



EUROPE

Comité régional de l'Europe Cinquante-deuxième session

Copenhague, 16–19 septembre 2002

Points 5 a), b), c) et d) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC52/3
+ EUR/RC52/Conf.Doc./2
4 juillet 2002
22460
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT DU NEUVIÈME COMITÉ PERMANENT DU COMITÉ RÉGIONAL

Le présent document rend compte des travaux accomplis par le Comité permanent du Comité régional (CPCR) depuis la cinquante et unième session du Comité régional. Il porte sur des sessions tenues en septembre et décembre 2001 ainsi qu'en avril et mai 2002. Le rapport du sous-groupe du CPCR sur la bioéthique et le rapport sur la session spéciale du CPCR de juin 2002 figurent en annexes.

Le rapport sur la session du CPCR tenue en septembre 2002 sera présenté au Comité régional dans un additif au présent document.

Sommaire

	<i>Page</i>
Introduction	1
Questions techniques.....	1
Tabac.....	1
Pauvreté et santé.....	2
Tuberculose, sida et paludisme	3
Place du secteur privé dans le système de santé.....	4
Bioéthique et santé.....	4
Questions de gestion.....	5
Programme du Bureau régional relatif aux pays.....	5
Évaluation externe du Programme du Bureau régional relatif à la réforme des soins de santé	6
Budget-programme stratégique de l'Organisation pour la période biennale 2004–2005.....	7
Mise en œuvre des mesures recommandées à la suite d'audits et d'examens de la gestion	8
Politique de l'OMS concernant les centres collaborateurs.....	9
Questions de procédure	9
Comité régional.....	9
Conseil exécutif.....	11
Questions diverses.....	13
Communication d'un représentant de l'Association du personnel du Bureau régional	13
Annexe 1 Composition du neuvième CPR, 2001–2002	14
Annexe 2 Rapport du sous-groupe du CPR sur la bioéthique	16
Annexe 3 rapport sur la session spéciale du CPR, Genève, 13–14 juin 2002	20

Introduction

1. Le neuvième Comité permanent du Comité régional (CPCR), constitué conformément aux décisions prises par le Comité régional à sa cinquante et unième session, s'est réuni pour la première fois au Palacio Municipal de Congresos, à Madrid (Espagne), le jeudi 13 septembre 2001, sous la présidence du Dr James Kiely. Le Dr Jacek Piatkiewicz a été élu vice-président. La deuxième session s'est tenue à Bucarest (Roumanie), les 9 et 10 décembre 2001. Lors de la troisième session qui a eu lieu au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à Copenhague, du 4 au 6 avril 2002, le Dr Alamhon Akhmedov a été élu vice-président, le Dr Piatkiewicz ayant été remplacé par le professeur Jerzy Szczerban en tant que membre du CPCR nommé par la Pologne. Le CPCR a tenu sa quatrième session au Palais des Nations, à Genève, le 12 mai 2002. Une session spéciale a eu lieu au Siège de l'OMS, à Genève, les 13 et 14 juin 2002.
2. Une sixième et dernière session se tiendra à Copenhague le 15 septembre 2002, juste avant le début de la cinquante-deuxième session du Comité régional ; le rapport sur cette session figurera dans un additif au présent document. La liste des membres du neuvième CPCR est présentée à l'annexe 1.

Questions techniques

Tabac

3. À sa première session, le CPCR a signalé qu'on avait discuté du tabagisme à la cinquante et unième session, dans le contexte de la Conférence de Varsovie qui allait se tenir en février 2002 et a convenu qu'il était important qu'un représentant du CPCR continue à assister aux réunions du Comité pour une Europe sans tabac. Dans ses observations liminaires, lors de la deuxième session, le directeur régional a annoncé que les préparatifs en vue de la Conférence étaient bien avancés, et le CPCR a convenu de reconduire la nomination du professeur Ayşe Akin, son représentant au Comité pour une Europe sans tabac, pour une période d'un an.
4. À la troisième session du CPCR, le conseiller régional chargé de l'initiative Pour un monde sans tabac a fait un compte rendu sur la Conférence ministérielle, concernant notamment la participation ainsi que le programme et les principaux exposés qui y ont été présentés. Il a également décrit le processus d'élaboration de la Déclaration de Varsovie en soulignant les principaux points et a présenté le concept et la structure du projet de Stratégie européenne pour la lutte antitabac. Ayant passé en revue les mesures qui étaient en train d'être prises pour assurer une approche européenne coordonnée des négociations en vue de la Convention-cadre sur la lutte antitabac (Convention-cadre), il a présenté, pour conclure, les principaux points d'un projet de résolution du Comité régional relatif au tabac.
5. Le Comité permanent a félicité le directeur régional et le personnel du Bureau régional pour avoir organisé une conférence très réussie, qui avait été marquée par des déclarations fortes de la part du directeur général, du directeur régional et du commissaire européen pour la santé et la protection des consommateurs. Le Comité permanent souscrivait pleinement à la Déclaration de Varsovie et a encouragé tous les États membres à en faire autant. De même, il a approuvé le calendrier pour l'élaboration de la stratégie européenne. Pour témoigner de son engagement philosophique et stratégique en faveur des mesures contre le tabac, il a recommandé que le projet de résolution du Comité régional fasse référence au fait qu'il serait souhaitable d'accélérer l'élaboration, l'adoption et la ratification de la Convention-cadre et des instruments d'habilitation appropriés.
6. Le projet de résolution relatif à la Stratégie européenne pour la lutte antitabac a été adopté sans commentaire par le CPCR à sa quatrième session.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner la Stratégie européenne pour la lutte antitabac (EUR/RC52/11)

Examiner le projet de résolution correspondant (EUR/RC52/Conf.Doc./8)

Pauvreté et santé

7. À sa première session, les membres du CPR ont estimé que le débat sur la pauvreté lors de la cinquante et unième session du Comité régional avaient pu renforcer les attentes, en particulier en ce qui concerne des actions concrètes, et qu'il pourrait être difficile d'y répondre. Ils sont convenus que le CPR pourrait utilement discuter de ce sujet de façon plus approfondie au cours de l'année, pour déterminer quelles mesures techniques l'OMS pourrait prendre et ont décidé d'inscrire la question de la pauvreté et de la santé à l'ordre du jour de la cinquante-deuxième session du Comité régional. À sa deuxième session, le CPR a confirmé que cette question était au nombre des points à inscrire à l'ordre du jour pour donner suite aux résolutions adoptées lors de la précédente session du Comité régional.

8. Le directeur adjoint du Centre OMS de Venise sur l'investissement pour la santé et le développement a fait part au Comité permanent, lors de la troisième session, de l'action entreprise en application de la résolution EUR/RC51/R6. Le Comité permanent était très satisfait de l'approche technique adoptée par le Bureau régional pour aborder le thème politiquement délicat de la pauvreté – la création d'une base de connaissances (au départ, à partir d'études de cas) était considérée comme la bonne méthode. En réponse à une question, il a été expliqué que les 12 pays concernés avaient été choisis non seulement parce qu'ils avaient déjà réalisé des études de cas mais également parce qu'ils les avaient analysées. Il fallait espérer que cette série d'études serait étoffée à l'avenir.

9. Le CPR a rappelé l'importance de la coordination avec d'autres organisations (telles que le Fonds monétaire international et la Banque mondiale) pour s'attaquer aux causes profondes de la pauvreté. Il a également recommandé que le document qui serait soumis à la cinquante-deuxième session du Comité régional fasse référence aux objectifs (en particulier concernant la pauvreté et le VIH/sida) définis dans le Rapport du Millénaire du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

10. Enfin, le CPR, conscient qu'il importait de faire en sorte que le secteur de la santé ne contribue pas lui-même aux problèmes en restreignant l'accès aux services de santé, a suggéré que l'OMS pourrait envisager d'organiser une conférence sur les systèmes de santé et la pauvreté. Il a été également proposé qu'un membre du Comité permanent pourrait faire partie du groupe réalisant une évaluation technique des études de cas.

11. À la quatrième session du CPR, le projet de résolution relatif à la pauvreté et la santé (EUR/RC52/Conf.Doc./4) a donné lieu à un débat sur l'action que les systèmes de santé pouvaient exercer pour réduire la pauvreté et sur le fait de savoir s'il fallait demander au directeur régional de chercher, auprès de donateurs (y compris n'appartenant pas à la Région européenne), des fonds qui pourraient ensuite être mis au service d'États membres à faible revenu. Le CPR a été informé que les mécanismes de collecte de fonds et les arrangements concernant les donations volontaires étaient en cours de révision, mais que cela ne devait pas empêcher le Bureau régional d'entamer des démarches auprès de donateurs. Par ailleurs, la pauvreté était un problème touchant tous les États membres, bien que ce soit à des degrés différents. Dans ces conditions, le CPR a décidé d'approuver le projet de résolution sans amendement.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document relatif à la pauvreté et la santé (EUR/RC52/8)

Examiner le projet de résolution correspondant (EUR/RC52/Conf.Doc./4)

Tuberculose, sida et paludisme

12. Faisant un premier examen de l'ordre du jour provisoire de la cinquante-deuxième session du Comité régional, le CPRC a conclu qu'on disposerait du temps nécessaire pour examiner deux « nouvelles » questions de fond et a proposé que l'une d'elles porte sur la tuberculose, le sida et le paludisme (qui font l'objet du Fonds mondial).

13. Lors de la deuxième session, le Dr S.M. Furgal a informé le CPRC au sujet d'une réunion consultative de représentants d'États membres de la Communauté des États indépendants qui avait eu lieu à Moscou en novembre 2001. Les participants à cette réunion avaient recommandé, entre autres, que des indicateurs de santé publique liés à l'infection à VIH et au sida, à la tuberculose et au paludisme servent de critères principaux pour l'obtention de ressources du Fonds mondial et que son système de direction comporte des liens avec les organes directeurs d'organisations internationales concernées, telles que l'OMS et l'ONUSIDA.

14. Après avoir entendu, lors de sa troisième session, un exposé du directeur de la Division du soutien technique, le Comité permanent a reconnu que les menaces que ces trois maladies, prises individuellement, faisaient peser sur la santé étaient très complexes et posaient de multiples problèmes mais qu'ensemble, elles étaient véritablement effrayantes. L'initiative prise par la communauté internationale d'établir un fonds mondial était par conséquent tout à fait opportune. L'importance vitale de la coopération a été soulignée : endiguer et maîtriser le paludisme, en particulier, demanderait des efforts concertés des pays et des régions ayant des frontières communes (en particulier l'Europe et la partie orientale de la région méditerranéenne). Il faudrait également veiller à la coordination entre les institutions et les organismes nationaux participants dans le contexte des activités financées par le Fonds mondial, et l'OMS aurait un rôle essentiel à jouer à cet égard. Au niveau des pays, il a été suggéré que le groupe de travail de haut niveau mis en place par la Fédération de Russie pour s'attaquer au problème de la tuberculose était un bon moyen de favoriser le dialogue entre partenaires, le bureau du représentant spécial du directeur général de l'OMS à Moscou jouant un rôle central en ce qui concerne la mobilisation de fonds pour la lutte antituberculeuse et la coordination interinstitutions des activités de lutte antituberculeuse avec les autres partenaires internationaux.

15. Sur la question des projets de résolution à soumettre à la cinquante-deuxième session du Comité régional, le CPRC était d'avis que leur énoncé devrait être aussi court que possible et qu'il fallait éviter les redites. En outre, il a recommandé que le document de travail relatif à ces questions reconnaisse l'impact important de la pauvreté sur l'incidence de ces trois maladies.

16. À sa quatrième session, le CPRC a appelé l'attention sur les problèmes que pose la réticence de certains pays à adopter la stratégie DOTS (traitement de courte durée sous surveillance directe) préconisée par l'OMS pour venir à bout de la tuberculose. Reconnaisant que l'OMS ne pouvait jouer qu'un rôle de sensibilisation à cet égard, le CPRC a, en conséquence, adopté le projet de résolution sur ce sujet.

17. S'agissant de l'intensification des mesures prises pour lutter contre le VIH/sida, le CPRC a proposé qu'il soit fait mention, dans le préambule du projet de résolution, de la réunion des directeurs régionaux des organisations coparrainantes qui s'était tenue voilà peu à Moscou, et que l'énoncé de l'alinéa c) du paragraphe 2 du dispositif soit modifié de manière à mentionner l'appui apporté aux États membres pour améliorer non seulement la prévention de la transmission du VIH mais également le traitement de l'infection à VIH et du sida.

18. Le projet de résolution relatif à l'intensification des mesures prises pour lutter contre le paludisme a été adopté sans commentaire.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document relatif à la tuberculose, au sida et au paludisme (EUR/RC52/9)

Examiner les projets de résolution correspondants (EUR/RC52/Conf.Doc./5, /6 et /7)

Place du secteur privé dans le système de santé

19. La seconde « nouvelle » question de fond que le CPRC, lors de sa deuxième session, a proposé d'inscrire à l'ordre du jour provisoire de la cinquante-deuxième session du Comité régional était la privatisation et la commercialisation dans le secteur de la santé. Toutefois, il a convenu qu'il devait travailler encore à conceptualiser cette question, en prenant en considération les conclusions des débats qui auraient lieu lors de la cent neuvième session du Conseil exécutif au sujet des interactions entre le secteur public et le secteur privé et des dispositions contractuelles dans le cadre des systèmes de santé. Dans l'intervalle, il serait demandé aux États membres de présenter des « études de cas », portant sur leur expérience en la matière.

20. Lors de la troisième session du CPRC, le conseiller régional pour l'Observatoire européen des systèmes de santé a noté que des mécanismes s'inspirant de l'économie de marché avaient été ou allaient être adoptés dans les systèmes de santé de nombreux pays européens, et que le secteur privé occupait une de plus en plus importante dans ces systèmes. Le Comité permanent était d'avis qu'il s'agissait-là d'un domaine complexe, pour lequel il était important d'employer une terminologie précise. Le principal problème était de déterminer les conditions dans lesquelles l'État pouvait avoir recours au secteur privé pour assurer des services de santé corrects et abordables. Il a été noté que l'esprit d'entreprise n'était pas exclusivement une caractéristique du secteur privé et que la commercialisation n'avait, en soi, que peu ou pas de place dans les systèmes de santé. En revanche, la privatisation (c'est-à-dire le processus consistant à transférer des biens publics au secteur privé) pouvait apporter de bons services à condition que la réglementation publique soit suffisamment stricte.

21. Les membres du CPRC ont décrit certains des problèmes auxquels leur pays respectif était confronté eu égard à la privatisation. Ces problèmes incluaient les difficultés d'assurer l'équité dans des systèmes de financement mixte, public et privé, de conserver l'autonomie des médecins dans le cadre d'arrangements de « gestion coordonnée des soins » et d'obtenir les importants investissements nécessaires pour mettre en place et faire fonctionner des services d'hospitalisation. Le CPRC est donc convenu qu'il serait utile que l'OMS encourage l'échange de données d'expérience, qu'elle rassemble des études de cas et évalue les différentes approches et qu'elle donne aux pays des conseils différenciés s'appliquant à leur situation respective particulière. Ce faisant, elle aiderait les gouvernements à renforcer leur fonction de gestion et elle pourrait (grâce à un processus interactif) affiner des cadres conceptuels applicables à ce domaine.

22. Le CPRC demandait donc que le projet de document soit encore retravaillé, au cours de la période précédant la cinquante-deuxième session du Comité régional, et qu'on y fasse référence au rôle du secteur associatif et à l'importance d'une législation adéquate. Le document devrait aborder un certain nombre d'aspects essentiels, et notamment les définitions, les cadres conceptuels et la place des valeurs. L'objet du document devrait être de présenter la façon dont l'OMS pourrait le mieux aider les États membres dans ce domaine.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document relatif au rôle du secteur privé dans les systèmes de santé (EUR/RC52/10)

Bioéthique et santé

23. À sa première session, le vice-président a rappelé que la bioéthique avait été mentionnée au cours de la table ronde organisée lors de la cinquante et unième session du Comité régional et par le

directeur général dans son allocution. Il a distribué le premier rapport du sous-groupe du CPRC sur la bioéthique.

24. Le CPRC a accepté, lors de sa deuxième session, la proposition du vice-président tendant à ce que le Dr Božidar Voljč, membre du Comité national slovène sur la bioéthique, soit invité à faire partie du sous-groupe.

25. Le Dr S.M. Furgal, membre du sous-groupe du CPRC sur la bioéthique, a présenté le rapport et la note de position du sous-groupe. Les principes que ce sous-groupe préconisait d'adopter au Bureau régional pour décider quelles questions de bioéthique traiter sont les suivants : a) éviter des sujets faisant l'objet de textes acceptés au plan international ou déjà traités par d'autres organisations et b) se concentrer sur des sujets précis, relevant du domaine d'action de l'OMS dans la Région européenne. Concernant deux des domaines recensés par le directeur général, dans sa note de février 2002 consacrée à cette question (recherche sur les êtres humains et progrès en science médicale et biotechnologie), le Bureau régional devrait mettre l'accent sur la collecte et la diffusion d'informations relatives à la bioéthique et sur la promotion de l'éducation et de la formation de professionnels de la santé dans ce domaine. S'agissant du troisième domaine (systèmes de santé et pratique de la santé publique), en revanche, l'engagement du Bureau pourrait être plus important, et consister à traduire les notions d'équité, de solidarité, de justice sociale et de transparence pour élaborer des instruments permettant d'évaluer en termes d'éthique les interventions dans le domaine de la santé. Sur cette base, le conseiller principal (également membre de ce sous-groupe) au Bureau du directeur régional a recensé cinq domaines spécifiques d'activité pour le Bureau régional pour la période biennale en cours.

26. Le Comité permanent souscrivait à l'avis du sous-groupe, selon lequel l'OMS ne devrait aborder que les domaines qui ne sont pas traités par d'autres organisations et qui intéressent la santé. En outre, il conviendrait d'éviter de faire des déclarations catégoriques dans des domaines délicats, tel le clonage, et essayer de clarifier les définitions employées dans ce domaine.

27. Le CPRC a adopté les recommandations du sous-groupe et décidé qu'il conviendrait de les développer et de les présenter à la cinquante-deuxième session du Comité régional (voir annexe 2).

Mesures à prendre par le Comité régional

Prendre note de la note de position sur la bio-éthique et des principes éthiques dans les systèmes de santé (annexe 2)

Questions de gestion

Programme du Bureau régional relatif aux pays

28. Le directeur du soutien aux pays a informé le CPRC, lors de la deuxième session, au sujet du processus qui avait conduit à la mise en forme définitive des accords biennaux de collaboration avec la plupart des pays d'Europe centrale et orientale et nouveaux États indépendants. Il avait été demandé à chaque pays d'indiquer ses propres priorités en matière de santé, ainsi que ses priorités relatives à la coopération avec l'OMS. Le CPRC a soutenu la démarche courageuse et ambitieuse qui avait été adoptée et a fait observer qu'il était encourageant de constater que les pays examinaient de près leurs priorités et les moyens de coopérer avec l'OMS.

29. Le directeur par intérim de la Division du soutien aux pays a informé le CPRC, en avril 2002, que la période de trois mois prévue pour lancer l'application des accords de collaboration biennaux était achevée. Vingt-cinq des 28 accords étaient signés à la fin de février 2002. Ces accords ne se contentaient pas seulement d'être des documents stratégiques définissant les résultats attendus par tel ou tel pays, ils avaient aussi été repris comme plans de travail pour être utilisés dans le cadre du système MOCCA (suivi des opérations au niveau national et coordination des activités). Un atelier

organisé récemment à l'intention des chargés de liaison de l'OMS avait porté sur la révision et l'amélioration de ces plans de travail.

30. Les plans visant à renforcer la présence de l'OMS dans les pays prévoyaient notamment la création de bureaux nationaux, regroupant tout le personnel et toutes les ressources (y compris les ressources extrabudgétaires) ; une amélioration des conditions de travail de l'ensemble des chargés de liaison et l'embauche de personnel international dans certains pays (cinq dans un premier temps, puis cinq autres, si des ressources supplémentaires devenaient disponibles). Les prochaines étapes consisteraient aussi à renforcer la Division du soutien aux pays et à faire en sorte que son intégration fonctionnelle au sein du Bureau régional soit conforme à l'esprit d'« Une seule OMS ».

31. Le Comité permanent s'est félicité de l'augmentation du financement des programmes de pays mais a reconnu que cela pourrait poser d'importantes difficultés en termes de capacité d'absorption au niveau national et en termes de capacité de gestion au niveau du Bureau régional. Toutefois, il a noté que le système MOCCA était le signe d'un principe de gestion à la fois judicieux et rigoureux. Il s'est félicité de ce que les bureaux locaux de l'OMS se voient déléguer davantage de compétences et s'est déclaré favorable à l'initiative visant à intégrer plus étroitement les bureaux de liaison de l'OMS au sein des équipes des Nations Unies.

Évaluation externe du Programme du Bureau régional relatif à la réforme des soins de santé

32. À sa deuxième session, le CPRC était saisi d'un document établi par l'équipe d'évaluateurs externes à la suite de leur réunion d'information qui avait eu lieu au Bureau régional, les 26 et 27 novembre 2001. Cette équipe avait invité le CPRC à approuver le projet de mandat tel qu'il était présenté dans ce document, de formuler des observations sur la méthodologie décrite et d'approuver l'appui que devrait fournir le Bureau régional.

33. Le CPRC a estimé, avec l'équipe d'évaluation, que le but principal de l'évaluation devrait être d'apprécier la mesure dans laquelle le Bureau régional de l'OMS avait influencé les gouvernements de façon à ce qu'ils incorporent dans leur programme de réforme des soins de santé les principes consacrés par la Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé. En conséquence, la période à examiner devrait aller de 1996 à nos jours.

34. De même, le CPRC a approuvé la méthodologie proposée pour l'évaluation, à savoir une enquête par questionnaire auprès des ministères de la santé des États membres et de plusieurs experts indépendants réputés, des discussions avec des fonctionnaires et anciens fonctionnaires de l'OMS, et des visites effectuées par les membres de l'équipe dans certains pays.

35. En avril 2002, le Dr José-Manuel Freire, membre de l'équipe d'évaluateurs externes, a présenté un rapport intérimaire sur le travail de cette équipe. Plusieurs des membres du CPRC se sont inquiétés du fait que les conclusions de l'évaluation puissent être mises à disposition des pays visités. Toutefois, le Dr Freire a rappelé que le rôle de l'équipe d'évaluateurs, tel qu'il avait été défini par le CPRC à sa précédente session, était d'évaluer le rôle et l'influence que l'OMS exerçait sur les réformes des soins de santé entreprises dans la Région européenne. Il n'était pas d'essayer d'évaluer la réussite de ces réformes du point de vue de tel ou tel pays.

36. Étant donné que la contribution faite par l'OMS à la réforme des soins de santé transitait souvent par d'autres organisations et organismes, le CPRC avait conscience qu'il était difficile d'en mesurer l'impact, mais a confirmé que c'était la manière correcte de procéder. Le questionnaire utilisé pour l'évaluation avait été conçu non seulement pour rendre compte de la complexité de cette question mais également pour faire ressortir le rôle de l'OMS. Le CPRC espérait que les conclusions de l'évaluation contribueraient à clarifier le rôle de l'OMS pour l'avenir, en répondant à des questions telles que celle de savoir s'il convenait de continuer à donner des conseils et, s'il serait plus utile d'adresser ces conseils aux gouvernements nationaux ou à des organisations internationales ou d'autres partenaires.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document d'information présentant un rapport synthétique sur l'évaluation externe du programme de réforme des soins de santé (EUR/RC52/Inf.Doc./1)

Budget-programme stratégique de l'Organisation pour la période biennale 2004–2005

37. Lors de la première session, un membre du CPRC a regretté que les besoins budgétaires urgents de la Région européenne soient apparemment toujours ignorés par l'échelon mondial de l'Organisation. Une inquiétude a été en particulier exprimée au sujet du faible niveau de l'allocation destinée aux activités dans les pays de la Région européenne, qui était beaucoup plus faible que celles d'autres régions ayant les mêmes indicateurs.

38. Le directeur de l'administration et de la gestion a informé le CPRC, à sa deuxième session, que la planification stratégique pour la période biennale 2004–2005 avait déjà commencé. Ce processus comprendrait plus de consultations avec les États membres et les bureaux régionaux et il avait été demandé aux États membres, après la cinquante et unième session du Comité régional, d'indiquer leurs priorités pour la période biennale 2004–2005. Dans l'ensemble, les priorités et les domaines de travail de l'Organisation resteraient inchangés, afin d'assurer la continuité, mais les questions relatives à la santé et à l'environnement constitueraient une priorité, tandis qu'un domaine d'activité serait rebaptisé « Coopération stratégique avec les pays et renforcement des capacités de ces derniers », pour mieux tenir compte du programme relatif aux pays qui faisaient partie du projet de budget-programme. Par ailleurs, le directeur général s'était engagé à procéder à une répartition équitable des ressources extrabudgétaires à compter de la période biennale 2004–2005.

39. Au cours de la discussion qui a suivi, un membre du CPRC a redit la préoccupation suscitée par le fait que les dispositions de la résolution WHA51.31 (sur la redistribution des ressources du budget ordinaire aux régions) n'avaient pas été pleinement appliquées. Cependant, le changement d'approche relatif aux ressources extrabudgétaires a été bien accueilli et il a été relevé que de telles ressources pourraient facilement être recueillies, en vue d'accroître la présence de l'OMS dans les pays.

40. Lors de la troisième session, le conseiller principal pour l'administration et la mise en œuvre des programmes a informé le CPRC que de nombreux États membres avaient cité les quatre domaines d'activité prioritaires suivants : organisation des services de santé ; surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles ; promotion de la santé ; santé mentale et toxicomanie. On prévoyait que l'enveloppe pour la Région européenne s'élèverait à 54,332 millions de dollars des États-Unis. Le supplément de 1,561 million par rapport à la période 2002–2003 (qui résultait de la poursuite de l'application des dispositions de la résolution WHA51.31) serait affecté en totalité aux activités au service des pays. Les projections concernant les fonds attendus d'autres sources n'avaient pas encore été reçues, mais des assurances avaient été données que le projet de budget-programme 2004–2005 n'inclurait pas seulement les chiffres du budget ordinaire et des ressources extrabudgétaires mais qu'il ferait également apparaître la répartition de ces dernières entre les niveaux mondial et régional.

41. Le CPRC s'est dit préoccupé de la difficulté de prévoir les ressources extrabudgétaires qui seraient reçues, étant donné que de nombreuses organisations donatrices fonctionnaient selon un cycle budgétaire annuel. De plus, la façon dont les priorités régionales se traduiraient dans le budget global n'apparaissait pas clairement. Pour palier ce dernier inconvénient, le CPRC a demandé que soit soumis à la cinquante deuxième session du Comité régional un document recensant, séparément, les ressources en personnel et les ressources financières affectées à chaque domaine de travail au niveau régional.

42. À la quatrième session, le directeur de la Division de l'administration et de la gestion a informé le CPRC que, depuis la précédente session du Comité permanent, le secrétariat avait reçu une requête du Siège de l'OMS, demandant une ventilation par domaine d'activité des crédits affectés aux activités au service des pays ainsi qu'une estimation des besoins prévisionnels concernant les « Autres fonds »,

également ventilés par domaine d'activité. Le Bureau régional avait donc établi une ventilation préliminaire des crédits affectés aux activités au service des pays, fondée sur les chiffres réels pour 2002–2003, sur les réponses des États membres à l'enquête menée à l'automne 2001 concernant leurs priorités et sur la stratégie du Bureau régional pour la coopération avec les pays. Néanmoins, il se réservait le droit de modifier cette répartition des ressources, après consultation approfondie avec les États membres, à l'approche du moment de la mise en œuvre. Les besoins prévisionnels de fonds provenant d'autres sources s'élevaient à 115 millions de dollars des États-Unis (soit 8% du montant global qui pourrait être disponible, en supposant que le niveau atteint pour 2002–2003 soit maintenu pour l'exercice biennal suivant). Un montant de 72 millions de dollars serait transféré aux activités au service des pays, 43 millions de dollars allant aux activités interpays et au Bureau régional.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le projet de budget-programme de l'OMS 2004–2005 et les aspects propres à la Région européenne (EUR/RC52/12 et /12 Add.1)
Examiner le projet de résolution correspondant (EUR/RC52/Conf.Doc./9)

Mise en œuvre des mesures recommandées à la suite d'audits et d'examens de la gestion

43. Le document préparé en vue de la deuxième session du CPRC portait sur les audits et les examens de la gestion réalisés pendant la période 2000–2001 dans trois domaines : a) administration générale au Bureau régional et en dehors de celui-ci ; b) bureaux de liaison de l'OMS dans les États membres européens ; c) centres européens de l'OMS.

44. En ce qui concerne le contenu et les implications des rapports sur les deux premiers points, le CPRC a relevé avec satisfaction que les audits (tant internes qu'externes) du cadre général administratif, de gestion et financier au Bureau régional et de certains aspects de la présence du Bureau régional dans les pays n'avaient révélé aucun problème majeur et avaient confirmé que les dossiers étaient fiables et bien tenus. Il s'est félicité du fait qu'une suite avait été donnée à un grand nombre des recommandations des auditeurs.

45. En ce qui concerne le troisième point, le CPRC a bien accueilli l'examen effectué à la demande du directeur régional par le professeur Vittorio Silano. À la lumière de l'expérience acquise concernant les « bureaux géographiquement dispersés » du Bureau régional, le CPRC a convenu qu'il fallait obtenir un niveau d'intérêt viable avant de créer un centre, et qu'aucun centre ne devrait être ouvert avant la conclusion officielle d'un accord avec le pays hôte. Le directeur et le personnel de la catégorie des administrateurs de ces centres devraient être recrutés et employés aux conditions habituelles de l'OMS. Il importait que la direction globale demeure au Bureau régional de Copenhague et de faire en sorte que les centres aient des activités dans des domaines fonctionnels clairement définis et délégués. C'est pourquoi le CPRC a mis en garde contre la création de trop nombreux centres portant sur des domaines trop larges. Enfin, le CPRC a encouragé les centres à coopérer entre eux et a demandé à ce que leurs activités fassent l'objet d'évaluations régulières.

46. Plus généralement, le CPRC a souligné qu'il avait un rôle de surveillance et de direction à jouer dans le processus d'ensemble de réalisation d'audits et d'examens et qu'il avait besoin d'un accès à des informations pour pouvoir s'acquitter de ce rôle. Après des discussions, il a convenu que les rapports d'audit internes devaient rester confidentiels mais que des résumés devaient être diffusés de la même façon que cela était réalisé pour le Comité d'audit du Conseil exécutif. Le CPRC a relevé que les rapports d'audit externes n'étaient pas des documents confidentiels, tandis que les rapports d'examen de la gestion pouvaient être rendus publics au gré du directeur régional.

47. Selon l'analyse que le CPRC a faite des rapports visés par le document mentionné au paragraphe 26, il existait des questions d'importance stratégique dans ces trois domaines (tels que la planification des programmes et l'utilisation des fonds ou les rôles et les fonctions des chargés de liaison), pour lesquelles la participation du CPRC serait constamment requise. En revanche, pour

certaines questions, le CPR ne devrait pas intervenir. Enfin, le CPR pourrait être amené à agir sur la base du principe de la « gestion des anomalies », auquel cas il devrait recevoir les informations nécessaires pour pouvoir donner des conseils.

48. En conclusion, le CPR a recommandé que le Comité régional soit saisi du rapport du professeur Silano, étant donné qu'il soulevait un certain nombre de questions de politique générale.

Mesures à prendre par le Comité régional

Prendre note des recommandations et des conclusions de l'examen des « centres géographiquement dispersés » du Bureau régional (EUR/RC52/Inf.Doc./4)

Politique de l'OMS concernant les centres collaborateurs

49. À sa troisième session, le directeur de la Division de l'administration et de la gestion a informé le CPR que des changements substantiels avaient été apportés à la politique et aux procédures suivies pour accorder à des institutions le titre de centre collaborateur de l'OMS. Cette nouvelle politique et ces procédures avaient été instaurées au Bureau régional en 2001. Un Comité régional de sélection avait été mis sur pied, lequel adressait ses recommandations à l'organe correspondant au niveau mondial avant que la décision finale soit prise par le directeur général. La Région européenne possédait le plus grand nombre de centres collaborateurs au niveau mondial (509 sur les 1175), et la tâche d'évaluation et de renouvellement des désignations représentait donc un travail considérable et constant.

50. Le CPR reconnaissait l'utilité des centres collaborateurs : pour l'OMS, ils représentaient une partie de sa présence visible au niveau des pays et constituaient un lien de travail précieux ; quant aux divers établissements, l'emblème de l'OMS leur donnait un prestige considérable. Le Comité permanent était en conséquence favorable à cette nouvelle politique et aux nouvelles procédures mais attirait l'attention sur la nécessité de veiller à une répartition géographique équitable (particulièrement à l'égard des républiques d'Asie centrale). En outre, il suggérait de faire participer les gouvernements nationaux plus tôt dans ce processus, par exemple en les informant du contenu des plans de travail des centres dès que ces plans étaient établis.

Questions de procédure

Comité régional

Suites données aux résolutions adoptées à la cinquante et unième session

51. À l'occasion de l'examen des résolutions adoptées par la cinquante et unième session du Comité régional, le CPR a été informé, à sa deuxième session, que le Rapport sur la santé en Europe serait publié avant la cinquante-deuxième session du Comité régional. Les rapports européens suivants seraient publiés à des intervalles de trois ans. Le CPR a souligné que, malgré d'éventuelles difficultés pratiques, il importait de tenir compte des caractéristiques et des besoins propres à la Région européenne lors de l'établissement de tels rapports.

52. Le CPR s'est félicité des travaux accomplis par le Bureau régional en vue de mettre en place un système d'information sur la consommation d'alcool (pour donner suite à la résolution EUR/RC51/R4), mais a regretté que ce domaine d'activité ne bénéficie pas de ressources suffisantes. Il a été demandé instamment aux membres européens du Conseil exécutif de mettre l'accent sur cette question lorsque les priorités mondiales de l'OMS pour la période biennale 2004–2005 seraient abordées.

Préparatifs en vue de la cinquante-deuxième session du Comité régional

53. Le CPRC a estimé que les points à inscrire à l'ordre du jour provisoire de la cinquante-deuxième session du Comité régional pouvaient être divisés en trois catégories :

- a) points obligatoires et habituels, tels que l'allocution du directeur général, le rapport du directeur régional, le rapport du CPRC et la description des mesures prises en coopération avec d'autres organisations ;
- b) questions qu'il convenait d'aborder pour donner suite aux résolutions adoptées lors des sessions précédentes du Comité régional (pour 2002, il s'agissait des questions suivantes : pauvreté et santé, bioéthique et rapports de situation sur la poliomyélite, la stratégie du Bureau régional à l'égard des pays et la mise en œuvre du Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition) ;
- c) de « nouvelles » questions, d'ordre technique ou politique.

54. Le CPRC a convenu que la durée des sessions du Comité régional devait être maintenue à quatre jours. Les trois rapports de situation susmentionnés devraient par conséquent faire l'objet d'un résumé dans l'allocution du directeur régional au Comité régional, tandis que des informations plus détaillées seraient présentées (si nécessaire) dans des documents d'information. En conséquence, on disposerait du temps nécessaire pour examiner deux « nouvelles » questions de fond lors de la cinquante-deuxième session du Comité régional. Le CPRC a proposé de retenir les questions suivantes : la tuberculose, le sida et le paludisme, d'une part, et la privatisation et la commercialisation dans le secteur de la santé, d'autre part. De plus, le CPRC a rappelé que lors de la cinquante et unième session du Comité régional, les délégués avaient demandé que les discussions budgétaires aient lieu chaque année et, en conséquence, il a recommandé que le budget stratégique de l'Organisation pour 2004–2005 fasse l'objet d'un bref point de l'ordre du jour de la cinquante-deuxième session du Comité régional.

55. Le CPRC a vivement déploré que le vieillissement ne soit pas considéré comme une priorité pour l'Organisation et qu'aucun fonctionnaire relevant du budget ordinaire ne soit chargé de travailler sur cette question au Bureau régional. Néanmoins, il a recommandé que cette question soit abordée lors de la cinquante-troisième session du Comité régional et que des travaux préparatoires soient accomplis grâce à la convocation d'une réunion d'experts, si nécessaire.

56. Enfin, le CPRC a estimé que la question de l'évaluation des effets sur la santé pourrait utilement être abordée au cours d'une discussion technique qui se tiendrait au cours de la session.

57. À sa troisième session, le CPRC a adopté le projet d'ordre du jour provisoire pour la cinquante-deuxième session du Comité régional, tel qu'établi à la lumière des commentaires formulés lors de sa précédente session. Il a décidé d'y inclure un point spécifique consacré à la Stratégie européenne pour la lutte antitabac (Quatrième plan d'action pour une Europe sans tabac), le thème de la bioéthique étant traité au titre du point consacré au rapport du sous-groupe du CPRC chargé de cette question.

58. S'agissant du point intitulé « Partenariats pour la santé », le CPRC a reconnu qu'il était essentiel pour le travail de l'OMS que l'Organisation ait des partenaires et a, en conséquence, accueilli favorablement la proposition tendant à poursuivre la pratique, lancée à la cinquante et unième session du Comité régional, consistant à organiser une table ronde entre représentants des principaux partenaires de l'OMS. Il a été demandé au directeur régional de choisir une personne ayant les qualités voulues pour animer cette table ronde, notamment pour inviter d'autres organisations non gouvernementales (ONG) à prendre la parole, le cas échéant. En outre, les ONG seraient invitées à intervenir sur des questions présentant un intérêt direct pour elles, et à soumettre des déclarations par écrit.

59. Des membres du Comité permanent ont cité trois autres questions qu'ils souhaiteraient voir porter à l'attention du Comité régional. Il a été décidé que les recommandations et conclusions contenues dans le rapport du professeur Silano sur les centres ou « bureaux géographiquement dispersés » du Bureau régional serait distribué aux membres du Comité régional et que le directeur

régional devrait en évoquer les implications dans sa déclaration. De même la déclaration du directeur régional devrait porter sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie du Bureau régional en matière de coopération avec les pays. En outre, le directeur régional a été prié de tirer le signal d'alarme sur les problèmes aigus de toxicomanie et de santé mentale auxquels certains pays devaient faire face, et sur le fait qu'il était important de s'attaquer à ces problèmes dans le cadre de programmes de pays. Toutefois, le CPRC a reconnu que les aspects stratégiques de ces deux dernières questions devraient être encore examinés dans le détail afin de déterminer la valeur ajoutée que l'on pourrait tirer d'un plus grand engagement de l'OMS dans ces domaines et a, en conséquence, suggéré que ces questions pourraient être inscrites à l'ordre du jour de la cinquante-troisième session du Comité régional.

60. Enfin, le CPRC a demandé au directeur régional de décrire, dans la déclaration qu'il ferait au Comité régional, les travaux qui ont été entrepris pour donner effet à la Déclaration de Munich sur « Les infirmières et les sages-femmes : un atout pour la santé ».

61. À sa quatrième session, le CPRC a convenu que les séances de la cinquante-deuxième session du Comité régional pourraient commencer à 8h30 le mardi et le mercredi, compte tenu du nombre de points inscrits à l'ordre du jour provisoire.

62. Lors de l'examen des projets de résolutions présentés à la cinquante-deuxième session du Comité régional, le CPRC a été également informé que deux autres projets de résolution pourraient être soumis pour examen à sa session de septembre : l'un sur l'environnement et le développement durable (en vue de la Conférence européenne qui se tiendra à Budapest en 2004) et l'autre sur l'éradication de la poliomyélite indigène dans la Région européenne.

63. À sa troisième session, le CPRC était saisi d'une version préliminaire du document EUR/RC52/5, présentant les curriculum vitae des candidats proposés pour siéger au Conseil exécutif et à d'autres comités et à sa quatrième session le CPRC a fait une première lecture des candidatures reçues, en vue de parvenir à un consensus sur les recommandations qu'il ferait au Comité régional à la suite de la session qu'il tiendrait à la veille de la cinquante-deuxième session du Comité régional.

Conseil exécutif

Questions découlant de la cent neuvième session

64. Le membre européen du Conseil exécutif invité à assister aux sessions du CPRC en qualité d'observateur a attiré l'attention sur un certain nombre de questions importantes inscrites à l'ordre du jour de la cent neuvième session du Conseil exécutif (14–21 janvier 2002), demandant instamment aux membres du CPRC de faire-part de leurs préoccupations éventuelles au président ou aux membres européens du Conseil.

65. À sa troisième session, il a fait un compte rendu sur les principaux points soulevés lors de la cent neuvième session du Conseil exécutif. Le CPRC a noté avec satisfaction ces informations et a reconnu que, malheureusement, les organes directeurs de l'OMS étaient de plus en plus utilisés pour débattre de questions politiques. Le Comité attendait toutefois avec intérêt les débats sur le rapport de la Commission Macroéconomie et santé, lors de la prochaine Assemblée mondiale de la santé, et a demandé au Bureau régional de mettre au point des solutions pour donner effet aux recommandations qu'il avait faites concernant la situation particulière des nouveaux États indépendants (NEI).

Interaction entre les organes directeurs aux niveaux mondial et régional

66. Le CPRC s'est déclaré à l'unanimité favorable à la poursuite de la pratique consistant à demander à un membre européen du Conseil exécutif d'assister à ses réunions en qualité d'observateur. Cette disposition donnait aux États membres européens une meilleure idée des délibérations du Conseil, leur permettait de faire passer leur point de vue auprès du Conseil et aidait à agir conformément au principe voulant que l'OMS parle d'une seule et même voix. Le CPRC a exprimé au Dr Godfried Thiers ses plus vifs remerciements pour l'efficacité avec laquelle il s'était acquitté de son rôle de liaison. Les nouveaux

membres européens du Conseil lui choisiraient un remplacement lors de la session qu'ils tiendraient à l'issue de la prochaine Assemblée mondiale de la santé. Le Dr Thiers a recommandé que, par souci de continuité, la personne choisie en soit à la deuxième année de son mandat.

Membres du Conseil exécutif

67. À sa première session, le CPRC a reconnu qu'une question indubitablement politique que le CPRC devrait résoudre au cours de l'année concernait les membres semi-permanents du Conseil exécutif.

68. Pour accomplir des progrès sur cette question, le directeur régional a proposé lors de la deuxième session du CPRC de consulter les États membres, c'est-à-dire leur mission permanente à Genève, au cours de la cent neuvième session du Conseil exécutif et de la cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la santé, et ensuite de faire la synthèse de leurs opinions et de présenter ses conclusions au président du CPRC en mai 2002. Le CPRC a accepté cette offre avec gratitude et a recommandé au directeur régional d'accélérer le processus si possible.

69. Le directeur régional a ensuite indiqué qu'il avait mené des consultations officieuses avec les États membres européens ou leurs missions permanentes au cours de la cent neuvième session du Conseil exécutif et qu'il leur avait demandé de faire connaître leur point de vue. Des réponses très variées avaient été reçues. Le CPRC a décidé d'organiser une session spéciale consacrée à cette question, à laquelle seraient conviés les représentants de l'ensemble des États membres européens, à Genève, les 13 et 14 juin 2002. Il a été demandé au secrétariat d'élaborer, pour cette session, un document expliquant le problème au centre du débat, en en présentant l'historique ainsi qu'une description des efforts entrepris à ce jour (et notamment la session spéciale du CPRC tenue en juillet 1999 ainsi que la solution de compromis adoptée à la quarante-neuvième session du Comité régional). En outre, il faudrait que ce document expose la pratique suivie dans d'autres organisations et qu'il résume les divers points de vue exprimés en résumé à la lettre du directeur régional.

70. Le directeur régional a informé le CPRC, lors de la quatrième session, que le groupe de travail spécial intergouvernemental à composition non limitée chargé d'examiner les méthodes de travail du Conseil exécutif avait récemment confirmé que la question des membres semi-permanents du Conseil ne serait pas examinée au niveau mondial ; une solution devait donc être trouvée par la Région européenne. Les préparatifs en vue de la session spéciale du CPRC étaient bien engagés ; un document serait diffusé préalablement à tous les États membres européens. Environ la moitié des États membres de la Région lui avait déjà fait part de leurs vues. Les opinions allaient d'une non-reconnaissance de toute forme de représentation semi-permanente jusqu'au maintien du status quo, toutefois, les pays, dans leur grande majorité, étaient prêts à se montrer conciliants afin de parvenir à un accord par consensus.

71. En outre, le directeur régional a rappelé que le directeur général avait récemment écrit à tous les États membres, les invitant à ratifier les amendements à la Constitution de l'OMS, en vertu desquels la Région européenne et la Région du Pacifique occidental obtiendraient, chacune, un siège supplémentaire au Conseil.

72. Le président du CPRC a confirmé que l'objet de la session spéciale, tel qu'exposé dans la lettre d'invitation envoyée à tous les États membres européens, était de parvenir à un accord non seulement sur la question de la représentation semi-permanente mais également, de manière plus générale, sur les critères à appliquer pour la composition du Conseil.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le rapport de la session spéciale du CPRC (annexe 3)

Questions diverses

Communication d'un représentant de l'Association du personnel du Bureau régional

73. Lors de la troisième session, la présidente de l'Association du personnel du Bureau régional de l'Europe s'est adressée au Comité permanent sur un certain nombre de problèmes préoccupant le personnel. Les mesures visant à réformer les ressources humaines à l'OMS allaient bientôt entrer en application, et un ensemble de mesures relatives aux contrats avait été approuvé par le Conseil exécutif en janvier. Une grande partie de l'année à venir serait consacrée à donner effet aux dispositions concernant les 68 % du personnel du Bureau régional embauchés sur des contrats temporaires. D'une manière générale, toutefois, les rapports entre le personnel et l'encadrement étaient excellents au niveau régional ainsi qu'au niveau mondial grâce au Conseil mondial personnel/administration. De plus, le fait qu'ait été récemment pourvu le poste resté longtemps vacant de responsable de la formation et du perfectionnement du personnel témoignait de la détermination de l'encadrement à créer une culture d'organisation dans laquelle les membres du personnel étaient encouragés à atteindre de hauts niveaux de performance.

74. Le Comité permanent reconnaissait sans réserve le professionnalisme et le dévouement du personnel dans toute la Région. Il s'intéressait toutefois de savoir si l'existence de centres et de bureaux en dehors de Copenhague posait des problèmes de communication à l'Association du personnel mais fut rassuré d'apprendre qu'il était fait largement usage des possibilités de vidéoconférence et de communication électronique, en plus des visites personnelles, chaque fois que cela était possible. Il convenait que la mise en œuvre de la réforme des contrats serait la question majeure de l'année à venir et a reconnu l'absolue nécessité de s'attaquer à la question plus large du déroulement de la carrière de toutes les catégories de personnel.

Annexe 1

**COMPOSITION DU NEUVIÈME CPCR
2001–2002**

Membres

Fédération de Russie

Dr S.M. Furgal
Directeur du Département de la coopération internationale
Ministère de la santé

Finlande

Dr Jarkko Eskola
Directeur général du département de la prévention sanitaire et de la politique sociale
Ministère des affaires sociales et de la santé

Grèce

Professeur Jenny Kourea-Kremastinou
Doyen de l'École nationale de santé publique

Irlande

Dr James Kiely¹
Directeur général de la santé
Ministère de la santé

Lettonie

M. Viktors Jaksons
Ministre des affaires sociales

Luxembourg

Dr Danielle Hansen-Koenig
Directeur général de la santé
Direction de la santé

Pologne

Dr Jacek Antoni Piatkiewicz²
Vice-ministre
Ministère de la santé et de la protection sociale

Professeur Jerzy Szczerban³
Président, Conseil scientifique auprès du ministre de la santé
Ministère de la santé et de la protection sociale

¹ Président du CPCR

² Première et deuxième sessions

³ Troisième session et sessions ultérieures

Roumanie

Dr Radu Constantiniu
Directeur général des Relations internationales
Ministère de la santé

Slovénie

Dr Božidar Voljč
Directeur général, Centre national de transfusion sanguine

Tadjikistan

Dr Alamkhon Akhmedov
Ministre de la santé

Observateurs

Dr Godfried Thiers⁴
Directeur
Institut Louis Pasteur, Recherche en santé publique
Bruxelles
Belgique

Professeur Ayşe Akin⁵
Département de la santé publique
Faculté de médecine de l'Université Hacettepe
Turquie

⁴ En tant que membre du Conseil exécutif pour la Région européenne

⁵ En tant que président exécutif de la cinquante et unième session du Comité régional

Annexe 2

RAPPORT DU SOUS-GROUPE DU CPR SUR LA BIOÉTHIQUE

ENGAGEMENT DU BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'EUROPE CONCERNANT LA BIOÉTHIQUE ET LES PRINCIPES ÉTHIQUES DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ : NOTE DE POSITION DU CPR

Rappel sur l'engagement du Bureau régional en matière de questions bioéthiques

Secrétariat

1. Bien que la plupart des programmes aient à voir avec des questions éthiques, celles-ci n'ont fait l'objet d'aucune politique formelle. Même les valeurs, les principes et les buts énoncés par la Charte de Ljubljana et par la politique-cadre de la SANTÉ 21 n'ont pas été expressément traduits par des activités ayant trait à l'éthique. Certes quelques activités isolées dans des domaines spécifiques, tels que les droits des patients, mais elles n'ont fait l'objet que de peu de suivi et de coordination.

Organes directeurs

2. Depuis la quarante-huitième session du Comité régional de l'Europe, il a été fait à plusieurs reprises référence, dans le cadre du Comité régional et de son Comité permanent (CPCR), à l'absence d'activités portant sur l'éthique, à l'insuffisance d'un rapport relatif à cette question qui avait été élaboré par le secrétariat du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, ainsi qu'à la nécessité de porter une attention accrue à cette question. Cela a conduit à mettre sur pied un sous-groupe sur la bioéthique dans le cadre du CPR. Une première réunion de ce sous-groupe, qui s'est tenue à Varsovie en mars 2001, a recensé les grandes questions sur lesquelles les États membres devraient décider si le Bureau régional avait un rôle à jouer.

3. Lors de la cinquante et unième session du Comité régional, qui s'est tenue à Madrid, le directeur général a annoncé une nouvelle initiative mondiale de l'OMS sur l'éthique. Un projet de document a été diffusé et des avis de vacance ont été publiés concernant deux postes à pourvoir au Siège de l'OMS.

4. Les participants à la cinquante et unième session du Comité régional ont confié au CPR la mission de faire progresser les questions de bioéthique, ce qui a conduit à convoquer une seconde réunion du sous-groupe sur la bioéthique, en mars 2002.

Définition de la bioéthique

5. L'éthique peut se définir comme « la science des valeurs morales dans la conduite humaine » « un ensemble de principes moraux et/ou règles de conduite » [*The Concise Oxford Dictionary, 9th ed.* Oxford, Oxford University Press, 1995]. La bioéthique a été traditionnellement définie comme « l'éthique de la recherche médicale et biologique ». Plus récemment, ce terme a vu son champ sémantique s'étendre, pour englober un domaine pluridisciplinaire couvrant les questions d'éthique dans le domaine des sciences de la vie, de la santé et des soins de santé.

6. La bioéthique est une discipline systématique et scientifique, étroitement liée à diverses évolutions scientifiques et techniques dans le domaine biomédical, lesquelles lui sont d'ailleurs autant de défis. Cette discipline est cependant fortement liée à toute une série de questions sociopolitiques dans des domaines tels que la législation, les droits de l'homme, l'environnement et l'éducation. Compte tenu de ce qu'avec l'éthique on n'a pas affaire à un domaine unique mais diversifié, que l'on ne peut, en dernier lieu, dissocier des valeurs de chaque individu et des valeurs du groupe, la recherche collective de normes est donc une importante dimension de l'action internationale dans ce domaine.

7. Au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle s'est amorcée dans le domaine de la médecine clinique une évolution rapide des méthodes et des approches en matière de bioéthique scientifique portant principalement sur les multiples aspects de la relation médecin-patient. Dans les années 80 et 90, les progrès considérables réalisés en génétique appliquée, en biotechnologie et dans d'autres disciplines biomédicales, ont mis les aspects éthiques des interventions dans les domaines de la santé reproductive et du génome humain au premier rang des préoccupations.

8. Selon toute vraisemblance, l'évolution que la bioéthique connaîtra au XXI^e siècle, fera qu'en plus des domaines susmentionnés elle s'étendra aussi aux concepts, aux stratégies et aux interventions dans le domaine de la santé publique ainsi qu'au développement et au fonctionnement des systèmes de santé : de nos jours, les problèmes les plus délicats se posent dans les domaines de la gestion de la santé ainsi que de la structure, du fonctionnement et du financement des installations sanitaires.

9. La dernière décennie a vu des progrès sans précédent dans le domaine médical. Toutefois, le recours à des techniques de diagnostic et des traitements innovants exige des ressources financières considérables. Actuellement, aucun pays au monde, même le plus riche, n'est en mesure de faire face aux coûts que représenterait le fait d'assurer à tous ceux qui en ont besoin un niveau moderne de prestations de services de santé. En conséquence, il existe une fracture entre les vastes possibilités de la médecine contemporaine, d'une part, et une réalité limitée par les fortes contraintes du financement public, d'autre part. Cet état de faits est à la base d'une discrimination (qui se révèle caractéristique de nombreux pays), s'agissant des services de santé fournis aux groupes vulnérables de la population. C'est ainsi que l'un des problèmes auxquels se heurte l'équipe chargée de l'évaluation des réformes des systèmes de santé pour le CPR est l'absence de critères sur la base desquels juger les bénéfices tirés des programmes de réforme engagés par un certain nombre d'États membres. Faute d'indicateurs fondés sur de tels critères, il est très difficile de voir quels bénéfices ont découlé des programmes de réforme des systèmes de santé et en quoi ces réformes contribuent aux principes défendus par le Bureau régional (solidarité, équité, justice sociale, transparence, droits de l'homme, etc.), lesquels n'ont pas formellement été exprimés sous la forme d'indicateurs éthiques.

10. La question concernant l'établissement d'une structure rationnelle pour le système de santé, ce qui inclut notamment la détermination de ses sources de financement, deviendra donc une question fondamentale de la bioéthique moderne.

Les recommandations du sous-groupe au Bureau régional

11. Les principes sur lesquels le choix des questions bioéthiques à traiter peut être établi sont énoncés ci-après.

12. Premièrement, bien que les activités du Bureau régional aient un lien avec de nombreuses questions éthiques qui à leur tour ont une influence sur elles, plusieurs questions bioéthiques sont déjà traitées dans des textes acceptés au plan international. Il n'y a aucune utilité à ce que le Bureau régional se penche à son tour sur ces questions. Il serait préférable que le Bureau se concentre sur les questions sur lesquelles d'autres organisations n'ont pas porté leur attention.

13. Deuxièmement, le Bureau régional devrait se concentrer sur les questions qui relèvent très clairement de la compétence de l'OMS dans la Région européenne. Le Bureau régional ne devrait pas s'engager dans des domaines couverts par des organisations telles que le Conseil de l'Europe ou l'Union européenne. En revanche, dans ces domaines, il devrait participer activement aux travaux entrepris par d'autres, et notamment par le Siège de l'OMS.

14. Concrètement, le directeur général, dans un document daté du 8 février 2002, a recensé les domaines d'action suivants pour l'OMS.

Systèmes de santé et pratique en santé publique

15. Le Bureau régional est reconnu comme étant un conseiller et une source de données probantes pour ses États membres en matière de systèmes de santé et de pratique en santé publique, domaines qui semblent avoir été négligés jusqu'ici pour ce qui est de leur aspect éthique : aucun organisme international ne dispose de textes ou d'instruments formels établissant un lien entre l'organisation et le financement des systèmes de santé et les problèmes éthiques.

16. Le principal objectif de l'action du Bureau régional en matière de bioéthique pourrait par conséquent consister à mettre au point des outils ou des indicateurs éthiques et de les rapprocher directement de certaines des actions et certains des buts énoncés dans la politique de la Santé pour tous, la politique-cadre de la SANTÉ 21 et la Charte de Ljubljana. Cela supposerait de transposer les notions d'équité, de solidarité, de justice sociale et de transparence afin d'élaborer des outils éthiques permettant d'évaluer les interventions dans le domaine de la santé, mais également de faire connaître le point de vue de la santé publique sur les questions éthiques et de s'attaquer à des sujets encore absents du débat sur la santé et l'éthique.

17. Il convient d'accorder une attention particulière à la relation avec le Conseil de l'Europe et, dans une moindre mesure, avec l'Union européenne. Si le principe consistant à éviter les doubles emplois doit être appliqué, il y a certains domaines (par exemple les droits des patients), sur lesquels le Bureau régional devrait avoir quelque chose à dire et qu'il ne devrait pas laisser totalement à d'autres organismes. À titre d'exemple, la Conférence ministérielle sur les droits de l'homme et la santé (dont le thème principal sera l'éthique dans le cadre des systèmes de santé), qui doit se tenir à Oslo en juillet 2003, sous l'égide du Conseil de l'Europe en coopération avec la Norvège, pourrait être une occasion pour le Bureau régional d'être plus qu'un simple observateur. Cela supposerait que le Bureau régional soit en mesure de travailler sur cette question et d'élaborer une position précise sur les thèmes abordés par cette conférence.

18. S'occuper de questions qui évoluent rapidement exige à la fois une base de connaissances spécialisée dans des domaines précis, et une approche pluridisciplinaire, couvrant de manière systématique l'ensemble des départements concernés. Pour le Bureau régional, une telle approche systématique pourrait notamment signifier de créer un groupe de travail, réunissant des responsables de programmes et des experts des États membres dans le cadre de domaines de projets bien précis. Ce groupe pourrait faire un état des lieux des questions d'éthique dans les systèmes de santé dans la Région européenne (et notamment une analyse des systèmes nationaux en place) et recenser les domaines d'action prioritaires du Bureau régional dans ce domaine. Une consultation avec des experts, et notamment certains responsables politiques, pourrait être organisée en 2003 pour faire progresser le travail sur les principes éthiques dans les systèmes de santé et la santé publique.

Recherche sur les êtres humains et les progrès réalisés en science médicale et en biotechnologie

19. Ces deux domaines sont déjà bien pris en charge par d'autres organisations et, dans une certaine mesure, ne relèvent pas exclusivement de la compétence de l'OMS.

20. Il est utile de mentionner ici l'examen du clonage humain que l'Organisation des Nations Unies a engagé, initiative à laquelle le Siège de l'OMS participe sans en avoir pris la tête.

21. La question se pose de savoir si le Bureau régional peut éviter de se pencher sur des questions techniques faisant l'objet de controverses, et pour lesquelles aucun accord international n'a été réalisé. Nombre des problèmes auxquels la médecine contemporaine doit faire face appellent un réexamen constant et une coordination des efforts menés par les services de santé de différents pays dans le domaine de la bioéthique (transplantation d'organes et de tissus, génétique, génomique et protéomique, avortement, euthanasie, clonage humain). Il faudrait souligner la nature pluridisciplinaire des objectifs dans ces domaines, en particulier sur des questions techniques et controversées telles que la reproduction assistée, qui ne fait l'objet d'aucun texte international.

22. Il ne faudrait pas que le Bureau régional tente de mettre au point des accords internationaux sur des thèmes sur lesquels d'autres organismes internationaux n'ont pas réussi à le faire mais il pourrait peut-être se charger de réunir des informations sur les dispositifs que les États membres ont pu prévoir pour orienter les professionnels de la santé sur ces questions et préconiser (si nécessaire) la mise en place de tels dispositifs dans le cadre de la législation nationale. Là encore, le principe à suivre est d'éviter de répéter inutilement le travail d'autres organismes internationaux.

23. Le Bureau régional pourrait par conséquent jouer un rôle important en aidant à rassembler et à diffuser des informations sur la bioéthique, décrivant la prise en compte de ces questions dans les États membres et les aidant à recenser, à trouver et à appliquer les instruments législatifs et techniques sur la bioéthique qui existent déjà (à savoir mis au point par d'autres organisations). Promouvoir l'éducation et l'apprentissage des professionnels de la santé dans le domaine de la bioéthique pourrait faire partie de l'ensemble des mesures prévues dans ce domaine.

24. Toutefois, le Bureau régional devra choisir avec soin les domaines dans lesquels il intervient. Il ne devrait pas intervenir sur le domaine général des droits de l'homme mais il devrait certainement le faire en ce qui concerne la question des droits des patients, le trait d'union entre ces deux thèmes étant celui des droits de la population.

Annexe 3

RAPPORT SUR LA SESSION SPÉCIALE DU CPR GENÈVE, 13–14 JUIN 2002

Introduction

1. Conformément aux souhaits exprimés par le Comité régional de l'Europe de l'OMS à sa cinquante et unième session, le CPR a engagé des consultations avec les États membres européens sur la question de la représentation de la Région européenne au Conseil exécutif et, en particulier, sur la représentation semi-permanente et le regroupement géographique, ainsi que sur la question des critères généraux à utiliser pour désigner des membres du Conseil exécutif.

2. Ces consultations ont eu lieu à Genève, les 13 et 14 juin 2002, lors d'une session spéciale du CPR, à laquelle tous les États membres étaient conviés. Immédiatement après la session spéciale, le CPR a tenu une réunion privée et a formulé les observations et recommandations suivantes.

Critères généraux

3. Les critères proposés pour déterminer la représentation, tels qu'ils sont énoncés au paragraphe 13 du document EUR/RC51/SC(5)/4, ont été définis pour améliorer la qualité et l'efficacité de la représentation de la Région européenne au Conseil exécutif. Il a été estimé que les pays avaient effectivement la prérogative de choisir leurs représentants, mais que ces critères devaient aider les pays à sélectionner les membres de leurs délégations, d'une manière générale, et leurs représentants au Conseil exécutif en particulier, et non être appliqués de manière prescriptive.

4. En outre, consolider la coordination entre le CPR et les représentants européens au Conseil exécutif continuera de renforcer la qualité et l'efficacité de la représentation européenne.

Groupement géographique

5. La question de la représentation géographique équitable au Conseil exécutif est une question complexe. L'exemple de coordination existant entre les pays nordiques sur la question de la représentation au Conseil exécutif et sur un certain nombre d'autres questions a été considéré comme un modèle attrayant que d'autres parties de la Région pourraient suivre. L'idée de constituer des groupes sous-régionaux ou « circonscriptions » pourrait être étudiée plus avant sur une base volontaire. Cette question devrait continuer de faire l'objet de consultations.

Membres semi-permanents du Conseil exécutif

6. Il a été rappelé que « la Constitution de l'OMS incarne les principes d'équité entre tous les États membres et qu'il est par conséquent souhaitable de corriger la situation actuelle afin de la rendre équitable », comme cela avait été préconisé à la précédente session spéciale du CPR, en juillet 1999 (document EUR/RC49/2 Add.1).

7. Plusieurs participants se sont déclarés conscients de la continuité apportée par les membres semi-permanents ainsi que de la valeur du travail que ces membres ont réalisé au fil des années.

8. Le mouvement en faveur d'un changement a trouvé une expression dans l'arrangement intérimaire auquel on est parvenu à Copenhague en 1999. Il est difficile d'envisager de revenir à la situation antérieure (dans laquelle les membres semi-permanents siégeaient au Conseil trois ans sur quatre). L'idée faisant l'objet d'un consensus est qu'au moins le présent arrangement intérimaire (trois ans sur cinq) devrait être entièrement appliqué, de sorte que chaque membre semi-permanent accomplisse son mandat (à savoir pour le Royaume-Uni, en 2004, pour la Fédération de Russie, en 2005 et pour la France en 2006).

9. Le CPR recommande également que le Comité régional examine en 2003, après une évaluation, la possibilité de se mettre d'accord pour passer à une périodicité étendue de trois ans sur six, qui commencera à s'appliquer au Royaume-Uni, en 2007, puis à la Fédération de Russie, en 2008, et à la France, en 2009.

10. Le mandat assigné pour cette évaluation devrait être présenté par le CPR au Comité régional en 2002, et les résultats devront être soumis au Comité régional en 2003. Dans le seul but de clarifier ce mandat, le CPR a décidé de reconstituer son sous-groupe chargé d'examiner les critères à appliquer pour la désignation de membres du Conseil exécutif. Le Dr Jarkko Eskola (Finlande), le Dr Danielle Hansen-Koenig (Luxembourg) et le Dr Serguei Furgal (Fédération de Russie) ont accepté de siéger dans ce sous-groupe, qui pourrait faire appel aux services d'un conseiller technique.

Amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution

11. Les participants à la réunion ont rappelé la nécessité de prier instamment les États membres qui ne l'ont pas encore fait, et notamment ceux de la Région européenne, de ratifier les amendements aux articles 24 et 25 (qui prévoient, entre autre, d'accorder à la Région européenne un huitième siège au Conseil exécutif). Le CPR a demandé au secrétariat de mettre au point un dispositif à cette fin.