



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Comité régional de l'Europe
Soixante et unième session

EUR/RC61/4
+ EUR/RC61/Conf.Doc./1

Bakou (Azerbaïdjan), 12-15 septembre 2011

4 juillet 2010

111313

Point 5 de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport du dix-huitième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

Le présent document est un rapport de synthèse des travaux accomplis par le dix-huitième Comité permanent du Comité régional (CPCR) lors des quatre sessions ordinaires tenues à ce jour au cours de l'année de travail 2010-2011, et à l'occasion de deux téléconférences organisées en juin 2011.

Le rapport sur la cinquième et dernière session du dix-huitième CPCR (prévue à Bakou, Azerbaïdjan, le 11 septembre 2011, avant l'ouverture de la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe) sera soumis au Comité régional en tant qu'addendum au présent document.

Le rapport complet de chacune des sessions du CPCR est disponible sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/governance/standing-committee/eighteenth-standing-committee>).

Sommaire

page

Introduction	1
Suivi de la soixantième session du Comité régional de l’OMS pour l’Europe	1
Préparation de la soixante et unième session du Comité régional.....	2
Ordre du jour et programme provisoires.....	2
Documents de travail	3
Santé 2020 : la nouvelle politique européenne de la santé	3
Renforcement des capacités et des services de santé publique en Europe.....	5
Rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn	6
Maladies non transmissibles et alcool.....	7
Résistance aux antibiotiques.....	8
Tuberculose.....	9
VIH/sida.....	10
Communication en santé.....	11
Budget programme et supervision	11
Transparence du CPR.....	12
Stratégie de pays du Bureau régional.....	13
Bureaux géographiquement dispersés.....	15
Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.....	16
Cohérence des structures et des fonctions du Bureau régional.....	16
Conseil exécutif et Assemblée mondiale de la santé de l’OMS	17
Conseil exécutif	17
Assemblée mondiale de la santé	17
Discours d’un représentant de l’Association du personnel du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe	18
Composition d’organes et de comités de l’OMS.....	19
Annexe. Composition du dix-huitième CPR 2010-2011	21

Introduction

1. Le dix-huitième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CPCR) a tenu à ce jour quatre sessions au cours de l'année de travail 2010-2011 :

- à l'Holiday Inn Sokolniki de Moscou (Fédération de Russie), le 16 septembre 2010, immédiatement après la clôture de la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR60) ;
- au Centre des congrès d'Andorre-la-Vieille (Andorre), les 18 et 19 novembre 2010 ;
- au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) à Copenhague, les 30 et 31 mars 2011 ;
- au Siège de l'OMS les 14 et 15 mai 2011.

2. Lors de la première session, le nouveau président fait remarquer que conformément aux dispositions de la résolution EUR/RC60/R3 du Comité régional, la composition du CPCR est passée à 12 membres, et il souhaite la bienvenue aux membres de la Bulgarie, de la Croatie, de l'Espagne, de la Pologne, du Royaume-Uni et de la Turquie. Le Comité permanent sélectionne à l'unanimité le docteur Lars-Erik Holm (Suède) comme vice-président du dix-huitième CPCR.

Suivi de la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

3. Le CPCR note le soutien très solide exprimé par les représentants de tous les États membres au CR60, et du grand nombre de ministres de la Santé présents à la session, en faveur de la directrice régionale (notamment en ce qui concerne les questions de gouvernance). Parmi les autres aspects positifs, il convient de mentionner l'importance de nouveau accordée à la santé publique, la relation étroite officialisée avec la Commission européenne, et la présence prolongée du directeur général de l'OMS. D'autre part, les très grandes tables rondes réunies pour examiner certains points à l'ordre du jour ont peut-être été difficiles à gérer, et les déclarations liminaires des membres du CPCR font désormais tellement partie de la routine qu'elles risquent de perdre de leur intérêt. Des mesures devraient être prises afin de garantir une plus grande cohérence entre, d'une part, l'ordre du jour du Comité régional et, d'autre part, celui du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé.

4. Le Comité permanent propose de s'inspirer de l'expérience acquise par d'autres organisations internationales afin de trouver le moyen d'impliquer davantage la société civile dans les activités du Comité régional. On peut envisager la mise sur pied éventuelle d'une journée de discussions avec ses représentants préalablement à la session. Les conclusions de cette réunion permettraient ainsi d'alimenter les débats du Comité régional. En outre, les organisations non gouvernementales (ONG) devraient s'engager pleinement dans le processus d'élaboration de la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020, et dans les consultations menées sur d'autres stratégies et plans d'action.

5. Lors de la deuxième session du CPCR, la directrice régionale explique qu'un forum de haut niveau est en cours de constitution afin que les pays soient parties prenantes des initiatives stratégiques telles que la nouvelle politique européenne de la santé (Santé 2020), alors que des groupes de travail ont examiné les activités du Bureau régional dans les pays et ses bureaux géographiquement dispersés. La déclaration conjointe entre le Bureau régional et la Commission européenne est maintenant mise en œuvre. En sa dix-septième session (Genève, 2-5 novembre 2010), le Comité des politiques de l'environnement de la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies (CEE-ONU) a désigné quatre ministres de l'Environnement ou leur

représentant de haut niveau pour siéger au Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé (CMES) créé lors de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Parme, Italie, 10-12 mars 2010). Ce nouveau conseil de huit membres a tenu sa première réunion en France, en avril 2011.

6. Lors de sa troisième session, le CPR fait observer que ses membres pourraient être désignés comme points focaux lors des discussions portant sur des thèmes donnés de l'ordre du jour, et l'on pourrait ensuite convenir de la forme appropriée de leur participation. La directrice régionale est aussi priée d'établir un équilibre en ce qui concerne la composition des tables rondes ministérielles et de favoriser l'interaction avec tous les participants.

Préparation de la soixante et unième session du Comité régional

Ordre du jour et programme provisoires

7. En présentant le premier projet d'ordre du jour provisoire pour le CR61 lors de la deuxième session du CPR, la directrice régionale explique que les points débattus peuvent être regroupés sous les grandes rubriques suivantes :

- le cadre général des politiques de santé (Santé 2020, l'Étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et une étude sur la gouvernance pour la santé) ;
- le renforcement des systèmes de santé (y compris la santé publique et les soins personnels) ;
- les maladies non transmissibles, y compris un plan d'action sur l'alcool ;
- les maladies transmissibles (couvrant des domaines tels que la résistance aux antimicrobiens, la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (MR/UR) et le VIH/sida) ;
- une nouvelle stratégie pour la collaboration du Bureau régional avec les pays, notamment ses bureaux géographiquement dispersés ;
- les partenariats ;
- le budget programme de l'Organisation comme outil stratégique (y compris le rôle de supervision du CPR eu égard aux activités du Bureau régional).

8. Le Comité permanent convient que Santé 2020, l'étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et la stratégie de santé publique constituent d'importants points à inscrire à l'ordre du jour du CR61. La Charte de Tallinn et le suivi de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé pourraient être abordés dans la section consacrée au programme de renforcement des systèmes de santé. De même, les plans d'action sur les maladies non transmissibles et l'alcool devraient être présentés au CR61 pour approbation, ainsi qu'une stratégie sur la résistance aux antibiotiques et des plans d'action sur la tuberculose-MR et UR et le VIH/sida.

9. Il serait intéressant, lors du CR61, d'entamer le débat sur l'utilisation du budget programme comme outil stratégique de responsabilisation. Les rapports des groupes de travail sur les bureaux géographiquement dispersés et les relations stratégiques avec les pays pourraient être examinés ensemble. La question des partenariats pourrait être abordée dans l'allocution de la directrice régionale, et une stratégie officielle pourrait être présentée au CR62.

10. Lors de la troisième session, le membre azerbaïdjanais du CPR indique que toutes les dispositions pour le CR61 vont bon train. Le CPR félicite le pays hôte pour sa préparation, et exprime une nette préférence pour une disposition face à face des sièges pour les représentants, en veillant idéalement à ce que les membres des délégations nationales puissent s'asseoir ensemble.

11. Le programme provisoire du CR61 s'étend sur quatre journées entières. Il prévoit : un débat approfondi sur le renforcement des systèmes de santé lors de la deuxième journée (mardi 13 septembre 2011), une « journée ministérielle », une table ronde des partenariats le troisième jour ainsi qu'un nouveau point à l'ordre du jour consacré à la cohérence stratégique des activités du Bureau régional, et aux aspects stratégiques des questions d'ordre technique (résistance aux antibiotiques, tuberculose et VIH/sida), lors de la dernière journée. Comme le directeur général abordera probablement les questions de financement et la réforme de l'OMS dans son discours du mardi matin, il serait opportun d'aborder le point intitulé « Le projet de budget programme comme outil stratégique de responsabilisation » immédiatement après.

12. Lors de la quatrième session du CPR, il est confirmé que les débats engagés le premier jour du CR61 se concentreront sur la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020. La deuxième journée sera consacrée à divers aspects du renforcement des systèmes de santé, alors que tout un ensemble de questions techniques, ainsi que plusieurs questions de gestion et de procédure, seront examinées les troisième et quatrième jours. Des déjeuners ministériels se tiendront les deux premiers jours, et des séances d'information technique seront organisées durant toute la session.

13. Le CPR reconnaît que le programme provisoire du CR61 est très chargé et que des efforts doivent être consentis pour que le programme des futures sessions du Comité régional soit plus gérable. Le Comité permanent convient que ses membres n'exposeraient pas nécessairement ses points de vue lors de la présentation de chaque point inscrit à l'ordre du jour. En revanche, ils pourraient être appelés à participer de différentes façons, notamment dans le cadre de tables rondes.

14. Lors de deux téléconférences tenues en juin 2011, le CPR a appris que, dans sa décision EB129(8), le Conseil exécutif, en sa 129^e session du 25 mai 2011, a prié les Comités régionaux, « sur la base des documents analytiques actualisés [au nombre de trois], d'engager des discussions stratégiques concernant le processus de réforme de l'OMS et de rendre compte de ces discussions » lors d'une session spéciale du Conseil exécutif qui se tiendra en novembre 2011. Le Comité permanent convient donc que le thème de la réforme de l'OMS sera officiellement inscrit à l'ordre du jour du CR61. Les débats pourront également porter sur l'utilisation du projet de budget programme comme outil stratégique de responsabilisation. Afin de libérer de la place dans le programme du CR61, le CPR convient également de reporter, au CR62, l'examen d'une stratégie OMS de la communication en santé pour la Région européenne. Celle-ci pourra dès lors être abordée en conjonction avec une stratégie d'information régionale. Durant les téléconférences, le dix-huitième CPR a également défini les points de l'ordre du jour du CR61 qui verront la participation de ses membres, et examiné les modalités de sa cinquième et dernière session de Bakou, le 11 septembre 2011.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen et adoption de l'ordre du jour provisoire (EUR/RC61/2 Rev.1) et du programme provisoire (EUR/RC61/3) du CR61

Documents de travail

Santé 2020 : la nouvelle politique européenne de la santé

15. Lors de sa deuxième session, le CPR est informé que Santé 2020 sera le fruit d'un processus participatif impliquant divers groupes de praticiens, d'intervenants et de partenaires, ainsi que divers secteurs. Elle s'inspirera de deux grandes études scientifiques, à savoir l'Étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire (sous la direction du professeur Michael Marmot) et l'Étude sur la gouvernance pour la santé (sous la direction du professeur Ilona Kickbusch). Le processus aboutira au lancement de la nouvelle politique lors de

la session du Comité régional de 2012. Un groupe directeur chargé d'orienter ce processus a organisé sa première réunion à la mi-octobre 2010, et les deux études sont en cours de réalisation.

16. La directrice régionale explique que l'instauration d'un forum de haut niveau vise à impliquer les États membres dans la rédaction de documents stratégiques tels que Santé 2020, le plan d'action en matière d'alcool et la stratégie de santé publique. En effet, les efforts ainsi déployés ne doivent pas s'arrêter à l'adoption d'une résolution par le Comité régional. Il faut que ces instruments donnent lieu à une mise en œuvre au niveau national. Le forum sera établi pour une période de deux ans (durant laquelle la majorité des principaux documents stratégiques seront rédigés). Cette initiative fera ensuite l'objet d'une évaluation.

17. Le Comité permanent souligne qu'il importe pour le Bureau régional de lancer, dès le début, une campagne de communication soutenue autour de Santé 2020 apportant une définition claire des principaux concepts et termes utilisés. Un membre affirme que des enseignements peuvent être tirés de l'expérience acquise par son pays : des « événements participatifs » ont été organisés avec des parties prenantes telles que des ONG, le secteur privé, des professionnels de la santé publique, ainsi que des représentants des familles et des enfants. La directrice régionale confirme qu'outre l'instauration d'un forum de représentants de haut niveau originaires de l'ensemble des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS, elle a l'intention de mener des consultations avec certaines organisations telles que l'Association européenne de santé publique (EUPHA), l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne (ASPHER), le Forum européen des associations de médecins (EFMA) et l'Association médicale mondiale (AMM). Il importe de souligner la fonction de direction (*stewardship*) des ministères de la Santé dans le cadre d'une approche pangouvernementale visant l'amélioration des populations.

18. Le document de réflexion sur Santé 2020 présenté au CPR lors de sa troisième session de mars 2011 a également été examiné par le Forum européen sur la politique de la santé réuni en Andorre au début du mois. À cette occasion, les membres du Forum ont reconnu le besoin d'établir une vision pour une ère nouvelle, considérant Santé 2020 comme un cadre global pour toutes les activités de l'OMS. Selon eux, Santé 2020 préconise une approche « pangouvernementale », et la gouvernance de la santé constitue la question clé. Ils ont appuyé l'idée de fixer des objectifs pour la Région européenne de l'OMS, et demandé la rédaction d'un document politique concis et s'appliquant à tous les États membres. La politique est formulée à la lumière de ces commentaires.

19. Le Comité permanent convient que Santé 2020 constitue le cadre politique d'ensemble, mais fait part de ses inquiétudes quant au besoin d'identifier les acteurs clés, de préciser si les objectifs et les cibles doivent être fixés pour les États membres ou pour le Bureau régional, et de les lier aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). En guise de réponse, il est souligné que le calendrier de Santé 2020 s'étend au-delà des délais fixés pour les OMD, alors que les thèmes de ces derniers sont repris dans Santé 2020. Santé 2020 mettrait l'accent sur le partenariat avec des secteurs autres que celui de la santé, des représentants d'autres secteurs pouvant d'ailleurs être invités à la prochaine réunion du Forum européen sur la politique de la santé en novembre 2011. Des objectifs non contraignants seront proposés pour la Région européenne dans son ensemble, en espérant que ceux-ci inciteront les États membres à définir les leurs. Des indicateurs et un processus de suivi pourraient être abordés lors du CR61.

20. Lors de sa quatrième session, il est demandé au Comité permanent d'émettre des recommandations sur l'ensemble des documents en rapport avec Santé 2020 qu'il est proposé de présenter au CR61. Il s'agit principalement d'un document de travail (accompagné d'un projet de résolution) qui énoncera la vision, les valeurs, les principales orientations et les approches de la nouvelle politique européenne de la santé. Trois documents d'information accompagneront ce document de travail :

- un avant-projet de la politique Santé 2020 ;

- le rapport final de l'Étude sur la gouvernance pour la santé ;
- un rapport intérimaire relatif à l'Étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire.

21. Le Comité permanent félicite le secrétariat pour le travail accompli à ce jour, et approuve les valeurs, les principes et la structure générale de la nouvelle politique. Il tient à encourager « l'adhésion » du Comité régional à Santé 2020.

22. Le professeur Ilona Kickbusch fait observer à la quatrième session du CPR que l'étude sur la gouvernance, lancée en janvier 2011, est actuellement dans sa phase finale. L'étude définit d'ailleurs la gouvernance pour la santé et le bien-être de la manière suivante : « les tentatives des pouvoirs publics ou d'autres acteurs d'orienter les communautés, des pays entiers, voire des groupes de pays, vers la poursuite de la santé et du bien-être dans le cadre d'un objectif commun ». Les premiers résultats sont présentés sous cinq rubriques :

- la gouvernance ;
- la gouvernance pour la santé ;
- la bonne gouvernance ;
- la gouvernance intelligente ;
- les rôles des ministères de la Santé.

23. Le CPR est également informé du fait que des objectifs pourront être fixés dans les cinq domaines couverts par la politique (la gouvernance pour la santé ; la lutte contre les inégalités ; des populations en bonne santé ; les environnements favorables à la santé et le bien-être ; et les maladies non transmissibles et transmissibles, la santé mentale et les traumatismes), ainsi que pour la performance des systèmes de santé. Il est proposé d'instituer un petit groupe de travail, comprenant des membres du CPR, qui présentera un aperçu des objectifs et des indicateurs examinés lors du CR61 ; les objectifs finalisés seront intégrés à la politique Santé 2020 présentée au CR62.

24. Le CPR approuve l'approche proposée. Un membre met toutefois en garde contre la fixation d'objectifs trop ambitieux, et fait observer que son pays préfère le recours à des « cadres de résultats ». Les membres de l'Andorre, de la Pologne, du Royaume-Uni, de la Suède, de la Turquie et de l'Ukraine, ainsi que le président exécutif du CR60, proposent de se joindre au groupe de travail.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen du document relatif à l'élaboration de la nouvelle politique européenne de la santé : Santé 2020 (EUR/RC61/9) et des documents d'information y afférents
Examen du projet de résolution correspondant (EUR/RC61/Conf.Doc./2)

Renforcement des capacités et des services de santé publique en Europe

25. La Stratégie européenne de la santé publique viendra compléter Santé 2020, mais sera davantage axée sur l'action. S'inspirant d'une définition claire de la relation existant entre la santé publique, ses fonctions essentielles et les systèmes de santé, elle permettra de déterminer un cadre d'action dans des domaines tels que la gouvernance, la participation de la communauté, la sensibilisation, l'investissement et les systèmes d'information.

26. Le Comité permanent se soucie d'établir une « hiérarchie » claire entre, d'une part, le document d'orientation générale (Santé 2020) et, d'autre part, les plans d'action susceptibles

d'aboutir à des mesures concrètes en ce qui concerne les composantes des systèmes de santé (telles que la santé publique). Il recommande que le document actualise les fonctions essentielles de la santé publique définies pour la première fois il y a dix ans, en tenant compte des derniers développements tels que le besoin d'évaluer les effets sanitaires des politiques adoptées dans un large éventail de secteurs.

27. Lors de sa réunion de mars 2011 en Andorre, le Forum européen sur la politique de la santé a également examiné le projet de document sur le renforcement des capacités et des services de santé publique. Il s'est félicité du fait que la santé publique soit de nouveau à l'ordre du jour des pays européens, et appuie pleinement le cadre d'action. En outre, il a souligné l'importance de l'adoption d'une approche systématique pour les opérations et les services de santé publique, mentionnant l'importance de disposer d'indicateurs mesurables afin que les données puissent servir à convaincre d'autres secteurs. Le CPR se félicite des progrès accomplis dans l'élaboration du document depuis sa précédente session.

28. Après un examen, à l'échelle du Bureau, du cadre d'action de santé publique, une explication plus détaillée des définitions et des limites de la santé publique et des systèmes de santé (et un nouveau schéma d'illustration) a été ajoutée dans la version du document de travail présentée au CPR à sa quatrième session. La liste des opérations essentielles de santé publique (EPHO) a été examinée : la gouvernance, le financement et l'assurance qualité sont fusionnés dans la 9^e EPHO, et la communication de base pour la santé publique est incorporée à la 10^e EPHO. Le CPR souligne que les EPHO doivent être considérées par les pays comme un outil d'auto-évaluation pour le renforcement des activités et des capacités de santé publique.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen du document relatif au renforcement des capacités et des services de santé publique en Europe : un cadre d'action (EUR/RC61/10) et du document d'information y afférent
Examen du projet de résolution correspondant (EUR/RC61/Conf.Doc./3)

Rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn

29. Lors de sa deuxième session, le CPR est informé que le document proposé pour le CR61 se concentrera sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé et de leur efficacité dans le maintien de l'équité, de la solidarité et de l'amélioration de la santé dans le contexte de la crise économique actuelle.

30. Au moment de la troisième session du CPR, 18 pays ont répondu à un questionnaire. En plus d'une synthèse de ces réponses, le rapport intérimaire sur la mise en œuvre des engagements de la Charte de Tallinn contiendra plusieurs sections sur la mesure de la performance des systèmes de santé (le thème central de la Charte), sur le maintien de l'équité, de la solidarité et des gains en matière de santé dans le contexte de la crise économique, et sur l'amélioration de la performance par le leadership de l'action multisectorielle pour améliorer la santé. La politique-cadre de Santé 2020 s'inspirera des enseignements tirés lors de la mise en œuvre de la Charte : l'importance des principes sous-jacents de la solidarité et de l'équité, la nécessité d'une approche holistique de la santé, et le rôle central des systèmes de santé.

31. Lors de la réunion du Forum européen sur la politique de la santé, des représentants des États membres ont confirmé que la Charte de Tallinn est un instrument efficace pour plaider en faveur du renforcement des systèmes de santé. La priorité accordée par la Charte au suivi et à l'évaluation est particulièrement utile. La prochaine étape sera d'établir et de maintenir un critère de référence pour mesurer la performance des systèmes de santé.

32. Un document stratégique plus succinct et davantage axé sur l'action est présenté au CPCR en sa quatrième session. On obtient encore une pléthore d'informations des pays répondant au questionnaire. Le rapport intérimaire repose sur trois piliers : l'évaluation de la performance du système de santé ; la viabilité financière des systèmes de santé (financement de la santé) et le *stewardship* (fonction de direction). Une table ronde ministérielle sur ce sujet sera organisée lors du CR61, et un programme consolidé des stratégies et des services que le Bureau régional peut offrir aux États membres européens dans le domaine du renforcement du système de santé sera également présenté au CR61.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen du rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn et la voie à suivre (EUR/RC61/11) et du document d'information y afférent

Maladies non transmissibles et alcool

33. Les maladies non transmissibles et celles liées à l'alcoolisme ont en commun plusieurs caractéristiques, telles que le rôle joué par les déterminants sociaux et économiques de la santé, l'importance d'adopter une approche basée sur la « santé dans toutes les politiques » et la nécessité d'attirer l'attention sur les facteurs de risque. Cependant, elles ont chacune leurs problèmes spécifiques : le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires dans le cas des maladies non transmissibles, ou la violence et les traumatismes liés à la consommation d'alcool. Le Plan d'action sur les maladies non transmissibles doit s'inspirer de la stratégie approuvée par le Comité régional en 2006¹, tandis que celui relatif à l'alcoolisme doit viser la mise en œuvre au niveau régional des résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé, le plus récemment en mai 2010².

34. Lors de sa troisième session, le CPCR est informé que le plan d'action visant la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) établira un lien avec les interventions dans le domaine de la santé mentale, de la violence et des traumatismes, de l'environnement et des maladies transmissibles. Outre l'action sur les déterminants sociaux de la santé, il plaidera en faveur du renforcement des systèmes de santé, de la surveillance, du suivi et de l'évaluation. Dix actions spécifiques sont promues dans quatre domaines. Un document européen sur la lutte contre les maladies non transmissibles serait présenté lors de la conférence ministérielle organisée à Moscou en avril 2011.

35. Les participants au Forum européen sur la politique de la santé font observer que le plan d'action doit assurer une stratégie intégrée de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles ; qu'il doit établir un lien avec les interventions environnementales ; qu'une place plus importante doit être accordée aux déterminants sociaux de la santé ; que les notions d'instruction en santé et d'autonomisation des populations doivent être « décomposées » et expliquées ; et que les domaines ciblés, voire les cibles elles-mêmes, doivent être proposés.

36. Le Comité permanent recommande qu'une plus grande attention soit accordée aux liens existant entre la santé mentale et les maladies non transmissibles, et qu'une référence spécifique soit faite à la stratégie européenne de 2006 et au plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale.

¹ *Améliorer la santé. Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (document EUR/RC56/8).

² Résolution WHA63.13, Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

37. Le Plan d'action européen en matière d'alcool, dont un projet a été soumis au CPR en sa troisième session, représente la version régionale de la stratégie mondiale adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2010. Il énonce par conséquent les cinq mêmes objectifs généraux que la stratégie mondiale. En outre, le plan d'action mentionnera des possibilités d'action dans chacun des dix domaines couverts par la stratégie mondiale. Le CPR recommande que le plan d'action plaide en faveur du renforcement de la réglementation et de la tarification, afin d'éviter que les enfants soient exposés à l'alcool.

38. Au moment de la quatrième session du CPR, le plan d'action sur les maladies non transmissibles a gagné en précision : quatre domaines d'action prioritaires ont été recensés, et cinq interventions prioritaires (avec deux interventions à l'appui) sont mentionnées, ainsi que leur fondement, leur objectif global, les actions proposées, et la mesure des résultats et du processus. La surveillance, le suivi et l'évaluation pourront se baser sur ces mesures, et le projet de résolution qui sera présenté au CR61 prévoit d'évaluer tous les deux ans les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action.

39. D'autres commentaires écrits sur le premier projet de Plan d'action européen en matière d'alcool ont été reçus après la date limite du 15 mars 2011, et une deuxième consultation avec les États membres a eu lieu à Zurich les 4 et 5 mai 2011. La nouvelle version du Plan d'action utilise une terminologie (comme « l'usage nocif de l'alcool ») similaire à celle de la Stratégie mondiale ; il présente aux États membres des « options d'action » (plutôt que des séquences d'activités) dans chaque domaine ; il priorise les actions de l'OMS ; et il offre des conseils sur la manière d'opérationnaliser les indicateurs de la consommation et des méfaits de l'alcool.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen du Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte 2012-2016 (EUR/RC61/12) et du Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 (EUR/RC61/13)
Examen des projets de résolution correspondants (EUR/RC61/Conf.Doc./4, Conf.Doc./5 et Conf.Doc./6)

Résistance aux antibiotiques

40. En émettant des recommandations aux pays à ce sujet, un plan d'action régional permettra de fixer plusieurs objectifs stratégiques à réaliser dans des domaines tels que la coordination multisectorielle, le suivi et la surveillance de la consommation d'antibiotiques, la prévention d'une nouvelle résistance, la promotion de la recherche et la sensibilisation. La Journée européenne d'information sur les antibiotiques (organisée par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, ECDC) se tient tous les ans le 18 novembre. On pourrait envisager de l'étendre à l'ensemble de la Région européenne de l'OMS. La résistance aux antimicrobiens serait aussi le thème de la Journée mondiale de la santé 2011.

41. Le Comité permanent recommande que le document fasse directement référence à la « résistance aux antibiotiques » dans son titre comme dans son contenu, et qu'il prenne la forme d'une stratégie plutôt que celle d'un plan d'action. Bien que l'ECDC ait déjà mené énormément d'activités dans ce domaine (notamment l'établissement de systèmes de surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre), il importe de faire profiter la partie orientale et sud-orientale de la Région européenne de l'OMS de l'expérience acquise à cet égard. La coopération intersectorielle dans les domaines de la sécurité sanitaire des aliments, de l'agriculture et des sciences vétérinaires (milieux de la pratique et universitaire) revêt un intérêt fondamental.

42. Lors d'une consultation organisée à Copenhague en août 2010, des experts ont fixé sept objectifs stratégiques à la base de la stratégie présentée au CPR en sa troisième session. Il est prévu d'effectuer des missions d'évaluation dans les pays en 2011-2012 et d'étendre les protocoles de surveillance de l'Union européenne (UE) aux pays non membres de l'Union. Le Comité permanent se félicite de l'accent régional mis sur la résistance aux antibiotiques et à la tuberculose. Néanmoins, il demande que le plan d'action soit fermement ancré dans le contexte plus large de la résistance aux antimicrobiens, à la lumière du thème de la Journée mondiale de la santé 2011.

43. Dans la version du document présentée au CPR en sa quatrième session, un paragraphe a été par conséquent ajouté afin de placer la résistance aux antibiotiques dans le contexte plus large de la résistance aux antimicrobiens, et un projet de résolution a été préparé. Le CPR se félicite des activités (en particulier les cours de formation) organisées dans le cadre de la Journée mondiale de la santé 2011. Il demande que l'on mette au point des indicateurs afin d'évaluer les progrès accomplis par le plan d'action (la prévalence et l'incidence d'infections par des agents spécifiques et la consommation d'antibiotiques sont proposées), et fait remarquer que les pays de l'UE préfèrent mettre l'accent sur la réalisation d'activités multisectorielles, plutôt que sur l'établissement de comités nationaux. Il attend avec impatience que le système de surveillance de l'UE soit également appliqué aux pays de la partie orientale de la Région européenne de l'OMS.

Mesures à prendre par le Comité régional

**Examen du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques (EUR/RC61/14)
Examen du projet de résolution correspondant (EUR/RC61/Conf.Doc./7)**

Tuberculose

44. Des approches programmatiques intégrées doivent être adoptées. Elles doivent prévoir le renforcement des interventions au niveau des systèmes de santé, l'action sur les déterminants situés en aval et en amont, ainsi que le suivi et l'évaluation des progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs fixés. Un plan d'action régional préconiserait la mise en place d'interventions conformément à ces approches afin de contrer la propagation de la tuberculose pharmacorésistante.

45. Le CPR recommande que le plan d'action fasse explicitement référence aux nombreuses stratégies déjà approuvées (notamment « Halte à la tuberculose »), et s'en inspire³. Les objectifs du plan d'action devraient être réalistes plutôt qu'idéalistes.

46. Conformément à l'objectif global visant à assurer l'accès universel au diagnostic et au traitement de la tuberculose-MR et UR dans tous les États membres d'ici la fin 2015 (comme prévu dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015), le plan d'action consolidé pour la Région présenté au CPR en sa troisième session fixe un certain nombre d'objectifs réalistes et spécifiques : diminuer de 20 points de pourcentage la proportion de tuberculose-MR chez les patients précédemment traités ; diagnostiquer au moins 80 % du nombre estimé de patients atteints de tuberculose-MR ; et traiter efficacement au moins 75 % du nombre estimé de patients atteints de tuberculose-MR. Le plan d'action mentionne également les orientations stratégiques, les domaines d'intervention et les principales étapes en vue d'atteindre ces objectifs, ainsi que des indicateurs et un cadre de surveillance solide pour assurer la responsabilisation. Le plan sera présenté (conjointement avec un plan d'action sur le VIH/sida) lors d'une réunion ministérielle et d'une réunion de donateurs de haut niveau en juillet 2011, avant d'être présenté au CR61 pour approbation.

³ Résolution WHA60.19. Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme.

47. Lors de sa quatrième session, le CPR est informé qu'un texte préfinal de la version détaillée du plan d'action sur la tuberculose-MR a été envoyé aux ministères de la Santé leur demandant d'apporter toute observation supplémentaire d'ici la fin du mois de mai 2011. Un cadre circonstancié en matière de suivi et un calcul des coûts seront finalisés d'ici là. Le texte définitif sera examiné, et l'application du plan d'action sur la tuberculose-MR dans des plans d'action nationaux sera examinée lors d'une réunion des chefs des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose à La Haye, du 25 au 27 mai 2011. Le directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est à la recherche d'un financement pour 50 % des coûts du plan d'action sur la tuberculose-MR, qui sera officiellement lancé en sa présence lors du CR61 et à un forum international sur l'OMD 6 à Moscou (10-12 octobre 2011).

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen du Plan d'action pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 (EUR/RC61/15) et du document d'information y afférent
Examen du projet de résolution correspondant (EUR/RC61/Conf.Doc./8)

VIH/sida

48. Un plan d'action régional pourra : fixer des objectifs convenus aux niveaux mondial et régional en vue d'accélérer l'action contre le VIH/sida ; apporter des recommandations pratiques aux États membres afin qu'ils puissent prioriser les interventions, approches et politiques du secteur de la santé ; et s'aligner sur la résolution WHA63.19 de l'Assemblée mondiale de la santé qui demande au directeur général d'élaborer une stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida pour 2011-2015. Le CPR recommande, en sa deuxième session, que les pays de la Région soient classés en fonction de leur profil de risque et de la dynamique de leur épidémie de VIH, plutôt que par leur position géographique. Il faut améliorer la surveillance du VIH de seconde génération, en particulier chez les groupes les plus à risque.

49. Lors de sa troisième session, le CPR est informé qu'à la lumière de la stratégie du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) 2011-2015, l'Assemblée mondiale de la santé a demandé en 2010 au directeur général de l'OMS d'élaborer une stratégie mondiale du secteur de la santé pour la même période. Cette stratégie a été présentée au Conseil exécutif en janvier 2011, et un plan d'action européen a été rédigé. Les mesures à prendre seront définies sous les quatre grandes rubriques suivantes : interventions essentielles ; amélioration plus générale des résultats en matière de santé grâce aux interventions de lutte contre le VIH ; édification de systèmes solides et durables ; et réduction de la vulnérabilité et élimination des barrières structurelles à l'accès aux services (action sur les déterminants sociaux de la santé). Des consultations ont été organisées en ligne et dans les pays, et une réunion régionale européenne a eu lieu à Kiev (Ukraine) le 17 mars 2011.

50. Le projet de plan d'action est présenté au CPR en sa session de mai 2011. Il s'articule autour des quatre orientations de la stratégie mondiale, tandis que les actions prioritaires énoncées sont spécifiques au contexte de la Région. On a déjà commencé l'évaluation financière du plan d'action en consultation avec les experts du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

51. Le Comité permanent est préoccupé par l'absence de priorisation entre les actions envisagées, notamment à la lumière du délai relativement court réservé à l'application du plan d'action, et il préconise la formulation précise d'objectifs réalisables. Toutefois, compte tenu du fait que l'Europe est la seule Région de l'OMS où l'épidémie de sida connaît encore un développement rapide, et que l'accès universel à la thérapie antirétrovirale exerce un effet

immédiat sur l'épidémie, le CPCR reconnaît la nécessité d'un renouvellement de l'engagement politique pour résoudre le problème, et recommande que le plan d'action européen soit présenté au CR61.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen du plan d'action stratégique européen sur le VIH/sida 2012-2015 (EUR/RC61/19)

Examen du projet de résolution correspondant (EUR/RC61/Conf.Doc./11)

Communication en santé

52. L'élaboration d'une nouvelle stratégie de la communication en santé pour l'OMS dans la Région européenne permettra de renforcer le Bureau régional pour qu'il soit la source de données sanitaires fiables et facilement accessibles, de mettre désormais l'information sanitaire de qualité à la portée de tous les habitants de la Région et d'améliorer les connaissances sanitaires fonctionnelles des responsables politiques et du grand public. Lors de sa deuxième session, plusieurs membres du Comité permanent demandent s'il est souhaitable, pour le Bureau régional, de cibler le grand public dans le cadre de ses activités de communication. Quoi qu'il en soit, les outils de marketing social doivent être choisis avec soin une fois que l'on aura défini un besoin en information spécifique, et toute initiative à cet égard doit faire l'objet d'une évaluation approfondie.

53. Lors de sa troisième session, le CPCR est une nouvelle fois informé que les objectifs de la Stratégie OMS de la communication en santé pour l'Europe 2011-2015 doivent renforcer la capacité du Bureau régional afin que celui-ci devienne un centre d'excellence et de leadership à la fois fiable et responsable en matière de communication en santé publique, et facilite le développement des capacités de communication dans la Région européenne de l'OMS. La stratégie définit cinq domaines d'action. Des « résultats clés » sont également précisés pour chacun de ces domaines. La stratégie de la communication constitue un complément à la stratégie d'information du Bureau régional qui sera élaborée puis présentée au CR62, celle-ci mettant l'accent sur les meilleurs moyens de collecter, de stocker et de diffuser l'information. Le Comité permanent estime que l'efficacité de la communication du Bureau régional constitue l'un des principaux critères d'évaluation de la réussite de ses travaux.

Budget programme et supervision

54. Pour que le budget programme puisse être utilisé comme outil stratégique de responsabilisation, il est proposé que le CR61 approuve et priorise 20 à 30 résultats escomptés à l'échelle régionale. Des indicateurs cibles et de référence seront ainsi élaborés, et les ressources et contributions requises (du secrétariat et des États membres) seront définies. Ces résultats prioritaires, ainsi que 10 à 20 produits clés et 3 ou 4 processus, feront donc office de « contrat » entre la directrice régionale et le Comité régional. Des rapports de gestion standardisés pourraient donc être régulièrement présentés au CPCR.

55. Le Comité permanent convient que le « contrat » doit être considéré comme un outil permettant de rendre plus transparents les principaux résultats inhérents (mais non explicites) au budget programme adopté par l'Assemblée mondiale de la santé, et d'accroître la responsabilité du Bureau régional à cet égard.

56. S'appuyant sur le concept présenté lors de sa précédente session, le CPCR est informé, en sa troisième session, que les responsabilités du secrétariat dans la chaîne de valeur, en termes de capacité de gestion, vont de l'apport d'intrants (ressources financières et humaines, information et connaissances, par exemple) aux extrants ou produits (tels que les conseils et les services techniques), en passant par un processus de mise en œuvre. Les États membres, d'autre part, sont

chargés de traduire ces produits en résultats (adoption des stratégies et interventions) qui au final exerceront un impact sur la santé de leurs populations. Sur un total d'un peu plus de 100 résultats généraux, environ 25 résultats prioritaires seront sélectionnés pour être inclus dans le « contrat » de responsabilisation, en plus d'un certain nombre d'indicateurs de processus et produits clés.

57. Le Comité permanent se félicite du concept élaboré et des efforts mis en œuvre afin d'établir un lien entre les ressources et les activités de base. En réponse aux questions soulevées par le CPR, le secrétariat confirme que le financement sera d'abord affecté aux résultats prioritaires ; si des contributions volontaires à des fins spécifiées ne sont pas disponibles pour un résultat particulier, le financement de base sera dès lors utilisé. L'approche de la Région européenne en matière de responsabilisation est liée au processus de réforme de l'OMS dans son ensemble, et est considérée comme un modèle pour d'autres Régions. Le CPR rappelle que le sujet doit être abordé au CR61 immédiatement après l'allocution du directeur général.

58. Le rapport de supervision présenté au CPR en sa troisième session, et mis à jour en février 2011, décrit les perspectives financières du Bureau régional, contient un résumé des principaux produits et résultats pour le second semestre de 2010, et mentionne les nouveaux accords de collaboration ainsi que les obstacles à l'exécution des programmes. Les perspectives financières permettent de conclure que, si les prévisions des recettes globales au niveau macro seront suffisantes pour couvrir les dépenses prévues en 2010-2011, des problèmes graves subsistent au niveau des objectifs stratégiques et ce, en raison de l'affectation des contributions volontaires.

59. Lors de sa quatrième session, le CPR est informé qu'un nombre total de 99 résultats prioritaires (dont 25 résultats clés) ont été définis pour 2012-2013. Outre les contributions volontaires, des fonds généraux et flexibles seront appliqués pour garantir une mise en œuvre totale et équilibrée au niveau de ces 25 résultats clés. Quatre indicateurs et objectifs « d'efficacité du processus » sont proposés. Le document de travail, et en particulier les 25 résultats clés, feront l'objet d'une consultation en ligne avec les États membres avant d'être finalisés et examinés par le CR61, en conjonction avec le point de l'ordre du jour relatif à la réforme de l'OMS.

Transparence du CPR

60. Lors de sa deuxième session, le CPR reconnaît que des recommandations (sur la durée et l'ordre des interventions, les droits de vote, etc.) doivent être élaborées puis appliquées lors de la session publique du CPR de mai 2011, avant la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé. Le Comité permanent recommande également que les représentants des États membres assistant à sa session publique de mai 2011 soient considérés comme des observateurs. Ils devraient dès lors être invités à poser des questions à des fins de clarification, sans pour autant se lancer dans de longues déclarations nationales.

61. Le CPR a été informé en mars 2011 que pour la séance ouverte ou publique, il est proposé de respecter l'article 3 du règlement intérieur du Conseil exécutif en ce qui concerne les droits des non-membres à participer, à s'exprimer, à soumettre des propositions et à répondre, ainsi que le coût de leur présence. Il est également proposé que la session ouverte du CPR se concentre sur les questions à l'ordre du jour du CPR, alors que la réunion de tous les États membres européens organisée immédiatement après se concentre sur les questions à l'ordre du jour de la Soixante-quatrième session de l'Assemblée mondiale de la santé. Enfin, le Comité permanent est invité à formuler des observations quant à l'opportunité de publier tous les documents relatifs à ses sessions sur le site Web public du Bureau régional.

62. Le CPR approuve la proposition concernant sa session ouverte. Si l'expérience s'avère positive, le règlement intérieur du Comité permanent devra être modifié en conséquence. Celui-ci

estime que les projets de documents et les documents de travail de ses sessions ne devraient pas être accessibles au public, dans la mesure où ils représentent encore des « activités en cours ».

63. Deux questions ont été renvoyées au dix-huitième CPRC par le Groupe de travail sur la gouvernance de la santé du précédent CPRC : a) le processus d'élection des membres du Comité permanent, selon lequel une proposition consolidée de candidatures est établie par des responsables du Comité permanent ; et b) la désignation plus ou moins automatique du vice-président du CPRC au poste de président exécutif du Comité régional. Pour ce qui est de la première question, il existe deux options possibles : il s'agit de rechercher un consensus entre tous les pays de la Région, comme c'est d'ailleurs le cas aujourd'hui, ou de permettre aux groupements de pays (A, B et C) de parvenir à un accord au sein de chacun d'eux. Le Comité permanent, en sa troisième session, est fermement en faveur de la première option, dans la mesure où l'autre solution va à l'encontre du concept d'une « Europe unie ». En ce qui concerne la deuxième question, il estime que la relation et les liens existant entre les postes de président du Comité permanent et celui de président exécutif du Comité régional, en termes de visibilité, de continuité et d'expérience acquise, présentent plus d'avantages que d'inconvénients possibles.

64. Pour ce qui est du processus d'élection des membres du CPRC, le Comité permanent, en sa quatrième session, recommande que la pratique actuelle doit être maintenue et renforcée par des amendements aux articles 14.2.2 b) et c) du règlement intérieur du Comité régional. En outre, il convient que le Comité permanent surveille l'application des nouveaux critères sur l'expérience et les compétences au cours de ces prochaines années.

65. En ce qui concerne la nomination du vice-président du Comité permanent au poste de président exécutif du Comité régional, le CPRC confirme également, en sa quatrième session, que les avantages, en termes de renforcement de la gouvernance, justifient la présentation au CR61 des amendements à l'article 9 de son règlement intérieur, tels que repris dans l'annexe du document de travail examiné. Il recommande que les critères qualitatifs portant sur l'expérience et les domaines de compétences actuellement pris en compte lorsque le Comité régional sélectionne des membres pour le Conseil exécutif et le CPRC, doivent également être appliqués lors de l'élection des futurs vice-présidents du Comité permanent.

66. Le Comité permanent recommande que ces amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent soient présentés au CR61 comme annexe à l'habituel projet de résolution sur le rapport du CPRC.

67. Les représentants des États membres de la Région européenne de l'OMS participant à la quatrième session du dix-huitième CPRC, une réunion d'ailleurs ouverte, font remarquer que les observateurs assistant aux sessions du Conseil exécutif ont eu accès aux documents de la session, et demandent que des dispositions similaires soient prises pour toutes les futures sessions ouvertes du Comité permanent. Néanmoins, ils se félicitent vivement de l'occasion ainsi offerte de participer aux délibérations du Comité permanent et de la transparence accrue de la gouvernance régionale de l'Organisation.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen du projet de résolution relatif au rapport du dix-huitième CPRC et de son annexe, reprenant les amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent
(EUR/RC61/Conf.Doc./1)

Stratégie de pays du Bureau régional

68. La présidence du Groupe de travail externe chargé d'examiner les relations stratégiques avec les pays présente son rapport au dix-huitième CPRC en sa deuxième session. La

méthodologie adoptée par le groupe de travail prévoyait notamment un examen théorique ou documentaire, des réunions et entretiens avec des délégations de sept pays lors de la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé et du CR60, ainsi que des missions dans 11 pays supplémentaires et des entretiens avec plusieurs responsables du Bureau régional.

69. Afin d'améliorer les activités du Bureau régional, le groupe de travail recommande notamment : d'accorder plus d'attention au contenu et au résultat qu'au processus ; de développer les compétences techniques essentielles présentes au Bureau régional ou disponibles pour celui-ci ; et d'améliorer de manière significative les fonctions administratives et d'encadrement ainsi que les activités de communication et de sensibilisation.

70. Le groupe de travail estime que tous les pays de la Région ont tiré parti de leurs relations avec l'OMS, mais admet que la « présence de l'OMS dans les pays » pourrait prendre diverses formes, allant d'un bureau complet sur place à un agent responsable au Bureau régional. Le type de présence et le niveau de soutien doivent être basés sur un ensemble de critères unifiés.

71. Le Comité permanent convient que la principale faiblesse des activités menées dans les pays par le Bureau régional au cours de la période précédente fut la non-utilisation des informations rapportées. Des critères précis sont nécessaires pour poursuivre l'évaluation des bureaux de pays, y compris leurs relations avec les ONG ainsi que leurs activités de communication et de sensibilisation. En substance, le CPRC convient que le nombre de bureaux de pays devrait être réduit, et que la priorité devrait être accordée aux pays qui ont le plus besoin de l'aide de l'OMS. La faisabilité des dispositifs sous-régionaux doit également être examinée.

72. L'adoption d'une nouvelle Stratégie de pays permettra à ces derniers de : traduire les décisions prises par les organes directeurs de l'Organisation aux niveaux mondial et régional en interventions sur le plan national ; renforcer les capacités nationales dans les domaines requis ; et fournir aux ministres de la Santé des outils, des normes ainsi que des informations probantes et des données de la recherche.

73. Un membre du CPRC fait observer que le projet de stratégie pourrait inclure, en annexe, des informations sur les modalités et structures de coopération actuelles avec les pays. La directrice régionale souhaite également que des informations financières soient incluses dans la Stratégie de pays du Bureau régional.

74. Le document présenté à la quatrième session du CPRC expose les points de vue de la directrice régionale quant aux recommandations formulées par le groupe de travail institué pour examiner les relations stratégiques du Bureau régional avec les pays. La nouvelle Stratégie de pays vise à garantir qu'en adoptant une approche holistique et cohérente, l'OMS est utile à chaque État membre de la Région européenne, une région d'ailleurs empreinte de diversité. En conséquence, elle explique en détail comment le Bureau régional doit travailler pour tous les pays, dans les pays (cadre institutionnel) et avec les pays. Le Comité permanent félicite le secrétariat pour la stratégie : l'accent mis sur la coordination et la rationalisation des activités pourra servir de modèle pour le reste de l'Organisation. On pourra procéder à un examen plus approfondi, lors d'une session ultérieure, du rôle du Bureau régional dans les 15 pays membres de l'UE avant son élargissement du 1^{er} mai 2004.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen de la Stratégie de pays du Bureau régional (EUR/RC61/17)
Examen du projet de résolution correspondant (EUR/RC61/Conf.Doc./9)

Bureaux géographiquement dispersés

75. La présidence du Groupe de travail externe chargé d'examiner les bureaux géographiquement dispersés de l'OMS/Europe présente également son rapport au dix-huitième CPR en sa deuxième session. Le groupe de travail estime que les bureaux géographiquement dispersés font un travail de grande qualité. En effet, ils ont élaboré et mettent en œuvre un certain nombre de programmes techniques remarquables, sont à l'origine de plusieurs excellents produits scientifiques d'intérêt international et mondial, fournissent une aide considérable aux programmes essentiels du Bureau régional, et consacrent une très grande partie de leurs efforts au soutien aux pays et aux institutions qui en ont le plus besoin.

76. Les principales recommandations du groupe de travail sont notamment les suivantes :

- renforcement de la coordination au sein du Bureau régional ;
- intégration plus efficace du personnel (droits du personnel, développement et formation, aptitudes à communiquer, etc.) ;
- rétablissement de l'identité et de la visibilité des bureaux géographiquement dispersés ;
- reconnaissance accrue des pays hôtes et d'autres contributeurs ;
- promotion de l'accès à diverses sources de financement ;
- établissement d'un équilibre adéquat entre les activités interpays et l'aide directe aux pays ;
- création d'un comité consultatif scientifique externe pour chaque bureau géographiquement dispersé ;
- choix d'un nom plus approprié (par exemple, « Centre spécialisé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ») ;
- intensification et élargissement du processus de création de nouveaux bureaux géographiquement dispersés (à moyen et long termes).

77. Selon le CPR, des critères précis doivent être définis afin que les bureaux géographiquement dispersés puissent apporter une valeur ajoutée aux fonctions essentielles assumées au Bureau régional de Copenhague. Ils peuvent faire office de « lien » entre les bureaux de pays et le Bureau régional, par leur contribution technique aux programmes interpays et au renforcement des capacités nationales. Cependant, le CPR est dubitatif quant à la proposition visant à créer de nouveaux bureaux géographiquement dispersés, car il estime que l'accent doit être mis sur le renforcement du Bureau régional.

78. Lors de sa troisième session, la directrice régionale met au courant le CPR de la situation en ce qui concerne le Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS à Rome. Le 26 mars 2007, le Bureau régional et le gouvernement italien ont signé un accord prorogeant l'accord original de 1990 au 31 décembre 2016. Si ce dernier doit être ratifié par le parlement italien afin de prendre effet, aucune ratification n'a encore été obtenue à ce jour. Après consultation avec le conseiller juridique de l'Organisation, une lettre a été envoyée au ministère italien de la Santé la semaine précédente en indiquant que si aucun accord n'est atteint avant le 15 avril 2011, le centre serait fermé. Conformément aux dispositions de la résolution du Comité régional EUR/RC54/R6, le directeur régional est prié « de consulter le Comité régional lors de la planification [...] de la création d'un nouveau bureau géographiquement dispersé ou de la fermeture d'un bureau existant ». Toutefois, le report de la fermeture du centre de Rome après le CR61 ne ferait qu'aggraver la situation financière du Bureau régional à la hauteur d'un montant d'au moins 1 million d'euros. L'article 14, alinéa 2.10, du règlement intérieur du Comité régional autorise le CPR « à agir pour le compte du Comité régional, à le représenter... » et à « conseiller, au besoin, le directeur régional entre les sessions du Comité régional ».

79. Le Comité permanent appuie sans réserve l'approche adoptée par la directrice régionale. Il est rassuré d'apprendre qu'en cas de fermeture du centre de Rome, ses fonctions continueraient soit au Bureau régional à Copenhague, soit au Centre européen de l'environnement et de la santé à Bonn.

80. Le document de travail présenté au CPR en sa quatrième session définit les caractéristiques d'un bureau géographiquement dispersé, et explique pourquoi et quand ils doivent être établis, ainsi que les conditions préalables à cet effet. Ayant examiné les actions requises par le Bureau régional et les organes directeurs régionaux pour mettre en œuvre la nouvelle stratégie, ainsi que les mesures à prendre pour la fermeture progressive d'un bureau géographiquement dispersé, le document conclut avec une liste de cinq domaines programmatiques pour lesquels l'établissement de bureaux géographiquement dispersés peut, selon l'équipe externe, s'avérer bénéfique à la Région européenne de l'OMS. Deux annexes reprennent en plus grand détail l'historique des bureaux géographiquement dispersés dans la Région européenne, ainsi qu'un résumé de l'examen externe des bureaux situés à Barcelone, à Bonn, à Rome et à Venise, et réalisé à la fin de 2010.

81. Le Comité permanent se félicite de l'analyse de l'histoire, de l'évolution et des défis auxquels sont actuellement confrontés les bureaux géographiquement dispersés. Il reconnaît que le Bureau régional serait incapable de mettre en œuvre des programmes et des services dans certains domaines techniques sans le travail effectué par les bureaux géographiquement dispersés, et qu'ils sont une source de financement supplémentaire. Cependant, le CPR estime que l'approche « centrifuge » visant à élargir le champ d'action des bureaux géographiquement dispersés à de nouveaux domaines est contestable. Il recommande par conséquent que la nouvelle stratégie se concentre sur la clarification et le renforcement du rôle des bureaux géographiquement dispersés existants, et que des efforts supplémentaires soient consentis à l'analyse des nouveaux besoins.

Mesures à prendre par le Comité régional

**Examen du document sur la Politique relative aux bureaux géographiquement dispersés du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EUR/RC61/18)
Examen du projet de résolution correspondant (EUR/RC61/Conf.Doc./10)**

Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

82. En raison de la nouvelle politique de l'Assemblée mondiale de la santé en matière de partenariats (résolution WHA63.10), la gouvernance de l'Observatoire a dû être revue (le seul partenariat officiel dans la Région européenne de l'OMS). Le processus d'examen des questions d'ordre politique et administratif a commencé, en étroite consultation avec les organisations partenaires. Des mesures seront prises afin que l'Observatoire soit conforme au règlement de l'OMS, ou afin d'attester pleinement toute adaptation nécessaire, comme prévu dans la politique adoptée par l'Assemblée de la santé.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen du document sur l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (EUR/RC61/20)

Cohérence des structures et des fonctions du Bureau régional

83. Le document de travail, rédigé après la troisième session du dix-huitième CPR, présente une analyse approfondie des principales fonctions du Bureau régional (telles que spécifiées dans le onzième Programme général de travail 2006-2015) et de ses structures organisationnelles et fonctionnelles actuelles et proposées. Le document conclut avec une matrice faisant correspondre les différentes fonctions avec ces structures.

84. Le CPRC demande que le document aborde non seulement les relations du Bureau régional avec les bureaux géographiquement dispersés et les bureaux de pays, mais aussi avec le Siège de l'OMS. En outre, il s'inquiète du fait que le Forum européen sur la politique de la santé soit présenté dans le document comme une structure « institutionnalisée » établie par le CR60, et que le « leadership » soit l'une des fonctions à « haut niveau de responsabilité », comme indiqué dans la matrice. Nonobstant le fait que le Forum fasse en effet partie intégrante de la « vision » de la directrice régionale, d'ailleurs approuvée par le Comité régional dans la résolution EUR/RC60/R1, le CPRC recommande que le texte du paragraphe 44 du document soit modifié, et que la rangée de la matrice puisse être annotée ou omise dans l'attente de l'évaluation du Forum après deux ans d'activités.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen du document relatif à la Cohérence stratégique des activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EUR/RC61/16)

Conseil exécutif et Assemblée mondiale de la santé de l'OMS

Conseil exécutif

85. Lors de la deuxième session du dix-huitième CPRC, la directrice régionale et le président du Conseil exécutif attirent l'attention sur l'ordre du jour bien chargé de la 128^e session du Conseil exécutif, ainsi que sur plusieurs points qui devraient revêtir un intérêt particulier pour la Région européenne, notamment le financement futur de l'OMS (les opinions exprimées à ce sujet lors du CR60 ont d'ailleurs été communiquées au directeur général) ; les maladies non transmissibles ; la sécurité sanitaire (y compris le Règlement sanitaire international) ; les produits médicaux contrefaits ; et la procédure d'élection du directeur général de l'OMS. La longueur de l'ordre du jour témoigne de l'importance de renforcer les mécanismes de coordination régionale.

86. Le membre européen du Conseil exécutif désigné pour assurer la liaison avec le CPRC confirme, à la troisième session du dix-huitième CPRC, que la 128^e session du Conseil exécutif a conféré au directeur général de l'OMS le mandat explicite d'engager une réforme de l'Organisation. Des propositions de réforme dont la publication est prévue pour la mi-avril seront examinées lors d'une consultation avec les représentants des États membres à Genève préalablement à l'ouverture de la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé en mai 2011.

87. Sur le plan technique, le Conseil exécutif a adopté pas moins de cinq résolutions relatives à différents aspects du renforcement des systèmes de santé. Le Conseil exécutif a décidé de créer un groupe de travail chargé du processus et des méthodes pour l'élection du directeur général, et ouvert à tous les États membres. Le groupe de travail doit présenter un rapport final à la 130^e session du Conseil exécutif en janvier 2012.

Assemblée mondiale de la santé

88. Lors de sa deuxième session, le Comité permanent est informé des postes électifs auxquels la Région européenne peut prétendre lors de la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé. La directrice régionale informe les membres du CPRC, en sa troisième session, des candidats identifiés pour assumer les postes électifs (président de l'Assemblée de la santé, rapporteur de la Commission A et vice-président de la Commission B), et des pays qui seront proposés pour siéger au Bureau de l'Assemblée et à la Commission des pouvoirs. Les membres du CPRC appuient sans réserve les propositions faites par la directrice régionale.

89. À la suite de discussions tenues à Genève en décembre 2010, des représentants des missions permanentes des États membres européens ont désigné un point focal parmi eux en vue d'encadrer un mécanisme assurant la coordination paneuropéenne dans le cadre des réunions et des processus intergouvernementaux au cours de la période s'étendant jusqu'à juin 2012. En outre, il est proposé que les réunions d'information organisées chaque jour pour les États membres européens pendant la 128^e session du Conseil exécutif le soient également au cours de la Soixante-quatrième session de l'Assemblée mondiale de la santé. Enfin, un membre du Conseil exécutif continuera d'être désigné pour faire office de liaison entre le Conseil et le CPR. Le Comité permanent reconnaît que les États membres européens se féliciteront des possibilités accrues d'échanges d'informations.

Discours d'un représentant de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

90. Dans un message pré-enregistré et présenté au CPR en sa troisième session, le président de l'Association du personnel de l'OMS/Europe (EURSA) est revenu sur 2010, une année de changements et de transition qui a mis à l'épreuve l'OMS/Europe. Le nouveau Système mondial de gestion (GSM) a encore connu des erreurs de système et d'autres anomalies, ainsi que des problèmes avec les traitements des fonctionnaires et les paiements des fournisseurs externes. La nouvelle directrice régionale a pris ses fonctions empreinte d'une vision qui a nécessité un examen approfondi des programmes existants, et qui a aussi donné lieu à une révision de la structure organisationnelle et à une refonte du plan des ressources humaines. La crise financière mondiale a imposé des contraintes supplémentaires au Bureau régional. L'inondation d'août 2010 a en outre entraîné la fermeture du bureau de Copenhague pendant une semaine et entravé les services de communication. Grâce au personnel et à la direction, le Bureau régional n'a pas perdu en productivité, et l'année s'est achevée dans un calme relatif.

91. Or, l'OMS est encore confrontée à certains défis aux niveaux régional et mondial, défis auxquels doit aussi faire face le système commun des Nations Unies dans son ensemble. Il s'agit notamment de l'abrogation de la règle des 60 et 62 ans pour l'âge obligatoire du départ à la retraite ; de l'augmentation de l'âge obligatoire du départ à la retraite afin qu'il soit approprié et corresponde aux normes européennes ; et de l'amélioration des prestations de maternité et de paternité. Comme les exigences de productivité et d'excellence continuent de croître, il doit en être de même pour la protection des droits et de la promotion du bien-être du personnel, qu'il s'agisse de sa santé physique ou mentale.

92. Le Comité du personnel de l'EURSA continuera à collaborer étroitement avec les autres associations de personnel et avec la direction au niveau mondial sur le programme de réforme de l'OMS. Les associations du personnel de l'OMS ont collectivement proposé des mesures susceptibles d'accroître la productivité, d'augmenter la qualité des produits et des résultats, d'améliorer le recrutement et la fidélisation du personnel, de diminuer les congés de maladie, de réduire les frais généraux et de motiver davantage le personnel. Au niveau régional, les propositions portent sur l'adoption d'une politique de télétravail ; l'assouplissement des horaires de travail ; l'étroite surveillance et la prise obligatoire des journées de vacances accumulées ; les mesures visant à décourager le stakhanovisme ; et l'élaboration et la promotion actives des meilleures pratiques en faveur de la santé physique et mentale sur le lieu de travail.

93. Le Comité permanent se félicite de la cohérence des messages présentés par les associations de personnel de l'Organisation lors des réunions de ses organes directeurs mondiaux et régionaux. Si la directrice régionale apprécie aussi largement la bonne collaboration existant avec l'EURSA, elle fait remarquer que les propositions relatives aux conditions d'emploi doivent faire l'objet d'un débat interne entre le personnel et l'administration.

Composition d'organes et de comités de l'OMS

94. La directrice régionale rappelle que, suite à l'adoption par le Comité régional de la résolution EUR/RC60/R3 l'année précédente, l'interdiction de la double représentation au Conseil exécutif et au CPRC a été levée. En outre, les critères de sélection des candidats pour siéger au Conseil exécutif et au Comité permanent (tels que repris dans la deuxième partie de l'annexe à cette résolution) doivent être respectés, même si cela peut conduire à la candidature d'un même pays pour les deux organes en question. Sur cette base, le CPRC parvient à un accord par consensus sur les pays candidats qu'il recommanderait pour siéger au Conseil exécutif, au Comité permanent et au Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.

Mesures à prendre par le Comité régional

Élection de membres pour le Conseil exécutif, le CPRC et le Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (EUR/RC61/7)

Annexe. Composition du dix-huitième CPCR 2010-2011

Membres, suppléants et conseillers

Andorre

Dr Josep M. Casals Alís¹

Directeur général de la santé et du bien-être, ministère de la Santé et du Bien-être

Azerbaïdjan

Pr Oktay Shiraliyev

Ministre de la Santé

Conseillers

Dr Samir A. Abdullayev

Chef, Département des relations internationales, ministère de la Santé

Dr Gulsom Gurbanova

Conseillère principale, Service des relations internationales, ministère de la Santé

Bulgarie

Mme Dessislava Dimitrova

Vice-ministre de la Santé

Conseillère

Professeur Tatiana S. Ivanova

Chef de département, Développement des systèmes et des ressources de santé, Centre national de la protection de la santé publique

Croatie

Dr Krunoslav Capak

Directeur adjoint, Service d'écologie et d'hygiène de l'environnement, Institut national de santé publique

Espagne

Dr Ildefonso Hernández Aguado²

Directeur général de la santé publique et de la santé internationale, ministère de la Santé, de la Politique sociale et de l'Équité

Dr Carmen Amela Heras³

Directrice générale de la santé publique et de la santé internationale, ministère de la Santé, de la Politique sociale et de l'Équité

Conseillère

Dr Karoline Fernandez de la Hoz

Responsable de la coordination, Direction générale de la santé publique et de la santé internationale, ministère de la Santé, de la Politique sociale et de l'Équité

¹ Président.

² Première et deuxième sessions.

³ Troisième et quatrième sessions.

Ex-République yougoslave de Macédoine

Dr Vladimir Lazarevik⁴

Professeur assistant, Institut de médecine sociale, Faculté de médecine de Skopje

Lituanie

Pr Zita Aušrelė Kučinskienė

Doyenne, Faculté de médecine, Université de Vilnius

Suppléant/conseiller

M. Viktoras Meizis

Directeur, Service des relations avec l'UE et des affaires étrangères, ministère de la Santé

Conseillère

Dr Rima Vaitkiene

Chef adjointe, Service des relations avec l'UE et des affaires étrangères, ministère de la Santé

Monténégro

Dr Boban Mugosa

Directeur, Institut de santé publique

Suppléant

Dr Zoran Vratnica

Directeur, Centre de microbiologie médicale, Institut de santé publique

Pologne

Pr Mirosław J. Wysocki

Directeur, Institut national de santé publique/Institut national d'hygiène

Conseillère

Mme Justyna Tyburska-Malina

Unité des organisations internationales, Département de la coopération internationale, ministère de la Santé

Royaume-Uni

Pr David Harper

Directeur général, Amélioration et protection de la santé, Développement sanitaire et scientifique international, Département de la santé

Suède

Dr Lars-Erik Holm

Directeur général et médecin conseiller technique, Conseil national de la santé et de la protection sociale

Conseillers

M. Fredrik Lennartsson

Directeur général adjoint et chef, Service des relations avec l'UE et des affaires internationales, ministère de la Santé et des Affaires sociales

⁴ Président exécutif du CR60.

M. Niclas Jacobson
Chef de section, Service des relations avec l'UE et des affaires internationales, ministère de la Santé et des Affaires sociales

Mme Louise Andersson
Service des relations avec l'UE et des affaires internationales, ministère de la Santé et des Affaires sociales

Turquie

Dr Bekir Keskinliç
Directeur général adjoint, Direction générale des soins de santé primaires, ministère de la Santé

Conseiller

M. Seyhan Sen
Chef adjoint, expert de l'UE, Service des affaires étrangères, ministère de la Santé

Ukraine

Pr Olesya Hulchiy
Vice-rectrice, Relations internationales, Université nationale de médecine O. Bohomolets

Observateurs

Estonie

Dr Maris Jesse⁵
Directrice, Institut national de développement sanitaire

Conseillère

Mme Marge Reinap
Conseillère, Institut national pour le développement sanitaire

Invités spéciaux⁶

Pr Vladimir Gusmar
Consultant médical, Secteur des normes et de l'accréditation, Centre national de la qualité, de la sécurité et de l'accréditation, Albanie

Dr Tatul Hakobyan
Vice-ministre arménien de la Santé

Dr Mihály Kökény
Président, Conseil exécutif

Pr Tilek Mejmanaliev
Kirghizistan

⁵ Membre européen du Conseil exécutif.

⁶ Deuxième session.

Dr B. Serdar Savas
Président, BSS-United Health Systems, Turquie

Pr Vittorio Silano
Faculté de médecine, Université de Rome, Italie

Pr Patricia Troop
Administratrice principale, Agence de protection sanitaire, Royaume-Uni