Tous segments du budget											Comparaison entre le BP 2012-2013 et l'exécution en 2008-2009	% de changement du budget 2012-2013 par rapport à celui de 2010-2011
OS	Dépenses						Budget					
	2004-2005		2006-2007		2008-2009**		2010-2011		2012-2013			
1	14 020	8,8 %	26 190	14 %	26 095	12,8 %	26 393	10 %	27 771	10,4 %	6,4 %	5,2 %
2	19 085	11,9 %	25 560	13 %	23 057	11,3 %	25 473	10 %	25 473	9,6 %	10,5 %	0,0 %
3	8 049	5,0 %	5 400	3 %	8 053	4,0 %	14 674	6 %	18 000	6,8 %	123,5 %	22,7 %
4	4 470	2,8 %	5 280	3 %	6 973	3,4 %	12 937	5 %	12 937	4,9 %	85,5 %	0,0 %
5	8 439	5,3 %	11 380	6 %	10 609	5,2 %	17 960	7 %	15 753	5,9 %	48,5 %	-12,3 %
6	6 568	4,1 %	4 270	2 %	9 559	4,7 %	9 713	4 %	17 000	6,4 %	77,8 %	75,0 %
7	1 076	0,7 %	3 130	2 %	4 165	2,0 %	6 944	3 %	7 709	2,9 %	85,1 %	11,0 %
8	16 377	10,2 %	14 780	8 %	16 988	8,3 %	17 220	7 %	19 000	7,1 %	11,8 %	10,3 %
9	1 950	1,2 %	3 950	2 %	2 840	1,4 %	5 501	2 %	5 975	2,2 %	110,4 %	8,6 %
10	35 197	22,0 %	31 070	16 %	29 533	14,5 %	45 182	17 %	41 381	15,6 %	40,1 %	-8,4 %
11	3 222	2,0 %	2 540	1 %	3 635	1,8 %	5 952	2 %	5 000	1,9 %	37,5 %	-16,0 %
12	16 915	10,6 %	25 100	13 %	24 903	12,2 %	34 698	13 %	31 698	11,9 %	27,3 %	-8,6 %
13	24 631	15,4 %	33 440	17 %	37 065	18,2 %	39 262	15 %	38 262	14,4 %	3,2 %	-2,5 %
TOTAL	160 000	100,0 %	192 090	100 %	203 476	100,0 %	261 909	100 %	265 959	100,0 %	30,7 %	1,5 %

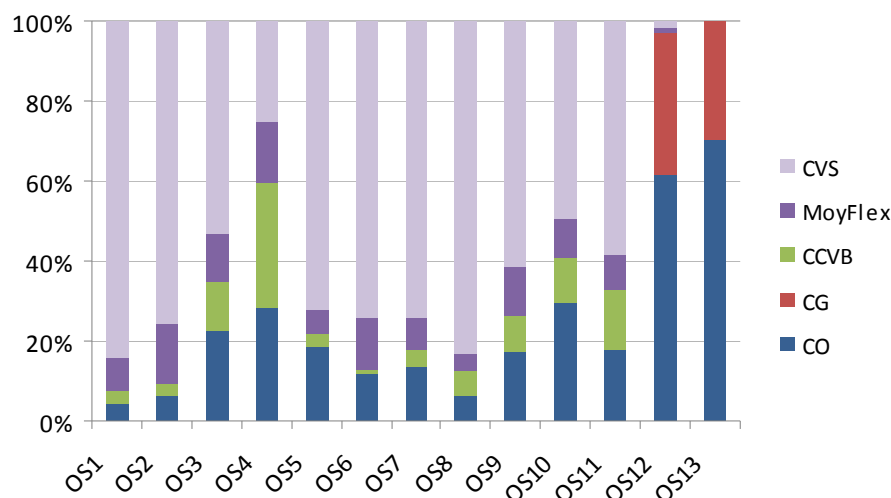
Mécanismes de financement – problèmes et difficultés

94. Le budget du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, comme le budget programme mondial de l'OMS, est financé par de nombreuses ressources différentes. Ces ressources peuvent être classées en cinq types :

- i) les contributions obligatoires (CO) versées par tous les États membres ;
- ii) le compte spécial de frais généraux (CG) : fonds provenant essentiellement des dépenses de soutien aux programmes et uniquement destinés aux objectifs stratégiques 12 et 13 ;
- iii) le compte des contributions volontaires de base (CCVB) : fonds versés par les donateurs au titre de l'aide publique au développement (APD), flexibles au niveau des programmes ou des objectifs stratégiques et destinés aux programmes de base et aux objectifs stratégiques 1 à 11 ainsi qu'à l'aide aux pays pouvant prétendre à l'APD ;
- iv) les contributions volontaires moyennement flexibles : fonds versés par les donateurs, flexibles au niveau des REEO, des programmes à l'échelle de l'Organisation ou des Bureaux.
- v) les contributions volontaires à des fins spécifiées (CVS) : essentiellement affectées à des fins particulières suite à des négociations détaillées entre les programmes techniques et les bailleurs de fonds.

95. La plus grande partie des ressources disponibles pour le Bureau régional en 2008-2009 provenait des contributions volontaires à des fins spécifiées (qui ont financé 44 % des dépenses totales), suivies des contributions obligatoires (33 %) puis du compte spécial de frais généraux (10 %). Les deux types de ressources volontaires flexibles (CCVB et contributions volontaires moyennement flexibles) représentent respectivement 6 et 7 % (figure 1). Cette répartition du financement est semblable à celle de l'OMS à l'échelle mondiale.

Figure 1. Financement des dépenses en 2008-2009, par objectif stratégique et par type de fonds dans la Région européenne de l'OMS



Contributions obligatoires

96. Le changement le plus important qui est intervenu dans l'affectation des contributions obligatoires entre les objectifs stratégiques de la Région européenne de l'OMS a eu lieu entre 2006-2007 et 2008-2009, avec une affectation de 66 % de ces contributions aux objectifs 12 et 13 en 2008-2009. Cette augmentation a donné lieu à une baisse des contributions obligatoires allouées à de nombreux objectifs stratégiques techniques. La figure 2 compare l'affectation des ressources correspondant aux contributions obligatoires entre les Bureaux de l'OMS et montre que le Bureau régional de l'Europe a la plus grande part de contributions obligatoires allouée aux objectifs stratégiques 12 et 13. En revanche, la Région européenne de l'OMS a la part totale des contributions obligatoires la plus faible de tous les Bureaux de l'OMS (tableau 4), notamment en ce qui concerne les Bureaux ayant un budget programmes de l'OMS d'un montant similaire. La disparité et le manque d'équité observés depuis longtemps dans les parts relatives des contributions obligatoires ne sont toujours pas résolus ; ils doivent continuer à retenir l'attention et il convient d'y remédier.

Figure 2. Affectation des ressources provenant des contributions obligatoires par Bureau de l'OMS, 2008-2009

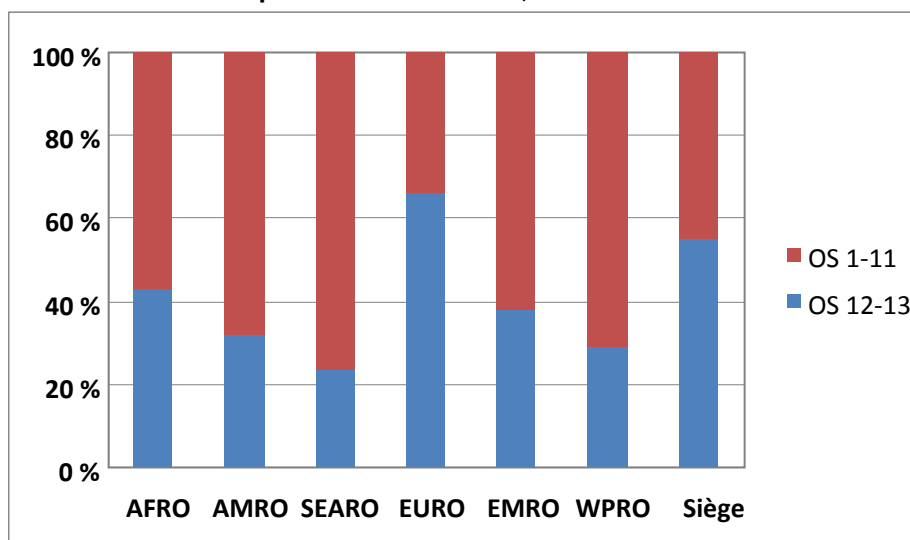


Tableau 4. Projet de budget programme 2012-2013 par Bureau pour les programmes de l'OMS, et comparaison avec les contributions obligatoires (en millions d'USD)

	Avant-projet de budget programme 2012-13		Contributions obligatoires	
	Programmes de l'OMS		Total des CO	% du total des CO
AFRO	926	27,0 %	213,3	22,2 %
AMRO	245	7,1 %	81,5	8,5 %
SEARO	394	11,5 %	103,9	10,8 %
EURO	239	7,0 %	63,3	6,6 %
EMRO	391	11,4 %	91,6	9,6 %
WPRO	293	8,5 %	80,2	8,4 %
Siège	943	27,5 %	325,0	33,9 %

97. En dépit du principe de budget programme unifié, les contributions obligatoires et volontaires ont jusqu'à présent été gérées en tant qu'éléments de budget séparés. Il en résulte deux conséquences : 1) une capacité limitée à apporter une réponse gestionnaire aux besoins techniques et de la disponibilité/non-disponibilité d'autres financements ; 2) une augmentation significative du travail administratif. Si l'on considérait les contributions obligatoires comme une ressource et non pas comme un budget, il serait beaucoup plus facile de faire concorder les priorités, le budget, les ressources et l'exécution.

Stratégie de mobilisation de ressources

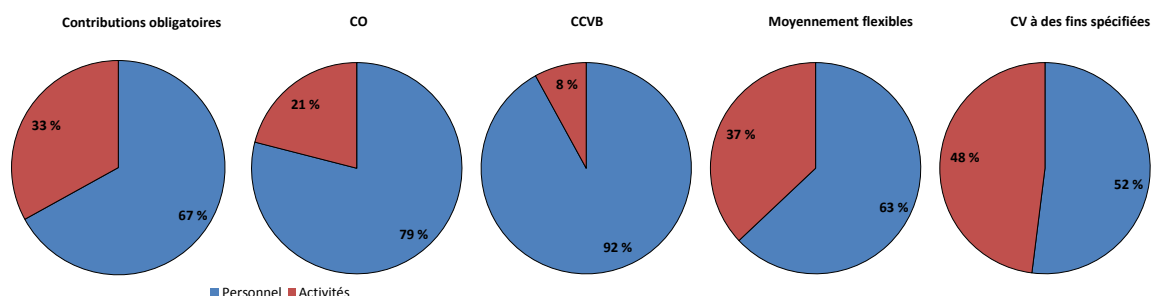
98. Le Bureau régional élaborera une stratégie de mobilisation de ressources et un plan d'action visant à garantir des ressources suffisantes pour une exécution efficace du budget programme et des plans de travail pour chaque objectif stratégique. Cette stratégie sera étroitement reliée à la stratégie mondiale de mobilisation des ressources de l'OMS.

99. La stratégie régionale de mobilisation de ressources s'accompagnera d'une surveillance rigoureuse des déficits de financement dans la Région et les pays, qui permettra de recenser les besoins en financement les plus urgents. L'échange régulier d'informations avec les États membres concernant la situation au regard du financement et l'état d'avancement de la mise en œuvre des plans de travail permettra aux pays de définir les mécanismes les plus appropriés de soutien aux activités de l'OMS dans la Région.

Utilisation des ressources

100. En 2008-2009, les contributions volontaires à des fins spécifiées ont compté pour 44 % dans les dépenses globales du Bureau régional. Cependant, les effets de l'affectation à des fins particulières se sont particulièrement fait sentir du point de vue des objectifs stratégiques techniques 1 à 11, car les contributions volontaires à des fins spécifiées ont financé près de 60 % des dépenses totales au titre de ces objectifs. Seuls 52 % de ces contributions ont été utilisés pour couvrir les dépenses de personnel, alors qu'en moyenne, celles-ci ont représenté 57 % du total des dépenses liées aux objectifs stratégiques 1 à 11. Par conséquent, les contributions volontaires à des fins spécifiées ont contraint les ressources flexibles plus limitées (contributions obligatoires, compte des contributions volontaires de base, contributions volontaires moyennement flexibles) à financer les dépenses de personnel, comme en témoigne le pourcentage plus élevé consacré aux dépenses de personnel pour ces types de fonds (figure 3). Certes, ce problème touche l'OMS tout entière, mais il semble plus préoccupant dans la Région européenne, du fait que 92 % du compte des contributions volontaires de base servent à financer les dépenses de personnel, contre 60 % pour l'ensemble de l'Organisation.

Figure 3. Financement du personnel et des activités par type de ressources en 2008-2009 dans la Région européenne de l’OMS



Planification opérationnelle, surveillance et évaluation

101. La partie intégrante du cadre de gestion fondée sur les résultats de l’OMS, la surveillance et l’évaluation régulières des progrès accomplis constituent un élément essentiel d’une démarche structurée vis-à-vis de l’obligation de rendre des comptes et de l’engagement à atteindre les objectifs fixés. Les résultats de la surveillance et de l’évaluation de la performance sont intégrés à tous les niveaux et donnent des enseignements qui alimentent au jour le jour les décisions en matière de gestion et les choix relatifs aux programmes, ainsi que le développement de connaissances à long terme et l’apprentissage institutionnel. L’une des conditions d’une mise en œuvre réussie est une planification opérationnelle sérieuse qui prenne comme point de départ les besoins et les priorités recensés par les États membres, ainsi que la définition et la sélection d’indicateurs permettant de mesurer les niveaux de performance.

102. En 2008-2009, on a commencé à revoir soigneusement et systématiquement l’ensemble d’indicateurs associés à tous les résultats escomptés à l’échelle de l’Organisation (REEO) énoncés dans le Plan stratégique à moyen terme, dans le but de les rendre plus clairs et de faciliter le travail de mesure et de communication d’informations. La plupart de ces indicateurs ont été affinés ; certains ont été remplacés lorsque l’on considérait qu’ils ne pouvaient pas fournir une mesure adéquate du résultat.

103. Si l’Organisation dans son ensemble est tenue de rendre des comptes sur l’obtention des REEO, la contribution de chaque Bureau régional dans ce domaine s’exprime en résultats escomptés à l’échelle régionale. Ces derniers sont atteints collectivement par tous les bureaux de pays et les divisions du Bureau régional. Ils sont mis en œuvre dans les Bureaux régionaux et dans leurs produits et services associés à travers les résultats escomptés par pays et les résultats escomptés entre les pays.

104. Comme cela a été dit précédemment, pour la prochaine période biennale, l’un des enjeux essentiels de la planification opérationnelle est la meilleure mise en adéquation avec les priorités des pays. Afin que les activités stratégiques des États membres inspirent et guident de façon systématique le processus de planification opérationnelle dans l’ensemble de l’Organisation, un exercice en grande nature sera réalisé chaque année dans le but de faire concorder les priorités des pays avec les résultats escomptés à l’échelle de l’Organisation énoncés dans le Plan stratégique à moyen terme.

105. Les pays dont les priorités sont particulièrement axées sur tel ou tel résultat escompté à l’échelle de l’Organisation seront recensés et feront partie des pays « ciblés » pour l’indicateur du résultat en question. Cet exercice annuel, qui sera suivi de la présentation détaillée des résultats escomptés par pays, garantira une élaboration et une gestion plus efficaces des programmes

concernant les pays en 2012-2013. Dans la Région européenne, la surveillance et l'évaluation régulières de la performance portent sur l'accomplissement des résultats ainsi que sur la fourniture de produits, de services et d'activités connexes, et elles impliquent le recueil, l'analyse et la consignation de données relatives aux résultats par pays et régionaux. Afin de compléter et de développer ces exercices, le Bureau régional a l'intention, au cours de la prochaine période biennale, d'entreprendre une ou deux évaluations ou examens programmatiques axés sur la pertinence, l'efficacité et l'efficacités, et de commander deux évaluations externes *a posteriori* d'éléments particuliers de ses activités, comme moyen d'affiner ses stratégies et ses méthodes gestionnaires et opérationnelles.

Les principales mesures pour traduire la vision dans les faits : les éléments « budget » et « ressources » du nouveau plan d'activités du Bureau régional

106. La concrétisation de la nouvelle vision du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe exige que le budget et les ressources existent ou qu'ils puissent être mis en place pour accompagner les changements qu'implique ce processus. Deux questions essentielles reviennent sans cesse dans les discussions des organes directeurs de l'OMS : comment trouver une meilleure adéquation entre les priorités adoptées d'un commun accord et les sommes disponibles pour financer celles-ci ; et comment garantir une plus grande prévisibilité et une plus grande stabilité du financement de façon à favoriser une planification plus réaliste et une gestion plus efficace ?

107. La situation est complexe et difficile et n'offre que peu de marge de liberté, notamment parce que le contexte financier actuel n'est globalement pas propice à la résolution des problèmes de mise en adéquation grâce à la croissance, par exemple. Toutefois, il convient d'affronter et de relever efficacement les défis. Dans le cadre du nouveau plan d'activités du Bureau régional, un plan d'action relatif à ces défis a été élaboré en concertation avec le CPRC. Ce plan comporte quatre axes, correspondant à quatre groupes de défis : la marge de manœuvre, les risques financiers, la gestion des ressources et la responsabilisation et la transparence (pour plus de détails sur ce dernier axe, voir les paragraphes 15 à 17 plus haut). Chacun de ces axes représente un ensemble d'options et de possibilités d'entrée en action.

Ménager une marge de manœuvre

108. Les accords de collaboration biennaux passés entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et les États membres, ainsi que la nouvelle vision qui consiste à « Améliorer la santé en Europe », exigent une intensification des activités dans les domaines des maladies non transmissibles (objectifs stratégiques 3 et 6), de l'amélioration de la santé aux principaux stades de la vie (objectif stratégique 4) et des déterminants sociaux de la santé (objectif stratégique 7). Or, pour l'instant, le financement nécessaire au renforcement des activités consacrées à ces objectifs stratégiques n'a pas été au rendez-vous. En 2008-2009, 85 % du financement des activités sanitaires techniques du Bureau régional, au titre des objectifs stratégiques 1 à 11, a été assuré par les contributions volontaires, la plupart des fonds étant affectés dans une large mesure à des utilisations déterminées, principalement pour les objectifs stratégiques 1, 2, 8 et 10. Cette situation financière limite la capacité du Bureau régional à garantir une meilleure mise en adéquation avec les besoins des États membres et la nouvelle vision.

109. Il existe deux méthodes principales pour remédier à ces problèmes : augmenter le montant des ressources flexibles disponibles, et libérer des contributions obligatoires et/ou les transférer depuis des objectifs stratégiques mieux dotés en ressources ou réduire les dépenses engagées au titre des objectifs stratégiques 12 et 13.

Limiter les risques financiers

110. Pendant la précédente période biennale, l'OMS, et notamment son Bureau régional de l'Europe, a adopté un schéma selon lequel une part plus importante des dépenses est consacrée aux engagements à long terme en ce qui concerne le personnel, tandis que le financement reçu a un horizon temporel plus court et une spécificité accrue. Cette situation engendre un risque financier dans la mesure où, lorsque le financement spécifique prend fin ou qu'il est réaffecté à d'autres domaines nécessitant d'autres formes d'expertise, l'ajustement des dépenses de personnel demande beaucoup plus de temps. Pour cette raison, les contributions obligatoires et le financement global flexible sont davantage sollicités pour assurer la rémunération du personnel. Cela s'avère particulièrement délicat lorsqu'il se produit un ralentissement général de l'accroissement des recettes. Actuellement, près de 60 % de l'ensemble des dépenses dans les domaines de santé techniques (objectifs stratégiques 1 à 11) correspondent aux dépenses de personnel. En outre, près de 90 % du personnel appartenant à la catégorie professionnelle et recruté sur le plan international ont des contrats à long terme.

111. Sachant que les États membres attendent du Bureau régional le plus haut niveau de qualité en matière de conseils et d'assistance, il existe trois façons principales de relever ces défis : en adaptant le modèle d'activité dans l'optique d'une mobilisation plus grande des compétences des partenaires et des collaborateurs directement en faveur de la prestation de services et de la fourniture d'un soutien ; en veillant à établir une corrélation plus étroite entre les types de contrats de personnel et la nature du financement ; et en améliorant l'efficacité interne et la productivité, de sorte que l'on produise plus avec autant, voire moins de ressources en personnel.

Améliorer la gestion des ressources

112. Pendant la période 2008-2009, les activités du Bureau régional ont été financées grâce à plus de 500 sources, d'où la complexité et la difficulté d'assurer une gestion optimale de ces sources depuis la négociation préalable aux accords jusqu'à la mise en œuvre et le compte rendu final sur les différentes contributions. Des améliorations peuvent être apportées à tous les stades de ce processus. Toutes les possibilités de financement ne sont pas nécessairement explorées et les accords avec les donateurs ne prévoient pas toujours de provisions suffisantes pour couvrir en particulier l'ensemble des dépenses de personnel (une situation susceptible de ralentir la mise en œuvre ou de peser lourdement sur d'autres sources de financement). De plus, les coûts des projets, notamment ceux concernant le personnel, doivent souvent être répartis sur plusieurs sources de financement, l'administration est laborieuse et compliquée, ce qui explique qu'il reste parfois des soldes non dépensés pour certaines contributions, alors que les dépenses ont en fait été imputées à d'autres fonds. Les contributions multiples et variées s'accompagnent fréquemment d'obligations de déclaration, ce qui alourdit encore les tâches de gestion des subventions et porte parfois préjudice à la qualité des informations communiquées.