



## Rapport de la soixante et unième session du Comité régional de l'Europe



**Organisation  
mondiale de la Santé**

**Europe**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

# Rapport de la soixante et unième session du Comité régional de l'Europe

Bakou (Azerbaïdjan)  
12-15 septembre 2011

## Mots clés

REGIONAL HEALTH PLANNING  
HEALTH POLICY  
HEALTH PRIORITIES  
RESOLUTIONS AND DECISIONS  
WORLD HEALTH ORGANIZATION  
EUROPE

**Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :**

Service des publications  
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

**© Organisation mondiale de la santé 2011**

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

**Sommaire**

Ouverture de la session .....	1
Élection du bureau .....	1
Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail .....	1
Allocution du Président de l'Azerbaïdjan .....	2
Allocution de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe .....	3
Un partenariat renforcé avec le Fonds mondial .....	6
Allocution de l'Ambassadrice de bonne volonté de l'OMS pour les objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé dans la Région européenne .....	7
Rapport du dix-huitième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe .....	8
Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif .....	9
Allocution du directeur général de l'OMS .....	9
Élaboration de la nouvelle politique européenne de la santé – Santé 2020 .....	11
Vision, valeurs, principaux axes et approches .....	11
Gouvernance .....	11
La fracture sanitaire .....	14
Renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS .....	17
Rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn et la voie à suivre .....	17
Renforcement des capacités et des services de santé publique en Europe : un cadre d'action .....	19
Réforme de l'OMS pour un avenir sain .....	21
Rapports présentés à la séance plénière par les groupes de travail .....	24
Élections et désignations .....	25
Conseil exécutif .....	25
Comité permanent du Comité régional .....	25
Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine .....	25
Attribution de la bourse de recherche en santé publique Jo Asvall .....	26
Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles	

(prévention et lutte) 2012-2016 .....	26
Adoption de la Déclaration européenne de l'OMS sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille .....	28
Charte d'Ottawa .....	28
Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 .....	28
Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques .....	30
Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 .....	31
Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 .....	32
Confirmation des dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2012-2015 .....	33
Résolutions .....	34
EUR/RC61/R1. La nouvelle politique européenne de la santé – Santé 2020 : vision, valeurs, principaux axes et approches .....	34
EUR/RC61/R2. Renforcement des capacités et services de santé publique en Europe : cadre d'action .....	35
EUR/RC61/R3. Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 .....	36
EUR/RC61/R4. Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 .....	38
EUR/RC61/R5. Déclaration et Plan d'action européens de l'OMS sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille .....	40
EUR/RC61/R6. Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques .....	42
EUR/RC61/R7. La tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS .....	44
EUR/RC61/R8. Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 .....	46
EUR/RC61/R9. Rapport du dix-huitième Comité permanent du Comité régional .....	48
EUR/RC61/R10. Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2012-2015 .....	49
Annexe 1. Ordre du jour .....	50
Annexe 2. Liste des documents .....	52
Annexe 3. Liste des représentants et autres participants .....	55
Annexe 4. Allocution de la directrice régionale .....	68
Annexe 5. Allocution du directeur général .....	77

## Sigles et abréviations

ACB	accord de collaboration biennal
CEE-ONU	Commission économique pour l'Europe des Nations Unies
CMES	Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé
CPCR	Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe
ECDC	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
EPHO	opérations essentielles de santé publique ( <i>essential public health operations</i> )
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
GSM	Système mondial de gestion
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONG	organisations non gouvernementales
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMS/Europe	Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
PIB	produit intérieur brut
RSI	Règlement sanitaire international
Tuberculose-MR et UR	tuberculose multirésistante et ultrarésistante
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USD	dollars des États-Unis
VIH	virus de l'immunodéficience humaine



## Ouverture de la session

(EUR/RC61/2 Rev.1 et EUR/RC61/3 Rev.1)

La soixante et unième session du Comité régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est tenue au Palais Gulustan à Bakou (Azerbaïdjan), du 12 au 15 septembre 2011. Des représentants de 50 pays de la Région y ont participé. Étaient également présents un observateur d'un État membre de la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies (CEE-ONU) et des représentants de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, de la Banque mondiale, du Programme alimentaire mondial, du Conseil de l'Europe, de l'Union européenne (UE) et d'organisations non gouvernementales (ONG) (voir annexe 3).

La première séance de travail a été ouverte par le docteur Vladimir Lazarevik, président exécutif sortant.

## Élection du bureau

Conformément à l'article 10 de son règlement intérieur, le Comité a élu le bureau ci-après :

Pr Ogtay Shiraliyev (Azerbaïdjan)	président
Dr Josep Casals Alís (Andorre)	président exécutif
Dr Lars-Erik Holm (Suède)	vice-président exécutif
Mme Carole Lanteri (Monaco)	rapporteur

## Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail

Le Comité régional a adopté l'ordre du jour (annexe 1) et le programme de travail.

À la suite de consultations, le Comité décide de reporter à sa soixante-deuxième session l'examen du point 6 h) de l'ordre du jour, « Cohérence stratégique des activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe » (y compris les sous-points concernant la stratégie des relations avec les pays et la politique relative aux bureaux géographiquement dispersés du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé) et du point 9 de l'ordre du jour, « Partenariats ».

## Allocution du Président de l'Azerbaïdjan



Son Excellence M. Ilham Aliyev, Président de l'Azerbaïdjan, souhaite une cordiale bienvenue dans son pays. Les soins de santé constituent une question très importante pour son gouvernement : le budget de la santé a été augmenté par un facteur de huit au cours des cinq années précédentes. La base technique des soins de santé a été renforcée : plus de 400 nouveaux établissements de soins ont été rénovés ou construits ces dernières années, notamment des institutions spécialisées dans des domaines tels que la lutte contre le cancer, les soins périnataux et la chirurgie. Des centres de diagnostic et de traitement ont été mis en place dans 14 localités. Les toutes dernières technologies sanitaires sont achetées au besoin, et l'Azerbaïdjan profite de l'expérience d'autres pays en envoyant ses jeunes médecins à l'étranger afin qu'ils suivent une formation complémentaire. Tous les services de soins de santé dispensés par des établissements publics sont disponibles gratuitement à la population.

Il est reconnu que les conditions environnementales ont un impact considérable sur la santé humaine : son pays a d'ailleurs déclaré l'année 2010 « Année de l'environnement ». Dix millions d'arbres ont été plantés, et des efforts sont canalisés vers la gestion des ressources en eau. Grâce à l'aide d'organisations internationales, des projets sont en cours pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement, et l'Azerbaïdjan s'attend à ce que son eau potable soit conforme aux normes de l'OMS d'ici la fin de 2013.

L'amélioration de la santé des jeunes revêt également une importance primordiale. À cette fin, 30 installations sportives de taille olympique ont été construites, et le Programme d'État du gouvernement sur la jeunesse 2012-2015 comporte un volet sur la lutte contre la toxicomanie chez les jeunes.

Les réformes économiques en cours en Azerbaïdjan ont permis de lutter contre les problèmes sociaux. Le produit intérieur brut (PIB) du pays a triplé au cours de ces sept dernières années. Les prestations sociales n'ont pas été réduites, et les pensions de retraite ont été augmentées de 40 %. Par conséquent, la pauvreté touche à l'heure actuelle seulement 9 % de la population (contre 49 % auparavant). En raison de l'amélioration de leur situation financière, les populations attachent plus d'importance à la santé, et leur état de santé s'améliore de manière significative. Si les réformes sociales et économiques ont porté leurs fruits, certains problèmes subsistent, et des programmes continuent d'être réalisés afin d'y remédier (125 000 familles reçoivent toujours une aide sociale du gouvernement).

L'Azerbaïdjan entretient des liens étroits avec les pays partenaires grâce à des organes tels que le Partenariat oriental de l'UE. L'un des objectifs de ces initiatives est de conformer le système de soins de santé du pays aux normes européennes. Il est convaincu que la session actuelle du Comité régional de l'OMS permettra à son pays de réaliser de nouveaux progrès dans ce sens.

Le président de la session lit une déclaration de bienvenue au nom de Mme Mehriban Aliyeva, Première Dame d'Azerbaïdjan et présidente de la Fondation Heydar Aliyev.

## Allocution de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe



(EUR/RC61/5 et EUR/RC61/8 Rev.2)

Dans son allocution (annexe 4), la directrice régionale accueille les représentants à la session. Elle exprime son profond regret pour les vies perdues à la suite de l'événement tragique ayant secoué la Norvège et d'autres situations d'urgence dans la Région européenne, et lors de l'attentat perpétré contre le Siège des Nations Unies au Nigéria. Elle décrit ensuite les progrès réalisés durant l'année écoulée dans la Région européenne de l'OMS, les défis actuels ainsi que les possibilités offertes de relever ces défis dans quatre domaines : les menaces sanitaires, les maladies non transmissibles, les systèmes de santé et la santé publique, et la collaboration pour améliorer la santé pour l'Europe.

Parmi les menaces sanitaires auxquelles nous sommes confrontés, il convient de mentionner les situations d'urgence, les crises de santé publique et les principales maladies transmissibles. Inspiré par sa récente collaboration avec le gouvernement italien, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) est en train de mettre en œuvre un plan d'action sur la migration et la santé qui pourrait conduire à l'établissement d'un programme à long terme. En vertu du Règlement sanitaire international (RSI), l'OMS/Europe a suivi 3 à 4 événements chaque semaine avec les États membres, coordonné des interventions avec les partenaires et au sein de l'OMS, et aidé les pays à développer les principales capacités nécessaires. Le Bureau régional a dû également faire face à deux inondations en ses locaux de Copenhague, et a bénéficié de l'aide du gouvernement danois à cet égard. Grâce au leadership de l'OMS et à un appui solide des partenaires mondiaux, dont l'UNICEF, les pays ont lutté avec succès contre la flambée épidémique de poliomyélite de 2010. En août 2011, la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite a reconfirmé le statut « exempt de poliomyélite » de la Région. Alors que de grandes épidémies de rougeole continuent de sévir, 52 États membres ont participé à la Semaine européenne de la vaccination 2011, qui a d'ailleurs contribué à intensifier les mesures de lutte. Avec les États membres et les partenaires, en particulier l'UE, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Partenariat Halte à la tuberculose, l'OMS/Europe a mené des interventions contre trois problèmes alarmants, à savoir la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (tuberculose-MR et UR), le VIH/sida et la résistance aux antibiotiques, et élaboré des plans d'action dans ces domaines en vue d'être présentés au Comité régional. Enfin, la Région est sur la bonne voie pour éliminer le paludisme d'ici 2015.

L'OMS/Europe soumettra au Comité régional un plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016. Le leadership de l'Europe dans le domaine de la prévention des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé, ainsi que les progrès réalisés aux niveaux mondial et régional au cours de l'année précédente dans la lutte contre ces maladies, préparent le terrain pour une application efficace du plan d'action. Le bureau d'Athènes de l'OMS/Europe, qui sera inauguré ultérieurement en septembre 2011, fournira des capacités supplémentaires dans ce domaine. En outre, le Bureau régional mène une action ferme sur les déterminants sociaux et environnementaux des maladies non transmissibles. En 2010-2011, de nombreux pays européens ont ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et/ou élaboré des politiques strictes dans ce domaine. L'OMS/Europe a formulé le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 pour présentation au Comité régional. Le Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé (CMES) et le Groupe de travail européen Environnement et santé ont été institués. Ils ont organisé leur première réunion en 2011 afin de poursuivre le processus européen Environnement et santé. L'OMS/Europe a pris l'initiative de préparer un chapitre sur les dimensions sociales et sanitaires du développement durable pour être inclu dans un rapport régional européen à l'occasion du Sommet des Nations Unies de 2012. En raison de la nécessité de fermer son bureau de Rome, l'OMS/Europe procède à la consolidation de ses programmes sur l'environnement et la santé en ses locaux de Copenhague et de Bonn, avec le soutien du gouvernement allemand. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) sont devenus une priorité à l'échelle du Bureau ; l'OMS/Europe collabore avec la Première Dame de Géorgie, en sa qualité d'Ambassadrice de bonne volonté de l'OMS dans la Région européenne, et l'OMS constitue l'agence chef de file du Groupe de travail interagences des Nations Unies en ce qui concerne la lutte contre les inégalités dans la réalisation des OMD.

En ce qui concerne les systèmes de santé et la santé publique, la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, et la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020, se renforcent mutuellement. Les indications fournies par les pays à ce sujet confirment l'impact de la Charte sur les systèmes de santé. L'activité de l'OMS/Europe sur les systèmes de santé porte notamment sur l'élaboration d'une nouvelle approche centrée sur les résultats en matière de santé et d'un ensemble de stratégies et de services, la collaboration directe avec les pays, un projet sur les politiques-cadres nationales de la santé et une étude sur l'économie de la prévention. Pour donner suite à son engagement renouvelé en faveur de la santé publique, l'OMS/Europe a élaboré un cadre d'action complémentaire à Santé 2020 en vue d'être examiné par le Comité régional, fourni aux pays un outil pour l'évaluation de leurs opérations essentielles de santé publique (EPHO, pour *essential public health operations*) et les a encouragés à évaluer la performance de leur système de santé. Dans le domaine du financement de la santé, l'OMS/Europe a produit des publications importantes, conduit des cours de formation à l'intention de groupes de pays, collaboré avec des pays en particulier, et mis en œuvre un plan d'action s'inspirant du *Rapport sur la santé dans le monde 2010*. L'OMS/Europe coopère avec les États membres et les partenaires, notamment l'UE, en vue d'instaurer un système commun d'information sanitaire pour l'Europe et de soutenir les activités réalisées dans tous les domaines de la santé.

En guise de conclusion, la directrice régionale décrit les progrès réalisés en ce qui concerne l'initiative globale d'élaboration d'une politique européenne de la santé, Santé 2020, et le renforcement de l'OMS/Europe pour qu'elle puisse mieux servir les États membres. Il ressort de la première année du processus participatif d'élaboration de Santé 2020 que les pays accueillent cette initiative comme un outil utile et opportun. L'OMS/Europe s'est renforcée en concentrant les fonctions essentielles en son siège de Copenhague, en rationalisant et en intégrant pleinement les bureaux géographiquement dispersés et en assurant une coordination totale avec eux, en intégrant les activités des bureaux de pays, en améliorant les fonctions de gouvernance et en élaborant des stratégies sur les activités dans les pays et les partenariats pour présentation au Comité régional. Elle a amélioré sa collaboration avec ses partenaires, en redynamisant ses réseaux, en présidant le Comité directeur de l'OMS sur les relations avec l'UE, en collaborant avec les pays assurant la présidence de l'UE et en établissant des feuilles de route pour les six domaines de coopération convenus avec la Commission européenne en 2010. L'OMS/Europe a également renforcé la coopération avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), la Banque mondiale, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Fonds mondial et d'autres agences des Nations Unies, ainsi que la coopération au sein de l'OMS. Les rentrées de l'OMS/Europe pour 2010-2011 doivent être comparables à celles des périodes biennales antérieures. Pour la prochaine période biennale, le Bureau régional jouit d'une bonne situation macro-financière pour tous les objectifs stratégiques de l'OMS, à l'exception des objectifs 12 et 13. L'affectation d'une grande partie des fonds à des fins précises devant faire naître de nombreuses difficultés, le processus de réforme de l'OMS doit s'attaquer à ce problème. Comme l'OMS/Europe reçoit la plus petite part des ressources et moyens mobilisés par le Siège de l'OMS, elle a rédigé des plaidoyers détaillant ses intentions pour chacun des objectifs stratégiques.

Dans le débat qui suit, la plupart des intervenants remercient le gouvernement azerbaïdjanais pour son hospitalité et félicitent la directrice régionale pour son rapport et ses orientations stratégiques, ainsi que pour l'activité de l'OMS/Europe. En particulier, un représentant du pays exerçant actuellement la présidence du Conseil de l'UE déclare que l'application intégrale des sept orientations stratégiques et l'attention soutenue accordée aux cinq questions prioritaires recensées par la directrice régionale peuvent avoir des effets très positifs sur la santé dans la Région. Bien que les efforts visant à renforcer les fonctions et la structure de l'OMS/Europe ainsi que ses relations avec les États membres et les partenaires soient appréciés, la question relative à l'établissement de nouveaux bureaux géographiquement dispersés nécessite un examen plus approfondi, et les plans et intentions de la directrice régionale en ce qui concerne les bureaux de pays existants nécessitent davantage d'explications. La coopération avec les États membres doit être proactive, soigneusement négociée et réalisée d'une manière plus globale et plus coordonnée. L'approche en ce qui concerne les partenariats doit être conforme avec celle adoptée au Siège de l'OMS. Davantage d'informations doivent être fournies sur la manière dont l'OMS/Europe a l'intention de collaborer avec la Commission européenne afin de garantir la complémentarité des programmes de recherche, et sur son mode de collaboration avec l'ECDC. La réforme de l'OMS doit constituer la principale priorité du Comité régional afin d'assurer l'efficacité de l'OMS, avec une répartition équitable des fonds entre les Régions. De plus, ce représentant attend avec intérêt les discussions du Comité régional, et demande des informations sur les implications budgétaires de toutes les initiatives proposées dans l'ordre du jour.

Quant aux cinq questions prioritaires de l'OMS/Europe, il salue les efforts de lutte contre les maladies non transmissibles (notamment l'importance accordée à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, aux déterminants sociaux de la santé et au renforcement de l'approche de la santé dans toutes les politiques). Il reconnaît l'importance des

maladies transmissibles, notamment le VIH/sida et les maladies à prévention vaccinale, où la coopération avec des partenaires tels que l'ECDC est cruciale, et souhaite que davantage d'attention soit accordée à un déterminant particulier de la santé, à savoir le vieillissement de la population. Les activités menées par l'OMS/Europe en vue de renforcer les systèmes de santé, de soutenir la mise en œuvre de la Charte de Tallinn et de s'atteler à la santé génésique sont accueillies avec satisfaction.

La plupart des autres intervenants se rallient à cette déclaration, et tous complimentent et soutiennent l'activité de l'OMS/Europe. Certains mentionnent les sept orientations stratégiques et les cinq priorités en termes généraux, tandis que d'autres se concentrent plus spécifiquement sur Santé 2020, le renforcement des systèmes de santé, et la santé publique et le financement de la santé. Les participants se félicitent des activités menées sur les maladies non transmissibles (le plan d'action proposé et les réunions aux niveaux européen et mondial), en espérant que la prochaine réunion de l'Assemblée générale des Nations Unies aboutisse à une déclaration politique mondiale. Une attention particulière est accordée aux interventions mises en œuvre par l'OMS/Europe afin de lutter contre la poliomyélite, à l'application du RSI, au travail sur la résistance aux antibiotiques, au soutien apporté au Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et à l'évaluation des bureaux géographiquement dispersés.

Cependant, tout en saluant l'efficacité et l'engagement de l'OMS/Europe, de nombreux intervenants proposent des suggestions ou prèchent la prudence, notamment à la lumière du climat économique actuel. Le processus de réforme de l'OMS est considéré comme nécessaire pour assurer la souplesse, l'efficacité, les contrôles mondiaux et une bonne répartition des responsabilités et des ressources, ainsi que l'harmonisation des réformes aux niveaux mondial et régional. Les États membres soulignent que les interventions régionales doivent être alignées sur les décisions de l'Assemblée mondiale de la santé par le biais du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional (CPCR). Les pays doivent aussi faire preuve de retenue quant à leur demande d'adoption, par l'OMS/Europe, de nouvelles stratégies susceptibles de grever davantage ses ressources. La gouvernance de l'OMS/Europe doit se concentrer sur les résultats : le Comité régional doit rester l'organe directeur régional de référence, en coordination plus étroite avec le Siège en ce qui concerne les activités normatives et de surveillance. La mise en place d'une action rapide et coordonnée sur les maladies transmissibles constitue une nécessité et une priorité. Un représentant se demande si l'OMS/Europe n'a pas fourni au Comité régional trop de documents pour la session, et un autre propose que les bureaux géographiquement dispersés bénéficient d'un cadre financier solide, notamment du soutien des pays hôtes. Parmi les ajouts suggérés au processus d'élaboration de Santé 2020, il convient de mentionner une étude fondée sur des bases factuelles comme référence, l'apport de nouveaux éléments afin d'ajouter de la valeur, la coordination avec d'autres initiatives européennes pour éviter toute répétition des tâches et tout gaspillage des ressources, et un examen dans le contexte de la réforme de l'OMS et des trois niveaux de l'Organisation. À propos de cette réforme, un autre intervenant insiste sur le fait qu'il est important que la voix du ministère de la Santé soit entendue, en cohérence avec l'avis du ministère des Affaires étrangères concerné, ainsi que du ministère ou de l'agence responsable de la coopération au développement.

Enfin, les représentants décrivent les initiatives qui, dans leur pays, ont été couronnées de succès, en insistant en particulier sur le renforcement ou la réforme de leur système de santé et sur les stratégies ou structures de la santé publique. Parmi les exemples d'activités déjà réalisées avec l'OMS/Europe ou programmées avec celle-ci, il convient de mentionner la Déclaration de Moscou, rédigée à l'occasion de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, et la contribution européenne à la réunion des Nations Unies sur les maladies non transmissibles ; le projet de santé publique en Europe du Sud-Est et le Troisième Forum des ministres de la Santé du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, qui se déroulera prochainement ; la première réunion du CMES ; et la prochaine conférence sur Santé 2020 en Israël.

En guise de réponse, la directrice régionale remercie les États membres pour leur appui massif et leur étroite collaboration en 2010-2011, et promet de leur conserver le soutien de l'OMS/Europe. Elle remercie également les pays pour leur rôle dans les succès enregistrés et dans les activités planifiées qu'ils ont mentionnées, et se réjouit de leur proposition de faire part de leurs expériences et de contribuer à augmenter les capacités de l'OMS/Europe.

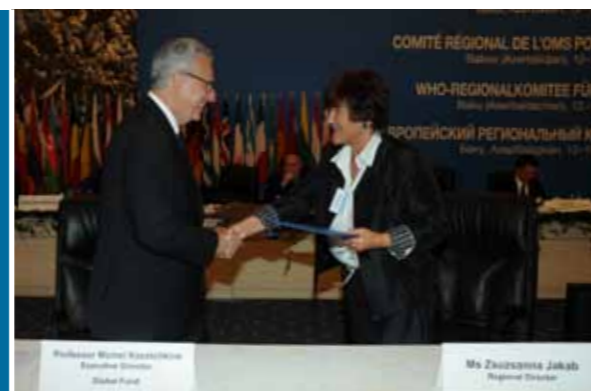
La réforme de l'OMS est capitale ; les débats occuperont une demi-journée de la session du Comité régional et la directrice régionale y apporte son soutien sans réserve. Cette réforme propose un contexte dans lequel il sera possible de garantir la cohérence des mesures prises par les trois niveaux de l'OMS et d'utiliser le budget comme un outil de responsabilisation. Il est essentiel de garantir une unité d'action dans toute l'OMS, et le Groupe de politique mondiale est le moyen d'y parvenir. La gouvernance est une priorité clé pour la directrice régionale et doit être liée à la réforme de l'OMS qui, à son tour, doit déterminer les liens entre les organes mondiaux et régionaux, et distinguer les fonctions mondiales des fonctions régionales.

Il est demandé au Comité régional de fournir des conseils sur des questions précises en rapport avec Santé 2020, et non de prendre une décision officielle ou définitive lors de la session en cours. Comme le Comité régional prendra des décisions finales quant à Santé 2020 et à la proposition de stratégie de santé publique en 2012, il pourra tenir compte des réformes de l'OMS. En revanche, les questions couvertes par les plans d'action proposés nécessitent des mesures immédiates. La directrice régionale conseille donc d'aller de l'avant dans leur mise en œuvre, quitte à apporter les aménagements nécessaires afin de les mettre en conformité avec la réforme de l'OMS. Le fait que la Région reste épargnée par la poliomyélite est une bonne nouvelle, et la prochaine priorité est la rougeole, en particulier dans les huit pays les plus touchés de la Région. L'OMS/Europe intensifiera également ses travaux sur la santé mentale et le vieillissement.

Les bureaux géographiquement dispersés fournissent à l'OMS/Europe des capacités techniques essentielles, mais le document examiné lors de la session actuelle n'en propose pas de nouveaux. Ce document de politique générale (document EUR/RC61/18) a pour but de permettre au Comité régional de parvenir à un consensus sur l'approche à adopter par l'OMS/Europe ; un document plus spécifique analysant les lacunes existantes en matière de capacités techniques et indiquant la nécessité d'établir éventuellement de nouveaux bureaux géographiquement dispersés pourrait être présenté à la session suivante. La nouvelle Stratégie de pays tient compte des atouts et des faiblesses déterminés par l'audit externe. Le travail de l'OMS dans les pays ne peut se dérouler de la même manière partout ; en raison de la grande capacité institutionnelle des pays européens et de leur imposante expertise, ces pays ont toujours eu leur propre façon d'envisager la présence de l'OMS sur le territoire national. Étant donné que les bureaux de pays doivent être adaptés aux capacités nationales, beaucoup de pays européens n'ont pas besoin du même type de bureaux que ceux établis dans d'autres Régions. La directrice régionale suivra les recommandations du groupe d'évaluation : conserver les bureaux de pays dans les nouveaux États membres de l'UE pour l'instant, tout en discutant d'une solution impliquant un partage des coûts, et, dès que le moment sera venu, adopter une stratégie de sortie comprenant l'appui convenu aux pays et chercher un mécanisme de collaboration proactive avec les pays ne concluant pas d'accords de collaboration biennaux (ACB) avec l'OMS/Europe.

En ce qui concerne les partenariats, les relations sont bonnes avec la Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne ; le sous-directeur général de l'OMS pour l'innovation, l'information, les bases factuelles et la recherche intensifie sa collaboration avec la Direction générale de la recherche et de l'innovation, tandis que le scientifique en chef de l'OMS/Europe poursuivra sa collaboration avec d'autres segments de la Commission européenne dans ses nouvelles fonctions au bureau de Bruxelles. Le nouvel accord avec l'ECDC sera mis en œuvre en octobre 2011, et l'OMS, l'ECDC et la Commission européenne ont conclu un accord sur une communication conjointe en matière de risques.

## Un partenariat renforcé avec le Fonds mondial



La directrice régionale fait remarquer que, avec le soutien financier du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'assistance technique de l'OMS, de nombreux États membres européens de l'Organisation ont pu mener des interventions efficaces pour s'attaquer à ces maladies depuis la création du Fonds mondial, en 2002. Toutefois, on estime que l'on peut en faire davantage, et d'une manière plus efficace, grâce à un partenariat renforcé entre les deux organes. En particulier, la priorité accrue accordée par le Fonds mondial au soutien aux stratégies de santé et systèmes de santé nationaux fournit une excellente occasion de redynamiser le partenariat. Les mandats du Fonds mondial et de l'OMS/Europe sont complémentaires et, en fin de compte, ils partagent le même objectif. C'est leur devoir de s'assurer que cette complémentarité puisse être efficace non seulement sur le plan théorique, mais aussi dans la pratique.

À cette fin, le directeur exécutif du Fonds mondial et la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe échangent des lettres exprimant leur accord sur un plan opérationnel commun pour la Région européenne de l'OMS en 2011-2012. Les objectifs sont les suivants :

- élaborer des mécanismes pour une collaboration régulière entre le Fonds mondial et l'OMS/Europe et ses bureaux de pays ;
- contribuer à l'obtention de meilleurs résultats sur le plan sanitaire au niveau des pays par un soutien technique renforcé, une supervision et la mise en œuvre effective et efficace de programmes de lutte contre les maladies soutenus par le Fonds mondial ;
- optimiser l'impact du financement fourni par le Fonds mondial sur la réalisation des OMD en rapport avec la santé par une bonne collaboration technique et par l'intégration de la stratégie de renforcement des systèmes de santé dans les programmes actuels et futurs au niveau des pays.

Le directeur exécutif du Fonds mondial est heureux de lancer le plan opérationnel commun, qu'il place dans le contexte du cadre stratégique 2012-2016 du Fonds, d'ailleurs en cours d'élaboration. Les objectifs ambitieux de ce cadre stratégique sont notamment de veiller à ce que trois millions de personnes supplémentaires bénéficient d'un traitement antirétroviral pour le VIH/sida, à ce que la mortalité due au paludisme soit enrayerée dès 2015 et à ce que le Fonds finance la moitié des frais de traitement de la tuberculose-MR dans le monde. La concrétisation de ces objectifs nécessite un financement adéquat des systèmes de santé ainsi que des partenariats entre une multitude d'intervenants.



## Allocution de l'Ambassadrice de bonne volonté de l'OMS pour les objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé dans la Région européenne

Mme Sandra Roelofs, Première Dame de Géorgie et Ambassadrice de bonne volonté de l'OMS, fait remarquer que la réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les OMD (New York, 20-22 septembre 2010) s'est conclue sur l'adoption, par les États membres, d'un plan d'action mondial visant à atteindre les huit objectifs anti-pauvreté à leur date butoir de 2015. L'intensification des efforts en vue de la concrétisation des OMD en rapport avec la santé est une priorité pour l'ensemble de l'OMS/Europe, et fait partie intégrante de la vision de la directrice régionale. Un certain nombre de sujets abordés lors de cette session, comme Santé 2020, les expériences européennes de gestion des déterminants sociaux de la santé et le renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne, permettront sans aucun doute de se rapprocher plus rapidement de ces objectifs.



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

(EUR/RC61/4, EUR/RC61/4 Add.1 et EUR/RC61/Conf.Doc./1)



Le président du Comité permanent fait remarquer que le dix-huitième CPCR s'est réuni cinq fois au cours de l'année. Sur les conseils prodigués par le Comité régional lors de sa session précédente, la quatrième réunion du dix-huitième CPCR (Genève, mai 2011) fut une réunion ouverte à laquelle les représentants de tous les États membres européens ont été invités à assister en tant qu'observateurs. De plus, et dans le respect des dispositions de la résolution EUR/RC60/R3 du Comité régional, la composition du CPCR a été portée à 12 membres, ce qui contribue à l'obtention d'une représentation géographique plus large et plus équilibrée des États membres.

La plupart des points clés de l'ordre du jour de la présente session du Comité régional ont été examinés par le CPCR lors de son année de travail 2010-2011. En particulier, le CPCR apporte son appui ferme à Santé 2020 qui, selon lui, sera une source d'inspiration pour tous les États membres souhaitant se lancer dans une actualisation de leurs propres politiques nationales. Le CPCR soutient aussi pleinement la directrice régionale dans son intention de renouveler l'engagement de l'OMS/Europe en faveur de l'application intégrale de la Charte de Tallinn et, dans ce cadre, de renforcer et de redynamiser les travaux dans le domaine de la santé publique. Il se félicite des initiatives de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles, dont le plan d'action sur l'alcool, ainsi que les initiatives de lutte contre la tuberculose-MR et UR, le VIH/sida et la résistance aux antibiotiques.

Le CPCR approuve la directrice régionale lorsqu'elle affirme la nécessité d'une OMS/Europe forte à Copenhague qui soit une ressource pour tous les États membres européens, avec des fonctions de soutien spécifiques exercées par les bureaux géographiquement dispersés et les bureaux de pays, pleinement intégrés dans la structure régionale. De même, le CPCR considère que les organes directeurs régionaux de l'Organisation jouent un rôle important s'agissant de soutenir les meilleures décisions possibles de la direction mondiale dans un cadre décentralisé.

En ce qui concerne deux problématiques précises relatives à la gouvernance, dont le précédent CPCR lui avait demandé de se charger, le dix-huitième Comité permanent recommande que les liens entre les membres du CPCR et ceux du Comité régional soient officialisés, et que les États membres appliquent un certain nombre de critères concernant l'expérience et les domaines de compétence lorsqu'ils désignent des candidats à un siège au Conseil exécutif de l'OMS et au CPCR.

Le représentant d'un pays, faisant référence à la décision prise par le Comité régional l'année précédente de lever l'interdiction de la double représentation au Conseil exécutif et au CPCR, suggère que la règle relative au groupement sous-régional des pays soit assouplie à l'avenir, afin de disposer de candidats qui puissent présenter au mieux les préoccupations de la Région au niveau mondial.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC61/R9.

## Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif

(EUR/RC61/6)



Le membre européen du Conseil exécutif, originaire d'Estonie et désignée pour assister aux sessions du CPCR en tant qu'observatrice, indique que le secrétariat a préparé un récapitulatif complet des 28 résolutions adoptées par la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2011 (document EUR/RC61/6). Elle attire particulièrement l'attention du Comité régional sur la résolution WHA64.2 relative à la réforme de l'OMS pour un avenir sain, qui a été un point majeur à l'ordre du jour de la session. L'Assemblée mondiale de la santé a également adopté un certain nombre de résolutions techniques, notamment celles qui portent sur l'application du RSI (2005) (WHA64.1), la préparation à la grippe pandémique (WHA64.5), le renforcement des personnels de santé (WHA64.6), les structures durables de financement de la santé (WHA64.9) et l'eau potable, l'assainissement et la santé (WHA64.24). Ce sont des membres européens du Conseil exécutif qui ont pris l'initiative des trois dernières résolutions, et les délégués de la Région européenne ont contribué activement à tous les débats de l'Assemblée mondiale de la santé.

## Allocution du directeur général de l'OMS



Après s'être félicitée des progrès réalisés par l'Azerbaïdjan et de l'engagement du gouvernement au plus haut niveau en faveur d'une approche multisectorielle et interministérielle du développement dans le domaine de la santé, le directeur général (annexe 5) formule trois observations d'ordre général sur le programme et les documents du Comité régional. En premier lieu, son ordre du jour ambitieux et courageux, en particulier le travail sur la politique Santé 2020, vise à redynamiser la santé publique, et à renouveler la capacité de l'OMS/Europe à aider les ministères de la Santé dans la relève des défis actuels et futurs. Ces derniers sont extrêmement complexes, et sont souvent des dommages collatéraux résultant de politiques dans d'autres secteurs. En second lieu, la Région se préoccupe non seulement du manque d'équité mais aussi de ses causes profondes, comme dans les plans d'action proposés pour lutter contre le VIH/sida et la tuberculose pharmacorésistante, et s'efforce de développer les capacités et les services de santé afin d'améliorer l'accès aux services et l'efficacité de leur prestation. Enfin, les plans d'action proposés indiquent que les interventions reposant sur des bases factuelles, et dont l'impact est avéré, peuvent maximiser les gains de santé mesurables et équitables à une époque où les budgets de la santé stagnent ou diminuent. De même, la mise en œuvre de la Charte de Tallinn a montré que des engagements ambitieux peuvent se concrétiser même dans un climat de restrictions financières.

Comme en témoigne le plan d'action proposé sur l'alcool, des interventions reposant sur des données factuelles et des choix politiques avisés peuvent permettre aux pays de conserver l'élan en faveur de la santé, mais cela nécessite une collaboration multisectorielle, le soutien des organisations de la société civile et un plus grand poids politique des ministères de la Santé. Deux tendances troublantes nécessitant une action au plus haut niveau gouvernemental offrent peut-être l'occasion d'acquiescer ce poids politique. Premièrement, les inégalités sociales traditionnelles susceptibles de provoquer des troubles sociaux, la défaillance de l'État et des conflits témoignent du besoin de garantir une plus grande équité qui doit devenir le nouvel impératif politique.

et économique pour construire un monde stable et sûr. Deuxièmement, le fardeau croissant que représentent les maladies non transmissibles sur le plan sanitaire et économique souligne la nécessité d'une action multisectorielle. Le projet de Plan d'action européen sur les maladies non transmissibles, rigoureux et ciblé, prévoit ainsi des politiques fiscales et le contrôle des pratiques de marketing pour réduire la demande en produits peu sains, et vise à rationaliser l'utilisation de maigres ressources pour apporter le maximum d'avantages au plus grand nombre.

Tout comme le Comité régional s'efforce de renouveler le programme de santé publique de la Région, le plan de réformes de l'OMS est aussi une cure de jeunesse pour l'Organisation. En effet, celle-ci doit évoluer pour s'adapter à l'évolution des besoins de la santé mondiale depuis sa fondation. Ses priorités et son financement doivent correspondre aux besoins sanitaires les plus urgents, l'Organisation étant d'ailleurs particulièrement bien placée pour y répondre, et ses procédures en matière de budget et de ressources humaines doivent être modifiées pour améliorer son efficacité, sa flexibilité et son impact. Pour assurer à l'OMS un rôle directeur plus fort – susceptible à son tour de favoriser une plus grande cohérence dans les actions de multiples partenaires, plus conformes aux priorités et capacités des pays – l'Organisation échauffe un plan de réformes complet et ambitieux (l'amélioration des résultats sanitaires dans les pays étant le meilleur étalon de performance), suivant les orientations des États membres. Avant tout, l'OMS doit être bien positionnée pour relever les défis actuels et futurs afin d'améliorer la santé dans un monde complexe. Le directeur général remercie le Comité régional pour avoir su clarifier bon nombre de ces défis et concevoir des solutions réalisables qui réaffirment le système de valeurs sur lequel reposent les activités de l'OMS à tous les niveaux.

Bon nombre de pays européens – traditionnellement les bailleurs de fonds les plus généreux de l'OMS – remodelent l'assistance au développement pour mettre l'accent sur la rentabilité et l'obtention de résultats mesurables. Cette tendance amène deux problèmes que l'OMS doit surmonter dans le cadre de son processus de réforme. Elle doit mieux énoncer quelle valeur elle permet d'ajouter au développement sanitaire, en particulier compte tenu de l'émergence d'initiatives mondiales hautement visibles s'attachant à un seul problème ou ensemble de problèmes. Cependant, il est difficile de mesurer l'impact de son travail, voire même de s'en rendre compte, jusqu'à ce qu'une crise finisse par se produire. Ainsi, l'OMS a raison d'utiliser des données factuelles pour rationaliser les lignes directrices concernant le traitement du sida, d'appeler à l'interdiction de tests sanguins imprécis vendus dans le commerce pour diagnostiquer la tuberculose, ou encore de s'opposer aux monothérapies dans la lutte contre le paludisme ; mais comment l'impact de ce travail peut-il être mesuré ? En conclusion, le monde a besoin d'un gardien de la santé mondiale. Le directeur général est déterminé à faire en sorte que la réforme renforce les fonctions et atouts propres à l'Organisation, et se dit impatient d'entendre l'avis du Comité régional à ce sujet.

Au cours de la discussion qui suit, tous les orateurs expriment le vif désir des États membres de participer à un processus réussi de réformes à l'OMS et ce, afin que cette organisation démocratique conserve son rôle de chef de file au niveau mondial dans le domaine de la santé. Les États membres doivent veiller au bon financement de l'Organisation, à sa flexibilité économique dans l'action et à ce que les attentes à son égard soient plus logiques et cohérentes. L'un des intervenants demande que la réforme inclue la réalisation d'un audit externe et indépendant de l'OMS. Un autre suggère que les États membres européens accroissent la capacité de l'Organisation à faire face aux catastrophes naturelles, telles que les séismes et la famine, en fournissant leurs compétences et d'autres ressources, comme son pays l'a fait récemment. En outre, l'OMS doit aider les ministres de la Santé à remettre en cause les réductions budgétaires qui suivent généralement les crises financières.

En réponse à ces interventions, le directeur général réaffirme son engagement en faveur d'une OMS démocratique et d'un processus de réforme dirigé par les États membres. L'OMS travaille d'ores et déjà de manière créative en ayant recours à des experts européens dans le cadre de son travail, dans l'intérêt de l'Organisation et des experts, ainsi que des pays bénéficiaires. Certes l'OMS appartient aux États membres, mais ceux-ci sont très divers. Par exemple, si les pays européens veulent une action rapide en ce qui concerne le processus de réforme, un nombre tout aussi important d'autres pays souhaite d'abord obtenir davantage d'informations quant à l'incidence du processus sur le soutien reçu de l'Organisation. Comment les États membres conviendront-ils alors de priorités au niveau mondial et agiront-ils aux niveaux régional et national ? Les pays européens ont récemment aidé l'OMS à apporter une aide sanitaire dans la Corne de l'Afrique et en Afrique du Nord ; comment l'impact de ce rôle d'intermédiaire honnête et désintéressé peut-il être mesuré ? Si les six Régions de l'OMS ont des opinions divergentes sur la réforme, le directeur général reste disposée à suggérer des solutions et à donner son avis pour les aider à faire des choix.



## Élaboration de la nouvelle politique européenne de la santé – Santé 2020

(EUR/RC61/9, EUR/RC61/Conf.Doc./2 Rev.1, EUR/RC61/Inf.Doc./4, EUR/RC61/Inf.Doc./5, EUR/RC61/Inf.Doc./6, EUR/RC61/Inf.Doc./7 et EUR/RC61/TD/1)

### Vision, valeurs, principaux axes et approches

La directrice régionale rappelle qu'en matière de politique de santé, la Région possède une longue tradition dont elle est fière. Les documents présentés au Comité régional sont destinés à donner de l'inspiration aux pays qui souhaitent modifier leurs politiques dans ce domaine, comme c'est le cas dans de nombreux États membres. Le projet de politique de santé proposé pour 2020 est une réponse aux nouveaux défis du XXI<sup>e</sup> siècle à cet égard et aux progrès inégaux réalisés en matière d'équité en santé dans la Région. La vision défendue par la politique proposée est « une Région européenne dont l'ensemble des habitants puissent jouir d'une santé et d'un état de bien-être optimaux, tout en bénéficiant d'un appui à cette fin, et dans laquelle les pays, individuellement et conjointement, œuvrent à la réduction des inégalités de santé dans la Région et au-delà ». Les valeurs dont s'inspire Santé 2020 sont le droit universel à la santé et aux soins de santé, l'équité, l'accès aux soins et les possibilités d'amélioration de l'état de santé, la solidarité, la durabilité, le droit de participer à la prise de décisions relatives à la santé de l'individu et de la société dans laquelle il vit ainsi que la dignité, comme stipulé dans la Charte de Tallinn, avec un nouvel accent sur la santé en tant que droit fondamental de la personne humaine. Six grands objectifs sont proposés : travailler ensemble, instaurer une meilleure situation sanitaire, améliorer la gouvernance de la santé, fixer des objectifs stratégiques communs, accélérer l'échange des savoirs et accroître la participation.

Les approches stratégiques pour Santé 2020 sont la priorité accordée à la santé et au bien-être ainsi qu'au droit à la santé et à l'accès aux soins, la position centrale des individus, l'action sur les déterminants sociaux de la santé, la participation de l'ensemble de la société et des pouvoirs publics, la prise en compte de la santé dans toutes les politiques et l'application de solutions efficaces pour relever les défis auxquels la santé publique et les systèmes de santé sont confrontés dans la Région européenne. Cette politique sera basée sur un processus participatif et le recueil systématique de bases factuelles. Sept questions devant être abordées par Santé 2020 sont répertoriées dans la documentation. Les États membres peuvent s'impliquer dans l'élaboration de la nouvelle politique en la soutenant, en approuvant sa vision, ses valeurs, ses objectifs principaux et ses approches, et en collaborant à sa conception. Les commentaires des États membres sur tous les aspects de la politique proposée revêtent une importance capitale.

### Gouvernance

#### Table ronde ministérielle : la gouvernance pour la santé au XXI<sup>e</sup> siècle

Le modérateur, ancien président de la Commission de la santé au parlement hongrois, déclare que Santé 2020 est une réponse à la nécessité de changer la culture et les attitudes vis-à-vis de la gouvernance et de faire figurer la santé en meilleure place dans les programmes politiques. La gouvernance implique beaucoup plus d'acteurs que les seuls pouvoirs publics, et tous ceux-ci sont nécessaires pour une gestion plus ouverte des déterminants complexes de la santé et du bien-être. Les participants à la table ronde tiendront un débat préliminaire dans le cadre d'une évaluation à mi-parcours, afin de déterminer si l'OMS/Europe est sur la bonne voie en ce qui concerne les valeurs, les objectifs et les orientations.

Le chef des Programmes stratégiques et interdisciplinaires, et des projets spéciaux de la directrice régionale, déclare que la préparation de la nouvelle politique a réservé un certain nombre de surprises. Par exemple, il a été constaté qu'il existait des différences énormes quant à l'interprétation de termes tels que « santé publique » et « action intersectorielle ». Par ailleurs, quoique des bases factuelles soient disponibles sur les aspects de la politique, celles-ci sont fragmentées, et bien que des stratégies et des plans aient été élaborés, aucune évaluation n'a été mise en œuvre afin de déterminer ce qui fonctionne le mieux. Le projet de politique a pour but de concentrer en un cadre unique et cohérent les connaissances disponibles dans tous les secteurs concernés, ce qui, en soi, se traduira par des économies financières.

La directrice du Programme de santé globale à l'Institut de hautes études internationales et du développement (Genève, Suisse) décrit les nouvelles approches de gouvernance définies dans l'étude menée par son institut. Bien que les pouvoirs publics restent au centre du processus décisionnel, la diffusion de la gouvernance se traduit par une participation plus élargie. Il a fallu trouver de nouvelles approches pour gérer les réalités économiques et les comportements peu sains dans la vie quotidienne, qui sortent de la sphère de compétence des ministères de la Santé. L'objectif de la nouvelle approche de la gouvernance est de réunir des mécanismes réglementaires et participatifs, avec des outils pour analyser les politiques des pays.

Dans la discussion qui suit, les ministres de la Santé et leurs représentants expliquent dans quelle mesure les principes de Santé 2020 ont été incorporés dans leurs plans nationaux. Le sous-secrétaire d'État au ministère polonais de la Santé fait état de la lenteur des progrès accomplis en vue de parvenir à une approche « pansociétale » de la santé ; néanmoins, la collaboration avec les secteurs économique et social s'accroît constamment. Le directeur général français de la santé déclare que son pays lutte de façon pragmatique contre les inégalités de santé, grâce à une législation et à des réglementations sur l'accès aux soins de santé et à la création d'agences régionales de santé. Une collaboration entre ministères concernés a été instaurée lorsque cela se justifiait.

La ministre de la Santé du Kazakhstan présente certaines des réussites obtenues dans son pays pour réduire la charge des maladies non transmissibles, et déclare qu'elle soutient pleinement le projet Santé 2020. Selon elle, il faut encore accroître les synergies entre secteur public et secteur privé, accorder une plus grande attention aux facteurs de risque et former de nouveaux partenariats avec les pays voisins. La vice-ministre de la Santé et du Développement social de la Fédération de Russie a décrit les nombreux changements survenus dans le système de santé de son pays au cours de ces 20 dernières années, et le nombre croissant d'entités privées et de partenariats entre le secteur privé et le secteur public. La nouvelle approche repose sur des normes cohérentes et obligatoires pour des soins de santé de grande qualité, un accès régional à ces soins, une amélioration de la formation dans les facultés de médecine et de la formation permanente, et un répertoire national des établissements de soins de santé publics et privés dans l'ensemble des 83 régions du pays. Le financement est un élément essentiel d'un accès élargi à des soins de grande qualité. Il convient de mettre l'accent sur les technologies de l'information, en portant toute l'attention voulue à la confidentialité des données personnelles. La priorité doit être accordée à la prévention, avec la participation à la fois de l'État et de la société. Ces réformes historiques, qui peuvent servir de modèle pour d'autres pays, sont en totale harmonie avec les objectifs actuellement poursuivis dans la Région européenne. Elles peuvent inspirer d'autres États membres afin de réduire les inefficacités dans l'administration des systèmes de santé, en particulier dans le contexte de la crise financière.

Le ministre letton de la Santé déclare que la récente crise financière, qui a durement touché son pays, a conduit à un remaniement radical de la politique de la santé au plus haut niveau politique. La stratégie de santé 2011-2017 n'est donc pas basée sur des soins de santé hospitaliers faisant appel à une technologie de pointe, mais sur la santé publique, la santé dans toutes les politiques et à tous les niveaux de gouvernement. La prochaine étape consistera à fixer des objectifs mesurables et à déterminer la façon de les atteindre.

Le directeur général irlandais de la santé évoque les nouvelles structures mises en place dans son pays ces derniers mois. Un nouveau gouvernement est en fonction depuis cette année. Un nouveau ministère a été créé pour l'enfance et la jeunesse, et les soins de santé primaires sont sous la direction d'un ministre d'État au ministère de la Santé. Un sous-comité ministériel sur la politique sociale, présidé par le Premier ministre irlandais, a été instauré. Afin d'élaborer son nouveau cadre pour la santé publique, le ministère de la Santé s'appuie sur l'approche de Santé 2020, qui est d'ailleurs utile pour aborder le système politique. Si Santé 2020 permet de corroborer la priorité accordée par son pays à l'accès équitable aux soins de santé, elle révèle en même temps l'ampleur de la tâche à accomplir dans ce domaine comme dans beaucoup d'autres.

Le ministre de la Santé de la République de Moldova déclare que des partenariats intersectoriels et des approches intégrées sont indispensables pour deux raisons : les gouvernements éprouvent des difficultés à suivre l'augmentation constante des prix des séjours en hôpital, des médicaments et des services de soins ; et 85 % des facteurs qui ont une incidence sur la santé ne relèvent pas de la compétence du système de santé. Il existe de nombreuses synergies entre la politique actuelle de son pays en matière de santé et Santé 2020, notamment l'accent mis sur l'amélioration de l'espérance de vie et la réduction des inégalités de santé. À présent, par exemple, seulement 80 % de la population de la République de Moldova est couverte par une assurance santé obligatoire. En revanche, le pays dispose d'un système de soins de santé primaires très efficace, les communautés étant incitées à joindre leurs efforts pour améliorer la qualité de vie.

Le maire de Tcherepovets (Fédération de Russie) indique que sa ville participe activement au programme des Villes-santé, ainsi que 1 000 autres villes dans le monde. Lors d'une récente réunion des maires des Villes-santé qui s'est tenue à Liège (Belgique), il a été souligné que la sensibilisation du public à Santé 2020 permettra de stimuler le débat sur l'amélioration de la qualité de vie dans

les villes. Les ministres de la Santé jouent un rôle important dans ces améliorations, mais aussi les établissements d'enseignement, les réseaux de transport et les autres entités sous administration municipale.

Le président du 19<sup>e</sup> CPR, prenant la parole en sa qualité de président du groupe de travail responsable de la fixation des objectifs pour Santé 2020, souligne que lors de la séance d'information technique organisée plus tôt au cours de la journée, les participants ont exprimé leur soutien massif en faveur des objectifs au niveau européen et de Santé 2020 en général. Il est apparu nécessaire à la fois de s'appuyer sur les expériences passées, en particulier dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et de la Charte de Tallinn, et d'élaborer des objectifs dans l'ensemble des domaines de Santé 2020, y compris les domaines nouveaux, tels que le bien-être et la gouvernance. La Région européenne doit montrer la voie en matière de fixation des objectifs, et constituer aussi une source d'inspiration pour des actions similaires dans les autres Régions. Les objectifs doivent être pertinents, spécifiques et réalisables, ainsi que relatifs et définitifs, et permettre à tous les pays de participer au processus. S'exprimant en sa qualité de directeur général suédois de la santé, il précise que si les responsabilités de l'ancien ministre de la Santé publique ont été transférées au ministre de la Santé, cela ne signifie pas pour autant que la santé publique revêt une moindre importance, mais plutôt qu'une plus grande priorité est consentie à la collaboration avec le secteur des soins de santé, et qu'une place plus prépondérante doit être accordée à la perspective de la santé publique.

Le représentant des Pays-Bas, se référant aux recommandations politiques figurant dans l'Étude sur les déterminants sociaux de la santé, déclare qu'agir sur ces déterminants au sens large ne relève pas de la responsabilité des ministres de la Santé : leur rôle est de maintenir les soins de santé à un niveau abordable et accessible, de s'attaquer aux maladies chroniques et au vieillissement, et de favoriser les comportements sains – des aspects de leur travail qui, selon lui, devraient davantage transparaître dans Santé 2020. La priorité doit être accordée aux interventions reposant sur des données factuelles, qui facilitent l'action plutôt qu'elles ne la prescrivent.

Pour poursuivre l'objectif commun et par conséquent permettre à Santé 2020 de marquer une nouvelle étape, son pays propose que le projet de résolution figurant dans le document EUR/RC61/Conf.Doc./2 soit amendé, les paragraphes 3 à 8 étant remplacés par le paragraphe suivant : « PRIE la directrice régionale de continuer à consulter les États membres avant la soixante-deuxième session du Comité régional, d'élaborer [la politique] selon le cadre d'orientation et le concept, et de présenter le projet final de la politique Santé 2020 aux États membres au moment de la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé, ainsi que les meilleures pratiques et les outils fondés sur des bases factuelles afin de contribuer au renforcement des capacités et d'accélérer la mise en œuvre ».

Lors de la discussion qui suit, la plupart des intervenants apportent leur soutien à cet amendement. Plusieurs représentants soulignent que leur pays utilisera Santé 2020 comme fondement de leurs stratégies nationales en matière de santé. L'importance d'une approche commune face à des défis communs dans la Région européenne est soulignée.

D'autres observations mettent l'accent sur le caractère opportun de Santé 2020 et ce, pour diverses raisons. La mortalité due aux maladies non transmissibles représente un défi persistant ; les facteurs de risque des maladies non transmissibles (sédentarité, régimes peu sains, consommation d'alcool et tabagisme) ont des effets à retardement. Si la prévention, les efforts de sensibilisation et l'éducation sont essentiels pour améliorer la santé, il faudra aussi attendre avant de pouvoir constater l'impact positif de tels efforts. La gouvernance de la santé est extrêmement complexe, et nécessite la participation d'institutions et de secteurs divers au niveau gouvernemental. Apporter de meilleures solutions aux problèmes de transport permettrait ainsi d'améliorer non seulement la santé et le bien-être, mais aussi l'environnement. Les valeurs de Santé 2020 pourront être concrétisées si les capacités de prestation de services de santé publique essentiels sont améliorées, si la coopération aux niveaux sous-régional et intersectoriel est renforcée, et si l'engagement politique est plus ferme. Santé 2020 peut être le catalyseur des efforts visant à élargir et à garantir un accès équitable aux soins de santé.

Santé 2020 doit être considéré dans l'optique de la réforme de l'OMS, que certains intervenants considèrent comme une priorité essentielle. Le contenu de la politique doit être précisée moyennant des consultations avec les États membres, les secteurs et les parties prenantes. Compte tenu de la diversité de l'ensemble des pays de la Région européenne, il est important de ne pas les surcharger par des demandes de collecte de données supplémentaires. Le nombre d'indicateurs doit aussi rester gérable. Il convient d'utiliser ceux existants, et de ne pas accroître la charge de travail en matière d'établissement de rapports et de notification. Santé 2020 est une stratégie ambitieuse, et les États membres doivent être informés des conséquences financières pour l'OMS/Europe. Il faut répondre aux besoins de transparence, d'efficacité améliorée, de données appropriées et d'informations factuelles axées sur les meilleures pratiques. Il est également nécessaire d'avancer des arguments en faveur de la santé tout en respectant les programmes des autres secteurs et parties prenantes. Santé 2020 doit mettre fortement l'accent sur les soins de santé primaires et la prévention.

En résumé, le modérateur déclare que Santé 2020 pourra certes servir de guide, mais il est encore trop tôt pour prédire si son texte nous indiquera la bonne voie à suivre vers la prise des meilleures décisions en matière de santé.

## La fracture sanitaire

### Table ronde ministérielle : l'action sur les déterminants sociaux de la santé : l'expérience européenne

Le rédacteur en chef de l'Economist Intelligence Unit (Londres, Royaume-Uni), en sa qualité de modérateur, fait observer combien cette discussion arrive à point nommé compte tenu du climat de changements sociaux et de restructuration. Les déterminants sociaux sont la pierre angulaire des politiques de santé qui visent à supprimer les inégalités. La directrice régionale insiste à nouveau sur l'ampleur des différences dans le domaine de la santé au sein de la Région. Le rapport sur les déterminants sociaux de la santé a été rédigé afin de réunir les bases factuelles et les liens pertinents à des fins d'élaboration des politiques sanitaires dans l'ensemble des États membres.

Le chef de la Division de la santé de la population de l'University College (Londres, Royaume-Uni), déclare que les inégalités dans le domaine de la santé font de toute action à leur égard une obligation morale. Bien qu'il soit évident que la seule manière de lutter contre de telles inégalités est de s'attaquer à leurs causes sous-jacentes, la profession médicale et les ministres de la Santé ne sont pas préparés à cette tâche. Ils doivent non seulement défendre les médecins, mais aussi les patients et la santé en général, en garantissant un accès universel à des soins de santé primaires de grande qualité, en mettant davantage l'accent sur la prévention et la promotion de la santé, en privilégiant un travail intersectoriel et des actions de sensibilisation, et en utilisant les meilleures données factuelles disponibles sur les déterminants sociaux de la santé. Le rapport sur les déterminants sociaux de la santé a été examiné dans un certain nombre de pays et de villes, et a entraîné un mouvement en faveur de l'équité que rien n'arrêtera.

Le président du Service public fédéral belge de la Santé publique, de la sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement, fait état du rapport sur les inégalités dans le domaine de la santé rédigé par la Fondation Roi Baudouin en 2007, qui montre que le niveau d'instruction, le statut social et les revenus ont une incidence sur la santé de la population. Les recommandations appellent à : une politique intégrée, un renforcement de la médecine primaire et préventive ; une approche globale, tout au long de la vie, de la santé ; un accès facilité aux soins ; une action au niveau national ; l'utilisation de politiques reposant sur des bases factuelles ; et la promotion de modes de vie sains. Afin d'obtenir un accord quant au coût budgétaire de l'action sur les déterminants sociaux, il est essentiel d'accroître la prise de conscience sur le sujet. Il déclare également que, malgré les circonstances économiques difficiles, la Belgique a augmenté de 4 % le budget annuel de la santé.

Selon le ministre turc de la Santé, le concept de santé en tant que droit fondamental de la personne humaine est à la base de l'équité, et il appartient aux ministres de la Santé de faire en sorte que cela soit clair aux niveaux national et international. Il propose que les Nations Unies accordent une importance essentielle aux questions de santé, la mortalité due aux maladies non transmissibles étant aussi grave que celle due au terrorisme ou aux conflits armés. Au cours de la crise financière récente, les premières réductions des budgets publics ont touché la santé ; les priorités doivent changer sur la base des valeurs de Santé 2020. Attirant l'attention sur l'augmentation des frais et les mesures visant à obtenir un meilleur rapport coût-efficacité dans la Région, il fait remarquer que dans son pays, les dépenses pour l'ensemble des soins de santé se chiffrent à 600 dollars des États-Unis (USD) par habitant, ce qui s'est avéré suffisant pour dispenser des soins durables sur tout le territoire.

Le ministre grec de la Santé et de la Solidarité sociale affirme que les conditions de vie influent davantage sur la santé que les médicaments et le système de santé. Son pays traverse la plus grave crise économique de son histoire depuis la Seconde Guerre mondiale. En outre, il se trouve confronté à une augmentation de 30 % du nombre de patients depuis 2009 avec un budget réduit de 20 %. La moitié de ces nouveaux patients sont des immigrants légaux ou illégaux et des sans-abri souffrant d'affections chroniques. On s'efforce de faire face à la situation en réorganisant le système de santé publique, en mettant l'accent sur la promotion et la prévention de la santé, en introduisant l'éducation sanitaire dans les écoles, en dépistant les populations vulnérables, en promulguant une législation du travail, en taxant des produits tels que les boissons sucrées, en promouvant l'activité physique et un régime méditerranéen sain et en luttant contre les pratiques frauduleuses, le gaspillage et la prescription irrationnelle de médicaments.

La directrice générale de la santé du Royaume-Uni déclare que, dans son pays, la santé publique et les déterminants sociaux sont du ressort d'un comité ministériel. Le ministère de la Santé deviendra ministère de la Protection sociale, et une nouvelle législation

dans le domaine de la santé garantira l'égalité dans l'accès aux soins et leurs résultats. Les déterminants sociaux de la santé doivent être définis de telle façon que l'ensemble du gouvernement en comprenne les concepts. Ainsi, non seulement les arguments économiques mais aussi les concepts sociaux doivent être mis en avant de manière simple. Dans son pays, le soutien bipartisan est le résultat de ce processus de « socialisation » de la santé dans les discussions avec d'autres ministères.

Le ministre de la Santé et de la Protection sociale de la Republika Srpska (Bosnie-Herzégovine) indique que, dans leur travail quotidien, les ministres de la Santé se préoccupent des maladies, de la gestion des hôpitaux et de l'approvisionnement en médicaments et technologies, mais non des déterminants sociaux de la santé. Dans son pays, la protection sociale incombe au ministère de la Santé, et non au ministère du Travail comme dans d'autres pays. Le gouvernement incite les communautés locales à fournir une protection sociale dans le cadre des centres de soins de santé primaires, afin de répondre aux véritables besoins de la population.

Le ministre maltais de la Santé souligne que la sensibilisation est l'outil le plus important pour améliorer l'équité en santé. La santé est une richesse, et s'attaquer aux maladies non transmissibles en Europe permettra d'améliorer la situation économique, compte tenu de la ponction énorme sur les ressources que représentent ces maladies. Les migrations apportent de nouvelles maladies et affections en Europe, accompagnées de nouvelles normes sociales. Ces nouveaux citoyens ont besoin d'aide, et ce fardeau doit être partagé, dans toute la Région et plus largement.

La directrice générale danoise de la santé fait observer que, dans son pays, le rapport sur les déterminants sociaux de la santé a servi de base à la lutte contre les inégalités de santé. Bien que le Danemark dispose d'un système de protection sociale très développé, les inégalités sociales ont doublé au cours de ces 20 dernières années. Le gouvernement a recensé 12 déterminants des inégalités de santé, et conçu 58 initiatives politiques pour y répondre, accompagnées d'indicateurs. Une action concertée visant à réduire les inégalités nécessite une étroite collaboration, une priorisation et un leadership politiques ainsi que des actions de sensibilisation.

Le représentant du CPR, le directeur général de la Direction de l'amélioration et de la protection de la santé du Royaume-Uni, fait part des discussions et consultations approfondies qu'a tenu le CPR au cours de la première phase des préparatifs de Santé 2020. La santé est l'affaire de tous, et elle requiert des interventions intégrées et un renforcement de la performance des systèmes de santé moyennant des objectifs, des cibles et des indicateurs convenus. Il reconnaît que les États membres doivent disposer de temps pour examiner le projet de politique Santé 2020 et donner leur avis ; toutefois, les participants à la table ronde ont clairement montré combien le projet de politique pourrait leur être utile pour relever les défis en matière de santé.

Le chef du Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement de l'OMS (Venise, Italie) fait remarquer que les travaux sur les déterminants sociaux de la santé et l'action à leur égard ont bénéficié de l'élan suscité par plusieurs initiatives. Son bureau reçoit un nombre toujours croissant de demandes d'aide pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Des connaissances supplémentaires sont nécessaires pour analyser les conséquences pratiques des politiques et stratégies, adapter les données factuelles à des situations spécifiques, élaborer des politiques et des outils, et assurer une formation et renforcer les capacités dans les pays.

Le ministre grec de la Santé et de la Solidarité sociale, en décrivant sa stratégie pour gagner le soutien populaire aux efforts visant à aplanir les inégalités de santé dans le contexte de la crise financière, déclare qu'il dit simplement la vérité : il annonce le montant consacré à la santé et le compare à la valeur des services de santé dispensés à la population. Il se présente comme un ministre de la Santé, plutôt que comme un ministre des maladies et de l'hospitalisation, en insistant non seulement sur le traitement curatif, mais aussi sur l'exercice, le régime méditerranéen et les efforts de lutte contre le tabagisme. Sa stratégie fonctionne en fait : l'honnêteté paie.

Un intervenant fait observer que les prestataires de soins de santé doivent s'attacher à remédier aux inégalités de santé avant même d'aboutir à un consensus avec d'autres secteurs que celui de la santé et ce, afin de ne pas perdre de temps. Un autre intervenant se félicite des propos du ministre maltais de la Santé en ce qui concerne les migrants, et déclare que les droits de ces derniers, le financement des mesures d'aide à leur égard et les migrations saisonnières constituent en fait de graves défis. Son pays tient particulièrement au lancement de Santé 2020, cette politique s'imposant de toute urgence pour donner de l'élan à la résolution des problèmes sociaux, comme ce fut le cas avec la stratégie de la Santé pour tous et la Charte de Tallinn.

Il est prouvé que les disparités croissantes en ce qui concerne la santé des populations de la Région européenne sont attribuables à la présence de gradients dans la prestation des soins de santé : plus la condition socioéconomique est basse, moins la santé est bonne. Les mesures visant à réduire les inégalités de santé doivent donc être proportionnelles au niveau des conditions défavorables.

Ces inégalités sont certes évitables, mais seulement quand une approche réaliste est adoptée et quand les choix politiques sont opérés par les États. Une comparaison intéressante est réalisée par un pays entre, d'une part, la santé de la communauté Rom et, d'autre part, celle de la population dans son ensemble. Il est aussi fait mention du succès rencontré par le pays en question dans ses efforts visant à réduire les accidents de la circulation et le tabagisme.

Un certain nombre d'amendements aux propositions de la directrice régionale eu égard à Santé 2020 (document EUR/RC61/9) sont ensuite présentés. Une référence doit en effet être faite au défi posé par la collaboration interne au sein des systèmes de santé nationaux. En ce qui concerne l'accélération de l'échange des connaissances et des innovations, il convient de mentionner la transparence en matière de qualité, cette dernière devant figurer parmi les valeurs de Santé 2020. Le concept de durabilité doit être élargi pour inclure la rentabilité. La liste des hypothèses stratégiques doit être complétée par des références à la confirmation des changements fondamentaux aux systèmes de santé au cours des décennies à venir et à la nécessité, pour le secteur de la santé, de présenter les éléments de preuve et les arguments économiques, et de tenir compte des autres secteurs et de communiquer avec eux. Les objectifs et les indicateurs doivent être choisis sur la base de paramètres éprouvés et pertinents sur le plan mondial, et leur mode d'application doit être réalisable par les acteurs, et ce, à tous les niveaux.

Il est proposé d'inclure, dans le projet de résolution, une référence à l'attention particulière devant être accordée aux groupes vulnérables. Un autre intervenant soutient toutefois que la politique doit être applicable au niveau universel, sans stigmatiser certaines personnes.

Le chef de la Division de la santé de la population à l'University College de Londres, commentant le débat, affirme que l'adoption d'une approche holistique pour aplanir les inégalités de santé est en fait encourageante. En ce qui concerne l'appel à l'action immédiate en attendant d'aboutir à un consensus intersectoriel, il met en garde contre le remplacement de solutions à long terme par la poursuite d'intérêts à court terme. Le point de vue de la société civile est en fait essentiel : la source d'inspiration pour les politiques doit venir non seulement du niveau gouvernemental, mais aussi de la base. Enfin, il cite l'ancien directeur général de l'OMS, le docteur Lee Jong-wook, qui a déclaré, en 2005, que la Conférence d'Alma-Ata et la création de l'OMS furent des moments de clarté intense : il espérait qu'il en soit de même en ce qui concerne les efforts actuellement déployés pour lutter contre les inégalités de santé. Comme l'a mentionné l'actuel directeur général, l'équité doit être placée au cœur de l'ensemble du travail mené par l'OMS.

Le chef des Programmes stratégiques et interdisciplinaires, et des projets spéciaux de la directrice régionale, déclare que la discussion a été très utile dans la mesure où elle a permis de présenter des données d'expériences concrètes, et d'expliquer les liens existant entre Santé 2020 et les défis auxquels sont confrontés les États membres. Le document d'orientation n'est pas un exercice académique : il doit s'ancrer dans une vision commune basée sur la réalité vécue par les pays. Des efforts seront consentis à la collecte d'un volume bien plus important d'informations factuelles devant inspirer ledit document. De nombreuses références ont été faites au paysage social divers et en constante évolution de la Région européenne : Santé 2020 peut fournir un cadre afin de faire face à des circonstances exceptionnelles et à de nouveaux défis. Toutes les propositions émises par les États membres seront prises en compte dans la poursuite de l'élaboration de la politique. Les objectifs énoncés ne constituent pas des instructions ou un format imposés aux pays, mais doivent être utilisés par ces derniers à des fins qui leur sont propres. Le processus de consultation sera certes aussi large que possible, mais il serait utile que les pays eux-mêmes puissent consulter les parties prenantes, les ONG et d'autres secteurs, et faire rapport sur leur contribution.

La directrice régionale, en guise de réponse aux débats engagés lors de la table ronde, déclare que ceux-ci témoignent réellement de la nouvelle dynamique impulsée en vue d'agir d'une manière différente sur les déterminants sociaux, une dynamique qu'elle constatait elle-même lors de ses déplacements dans la Région européenne. Les ministres de la Grèce et de la République de Moldova reconnaissent tous deux que la crise financière a stimulé la lutte contre la hausse des coûts de santé. Elle fut très heureuse de constater l'importance ainsi accordée à une vision de la santé publique à long terme qui, d'ailleurs, s'inscrit véritablement dans le mandat de l'OMS.

Le fait que Santé 2020, à condition que cette politique soit élaborée selon les règles, puisse constituer un exemple pour d'autres Régions a d'ailleurs été mis en évidence. L'OMS/Europe a été mise en garde contre toute contrainte supplémentaire imposée aux États membres en matière d'établissement de rapports, et cet avertissement sera pris en compte. Il a été rappelé que la principale responsabilité du ministre de la Santé est de réaliser sa fonction ministérielle, et non pas de chercher à influencer d'autres secteurs. Toutefois, l'approche pangouvernementale vise à susciter une sensibilisation politique afin de renforcer le poids politique du secteur de la santé, selon les termes du directeur général.

On veillera à ne pas déborder d'optimisme quant aux résultats : d'où la nécessité d'établir des mécanismes de suivi, des outils et des instruments pour baliser le processus intersectoriel. La nécessité, pour Santé 2020, d'être cohérente avec les réformes de l'OMS a été mentionnée, et elle s'allie à cet avis. On a en outre souligné que le droit à la santé constitue un droit fondamental, un aspect qui ne doit pas être oublié dans la résolution des problèmes liés à l'équité. Elle remercie tous les intervenants pour leurs précieux commentaires. L'OMS/Europe a en fait entendu ce qu'elle devait entendre, à savoir qu'elle est sur la bonne voie.

Le modérateur, en clôturant la discussion de la table ronde, exprime l'espoir que la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, qui se tiendra à Rio de Janeiro (Brésil) en octobre 2011, sera un autre « Alma-Ata ».

Une représentante de l'Alliance européenne pour la santé publique effectue une déclaration.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC61/R1.



## Renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS

(EUR/RC61/10, EUR/RC61/11, EUR/RC61/Conf.Doc./3 Rev.2, EUR/RC61/Inf.Doc./1, EUR/RC61/Inf.Doc./2 et EUR/RC61/Inf.Doc./9)

## Rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn et la voie à suivre

Le directeur de la Division des systèmes de santé et de la santé publique décrit brièvement ce qu'ont réalisé les pays européens pour appliquer la Charte de Tallinn et la nature de l'aide apportée par l'OMS/Europe (en donnant des exemples de mesures prises par un large éventail de pays), le processus qui permettra la rédaction d'un rapport final sur la mise en œuvre en 2015, ainsi que les liens avec Santé 2020. Les pays mettent en pratique les valeurs et les objectifs politiques de la Charte, l'OMS/Europe constituant un partenaire clé, même si la crise financière a mis ces valeurs à l'épreuve : promouvoir ou maintenir la solidarité et l'équité de leur système de santé, accroître ou maintenir leurs investissements en faveur de la santé et des pauvres, se concentrer sur la performance du système de santé et le retour d'information pour le processus décisionnel, et essayer de placer les patients au centre de leur système. Le rôle clé de l'OMS consiste à favoriser l'apprentissage transfrontalier à l'aide de moyens tels que les publications, la formation, les réunions et les réseaux. En particulier, les études réalisées sur les paiements directs des patients, appuyées par l'OMS/Europe, et le prochain examen régional des mesures politiques, réalisé par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, aideront à protéger les pauvres et à prémunir les systèmes de santé contre les chocs extérieurs, respectivement.

Pour préparer le rapport de 2015 à l'intention du Comité régional, l'OMS/Europe cherche les contributions des États membres en vue de rendre compte des progrès, de recenser les enseignements tirés des réformes de la santé et d'évaluer l'impact de la Charte de Tallinn. Le « programme post-Tallinn » de l'OMS/Europe doit veiller à ce que le renforcement des systèmes de santé permette d'améliorer les résultats en matière de santé en adoptant une approche axée sur les résultats escomptés, les services essentiels et les obstacles à la prestation optimale ; en fournissant aux États membres un dispositif de soutien, présenté sous la forme de projet au Comité régional (document EUR/RC61/Inf.Doc./9) ; et en concevant une stratégie pour s'assurer que les bureaux de pays, avec l'appui de partenaires et d'experts nationaux, puissent fournir une expertise en matière de renforcement des systèmes de santé dans leur pays hôte. Alors que les enseignements tirés de la mise en œuvre de la Charte ont inspiré l'élaboration de Santé 2020, ces deux instruments ont de nombreuses synergies. Santé 2020 permettra de réaliser des progrès dans plusieurs domaines énoncés dans la Charte, notamment la gouvernance pour la santé et la revitalisation de la santé publique.

### Table ronde ministérielle : défis cruciaux pour les systèmes de santé de la Région européenne de l'OMS et le rôle du Bureau régional de l'OMS

Le modérateur, un « Senior Fellow » du King's Fund de Londres (Royaume-Uni), fait remarquer que, si ses recherches ont révélé une mauvaise coordination des soins dans de nombreux pays, le public et les responsables politiques s'attendent à ce que les ministères de la Santé soient plus transparents et visent l'amélioration de la performance des systèmes de santé à tous leurs niveaux de responsabilités. L'ensemble des participants seront invités à répondre à une question générique : selon eux, quel est le principal problème auquel leur pays est confronté dans les efforts visant à renforcer le système de santé, et comment l'OMS peut-elle le mieux les aider à cette fin ? En outre, chaque participant devra répondre à une deuxième question individuelle.

Le ministre estonien des Affaires sociales rappelle qu'en 2008, la Conférence de Tallinn a permis de réunir des représentants des ministères de la Santé et des Finances en vue d'aborder les systèmes de santé, la santé et la prospérité. La crise économique a frappé peu après, et la Charte de Tallinn s'est révélée être un outil utile pour les pays afin de procéder aux changements nécessaires aux systèmes de santé, notamment à l'égard de l'évaluation de la performance. Il annonce au Comité que le renforcement des systèmes de santé est un thème susceptible d'être abordé lorsque son pays exercera la présidence du Conseil de l'UE, en 2018. En ce qui concerne la question spécifique du financement de la santé dans le contexte de la crise, son pays a eu la chance de constituer des réserves, et, le budget de la santé a pu ainsi être porté de 5,3 à 7 % du PIB. En outre, les taxes d'accise sur le tabac et l'alcool ont été majorées. Le principal enseignement tiré est que les pays doivent réagir rapidement lors d'une récession économique.

Le ministre grec de la Santé et de la Solidarité sociale recense trois problèmes essentiels sur lesquels doit se pencher son pays, à savoir : a) les effets de la crise économique, et notamment la réduction des dépenses privées en santé et l'accroissement de la demande de services du secteur public qui en découle ; b) l'importation de maladies transmissibles par les migrants illégaux (100 000 arrivent en Grèce chaque année) ; et c) le développement des maladies non transmissibles. En ce qui concerne ce dernier problème, il se réjouit de l'inauguration, dans dix jours, du bureau d'Athènes pour les maladies non transmissibles par la directrice régionale.

Le ministre lituanien de la Santé estime que la difficulté la plus grave actuellement confrontée par son pays est d'assurer l'application pratique des stratégies adoptées « sur papier ». Il importe également de changer les attitudes des populations afin que celles-ci accordent une plus grande valeur à la santé et modifient comme il se doit leurs comportements de santé. L'OMS/Europe et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ont offert une aide précieuse dans ces deux domaines.

En réponse à la question spécifique soulevée, le ministre de la Santé de la République de Moldova reconnaît l'importance de la coordination des soins, en particulier contre les maladies chroniques, et déclare que son pays a fixé des objectifs à court et moyen termes à cet égard. Un mécanisme sera établi pour coordonner la prestation des services locaux, le rôle et les fonctions des soins primaires seront renforcés, et les réformes du service de santé publique se poursuivront. Sous les conseils du bureau de l'OMS à Barcelone, des mécanismes d'assurance qualité et des activités d'évaluation de la performance du système de santé sont actuellement mis en place.

Le ministre turc de la Santé considère que les pénuries de personnel de santé sont le principal obstacle au renforcement du système de santé de son pays. Comme les services de santé sont largement accessibles, et que la demande de tels services est en hausse, le personnel existant est débordé. Le manque de statistiques normalisées constitue un autre obstacle pour la comparaison entre les systèmes de santé de différents pays ; la publication, par l'OMS, de directives quant aux normes à appliquer pour la collecte de données faciliterait les comparaisons entre pays.

Dans le débat qui suit, les intervenants décrivent les mesures prises pour renforcer le système de santé de leur pays. Parmi les domaines améliorés, il convient de mentionner la prévention et la lutte contre la tuberculose-MR (qui prévoit également des activités sur les déterminants sociaux de la santé), l'établissement de réseaux et de « circuits de soins » en santé mentale, le suivi des malades du sida par des médecins généralistes, et la coordination de la politique antibiotique.

Exprimant le point de vue du CPR, un membre rappelle que la directrice régionale a renouvelé son engagement l'an passé envers le renforcement de la santé publique et des systèmes de santé. Le secrétariat a depuis lors procédé à un très important travail de réflexion stratégique, et un « dispositif » utile de soutien a été compilé et mis à la disposition des États membres. Il est évident, d'après les exemples mentionnés par les représentants des pays, qu'ils sont sur la bonne voie s'agissant de mettre en pratique les principes sous-tendant la Charte de Tallinn.

Commentant la discussion, le directeur général félicite l'Estonie pour ses investissements contracycliques dans la santé, et convient que des données de qualité doivent être recueillies afin d'évaluer la performance du système de santé et de communiquer les résultats à l'entité responsable de l'élaboration des politiques. Alors qu'il existe une pénurie mondiale de quelque 4 millions de médecins, il importe de « démystifier les soins » et de démontrer que les non-médecins peuvent, par exemple, traiter les patients atteints du sida et les personnes souffrant de maladies non transmissibles (diabète, hypertension). Comme les pays ne peuvent se permettre qu'un seul système de santé, l'intégration verticale et horizontale est donc nécessaire. Si les résultats, les ressources et les responsabilités sont clairement définis, la constitution d'alliances efficaces peut apporter beaucoup aux populations.

### Renforcement des capacités et des services de santé publique en Europe : un cadre d'action

Le directeur de la Gestion des programmes énumère les défis sanitaires auxquels doit faire face l'Europe au XXI<sup>e</sup> siècle, et affirme que le cadre d'action pour le renforcement de la santé publique est conçu pour garantir la relève de ces défis. Il propose des définitions claires de la santé publique et du système de santé, et présente dix EPHO sur lesquelles doivent s'appuyer le suivi des stratégies et des actions en vue de réformer la santé publique.

Le directeur de la Division des systèmes de santé et de la santé publique évoque l'élaboration d'un outil d'auto-évaluation en vue d'améliorer les opérations de santé publique, d'ailleurs testé dans 14 pays d'Europe orientale. Le cadre d'action vise essentiellement l'amélioration des résultats en matière de santé par la prévention des maladies et la promotion de la santé, le développement d'un personnel de santé publique compétent, et la mise en place de structures organisationnelles pour les services de santé publique.

### Table ronde : la voie à suivre en ce qui concerne le renforcement des capacités et des services de santé publique dans la Région européenne de l'OMS et le rôle du Bureau régional de l'OMS

Une table ronde est organisée. Elle est animée par le professeur Peter Donnelly de l'Université de St Andrews (Écosse, Royaume-Uni), avec la participation de la directrice générale finlandaise des affaires sociales et de la santé, du directeur général irlandais de la santé, des secrétaires d'État à la Santé du Kirghizistan et du Portugal, du ministre slovène de la Santé et d'un représentant du CPR.

Au cours de la discussion, le directeur général irlandais de la santé qualifie les EPHO de guide programmatique pour la réorganisation des systèmes de santé. Dans son pays, le paradigme a changé : l'orientation n'est plus la maladie, mais la santé. La directrice générale finlandaise des affaires sociales et de la santé déclare que le but de la politique des pouvoirs publics doit être de permettre la prestation de soins de santé résolument axés sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'intervention rapide. Le rôle des ONG, du monde universitaire et de l'industrie dans l'élaboration des politiques doit être défini avec précision, parce que les responsabilités et les ressources de ces entités diffèrent largement de celles des pouvoirs publics. Ce sont la législation et les mesures fiscales qui se sont révélées les plus efficaces dans la lutte contre l'alcool, le tabagisme et la consommation d'aliments peu sains. Le recours à des équipes multisectorielles pour la prestation de soins, telles que des nutritionnistes, des travailleurs sociaux, des infirmiers et des médecins, a été très bénéfique.

Les secrétaires d'État à la Santé du Kirghizistan et du Portugal mettent respectivement l'accent sur l'intégration de tous les programmes de santé publique par une approche sectorielle, et sur la formation des professionnels de santé et la révision de leur taux de rémunération. Le ministre slovène de la Santé se déclare fervent partisan de la prévention, mais ses propositions d'investissement dans ce domaine ont rencontré l'opposition du ministère des Finances. Avec de la détermination et l'aide de l'OMS/Europe, cette opposition a été vaincue et il a réussi à augmenter les taxes sur le tabac et l'alcool, ainsi que le budget pour la promotion de la santé et des modes de vie sains.

Dans la discussion qui suit, des représentants décrivent un certain nombre d'initiatives de leur pays en matière de santé publique. Les programmes de dépistage du cancer sont mis en œuvre avec le ferme appui du secteur politique ; la prévention du cancer suppose aussi la promotion de modes de vie sains dans les écoles et de nouvelles politiques en matière de protection de l'environnement, de transports, d'agriculture et d'énergie. Parmi les autres initiatives menées en matière de santé publique, citons la surveillance épidémiologique, la détermination des risques sur le plan de la santé des communautés et les efforts visant à garantir la sécurité des produits alimentaires.

La santé publique ne doit pas être considérée simplement en termes de dépenses, car un investissement modeste livre d'importantes retombées positives. Le cadre d'action doit être accompagné par une analyse des aspects économiques de la prévention. Lorsque l'on développe des capacités de santé publique, il convient de prêter attention à des initiatives aux niveaux national, régional et local. Le cadre d'action pourrait être traduit en une feuille de route à utiliser pour la réorientation des systèmes de santé, la mise en œuvre de réformes et le lancement de partenariats.

Un représentant du CPR déclare que le cadre d'action est de bon augure pour l'OMS/Europe et les pays de la Région. Il vise une clarté conceptuelle et confère une perspective pratique au défi représenté par le renforcement de la santé publique en Europe. Une approche systématique des services de santé publique permettra de mettre au point des indicateurs mesurables pour convaincre d'autres secteurs du rôle crucial de la santé publique.

Résumant les débats à ce stade, le modérateur déclare que le domaine de la santé publique, qui semble avoir été négligé pendant un certain temps, est en train d'être redécouvert sous la houlette de la directrice régionale. Le renforcement des systèmes de santé publique et des capacités a rencontré un soutien massif, et le cadre d'action sera l'un des outils employés pour atteindre les objectifs de Santé 2020.

Une représentante signale que le système de santé public est en train d'être réformé dans une partie de son pays afin de remédier aux inégalités inacceptables dans le domaine de la santé. Il s'agit en effet de réunir les fonctions d'un certain nombre d'organismes de santé publique en une seule entité qui fournira des conseils d'experts et assurera un leadership dans ce domaine. Les ministres auront clairement la responsabilité de protéger la santé de la population, particulièrement dans les situations d'urgence, tandis que les pouvoirs publics locaux, étant les mieux placés pour prendre des décisions appropriées, seront investis de nouvelles responsabilités, avec le soutien de budgets protégés. Le système de santé publique dans son ensemble continuera à conseiller le service national de santé sur la situation sanitaire de la population. Les ministres conserveront la responsabilité des politiques et stratégies nationales, avec une nouvelle approche de la politique de santé publique fondée sur des interventions à plusieurs niveaux, et ce afin que les pouvoirs publics ne recourent pas immédiatement à la réglementation pour résoudre les problèmes de santé publique.

Le directeur de la Gestion des programmes résume brièvement les points clés des interventions des participants à la table ronde et des représentants. En réponse à un commentaire selon lequel il manque au document un chapitre sur le bon rapport coûts-avantages de la santé publique, il précise qu'une étude est en cours, conformément aux préceptes de Santé 2020. Commentant deux interventions ayant mis en exergue l'importance de la santé publique au niveau local, il rappelle le succès du projet des Villes-santé de l'OMS.

La directrice régionale convient avec les délégués que la santé publique semble avoir été oubliée tant à l'OMS/Europe que par les États membres. Ce thème a été inscrit à l'ordre du jour de la présente session du Comité régional à la demande des pays, afin d'assurer une collaboration étroite entre la santé publique et les soins de santé. Le mot « opérations » a été choisi pour décrire les rôles essentiels de la santé publique, plutôt que « fonctions », étant donné que ce dernier terme est déjà utilisé dans la Charte de Tallinn. Elle se réjouit du commentaire suivant lequel la santé publique peut être considérée comme un investissement plutôt qu'une dépense, et cette réalité doit être prouvée aux responsables politiques. Elle salue le soutien inconditionnel du CPR au nouvel accent mis sur la santé publique, et sa proposition selon laquelle la santé publique doit être présentée en 2012 comme un moyen opérationnel pour la mise en œuvre de Santé 2020.

Le représentant de l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne fait une déclaration.

Dans la discussion relative au projet de résolution, on se félicite de la priorité de nouveau accordée à la santé publique au sein des systèmes de santé. Le cadre d'action proposé, et notamment le recours généralisé aux EPHO, doivent être présentés comme des options que les États membres peuvent choisir pour le renforcement de leur système de santé, afin d'améliorer la situation sanitaire et de réduire les inégalités de santé. Par ailleurs, il convient de préciser que toute approbation des EPHO est limitée à leur utilisation dans le cadre du plan d'action européen sur la santé publique. Il semble y avoir un déséquilibre entre l'accent sur les déterminants sociaux et l'action intersectorielle décrite dans les documents d'information et les activités proposées dans le cadre des EPHO. Ces dernières doivent être davantage développées et testées et faire l'objet d'un suivi supplémentaire afin de s'assurer qu'elles répondent aux spécificités et aux problèmes de tous les systèmes de santé de la Région, et qu'elles reflètent les principes directeurs de l'équité, des déterminants sociaux de la santé et de l'action intersectorielle. Néanmoins, les documents présentent des outils pratiques que les pays peuvent utiliser pour déceler les lacunes dans les services et les ressources de santé publique, concevoir des réformes et fixer des priorités.

La santé dans toutes les politiques est un concept clé de la santé publique, et le développement des capacités pour la mise en œuvre d'une intervention intersectorielle et de l'action sur les déterminants sociaux de la santé est essentielle au renforcement du rôle de la santé publique dans les systèmes de santé. Il faut un nombre suffisant de professionnels motivés et bien qualifiés, tant pour les soins de santé que pour la santé publique, afin de lutter contre la charge des maladies non transmissibles. Cependant, le rôle crucial des soins de santé primaires ne doit pas être occulté par la transition vers des soins axés sur le patient, qui mettent résolument l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et une meilleure coordination des soins. Même si la promotion de la santé et la prévention des maladies doivent prendre autant d'importance que la disponibilité et la qualité des soins, chaque État membre est responsable de la gestion de son propre système de santé national.

Il est souligné que, comme Santé 2020 n'a pas encore été approuvée, il ne faut pas y faire référence dans la résolution. En outre, il convient d'éliminer tout chevauchement avec des résolutions antérieures. D'aucuns expriment leur opposition à la proposition formulée à la fin du document EUR/RC61/10, à savoir de créer un forum de haut niveau pour l'élaboration des politiques. À cette fin, il faudrait plutôt recourir aux réseaux et structures de gouvernance existants. Il pourrait être créé en tant qu'organe consultatif au sein des organes directeurs régionaux établis de l'Organisation.

Les pays européens doivent agir conjointement pour combattre les maladies non transmissibles et les nouvelles maladies infectieuses, agir sur les déterminants sociaux de la santé et contrer les pressions financières, démographiques et stratégiques sur le système de santé de tous les États membres. Compte tenu de la crise financière actuelle, il est important de continuer à soutenir de manière adéquate les populations à risque, afin de lutter contre les inégalités croissantes en matière de santé dans la Région. La priorité de nouveau accordée à la santé publique et la mise en œuvre des dix EPHO permettront à la santé publique de devenir un élément « visible » du système de santé.

Répondant aux commentaires, la directrice régionale réaffirme que le cadre d'action sur le renforcement des capacités de la santé publique est un « chantier en cours » et sera réexaminé à la prochaine session du Comité régional. Les EPHO seront révisées afin de mieux refléter les valeurs d'équité et de collaboration intersectorielle, ainsi que les déterminants sociaux de la santé, et l'accent sera mis sur l'aspect du suivi. Les pays pourront procéder à une auto-évaluation pour déterminer s'ils appliquent les dix EPHO, ou pourront demander l'assistance de l'OMS/Europe. Cet exercice débouchera, en 2012, sur un plan d'action fondé sur des bases factuelles. En réponse à un commentaire suivant lequel les outils pour le renforcement de la santé publique dans un système de santé centralisé seront différents de ceux d'un système fédéral, elle conclut que les EPHO sont totalement flexibles.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC61/R2.



## Réforme de l'OMS pour un avenir sain

(EUR/RC61/21)

La directrice régionale résume le contexte et les objectifs du processus de réforme de l'OMS, qui sont de recentrer l'OMS sur ses activités de base, de réformer son financement et sa gestion et de transformer la gouvernance pour renforcer la santé publique. Il s'agit notamment d'affiner les priorités de l'Organisation et d'indiquer plus clairement ce que l'OMS peut faire mieux que d'autres partenaires et intervenants dans les cinq principaux domaines d'activité définis par l'Assemblée mondiale de la santé : systèmes et établissements de santé, santé et développement, sécurité sanitaire, fédérer pour améliorer la santé, et données factuelles sur les tendances sanitaires et les déterminants de la santé.

La réussite du processus de réforme dépendra des États membres qui doivent donner les conseils et l'appui nécessaires, et du secrétariat qui doit traduire ces conseils stratégiques en gestion pratique. De nombreux sujets à l'ordre du jour de la session influenceront les débats sur la réforme, notamment les efforts de l'OMS/Europe visant à utiliser le budget programme comme un outil de responsabilisation. L'objectif le plus important des débats du Comité régional à ce sujet est de présenter le point de vue européen à la session spéciale du Conseil exécutif de l'OMS qui se tiendra en novembre 2011 et, ainsi, d'influer sur la réforme de l'OMS. Les conseils, l'engagement et l'appui du Comité régional sont nécessaires pour garantir qu'un ensemble de réformes puisse être soumis à la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé de mai 2012, conjointement avec un plan de mise en œuvre et une évaluation indépendante.

Le directeur général de l'OMS rapporte certains éléments relatifs aux débats sur la réforme de l'OMS qui ont eu lieu dans deux autres Comités régionaux. Les réponses à une consultation sur le Web reçues de l'UE, du Royaume-Uni et du Mexique ont été les bienvenues, et ont permis de structurer le document analytique sur la gestion. Or, comme elles ne s'inscrivent pas dans le processus de consultation participative requise avec les États membres, les trois documents analytiques n'ont donc pas encore été révisés. Les Comités régionaux pour l'Afrique et l'Asie du Sud-Est comprennent 57 États membres qui, d'ailleurs, approuvent le processus de réforme tout en demandant que celui-ci ne soit pas trop rapide. Pour ce qui est de la gouvernance, ces Comités régionaux veulent un meilleur alignement entre organes directeurs mondiaux et régionaux, afin de permettre aux États membres de fixer des priorités pour l'OMS tout en reconnaissant les spécificités régionales et de limiter les débats répétitifs des organes directeurs ; un meilleur alignement entre les trois niveaux de l'Organisation, notamment une meilleure collaboration avec les partenaires et la mobilisation de ressources pour les pays ; et une meilleure reconnaissance des rôles et des responsabilités par les États membres et le secrétariat pour veiller à ce que les décisions prises par les États membres dans les résolutions puissent être mises en œuvre. Alors que certains pays craignent que les États grands et riches exercent une influence excessive et que des bureaux de pays soient fermés, le directeur général les rassure en affirmant que le processus serait démocratique.

Même si les États membres se montrent en faveur d'une consultation avec les partenaires, ils craignent que le Forum mondial de la santé proposé ne mine l'autorité des organes directeurs et suggèrent d'autres systèmes. Les initiatives de santé mondiale et la collaboration avec les partenaires dans ce domaine entraînent une importante charge de travail, en même temps qu'une fragmentation et une répétition de tâches ; les coûts de transaction sont-ils trop élevés tant pour les pays donateurs que pour les pays bénéficiaires ? Quelle est la valeur ajoutée ? En outre, certains pays comprennent mal la proposition d'évaluation indépendante du renforcement des systèmes de santé ; celle-ci est destinée à sonder la capacité des trois niveaux de l'Organisation à aider les pays dans ce domaine. Le directeur général a récemment publié un projet de document sur le site Web du Siège pour répondre aux questions des États membres.

Au cours du débat général qui suit, après avoir accepté que les ONG se joignent aux groupes de travail en tant qu'observatrices, les États membres approuvent pleinement le processus de réforme de l'OMS et se montrent impatients de participer à chaque étape ; ils formulent des suggestions sur les objectifs et le contenu de chacun des trois domaines (activités de base, financement et gestion, et gouvernance) ainsi que des conseils quant aux prochaines étapes du processus, s'agissant de la rapidité de la démarche et de la manière d'y procéder. En particulier, un représentant se félicite du débat tenu par le Comité régional, quoiqu'il soit déçu par l'absence de documents analytiques actualisés, et demande que les conclusions de ce débat soient reflétées dans un rapport à diffuser auprès des États membres pour commentaires, puis soumis au Conseil exécutif. Quoique les commentaires formulés par l'UE sur le Web restent valables, quelques points supplémentaires sont proposés pour les débats du Comité régional. Tout d'abord, le processus de réforme doit veiller à ce que l'OMS se concentre sur ses activités de base et dispose de bons outils de gestion, d'un personnel adéquat et compétent, de meilleurs processus de budgétisation et de planification axés sur des résultats, d'une gestion des risques efficace et d'un solide environnement de contrôle interne pour accroître la transparence et la responsabilisation. Les nouvelles réformes de gestion, détaillées dans un nouveau document, sont essentielles pour rendre l'OMS plus efficace et efficiente. L'évaluation indépendante devrait commencer bientôt, de manière à ce que ses résultats puissent influencer le processus de réforme, et se concentrer sur les aspects de gestion, de gouvernance et de fiscalité, ainsi que sur les travaux relatifs au renforcement des systèmes de santé. La réforme de la gestion stratégique et du financement doit remédier aux incohérences entre le mode d'affectation des ressources et les priorités stratégiques convenues par les organes directeurs, et permettre un financement plus prévisible, tout en gardant à l'esprit les débats sur ses tâches essentielles et les relations avec d'autres agences des Nations Unies. En outre, l'OMS a besoin d'un meilleur alignement (cohérence, hiérarchie et synergie) et d'une meilleure répartition du travail entre ses niveaux mondial et régional, ainsi qu'entre ses organes directeurs mondiaux et régionaux. Même si une discussion sur la proposition de Forum mondial de la santé est bienvenue, la réforme, au stade actuel, devrait être axée sur les aspects de gestion.

Le secrétariat doit présenter au Conseil exécutif, lors de sa session extraordinaire de novembre, les différentes options de mesures concernant l'ensemble des problèmes abordés dans le cadre du processus de réforme, en rapprochant les documents analytiques de ceux présentés au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la santé, et en incluant les implications sur les finances et les ressources, les conséquences probables. L'OMS doit également fournir les bases factuelles sur lesquelles se basera le processus décisionnel et rationaliser les options stratégiques spécifiques, afin de simplifier le côté « énigmatique » de la réforme pour la décision finale des États membres. La réforme étant essentielle pour que l'OMS puisse répondre aux attentes de tous les États membres, l'intervenant exhorte ces derniers à exprimer leurs attentes, à participer de façon constructive au processus, et à se serrer les coudes pour maintenir le processus sur la bonne voie et soutenir sans réserve le directeur général.

La plupart des autres intervenants approuvent ce point de vue, surtout l'exigence d'une nette délimitation des options de réforme, de leur coût et de leur calendrier, et la demande d'avoir l'occasion de commenter le rapport au Conseil exécutif, tout en développant quelques arguments supplémentaires. Les travaux sur les cinq fonctions de base, par exemple, doivent définir les tâches essentielles ; déterminer les domaines nécessitant un moindre engagement de l'OMS et ceux dans lesquels l'Organisation doit s'engager mieux et davantage pour soutenir les États membres ; et comprendre un système permettant de définir des priorités dans le cadre des fonctions de base, se rapprochant du mode d'adoption des résolutions par les États membres lors de l'Assemblée mondiale de la santé. Les intervenants apprécient les activités normatives menées par le Siège de l'OMS, l'assistance technique fournie par le Siège et l'OMS/Europe (y compris ses bureaux géographiquement dispersés et son partenariat avec l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé) ainsi que l'excellent travail effectué par les bureaux de pays. En outre, plusieurs représentants soulignent l'importance des maladies non transmissibles, prient instamment l'OMS d'intensifier ses efforts dans le domaine du financement, des compétences et de la coordination (pour conserver son leadership en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, afin d'atteindre les objectifs ambitieux qui devraient être convenus lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies) ; de se concentrer sur l'action normative pour guider les États membres et sur le renforcement des systèmes de santé pour combattre les maladies transmissibles ou non transmissibles et de mettre sur pied une base de données des meilleures pratiques contre les facteurs de risque les plus répandus. L'un des représentants plaide en faveur d'un mécanisme pour assurer une intervention rapide et coordonnée face aux situations d'urgence et aux catastrophes, et un autre propose de se concentrer sur le recours aux technologies de l'information dans les systèmes de santé afin d'assurer des soins efficaces. Un autre représentant affirme que la réforme constitue une excellente occasion de placer la Constitution visionnaire de l'OMS dans le contexte du XXI<sup>e</sup> siècle, une idée qu'il illustre en citant et en commentant le dernier paragraphe de son préambule.

Quant au financement et à la gestion, l'OMS doit trouver la façon d'augmenter le niveau du financement flexible, et les bailleurs de fonds doivent soutenir le compte des contributions volontaires de base. En outre, l'OMS doit chercher des moyens novateurs pour la mobilisation des ressources par l'Organisation dans son ensemble, indiquer comment développer davantage un « modèle de reconstitution des fonds », s'assurer que tous les nouveaux modèles de financement soient démocratiques, garantir une participation suffisante des États membres au processus et explorer de nouvelles façons de négocier avec les bailleurs de fonds, avec une plus grande transparence et des critères précis. Un intervenant demande que l'aide apportée par les bailleurs de fonds soit coordonnée par une OMS unifiée. Parmi les autres mesures utiles, on peut notamment mentionner les suivantes : renforcement du contrôle financier et des systèmes administratifs pour garantir l'utilisation efficiente des ressources existantes ; calcul des frais de personnel par des études de faisabilité ; recrutement de personnel permettant à l'OMS de conserver son expertise technique et son bon rapport coût-efficacité ; et présentation des données et des rapports en temps voulu pour examen par des organes tels que le Comité du Programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif.

Des intervenants approuvent l'évaluation externe indépendante et proposent qu'elle soit réalisée sans attendre afin de contribuer au processus de réforme en analysant la contribution de l'OMS au renforcement des systèmes de santé. Les pays examineront attentivement le mandat proposé pour cette évaluation.

En ce qui concerne la gouvernance, l'OMS doit constituer la principale organisation normative dans l'architecture mondiale de la santé, une fonction qui doit être dotée des ressources adéquates et assumée par le Siège de l'OMS. La structure à trois niveaux de l'OMS et la diversité de ses Régions sont des atouts. Alors que les stratégies et plans de l'OMS sont traduits en actes dans les bureaux de pays, des mécanismes sont nécessaires pour renforcer la collaboration entre les trois niveaux de l'Organisation, ainsi que les liens entre le directeur général et les directeurs régionaux, et entre les programmes des organes directeurs mondiaux et régionaux. Néanmoins, la Région européenne doit toujours être en mesure d'assumer à l'avenir, et lorsque cela est indiqué, un rôle de chef de file, comme ce fut le cas dans le passé. Les organes directeurs doivent être plus ciblés et plus stratégiques, plus transparents et plus responsables, et plus pratiques et moins théoriques dans leurs activités et



leur travail. Plusieurs représentants expriment le souhait que le Conseil exécutif joue un rôle plus important, et un autre propose de renforcer le Comité du Programme, du budget et de l'administration pour soutenir le Conseil. La vision d'une OMS unique doit devenir réalité, et l'Organisation doit intervenir plus activement dans ses partenariats et dans la famille des Nations Unies. En outre, l'un des intervenants fait l'éloge du nouveau projet de Stratégie de pays de l'OMS/Europe, et un autre exhorte l'OMS à recourir à des approches et à des initiatives multipays, sous-régionales et interrégionales pour améliorer l'efficacité et le rapport coût-efficacité de son travail.

Par ailleurs, les États membres doivent faire preuve d'autodiscipline et coopérer pour mieux déterminer les priorités. Ils doivent s'entendre sur les principes généraux régissant la collaboration de l'OMS avec ses partenaires, en particulier le principe de neutralité et, éventuellement, la valeur de la santé en tant que principe organisateur. Certains représentants proposent une coopération accrue avec le secteur privé. Si une meilleure coordination avec les partenaires, dont la société civile et le secteur privé, et une délimitation des tâches des divers organes directeurs sont nécessaires, les représentants doutent de l'utilité d'un Forum mondial de la santé et suggèrent de recourir aux structures de consultation existantes ou à un autre cadre éprouvé.

Pour ce qui est du processus de réforme lui-même, les représentants font l'éloge des documents analytiques, en particulier celui sur la réforme gestionnaire. L'un des intervenants demande instamment que le processus s'oriente d'après la Constitution de l'OMS et soit mené par consensus. Un autre exhorte la Région européenne à continuer à le diriger, et tous les États membres à participer ; ils doivent déterminer son rythme, que celui-ci soit rapide ou lent. Il s'attend à ce que le Conseil exécutif prenne des décisions provisoires en novembre. Certains représentants indiquent que l'OMS pourrait tirer des enseignements des pratiques de gestion de partenaires tels que le Fonds mondial, des exemples d'évaluations réalisées pour des organisations comme la Banque mondiale et des efforts de réforme d'autres agences des Nations Unies, et que le processus de réforme devrait servir à explorer de nouvelles formes de partenariat et de travail dans les pays.

En guise de réponse, le directeur général remercie les États membres pour leur soutien et promet que, quand tous les États membres se seront exprimés, le Groupe de politique mondiale fournira un document consolidé, résumant tous les éléments de la réforme, en octobre, avant la réunion du Conseil exécutif. Quoique la réforme soit un processus continu, elle a déjà pris des mesures, telles que l'instauration du Système mondial de gestion (GSM) pour l'Organisation. Néanmoins, la contribution des États membres, les véritables « propriétaires » de l'OMS, reste essentielle. Le directeur général demande au Comité régional d'examiner le projet de mandat pour l'évaluation : la question à régler est celle de l'ordre dans lequel celle-ci se déroulera par rapport à la réforme. Elle a besoin de la contribution des pays dans les prochaines semaines afin d'obtenir le mandat de la part du Conseil exécutif et d'émettre une demande de propositions. Comme les États membres sont parvenus à un large consensus, l'OMS fera des propositions détaillées sur la gouvernance interne, mais parce que les avis divergent quant au Forum mondial de la santé et à la collaboration avec le secteur privé, le directeur général proposera d'autres mécanismes de consultation de la société civile et du secteur privé. Enfin, l'OMS fournira de plus amples informations quant à la manière de concevoir un système de reconstitution des ressources dans une organisation démocratique. Par ailleurs, le directeur général fait savoir au Comité qu'elle cherche aussi à instaurer une meilleure culture d'évaluation dans l'Organisation.

Ensuite, trois groupes de travail ont discuté plus en détail la question de la réforme de l'OMS.

## Rapports présentés à la séance plénière par les groupes de travail

Un modérateur pour le groupe de travail A, qui a discuté de la question de la gouvernance, déclare qu'un certain nombre de questions provocantes ont été posées, entraînant une discussion stimulante sur plusieurs points clés. La distinction entre Conseil exécutif et Assemblée de la santé est devenue floue, le Conseil se transformant en une mini-Assemblée. Les fonctions exécutives du Conseil doivent être renforcées. La légitimité politique du Conseil est remise en cause, et un groupe de travail à composition non limitée pourrait être créé pour examiner ce point. On fait entendre qu'une formation des présidents du Conseil exécutif et des autres membres serait nécessaire, que le Conseil a peut-être besoin de plus d'une série de réunions chaque année pour mener à bien ses travaux, et que sa composition doit être basée sur les régions et non sur les pays. En dernier lieu, une meilleure interaction entre les Comités régionaux doit être recherchée et un échelonnement différent de leurs réunions doit peut-être être envisagé.

Un modérateur pour le groupe de travail B, sur les activités de base, déclare que l'OMS repose sur un modèle démocratique, avec un financement conjoint et une prise de décisions par tous les États membres. Si elle est investie d'un mandat très vaste en vertu de sa Constitution, les fonctions essentielles soulignent à juste titre les domaines d'activité les plus importants pour l'Organisation. Un langage clair est indispensable étant donné la diversité des références aux domaines d'activité fondamentaux,

aux domaines prioritaires et aux fonctions essentielles. Il convient d'éviter toutefois de recourir à la terminologie commerciale. Même si l'OMS n'est pas une agence de développement, elle accomplit une grande partie de son travail au niveau des pays, et sa capacité à aider les autorités nationales en matière de normalisation et de systèmes de santé dépend de la disponibilité d'un personnel qualifié dans les pays. Il est suggéré d'aborder de manière différente les travaux actuellement menés par l'Organisation et ses fonctions à court terme. Les priorités toutefois doivent être les mêmes aux niveaux mondial et régional. Finalement, les pays ne doivent pas changer d'attitude envers l'Organisation selon les circonstances : parfois ils s'expriment en tant qu'États membres et à d'autres moments, en tant que donateurs.

Un facilitateur pour le groupe de travail C, sur les réformes gestionnaires, déclare que son groupe a examiné une proposition visant à répartir le budget en deux parties : les activités de base et les projets. Certains pays indiquent que les dépenses d'appui aux programmes ne suffisent pas à couvrir les dépenses pour les opérations. L'OMS doit estimer et mieux justifier le coût réel des projets. La question de savoir comment attirer des fonds réservés en provenance de sources autres que les États membres est aussi soulevée. Les priorités des programmes et les recettes reçues des donateurs ne concordent pas. L'OMS doit s'efforcer de tirer parti de l'expérience d'autres institutions. La Constitution offre la souplesse nécessaire pour de tels changements.

Un représentant de Medicus Mundi International fait une déclaration.

## Élections et désignations

(EUR/RC61/7, EUR/RC61/7 Corr.1  
et EUR/RC61/7 Corr.2)

Le Comité s'est réuni en privé pour désigner quatre candidats devant siéger au Conseil exécutif, pour élire trois membres du CPRC, pour élire un membre du Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine et pour attribuer la bourse de recherche en santé publique Jo Asvall.

## Conseil exécutif

Le Comité décide que l'Azerbaïdjan, la Belgique, la Croatie et la Lituanie présenteront, lors de l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2012, leur candidature en vue d'une élection ultérieure au Conseil exécutif.

## Comité permanent du Comité régional

Le Comité régional sélectionne la Belgique, la Fédération de Russie et Malte pour des mandats au CPRC d'une durée de trois ans, de septembre 2011 à septembre 2014.

## Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine

Conformément aux dispositions du mémorandum d'accord sur la structure administrative du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, le Comité choisit l'Allemagne pour un mandat au Comité Politiques et coordination d'une durée de trois ans qui commencera le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

## Attribution de la bourse de recherche en santé publique Jo Asvall

Le Comité sélectionne Mme Yelena Rozental comme récipiendaire de la première bourse de recherche en santé publique Jo Asvall.

### 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, EUR/RC61/Conf.Doc./4 et EUR/RC61/Conf.Doc./5)



Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé déclare que de nombreux appels à l'action ont été lancés concernant les maladies non transmissibles. Le projet de plan d'action propose des mesures concrètes afin d'atteindre les objectifs décrits dans les précédentes décisions et résolutions de l'OMS. Les maladies non transmissibles ont suscité plus d'attention en raison de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et les maladies non transmissibles qui s'est tenue plus tôt dans l'année à Moscou (Fédération de Russie) et a débouché sur la Déclaration de Moscou. Le projet de plan d'action est le produit d'amples consultations avec les États membres et se fonde donc largement sur des bases factuelles et sur l'expérience. Ce plan met l'accent sur la planification et la supervision avec un recours aux systèmes d'informations sanitaires, sur l'incorporation progressive de la santé dans toutes les politiques, sur les cadres de vie sains et la prévention secondaire avec des approches cliniques telles que la surveillance cardiométabolique, et sur la détection précoce de certains cancers. Ce plan tient compte du fait que l'ensemble des mesures proposées ne sont pas applicables dans toute la Région et doivent être adaptées localement.

Le représentant du CPCR déclare que les maladies non transmissibles représentent un grave problème dans la Région, et le plan d'action proposé énonce les directives pour agir sur les déterminants sociaux et économiques et les facteurs de risque de ces maladies. Si plusieurs initiatives ont été mises en œuvre, comme la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et les stratégies mondiales en matière d'alcool, d'alimentation et d'activité physique, il n'existe aucune action concertée à propos des maladies non transmissibles. Après son adaptation aux besoins des pays, le projet de plan permettra de traduire les bonnes politiques en actes. Même si certaines des mesures pourraient être initialement impopulaires, les retombées positives pour la santé deviendront évidentes au moment de l'évaluation. Le CPCR a examiné plusieurs versions successives du plan, et souscrit à ses priorités. L'intérêt actuel pour la gouvernance mondiale, comme en témoigne la prochaine réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles organisée au Siège des Nations Unies à New York, confèrera une crédibilité encore plus grande à l'approche systématique et intégrée exposée dans le document.

Dans la discussion qui suit, la plupart des intervenants sont d'avis que certaines des priorités définies devraient faire l'objet d'un remaniement et d'une adaptation sur la base des éléments probants disponibles et des priorités nationales. Les pays de la Région partent de niveaux différents s'agissant de la mise en œuvre de certaines mesures proposées. Le représentant d'un État membre suggère de consacrer une année supplémentaire à l'amélioration du plan d'action plutôt que d'adopter ce dernier lors de la présente session.

Les conclusions de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles doivent être prises en compte, et certaines interrogations sont soulevées quant à la manière dont le secrétariat procédera à cette fin. Par ailleurs, celui-ci est invité à fournir une analyse des implications financières du plan d'action proposé, surtout pour le Bureau régional. Il est suggéré que les objectifs et les indicateurs soient parachevés après la réunion des Nations Unies, lors de la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé, en 2012, afin de garantir qu'il y ait correspondance avec les plans des autres Régions de l'OMS, et que le plan soit examiné à la soixante-deuxième session du Comité régional. Plusieurs amendements au projet de résolution sont proposés pour faire écho à ces avis, d'ailleurs soutenus par de nombreux intervenants.

D'autres intervenants exhortent le Comité à adopter le plan d'action dès que possible, compte tenu du fardeau toujours plus lourd des maladies non transmissibles dans la plupart des pays de la Région. S'attaquer aux maladies non transmissibles constitue l'un des principaux objectifs du développement. Dans les ACB conclus entre de nombreux pays et l'OMS, les maladies non transmissibles revêtent une importante priorité. L'OMS doit fournir des arguments solides qui aideront les ministères de la Santé à entamer un réel dialogue avec les autres secteurs afin d'œuvrer ensemble à la lutte contre les maladies non transmissibles, et aussi donner des indications quant à la manière d'influer sur ces secteurs, y compris ceux ne relevant pas entièrement des compétences nationales, comme l'agriculture, le commerce et la circulation. Une intervenante décrit l'approche progressive adoptée par son pays pour réduire la consommation de tabac, commençant par des mesures plus facilement acceptables pour parvenir à une interdiction légale de fumer dans les endroits fermés.

La prévention des maladies non transmissibles doit être fondée sur la collaboration internationale, une approche pangouvernementale et le renforcement des systèmes de santé. Il importe par conséquent d'assurer la cohérence. Il faudra également faire la démonstration d'un lien entre les mesures réglementaires et l'action mondiale lors de la prochaine réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles prévue à New York, où l'on devrait témoigner d'un soutien ferme à l'OMS.

Répondant à une offre faite par le représentant du Turkménistan en vue d'accueillir une autre réunion de haut niveau sur la prévention des maladies non transmissibles, le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé affirme qu'il serait opportun d'envisager une autre réunion dans ce domaine après la réunion de haut niveau aux Nations Unies et ce, pour donner suite à la Déclaration de Moscou. Les objectifs et indicateurs du projet de plan d'action ne sont pas nouveaux, mais reflètent plutôt ceux du projet de document politique Santé 2020. Les objectifs seront définis en conformité avec le cadre mondial de suivi. En réponse aux intervenants ayant recommandé le report de l'approbation du projet de plan d'action, il déclare que l'OMS/Europe doit être prête à faire rapport avant l'achèvement du plan d'action mondial, en 2013.

En ce qui concerne les implications financières, le plan proposé comporte cinq dimensions : la mise en œuvre du plan opérationnel, qui impliquera une collaboration entre le secrétariat et les pays ; les coûts dans les pays, qui pourraient être compensés par l'imposition de taxes sur le tabac et sur certains aliments ; le traitement ciblé, qui permettra de réduire les coûts ; les actions au niveau de la population, avec des médicaments génériques et la génération de revenus ; et l'inclusion des résultats escomptés et de la logistique dans les plans nationaux. Sur cette base, le coût de l'ensemble du plan pour la période biennale 2012-2013 serait de l'ordre de 6,5 millions d'USD. Ce montant exclut les mesures relatives à la nutrition, à l'alcool et au tabac, mais inclut une collaboration avec 22 pays européens pour soutenir leur plan d'action en matière de maladies non transmissibles, et avec 9 autres pour la prise de mesures contre des maladies spécifiques.

Ce plan d'action est conçu de manière à permettre aux États membres de décider si des mesures pour la population sont imposées par l'État, ou si l'on fait d'un changement de comportement une responsabilité personnelle. Une approche intégrée est nécessaire pour les maladies non transmissibles telles que les traumatismes, la santé mentale, la santé buccale et les troubles musculosquelettiques, dont beaucoup sont liés au vieillissement. La stratégie envisagée est axée sur les différents stades de la vie, ce qui garderait la population vieillissante active et productive.

La directrice régionale se félicite de la richesse du débat sur le plan d'action proposé. Elle convient qu'il sera important d'examiner les résultats de la réunion de haut niveau aux Nations Unies et, à cette occasion, elle emmènera avec elle la Déclaration de Moscou, le rapport de la consultation de haut niveau sur les maladies non transmissibles tenue à Oslo fin 2010 et le plan d'action européen, s'il est approuvé. L'année 2011 est l'année des maladies non transmissibles, et elle considère que la Région a l'impératif moral d'agir. Les documents préparés pour le Comité régional étant en synergie, ceux que le Comité a approuvés ces derniers jours renferment bon nombre des actions proposées dans le document mis à l'examen. Les choix des pays quant aux activités de prévention des maladies non transmissibles requièrent un environnement politique favorable ; par exemple, la réglementation, les choix personnels et d'autres mesures sont tous abordés par la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Des déclarations sont prononcées par le représentant de l'UE au nom d'Alzheimer's Disease International et de la Fédération internationale pharmaceutique.

Un groupe de rédaction est institué et convient d'un certain nombre d'amendements au projet de résolution. Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC61/R3.

## Adoption de la Déclaration européenne de l'OMS sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille

La Déclaration est le résultat d'une conférence organisée par l'OMS/Europe, l'UNICEF et le gouvernement roumain, et tenue à Bucarest en novembre 2010. Elle est le fruit d'une consultation avec les États membres, les principales ONG, ainsi que des personnes s'assurant malgré leurs déficiences intellectuelles et leur famille.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC61/R5 par acclamation.

## Charte d'Ottawa



Une cérémonie est organisée pour commémorer le 25<sup>e</sup> anniversaire de la signature de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

## Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020

(EUR/RC61/13 et EUR/RC61/Conf.Doc./6)



Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé décrit le Plan d'action européen proposé comme étant le nouveau fruit d'une longue tradition de lutte contre l'usage nocif de l'alcool, un facteur de risque nécessitant une attention particulière et des interventions différentes adaptées à la situation spécifique de chaque pays. Des éléments de preuve convaincants justifient la prise de mesures politiques visant le contrôle des prix, de l'offre et du marketing de l'alcool. Par conséquent, l'OMS/Europe a élaboré le Plan d'action sur la base d'orientations politiques régionales depuis 2005, conformément à la stratégie mondiale adoptée en 2010 par l'Assemblée mondiale de la santé, et en consultation avec le réseau d'homologues techniques dans les États membres. Les dix domaines d'action repris dans le Plan mettent en exergue le leadership des ministères de la Santé dans la mise en œuvre d'interventions et de politiques intersectorielles. Le Plan s'appuie en outre sur un cadre de suivi et d'évaluation. Le projet de Plan a été modifié afin de tenir compte des demandes des homologues : recours généralisé à la formulation employée dans la stratégie mondiale, abandon d'une approche progressive et graduelle au profit d'un « menu » d'actions à partir duquel les pays peuvent effectuer un choix, et amendements apportés à un certain nombre de paragraphes. Le Plan d'action permet ainsi de prendre des mesures efficaces à l'encontre de la principale cause de mortalité chez les jeunes.

Un membre du CPR félicite l'OMS/Europe pour son processus de consultation et le document de haute qualité ainsi rédigé. Le CPR approuve le Plan, et soutient qu'il doit plaider en faveur d'une réglementation plus forte et d'une plus grande majoration des prix des produits alcoolisés ; insister sur le besoin d'engager un processus de consultation avec l'ensemble des secteurs, notamment l'industrie de l'alcool, tout en reconnaissant l'autorité complète des États quant à la décision portant sur une action nationale ; et accorder une attention particulière à la réglementation des pratiques de marketing, une solution d'ailleurs efficace. Le Plan d'action possède quatre points forts : sa pertinence comme document d'orientation pour les pays ; sa conformité à d'autres instruments internationaux, comme les stratégies mondiales et de l'UE ; ses options d'action fondées sur des bases factuelles ; et son cadre de suivi et d'évaluation.

Dans la discussion qui suit, un représentant s'exprimant au nom du pays exerçant actuellement la présidence du Conseil de l'UE se félicite du projet de Plan d'action, ce dernier étant nécessaire pour s'attaquer à la situation particulière de l'Europe et redynamiser l'action régionale en proposant des options sous la forme d'une approche souple. Les pays de l'UE mettront en œuvre le Plan, conjointement avec les stratégies aux niveaux mondial, de l'UE et national, et sans préjudice des autres accords internationaux, afin d'élaborer une intervention coordonnée contre les méfaits de l'alcool dans la Région. Ainsi contribuera-t-on également à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles. L'OMS doit soutenir les activités des pays en se concentrant sur les mesures les plus efficaces et les problèmes urgents, tout en fixant des priorités et en poursuivant la coopération fructueuse avec l'UE en matière de suivi et de surveillance. Les États membres et les organisations internationales doivent traduire leur engagement ferme en actions concrètes. Quand l'OMS/Europe a-t-elle l'intention de publier le document contenant les indicateurs proposés, et comment va-t-elle consulter les homologues des États membres pour l'alcool ?

La plupart des autres intervenants entérinent ces points de vue, tout en accueillant favorablement le Plan d'action et en exprimant leur engagement à cet égard. Certains soulignent l'importance d'une mise en œuvre souple, conformément aux politiques et aux spécificités des pays, et d'une consultation avec toutes les parties prenantes, que l'OMS pourrait d'ailleurs faciliter. Un représentant décrit les efforts déployés par son pays en vue de réduire l'offre de l'alcool aux jeunes et de contrer les effets du marketing ; une autre représentante dresse un tableau de la consommation dans son pays, et la nécessité évidente d'agir dans ce domaine. Un troisième représentant déclare que le Plan d'action est nécessaire si l'on veut mettre en œuvre la stratégie mondiale dans la Région européenne, réduire le niveau trop élevé de méfaits dus à l'usage de l'alcool, en particulier chez les jeunes, profiter aux efforts de lutte contre les maladies non transmissibles et transmissibles et aux activités menées sur la santé maternelle, et réduire les préjudices causés aux enfants par les buveurs excessifs ainsi que les coûts pour les soins de santé et le lieu de travail.

Des intervenants rendent hommage au caractère consultatif du processus d'élaboration du Plan d'action, et en particulier la redynamisation du réseau d'homologues, qui permet d'établir un dialogue tant avec l'OMS qu'avec d'autres pays dans une situation comparable. Un représentant définit le rôle de l'OMS comme étant d'aider les États membres à instaurer des normes élevées de protection de la santé publique, un autre exhorte l'OMS à se concentrer sur les dossiers et les priorités les plus importants, à éviter la répétition des tâches entre l'OMS/Europe et le Siège, et à faire un usage efficace de ses ressources. Deux intervenants recensent les aspects du Plan d'action qui sont en désaccord avec leur politique et stratégie nationales, notamment ceux relatifs aux mises en garde sanitaires et à l'inefficacité des programmes d'éducation, et indiquent que le document pourrait fournir des informations utiles sur les niveaux modérés de consommation.

En guise de réponse, le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé remercie les États membres de l'UE pour leur soutien et leur coopération concernant le Plan d'action. Il fait part des intentions de l'OMS/Europe en vue d'opérationnaliser les indicateurs de suivi et d'évaluation, et de les publier avec une liste de questions avant la prochaine session du Comité régional. Les indicateurs sont déjà utilisés dans le système d'information régional sur l'alcool, qui est d'ailleurs aligné sur les systèmes de la Commission européenne et du Siège de l'OMS. L'objectif de l'OMS/Europe est de les simplifier et de les reclasser conformément au Plan d'action ; une consultation politique peut être incluse dans ce processus, le cas échéant. Un consensus unanime quant aux bases factuelles n'étant pas toujours réalisable, les éléments de preuve disponibles sous-tendent dans une très large mesure les interventions politiques visant à contrer les facteurs exerçant une très forte influence sur les jeunes, comme la pression de la part des autres jeunes, un marketing agressif et l'offre de produits alcoolisés à bas prix. L'OMS/Europe mettra en exergue les mesures motivées par les bases factuelles, mais elle devra également suivre ce dossier par l'intermédiaire de son réseau d'écoles-santé et de l'enquête sur le comportement de santé des enfants d'âge scolaire. La décision quant à l'importance relative à accorder aux différentes mesures et interventions peut être prise au stade de la mise en œuvre.

Le Comité adopte la résolution EUR/RC61/R4.

## Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques

(EUR/RC61/14 et EUR/RC61/Conf.Doc./7)



Le directeur de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement déclare que le fléau de la résistance bactérienne et virale aux agents antimicrobiens prend de l'ampleur dans la Région, avec l'émergence de nouvelles souches résistantes. L'utilisation abusive des antibiotiques en médecine humaine et vétérinaire et la mise en place de mesures de lutte anti-infectieuse insuffisantes sont en fait à l'origine du problème, en outre exacerbé par l'absence de nouveaux médicaments. En faisant de la résistance aux antimicrobiens le thème de la Journée mondiale de la santé 2011, l'OMS témoigne de l'importance qu'elle attache à ce problème. La Région met l'accent sur les infections bactériennes, en particulier dans les services et établissements de soins de santé, ainsi que sur la tuberculose-MR et UR.

Un plan d'action est nécessaire parce que la résistance aux antimicrobiens grève les coûts des soins de santé, accroît la durée d'hospitalisation et augmente la morbidité et la mortalité des patients. Elle représente aussi une menace pour les futurs programmes de santé et la sécurité sanitaire. De nombreux États membres disposent déjà de plans d'action, de politiques et d'outils de surveillance pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens (avec un certain succès, d'ailleurs) qu'ils pourraient faire profiter à d'autres pays. Le problème de l'infection par *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline est largement associé à des mesures d'hygiène insuffisantes dans les services et établissements de soins de santé, notamment la simple opération de lavage des mains. Le grand public, mais aussi les responsables politiques et les professionnels de santé, sont insuffisamment informés sur le sujet.

Les buts généraux de la stratégie proposée sont énumérés dans le document. Ils doivent être réalisés en visant sept objectifs stratégiques, d'ailleurs également décrits dans le Plan et accompagnés d'exemples de bonnes pratiques utilisées par différents pays. Un calendrier doit être établi pour la mise en œuvre du Plan, ainsi qu'une estimation des ressources nécessaires. Des indicateurs seront définis afin de suivre les progrès accomplis dans les États membres. La première étape consiste à réaliser un inventaire des données et pratiques disponibles, par exemple en matière de surveillance de la résistance et d'accès aux antibiotiques. L'OMS et ses partenaires peuvent aider les États membres à élaborer leur propre plan d'action et à mettre en place des mécanismes de coordination intersectorielle et de surveillance.

Dans la discussion qui suit, plusieurs intervenants insistent sur le fait que le Plan d'action stratégique européen doit être considéré comme un outil pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale OMS pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens dans la Région. Plusieurs amendements au projet de résolution sont proposés afin de refléter ce point de vue. Le Plan décrit une approche holistique en vue de préserver l'efficacité des antibiotiques, et portant sur la santé publique, la sécurité sanitaire des aliments et la santé animale. Il met en évidence l'établissement d'une coopération plus étroite avec les partenaires internationaux. Une action concertée est nécessaire, ainsi qu'une coordination interministérielle ; l'éducation et la formation en matière de surveillance de la résistance aux antibiotiques sont aussi de mise. Il est proposé qu'un groupe d'experts soit instauré pour recenser les problèmes de recherche liés à la résistance aux antibiotiques.

Les bactéries résistantes aux antibiotiques ne connaissent pas les frontières nationales. Il importe dès lors d'échanger des informations, de concevoir des interventions efficaces pour prévenir ou ralentir l'émergence de la résistance, et d'œuvrer ensemble à l'élaboration de nouveaux médicaments et diagnostics. Il existe un certain nombre d'initiatives politiques et législatives à l'échelle de l'UE pour la prévention et la lutte contre la résistance aux antibactériens. Celles-ci sont mises en œuvre par les pays en collaboration avec l'ECDC, l'Autorité européenne de sécurité des aliments et l'Agence européenne des médicaments.

Le Comité adopte la résolution EUR/RC61/R6.

## Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015

(EUR/RC61/15, EUR/RC61/Conf.Doc./8 et EUR/RC61/Inf.Doc./3)



Le directeur de la Division des systèmes de santé et de la santé publique, et représentant spécial de la directrice régionale pour la prévention et la lutte contre la tuberculose-MR et UR dans la Région européenne de l'OMS, présente un film dans lequel des personnes font part de leur vécu avec la tuberculose, et ses formes MR et UR. La tendance régionale en matière de tuberculose est inquiétante, car de nouveaux cas se déclarent actuellement dans 18 pays. La Région accuse aussi la plus faible couverture de traitement après la Région africaine. Le développement de la maladie s'explique essentiellement par un dépistage tardif et des systèmes de santé inadéquats. Le Plan d'action propose donc la réalisation d'un diagnostic rapide à l'aide de tests nouvellement approuvés ainsi qu'un traitement approprié. Il propose également la tenue d'une enquête sur les déterminants sociaux de la tuberculose ainsi que sur l'évaluation et le suivi des patients. L'objectif du Plan est d'endiguer la propagation de la maladie en garantissant l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement de la tuberculose-MR et UR dans tous les États membres de la Région d'ici 2015.

Un membre du CPRC décrit le vaste processus de consultation qui a permis de préparer le Plan d'action, à la fois avec des représentants des programmes nationaux de lutte antituberculeuse et avec de nombreux partenaires extérieurs. Le CPRC soutient les objectifs ambitieux, et souligne l'importance des soins pour les migrants et les autres populations marginalisées.

Dans la discussion qui suit, les intervenants rappellent le rôle primordial de l'OMS s'agissant d'endiguer la tuberculose et ses formes pharmacorésistantes, ce qui a abouti à l'élaboration d'instruments et d'objectifs communs. Ces liens et intérêts communs aideront les pays de la Région dans leur longue lutte pour l'endigement, même s'ils partent de niveaux particulièrement différents. Il est fait remarquer que le Plan d'action est conforme aux engagements pris dans la Déclaration de Berlin de 2007 sur la tuberculose. Le rôle accru des soins de santé primaires dans le dépistage précoce et le suivi des cas tel que prévu dans le Plan reçoit un accueil favorable, tout comme l'échange proposé de données d'expérience entre les pays. Les enseignements tirés en matière de financement de la santé peuvent être appliqués de manière utile à l'amélioration des résultats du traitement antituberculeux. L'annonce faite à la présente session, par le Fonds mondial, de son intention de fournir une aide financière à 12 des 15 pays les plus touchés de la Région est favorablement accueillie.

La menace transfrontalière posée par la tuberculose-MR et UR doit constituer une priorité pour tous les États membres de la Région. L'importation de cas vers des pays ayant précédemment connu un recul de la prévalence pose de nouveaux défis à leur système de santé, et nécessite une adaptation des mesures de lutte contre la tuberculose. La priorité doit être accordée à toutes les populations vulnérables, et non seulement aux migrants. Toutefois, une lutte efficace contre la tuberculose peut être assurée en éliminant les risques de transmission au sein des frontières nationales. Le suivi des demandeurs d'asile se déplaçant d'un pays à l'autre au sein même de la Région représente un défi particulier, et exige une étroite collaboration internationale.

L'accent mis, dans le plan proposé, sur la tuberculose chez les populations carcérales rencontre un avis particulièrement favorable. Le projet Santé en prison de l'OMS aidera les ministères de la Justice et de la Santé à collaborer sur des questions telles que la continuité des soins.

Le président du Groupe de travail mondial sur la tuberculose-MR du partenariat Halte à la tuberculose félicite l'OMS/Europe pour son leadership dans la préparation du Plan d'action proposé et l'établissement d'un Comité Feu Vert opérationnel. Les États membres doivent rester engagés à atteindre les objectifs du projet de Plan d'action, ce qui exige d'ailleurs des changements politiques importants dans leur système de soins de santé ainsi que l'engagement accru de la société civile. Le Comité Feu Vert de la Région européenne de l'OMS aidera les pays à mettre en œuvre le Plan et à procéder à un suivi annuel des progrès réalisés. L'intervention proposée en vue de lutter contre la tuberculose-MR est extrêmement rentable, quel que soit le contexte, et les donateurs bilatéraux et multilatéraux et les pouvoirs publics doivent continuer à soutenir les activités proposées.

Le directeur de la Division des systèmes de santé et de la santé publique remercie les intervenants pour leurs suggestions et commentaires positifs. Une proposition concrète sera envoyée au Fonds mondial pour examen lors de sa onzième tranche de financement de projet. En outre, le gouvernement du Turkménistan a proposé d'accueillir une réunion interministérielle sur la tuberculose en 2012.

La Fondation contre la tuberculose KNCV effectue une déclaration.

Le Comité adopte la résolution EUR/RC61/R7.

## Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015

(EUR/RC61/19, EUR/RC61/Conf.Doc./11 et EUR/RC61/Inf.Doc./8)



Le directeur de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement déclare que, durant les 30 années de lutte contre l'épidémie de VIH/sida, les diverses interventions menées dans différentes régions d'Europe ont certes permis de traiter efficacement l'infection, mais sans pour autant ralentir sa propagation. Le nombre de personnes vivant avec le VIH augmente particulièrement rapidement en Europe orientale et en Asie centrale, et a même triplé entre 1990 et 2009. Pour ce qui est des modes de transmission, l'injection de drogues en constitue la principale cause en Europe orientale et en Asie centrale, alors qu'en Europe occidentale, elle concerne particulièrement les hommes ayant des rapports homosexuels.

Si le traitement antirétroviral joue un rôle crucial dans la lutte contre l'épidémie, la couverture de ce traitement en Europe orientale et en Asie centrale est aussi parmi la plus faible au monde. De part et d'autre de la Région européenne, les populations clés (notamment les toxicomanes par voie intraveineuse et leurs partenaires sexuels, les hommes ayant des rapports homosexuels, la population carcérale et les migrants) ne peuvent accéder aux services de traitement du VIH en raison de barrières sociales, culturelles et juridiques.

L'OMS/Europe a par conséquent élaboré le Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 : un cadre d'action. Le Plan donne un élan aux initiatives internationales telles que la Stratégie du Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) 2011-2015, s'inspire des données d'expérience disponibles en Europe et s'appuie sur les partenariats, notamment avec le Fonds mondial et la société civile. Les objectifs sont de stopper le VIH et d'inverser la tendance en Europe, et de garantir l'accès universel à un programme complet de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Les quatre orientations stratégiques du Plan sont les suivantes : optimiser la prévention et le diagnostic du VIH ; améliorer les résultats en matière de santé d'une manière plus générale (notamment les résultats des programmes de lutte contre la tuberculose et la toxicomanie) ; édifier des systèmes de santé à la fois solides et durables ; et réduire la vulnérabilité et les barrières structurelles à l'accès aux services.

Un représentant du pays exerçant actuellement la présidence du Conseil de l'UE se félicite de la priorité accordée par le Plan d'action aux approches axées sur les droits de l'homme, à la participation de la société civile et aux interventions fondées sur des éléments de preuve, ainsi qu'à la prise de diverses mesures de lutte contre le VIH dans différentes régions d'Europe. Les comorbidités, notamment les co-infections avec la tuberculose et l'hépatite, nécessitent en effet une approche personnalisée dans chacune des régions géographiques. Compte tenu de la situation particulièrement alarmante en Europe orientale et en Asie centrale, l'attention portée aux interventions dans les pays d'Europe orientale est appréciée. Tous les États membres doivent intensifier leur investissement dans les mesures préventives et adopter des approches ciblant les jeunes, les toxicomanes par voie intraveineuse et d'autres populations clés.

Depuis le tout début de l'épidémie, les personnes vivant avec le VIH/sida prennent des mesures audacieuses, s'exposant souvent à des risques importants. Ils devaient être impliqués dans la formulation et la mise en œuvre du Plan d'action.

Dans la discussion qui suit, un grand nombre de représentants soutiennent entièrement le Plan d'action. Certains se félicitent particulièrement de l'ajout de la quatrième orientation stratégique consacrée à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Comme la Région européenne est hautement diverse, le Plan doit permettre l'adoption de stratégies nationales adaptées à la situation particulière de chaque pays. Si le suivi de la mise en œuvre du Plan d'action est important, aucune nouvelle obligation de faire rapport ne doit être imposée : les pays sont en effet déjà débordés.

En raison d'une incompatibilité avec leur législation nationale ou leur mode de prise en charge de l'épidémie, plusieurs pays s'opposent à certaines sections du Plan d'action (notamment celles relatives aux interventions de réduction des risques pour les toxicomanes, au traitement de substitution aux opiacés, et à la législation et aux réglementations liées à la lutte contre le VIH, en particulier celles relatives à la dépenalisation de la prostitution et à la suppression du dépistage obligatoire du VIH). Les objectifs fixés pour la Région européenne en 2015 dans les domaines 1.1 (« Plus de 90 % des populations clés auront été testées ») et 1.5 (« Tous les pays de la Région auront intensifié le traitement antirétroviral pour couvrir au moins 80 % des personnes dans le besoin ») sont jugés trop ambitieux. Les indicateurs proposés pour les domaines 1.2, 1.3, 1.4, 2.2 et 3.2, et figurant à l'annexe 1 du Plan d'action, doivent encore être débattus.

S'exprimant en sa qualité d'observateur, un représentant des États-Unis d'Amérique félicite la Région européenne pour ses efforts visant à adopter rapidement une stratégie régionale de lutte contre le VIH/sida, et souligne l'importance des partenariats et des interventions collectives contre le VIH/sida.

Une déclaration est effectuée au nom de six organisations européennes œuvrant pour que les personnes vivant avec le VIH aient accès aux traitements et aux services, et pour la défense de leurs droits.

Des amendements sont proposés au projet de résolution afin de mettre en exergue la levée des obstacles à une prévention efficace contre le VIH, et afin d'assurer la concordance entre les différentes versions linguistiques. Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC61/R8.



## Confirmation des dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2012-2015

(EUR/RC61/Conf.Doc./12)

Le Comité adopte la résolution EUR/RC61/R10, dans laquelle il reconferme qu'il tiendra sa soixante-deuxième session à Malte du 10 au 13 septembre 2012, et sa soixante-troisième session au Portugal du 16 au 19 septembre 2013. Il décide que sa soixante-quatrième session se tiendra à Copenhague du 15 au 18 septembre 2014. Il décide également que sa soixante-cinquième session se tiendra du 14 au 17 septembre 2015 (lieu exact à confirmer).

## Résolutions

### EUR/RC61/R1 : La nouvelle politique européenne de la santé – Santé 2020 : vision, valeurs, principaux axes et approches

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport sur La nouvelle politique européenne de la santé – Santé 2020 : vision, valeurs, principaux axes et approches<sup>1</sup> ;

Exprimant son appréciation pour l'expérience considérable du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en matière de travail sur des stratégies globales de développement sanitaire, dont la Santé pour tous, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, SANTE 21, le processus européen Environnement et santé et la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, ainsi qu'en matière de travail avec d'autres secteurs (dont l'environnement, les transports, l'enseignement, la justice, les finances et l'agriculture) et avec des niveaux de pouvoir sous-nationaux ;

Rappelant la résolution EUR/RC60/R5, qui priait la directrice régionale d'élaborer une politique européenne de la santé (Santé 2020) qui servirait de cadre d'action unificateur et cohérent pour parvenir plus rapidement à un meilleur état de santé et de bien-être pour tous, adaptable aux réalités dont est faite la Région européenne ;

Gardant à l'esprit le fait que cette initiative a été lancée en tant que processus biennal et que la politique finalisée Santé 2020 doit être présentée au Comité régional lors de sa soixante-deuxième session, en 2012 ;

Constatant les engagements passés, pris par le biais de politiques, stratégies et plans mondiaux et régionaux (tels que reflétés dans des résolutions et d'autres déclarations politiques collectives), visant à relever les défis de santé publique dans la Région ;

Prenant note du fait que la directrice régionale s'est engagée à élaborer Santé 2020 dans le cadre d'un processus extrêmement participatif et ouvert ;

Conscient du rôle et de l'apport essentiels de divers secteurs et de tous les niveaux de pouvoir, ainsi que d'organismes internationaux, intergouvernementaux, non gouvernementaux et gouvernementaux, qui s'efforcent de garantir l'équité en matière de santé et de bien-être dans la Région ;

1. REMERCIE la directrice régionale pour le rapport sur le concept de Santé 2020, qui couvre les buts, les valeurs, la structure et les grandes lignes de cette politique, ainsi que les principales approches et propositions d'objectifs ;
2. CONVIENT qu'une nouvelle politique européenne de la santé doit mettre l'accent en particulier sur des politiques et des interventions qui sont efficaces et apportent un maximum de retombées positives pour la santé et le bien-être des populations de la Région ; sur les innovations stratégiques et techniques universelles les plus prometteuses ; sur une accélération des initiatives visant à lutter contre les inégalités en matière de santé, en prêtant particulièrement attention aux groupes les plus pauvres et les plus vulnérables ; sur la préparation et l'anticipation des changements qui surviendront dans les dix prochaines années ; sur le soutien utile à tous les États membres de la Région ; et sur la présentation d'un cadre d'action stratégique unificateur dans lequel le Bureau régional et les États membres unissent leurs forces et collaborent avec des partenaires internationaux ;

<sup>1</sup> Document EUR/RC61/9.

3. PRIE la directrice régionale de continuer à consulter tous les États membres<sup>2</sup> avant la soixante-deuxième session du Comité régional et d'élaborer selon le cadre d'orientation présenté à la soixante et unième session, en tenant compte des commentaires formulés par les délégations, le projet final de la politique Santé 2020, avec des consultations écrites spécifiques avec tous les États membres au début de 2012, afin de ménager suffisamment de temps pour des réponses complètes, de le présenter aux États membres au moment de la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé et de le soumettre au Comité régional pour adoption en sa soixante-deuxième session.

### EUR/RC61/R2 : Renforcement des capacités et services de santé publique en Europe : cadre d'action

Le Comité régional,

Ayant pris connaissance des rapports sur le Renforcement des capacités et services de santé publique en Europe : cadre d'action<sup>3</sup> ;

Attentif aux défis communs en matière de santé décrits dans ces rapports et dans le document intitulé « Relever les principaux défis de la santé publique et de la politique sanitaire en Europe : progresser dans la recherche de l'amélioration de la santé dans la Région européenne de l'OMS »<sup>4</sup> soumis lors de sa soixantième session ;

Constatant les progrès réalisés en matière de politiques de la santé grâce aux initiatives passées, dont la Santé pour tous, SANTE 21 et la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité ;

Conscient du fait qu'il reste nécessaire de réitérer l'engagement en faveur de politiques de la santé exhaustives et cohérentes, de mettre l'accent sur les politiques, les fonctions et les structures de la santé publique, la poursuite du développement des services de soins de santé primaires, la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi que de renforcer les systèmes de santé européens et de faciliter la collaboration interrégionale ;

1. APPROUVE les huit avenues définies dans le rapport pour le renforcement des capacités et services de santé publique en Europe en tant que point de départ de la proposition du Bureau régional de formuler un plan d'action européen inscrit dans la vision de la directrice régionale :
  - a) recours très généralisé aux opérations essentielles de santé publique, lorsque cela est indiqué ;
  - b) renforcer les cadres réglementaires pour la protection et l'amélioration de la santé ;
  - c) améliorer les résultats obtenus en matière de santé grâce à une protection sanitaire ;
  - d) améliorer les résultats obtenus en matière de santé grâce à la prévention des maladies ;
  - e) améliorer les résultats obtenus en matière de santé grâce à une promotion de la santé ;
  - f) s'assurer de disposer d'un personnel compétent dans le domaine de la santé publique ;
  - g) étendre la recherche et développer le savoir pour les politiques et les pratiques ;
  - h) structures organisationnelles des services de santé publique ;
2. APPROUVE un processus supplémentaire d'examen et de conception des opérations essentielles de santé publique décrites dans les rapports en tant que base de la proposition du Bureau régional visant à formuler un plan d'action européen inscrit dans la vision de la directrice régionale ;

<sup>2</sup> Et, le cas échéant, les organisations régionales d'intégration économique.

<sup>3</sup> Documents EUR/RC61/10 et EUR/RC61/Inf.Doc/1.

<sup>4</sup> Document EUR/RC60/13.

3. PRIE les États membres<sup>5</sup> de collaborer à l'élaboration d'un plan d'action européen, sous la supervision du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en vue du renforcement des capacités et services de santé publique ;
4. PRIE la directrice régionale :
  - a) de veiller à ce que le cadre d'action soit aligné sur les stratégies de l'OMS à l'échelle mondiale et les décisions prises à l'Assemblée mondiale de la santé ;
  - b) d'évaluer les services et capacités de santé publique et les lacunes des États membres dans ce domaine à l'aide de l'outil d'évaluation de l'OMS basé sur le Web, et de leur faire rapport, ainsi qu'au Comité régional, en précisant ses conclusions et recommandations ;
  - c) d'élaborer, sur la base des résultats des évaluations mentionnées ci-dessus, un plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique en Europe, dans le cadre de la stratégie visant à renforcer les systèmes de santé, grâce à un processus participatif faisant intervenir les États membres et les partenaires ;
  - d) de soumettre le Plan d'action européen pour examen lors de la soixante-deuxième session du Comité régional avec la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020, et dans le cadre de celle-ci.

### EUR/RC61/R3 : Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016

Le Comité régional,

Réaffirmant que les maladies non transmissibles sont la principale cause de mortalité et de morbidité évitables dans la Région européenne de l'OMS ;

Rappelant sa résolution EUR/RC56/R2 dans laquelle il adopte la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et la lutte) en tant que cadre d'action stratégique permettant aux États membres de la Région européenne de mettre en œuvre leurs politiques nationales et de s'engager dans des efforts de coopération internationale ;

Rappelant sa résolution EUR/RC57/R4 dans laquelle il adopte le Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle (2007-2012) et approuve la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité ;

Rappelant sa résolution EUR/RC60/R7 dans laquelle il approuve les décisions de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, d'ailleurs reprises dans la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé ;

Rappelant les résolutions WHA53.17, WHA60.23 et WHA61.14 de l'Assemblée mondiale de la santé dans lesquelles l'Assemblée de la santé approuve le Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles ;

Rappelant la résolution WHA64.11 de l'Assemblée mondiale de la santé dans laquelle l'Assemblée de la santé adopte la Déclaration de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles (Moscou, 28 et 29 avril 2011) et demande au directeur général de l'OMS d'entreprendre une action concertée et de faire rapport sur les progrès accomplis ;

Constatant les processus en cours qui visent à accorder aux maladies non transmissibles une plus grande priorité en tant que problématique de santé mondiale, en particulier la Consultation régionale de haut niveau sur les maladies non transmissibles (Oslo, 25 et 26 novembre 2010), la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles (Moscou, 28 et 29 avril 2011), la prochaine réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur

<sup>5</sup> Et, le cas échéant, les organisations régionales d'intégration économique.

la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (New York, 19 et 20 septembre 2011) et la publication du rapport sur l'état des maladies non transmissibles dans le monde<sup>6</sup> ;

Ayant examiné le rapport proposant un plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016<sup>7</sup> ;

Reconnaissant que le Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles 2012-2016 vise à émettre des conseils sur la prise de mesures concrètes et fondées sur des éléments de preuve pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles qui puissent s'adapter aux divers niveaux d'expérience des États membres et aux politiques et législations existantes, dans un cadre se prêtant au suivi et à l'évaluation ;

Reconnaissant pleinement que le Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles 2012-2016 peut nécessiter des ajustements afin d'assurer la cohérence avec le cadre de suivi global qui sera adopté lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 2012 ;

Reconnaissant en outre que le Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles 2012-2016 est compatible et coordonné avec les engagements actuellement pris par les États membres en faveur de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la prévention et la lutte des maladies non transmissibles, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé ;

Affirmant que l'adoption d'une approche appropriée contre les maladies non transmissibles devrait agir, entre autres, sur leurs déterminants sociaux et environnementaux, et se concentrer en particulier sur les causes des inégalités chez les groupes vulnérables et sur toute la durée de l'existence ;

Affirmant en outre que les causes et les conséquences des maladies non transmissibles sont liées à la santé mentale, à la violence et aux traumatismes, et aux maladies musculo-squelettiques et autres maladies chroniques, ainsi qu'à certaines maladies infectieuses, et que les interventions de lutte contre les maladies non transmissibles devraient rechercher des synergies avec les programmes axés sur ces troubles et affections ;

Reconnaissant que le Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles 2012-2016 sera compatible et coordonné avec le Cadre d'action de la santé publique et la nouvelle politique européenne de la santé (Santé 2020) ;

1. CONVIENT QUE le Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles 2012-2016 offre des recommandations et des solutions politiques pour les États membres sur une série de mesures concrètes qui peuvent être prises dans la Région européenne afin de réaliser des améliorations mesurables dans le domaine de la lutte contre les maladies non transmissibles par l'adoption d'approches existantes, globales et intégrées tout en tenant compte de la législation et des politiques nationales existantes comme il convient ;
2. PRIE INSTAMMENT les États membres<sup>8</sup> :
  - a) d'utiliser le Plan d'action en fonction des besoins nationaux pour recenser les principales interventions en vue d'un renforcement des approches nationales, globales et intégrées de lutte contre les maladies non transmissibles et comme fondement de la collaboration internationale ;
  - b) de renforcer les capacités nationales des systèmes de santé en vue de lutter contre les maladies non transmissibles, notamment l'élaboration de plans nationaux et d'approches intégrées pour la surveillance ;
  - c) de promouvoir et de soutenir les politiques intersectorielles visant à réduire les risques des maladies non transmissibles, notamment les risques comportementaux et environnementaux, comme le prévoit le Plan d'action ;

<sup>6</sup> *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/), accessed 22 July 2011).

<sup>7</sup> Document EUR/RC61/12.

<sup>8</sup> Et, le cas échéant, les organisations régionales d'intégration économique.

- d) en accord avec leurs politiques nationales, de renforcer leurs actions en vue d'un changement des comportements et de donner aux communautés les moyens d'agir dans le domaine des maladies non transmissibles ;
  - e) de renforcer la prise en charge des maladies non transmissibles dans les soins primaires, en fournissant un accès universel à la prévention et aux soins cliniques, à l'aide d'approches fondées sur des éléments de preuve et d'un financement approprié ;
3. APPELLE les organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales, ainsi que les organisations d'entraide, à soutenir le Plan d'action et, le cas échéant, à coopérer avec les États membres et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour renforcer les politiques et plans nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles ;
4. DEMANDE à la directrice régionale :
- a) en collaboration avec les États membres<sup>9</sup> et en tirant parti du résultat de la conférence de Haut-niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles et des cibles et indicateurs qui seront définis à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012, de préciser et de compléter les cibles et les indicateurs des principaux domaines d'action figurant dans le Plan d'action contre les maladies non transmissibles ;
  - b) de synchroniser le suivi avec le cadre de suivi global qui sera adopté à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012 ;
  - c) de coopérer avec les États membres et les organisations et de les aider dans leurs efforts visant à réaliser les interventions et les actions prioritaires décrites dans le Plan d'action contre les maladies non transmissibles ;
  - d) de promouvoir la collaboration avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales et entre les États membres, ainsi qu'avec l'OMS, d'autres organisations internationales et acteurs régionaux à l'appui du Plan d'action ;
  - e) de présenter un rapport d'avancement au Comité régional à sa soixante-troisième session en 2013 sur la mise en œuvre du Plan d'action et de faire rapport au Comité régional à sa soixante-sixième session en 2016 sur la mise en œuvre du Plan d'action.

## EUR/RC61/R4 : Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020

Le Comité régional,

Réaffirmant que l'usage nocif de l'alcool constitue une préoccupation majeure de santé publique, la consommation la plus élevée et les méfaits les plus importants étant observés dans la Région européenne de l'OMS ;

Rappelant sa résolution EUR/RC42/R8, par laquelle il a approuvé les première et deuxième phases du Plan d'action européen contre l'alcoolisme, et la Charte européenne sur la consommation d'alcool adoptée lors de la Conférence européenne « Santé, société et alcool » à Paris en décembre 1995 ;

Rappelant ses résolutions EUR/RC49/R8 et EUR/RC51/R4, par lesquelles il a, respectivement, approuvé la troisième phase du Plan d'action européen contre l'alcoolisme, et souscrit à la Déclaration sur les jeunes et l'alcool adoptée lors de la Conférence ministérielle de l'OMS sur les jeunes et l'alcool à Stockholm en février 2001 ;

Rappelant la résolution WHA58.26 de l'Assemblée mondiale de la santé sur les problèmes de santé publique causés par l'utilisation nocive de l'alcool ;

Rappelant sa résolution EUR/RC55/R1, dans laquelle il a approuvé le Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS ;

<sup>9</sup> Et, le cas échéant, les organisations régionales d'intégration économique.

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé sur les stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (WHA61.4) et sur une stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (WHA63.13) ;

Ayant examiné le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020<sup>10</sup> ;

Affirmant que le Plan d'action vise à présenter des orientations quant aux mesures de lutte contre les méfaits liés à l'alcool à tous les niveaux et à définir des domaines prioritaires pour l'action européenne, pour une coopération internationale accrue et pour la participation de tous les États membres à une intervention rentable, appropriée et intégrée tenant compte des diversités religieuses et culturelles ;

Reconnaissant que le Plan d'action sera conforme au Plan d'action européen sur les maladies non transmissibles 2012-2016, le Cadre d'action sur la santé publique et Santé 2020, la nouvelle politique européenne de la santé, et coordonné avec ceux-ci ;

Reconnaissant les menaces que représente, pour la santé publique, l'utilisation nocive de l'alcool, et l'importance de garantir, lors de la mise en œuvre du Plan d'action, que les États membres cherchent le soutien et la participation de tous les secteurs concernés dans le cadre d'une approche multidisciplinaire ;

Conscient que les préoccupations de santé publique concernant l'usage nocif de l'alcool doivent être prises en compte de façon adéquate lors de l'élaboration des politiques économiques, commerciales et de marketing aux niveaux national et international ;

Reconnaissant le rôle de chef de file de l'OMS dans la promotion de la collaboration internationale pour la mise en œuvre de politiques en matière d'alcool efficaces et reposant sur des bases factuelles ;

1. CONVIENT que le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020, présente des orientations et un ensemble d'options pour une politique à l'adresse des États membres de la Région européenne de l'OMS, tenant compte des engagements existants, ainsi que des nouveaux développements, défis et possibilités d'action nationale et internationale ;
2. RECOMMANDE aux États membres<sup>11</sup> :
  - a) d'utiliser le Plan d'action pour élaborer ou, le cas échéant, réviser des politiques nationales en matière d'alcool et des plans d'action nationaux concernant l'alcool ;
  - b) de renforcer la collaboration internationale face à l'ampleur croissante de difficultés et menaces communes et transfrontalières dans ce domaine ;
  - c) de promouvoir et de soutenir les politiques et les interventions visant à diminuer l'usage nocif de l'alcool qui permettent de préserver et de protéger les intérêts de la santé publique tout en veillant à ce que les mesures à cet effet restent proportionnées et fondées sur des bases factuelles ;
  - d) de promouvoir une démarche fondée sur des bases factuelles qui englobe tous les niveaux des pouvoirs publics ainsi que tous les secteurs et parties prenantes concernés, y compris les communautés, la société civile et le secteur privé, dans les interventions nécessaires pour prévenir ou réduire les méfaits liés à l'alcool ;
  - e) de promouvoir des politiques d'absence d'alcool dans un nombre croissant de lieux et de circonstances, tels que le lieu de travail, les transports publics, les environnements des enfants et des jeunes et pendant la grossesse ;
  - f) de réduire l'exposition au marketing de l'alcool, et en particulier de protéger les enfants et les jeunes face à tout type de marketing de l'alcool ;
  - g) ce faisant, de veiller à ce que les mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool soient conformes aux traités et accords internationaux ;

<sup>10</sup> Document EUR/RC61/13.

<sup>11</sup> Et, le cas échéant, les organisations régionales d'intégration économique.



3. APPELLE les organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales, ainsi que les organisations d'entraide, à soutenir le Plan d'action et à coopérer avec les États membres et le Bureau régional de l'OMS pour élaborer et mettre en œuvre des politiques nationales visant à réduire les conséquences sanitaires et sociales négatives de l'usage nocif de l'alcool ;
4. DEMANDE à la directrice régionale :
  - a) d'exercer un leadership dans le cadre de la lutte contre ce problème de santé publique et d'aider les responsables politiques européens à formuler des politiques et plans nationaux dans le cadre de leur intervention de lutte globale contre les maladies non transmissibles ;
  - b) de suivre les progrès, l'impact et la mise en œuvre du Plan d'action, d'utiliser les informations recueillies pour réviser et mettre à jour le Système d'information européen sur l'alcool et la santé, et d'utiliser les données pour compiler des rapports d'avancement réguliers sur la consommation et les méfaits de l'alcool ainsi que les interventions dans la Région ;
  - c) d'obtenir des ressources pour mener des activités appropriées de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge des maladies, de recherche, d'évaluation et de surveillance dans la Région, conformément aux buts du Plan d'action ;
  - d) de coopérer avec les États membres et les organisations et de les aider dans leurs efforts visant à élaborer et à mettre en œuvre des politiques nationales permettant de prévenir ou de réduire les dommages résultant de la consommation d'alcool et les méfaits liés à l'alcool dans la Région ;
  - e) de promouvoir les partenariats avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales et entre les États membres, ainsi qu'avec l'OMS, d'autres organisations internationales et acteurs régionaux à l'appui du Plan d'action ;
  - f) de mobiliser d'autres organisations internationales pour poursuivre les buts du Plan d'action.

### EUR/RC61/R5 : Déclaration et Plan d'action européens de l'OMS sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille

Le Comité régional,

Reconnaissant que les enfants et les jeunes atteints de déficiences intellectuelles sont des citoyens égaux, jouissant des mêmes droits aux soins de santé et à l'aide sociale, à l'éducation, à la formation professionnelle, à la protection et au soutien que les autres enfants et jeunes ;

Reconnaissant également que ces enfants doivent bénéficier d'une égalité des chances afin de mener une existence à la fois stimulante et entièrement satisfaisante dans la communauté, avec leur famille et à côté des autres enfants ;

Reconnaissant les défis qui restent à relever, comme en témoignent la privation des droits et les incidents dus à la négligence et à la maltraitance dans les institutions résidentielles de longue durée comme dans les communautés locales ;

Reconnaissant que les personnes atteintes de déficiences intellectuelles sont souvent désavantagées dans leurs soins de santé dès l'enfance, et que la stigmatisation et la discrimination en raison de déficiences intellectuelles conduisent à des inégalités encore plus grandes en ce qui concerne leur santé et leur développement ;

Réaffirmant son soutien aux instruments élaborés dans ce domaine par les Nations Unies, en particulier la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la Convention relative aux droits de l'enfant et les Règles pour l'égalisation des chances des handicapés ;

Saluant les dernières initiatives européennes afin de mener des actions supplémentaires dans le but de garantir les droits des personnes handicapées, en s'appuyant sur le Plan d'action du Conseil de l'Europe pour les personnes handicapées 2006-2015, la Stratégie de l'Union européenne en matière de handicap 2010-2020 et le Plan d'action de l'OMS sur les incapacités et la réadaptation 2006-2011 ;

1. FÉLICITE le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour l'organisation de la Conférence de haut niveau sur les enfants et les jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille, en partenariat réussi avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ;
2. ACCUEILLE avec une grande satisfaction la collaboration étroite et fructueuse avec les organisations non gouvernementales, les personnes atteintes de déficiences mentales et défendant leurs propres intérêts ainsi que les membres de leur famille, les experts, les professionnels de santé et d'autres partenaires ;
3. SOUHAITE exprimer sa profonde gratitude au gouvernement roumain pour avoir accueilli la Conférence ministérielle ;
4. REMERCIE le gouvernement serbe pour avoir accueilli la réunion ayant permis de négocier la Déclaration et le Plan d'action préalablement à la Conférence ministérielle, qui a d'ailleurs largement contribué à la réussite de la préparation de la Conférence ;
5. APPROUVE la Déclaration européenne sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille<sup>12</sup> adoptée à la Conférence européenne de l'OMS de haut niveau tenue à Bucarest en novembre 2010 ;
6. PREND ACTE des dix domaines prioritaires qui doivent être pris en compte afin de permettre aux jeunes atteints de déficiences intellectuelles et à leur famille de mener une vie saine et épanouissante par les actions suivantes :
  - a) protéger les enfants et les jeunes atteints de déficiences intellectuelles des préjudices et de la maltraitance ;
  - b) permettre aux enfants et aux jeunes de grandir au sein de leur famille ;
  - c) dispenser des soins de proximité plutôt qu'en établissement ;
  - d) déterminer les besoins de chaque enfant et de chaque jeune ;
  - e) veiller à la coordination et à la pérennité de soins de santé mentale et physique de qualité ;
  - f) protéger la santé et le bien-être des aidants familiaux ;
  - g) habiliter les enfants et les jeunes atteints de déficiences intellectuelles à contribuer à la prise de décisions en ce qui concerne leur existence ;
  - h) renforcer les capacités et susciter l'engagement du personnel ;
  - i) collecter des informations essentielles sur les besoins et les services et assurer la qualité des services ;
  - j) investir de manière à permettre l'égalité des chances et l'obtention des meilleurs résultats ;
7. PRIE INSTAMMENT les États membres de concrétiser progressivement ces priorités par la planification, l'adoption et la mise en œuvre de politiques en vertu de leurs responsabilités, comme indiqué dans la Déclaration ;

<sup>12</sup> *European Declaration on the Health of Children and Young People with Intellectual Disabilities and their Families*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/51298/17/6, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/121263/e94506.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/121263/e94506.pdf), accessed 18 April 2011).

8. DEMANDE à la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe de s'assurer que la priorité et les ressources adéquates sont accordées aux activités et aux programmes afin de satisfaire aux exigences de la Déclaration et du Plan d'action, conformément au mandat de l'OMS, et de la manière suivante :
- en exerçant un leadership en ce qui concerne le rôle et le fonctionnement des systèmes de santé, conformément à toutes les normes et politiques européennes et mondiales dans ce domaine, afin de répondre aux besoins des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et de leur famille ;
  - en fournissant un soutien technique aux États membres afin de promouvoir la qualité dans la prestation de services et d'établir des capacités durables ;
  - en soutenant les initiatives de recherche qui aboutiront à des politiques et des pratiques éthiques et fondées sur des bases factuelles ;
  - en surveillant la situation sanitaire des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et de leur famille, et en évaluant les progrès accomplis dans la mise en œuvre de cette Déclaration et de ce Plan d'action ;
  - en s'engageant dans un partenariat avec l'UNICEF, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe ainsi que d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales, quand l'action conjointe peut faciliter la mise en œuvre ;
9. SOUTIENT le Plan d'action approuvé par la Déclaration en fournissant un cadre pour les politiques et les activités visant à réaliser les objectifs de la Déclaration d'ici 2020 ;
10. PRIE la directrice régionale de faire rapport au Comité régional en 2016 sur les progrès accomplis à cet effet.

## EUR/RC61/R6 : Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé sur les maladies émergentes et autres maladies transmissibles : résistance aux antimicrobiens (WHA51.17), sur l'amélioration de l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens (WHA58.27) et sur la tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte (WHA62.15) ;

Reconnaissant les engagements actuels des États membres et les activités en cours en vertu de la Stratégie mondiale OMS pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens, et le fait que les groupes de travail et les réseaux informels aux niveaux mondial et régional visent à agir sur certains éléments des défis posés par la résistance aux antimicrobiens (usage rationnel des antimicrobiens, surveillance de la résistance aux antimicrobiens, etc.) ;

Préoccupé par l'émergence croissante de la résistance aux antibiotiques, notamment aux antibiotiques de dernier recours comme les carbapénèmes, ainsi que par le manque de recherche et de développement de nouveaux antibiotiques ;

Préoccupé en outre par le fait que le nombre de décès dus à des infections bactériennes résistantes et d'origine nosocomiale dépasse les 25 000 personnes chaque année rien que dans l'Union européenne, ce qui suscite une hausse des coûts des soins de santé et pour la société ;

Prenant en compte le fait que la résistance bactérienne et les infections nosocomiales sont étroitement liées, et que les mesures globales prises en vue d'améliorer la lutte anti-infectieuse et la gestion de l'usage des antibiotiques préconisent l'adoption d'une approche intégrée dans les lieux de soins de santé ;

Reconnaissant que les pratiques de lutte anti-infectieuse, et en particulier l'hygiène des mains, sont des interventions présentant un très bon rapport coût-efficacité pour prévenir de nombreuses infections et la résistance aux antibiotiques ;

Reconnaissant en outre que la résistance aux antibiotiques survient en cas d'utilisation de ces médicaments, en particulier quand ils sont mal utilisés ou font l'objet d'un usage exagéré, que les antibiotiques sont utilisés non seulement en santé humaine, mais aussi dans une large mesure dans la production alimentaire animale, et que l'information sur la consommation fait défaut dans de nombreux pays ;

Conscient que les antibiotiques sont souvent disponibles en vente libre dans de nombreux pays, et que leur utilisation prudente n'est pas prise en compte ou insuffisamment abordée dans les programmes de formation médicale et en sciences médicales ;

Conscient de la multiplication des éléments de preuve corroborant l'existence d'un lien étroit entre l'émergence et la propagation de la résistance aux antibiotiques entre les humains, les animaux et l'environnement, et que les solutions potentielles doivent embrasser tous les secteurs ;

Reconnaissant le caractère fragmenté et insuffisant de la surveillance et de l'information relatives à la résistance aux antibiotiques dans les infections bactériennes et à la consommation d'antibiotiques ;

Ayant examiné le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques<sup>13</sup> ;

Conscient que la tuberculose multirésistante et ultrarésistante accuse des taux très élevés de prévalence dans certains pays et devrait être prise en compte dans la plupart des démarches intégrées, comme indiqué dans le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques ;

- ADOpte le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques en tant que cadre stratégique intersectoriel dans la Région européenne pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale OMS pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens ;
- PRIE INSTAMMENT les États membres<sup>14</sup> de la Région européenne de l'OMS :
  - d'assurer l'engagement politique et les ressources pour mettre en œuvre la Stratégie mondiale OMS pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens par l'intermédiaire du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques, en recensant les grandes priorités nationales sur la base des sept orientations stratégiques reprises dans le Plan d'action stratégique européen et en élaborant des plans nationaux ;
  - d'analyser la situation nationale en matière de résistance aux antimicrobiens et d'utilisation des antibiotiques dans le cadre d'une approche intégrée englobant la communauté, les services et établissements de soins de santé et la production alimentaire animale ;
  - de soutenir la mise en place de systèmes nationaux de surveillance et de suivi de la résistance aux antibiotiques et de la consommation de ces médicaments ;
  - de mettre en œuvre et de formaliser des mécanismes nationaux de coordination intersectorielle et globale, en établissant un lien avec les associations professionnelles nationales, les groupes de défense de la sécurité des patients et d'autres acteurs non gouvernementaux concernés ;
  - d'examiner et d'assurer le respect des recommandations nationales pour la lutte anti-infectieuse dans les lieux de soins de santé ;
  - de développer la coopération avec l'industrie pharmaceutique, les universités et les autres secteurs concernés en vue de s'atteler à la recherche et au développement de nouveaux antibiotiques et d'outils de diagnostic pour endiguer la résistance à ces médicaments ;
  - de soutenir les campagnes nationales de sensibilisation aux causes de la résistance aux antibiotiques, notamment par la participation à une Journée européenne élargie d'information sur les antibiotiques ;

<sup>13</sup> Document EUR/RC61/14.

<sup>14</sup> Et, le cas échéant, les organisations régionales d'intégration économique.

3. PRIE la directrice régionale :
- de continuer à jouer un rôle pilote en traitant de l'importance de la résistance aux antibiotiques pour la santé publique, et de fournir des outils, des conseils et un soutien technique aux États membres ;
  - d'aider les États membres<sup>15</sup> à évaluer leur situation actuelle en ce qui concerne la résistance aux antibiotiques, la consommation d'antibiotiques, ainsi que leur capacité à élaborer et à mettre en œuvre des plans d'action nationaux ;
  - de faciliter les échanges d'informations et une analyse régionale des tendances et des facteurs de résistance aux antibiotiques, notamment par la création de plateformes régionales pour le partage et l'analyse des données ;
  - en collaboration avec les États membres<sup>16</sup>, de s'engager dans des partenariats régionaux et mondiaux afin de favoriser la mobilisation régionale des ressources humaines et financières dans le but d'améliorer les capacités nationales et régionales à endiguer la résistance aux antibiotiques ;
  - de collaborer avec les partenaires régionaux en vue d'examiner et de promouvoir les outils et les conseils sur l'utilisation non humaine des antibiotiques et de soutenir l'innovation et la recherche en matière d'agents antibiotiques et d'outils de diagnostic ;
  - de collaborer avec les organisations non gouvernementales et les groupes de défense de la sécurité des patients concernés en vue de favoriser la sensibilisation accrue à la résistance aux antibiotiques et à l'importance de l'utilisation prudente de ces médicaments ;
  - de faire rapport chaque année au Comité régional sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action stratégique européen jusqu'en 2014, et tous les deux ans après cette date, avec préparation d'un rapport final en 2020.

## EUR/RC61/R7 : La tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Ayant examiné le Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015<sup>17</sup> ainsi que la version complète du Plan d'action<sup>18</sup> ;

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé WHA58.14 sur le financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses et WHA62.15 intitulée « Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte », ainsi que la Déclaration de Berlin sur la tuberculose adoptée par le Forum ministériel européen de l'OMS et l'Appel à l'action de Beijing à lutter contre la tuberculose et à soigner les patients ;

Notant avec préoccupation que la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (tuberculose-MR et UR) est devenue une menace croissante pour la santé publique et la sécurité sanitaire dans la Région européenne de l'OMS, 20 % de la charge mondiale de tuberculose-MR se produisant dans la Région européenne de l'OMS et la vaste majorité des pays de la Région notifiant un nombre important de cas de tuberculose UR ;

Notant par ailleurs qu'environ un tiers seulement du nombre estimé de 81 000 patients atteints de tuberculose-MR dans la Région chaque année fait l'objet d'une notification (du fait de la faible disponibilité de la culture bactériologique et des tests de sensibilité aux médicaments), et que moins de la moitié de ces patients sont signalés comme recevant un traitement approprié et adéquat ;

<sup>15</sup> Et, le cas échéant, les organisations régionales d'intégration économique.

<sup>16</sup> Et, le cas échéant, les organisations régionales d'intégration économique.

<sup>17</sup> Document EUR/RC61/15.

<sup>18</sup> Document EUR/RC61/Inf.Doc./3.

- ADOpte le Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015, et ses cibles concernant le diagnostic d'au moins 85 % des patients atteints de tuberculose-MR, selon les estimations, et la guérison d'au moins 75 % de ces patients d'ici 2015 ;
- PRIE INSTAMMENT les États membres<sup>19</sup> :
  - d'harmoniser leurs stratégies de santé nationales et/ou leurs interventions nationales de lutte contre la tuberculose-MR et UR avec le Plan d'action consolidé comme il convient ;
  - d'identifier et de prendre en compte les déterminants sociaux et les défis des systèmes de santé liés à la prévention et la lutte contre la tuberculose-MR et UR, et en particulier d'adopter des mécanismes financiers durables, d'impliquer les services de soins de santé primaires et de fournir un soutien psychosocial le cas échéant ;
  - de renforcer l'accès au diagnostic précoce et au traitement efficace pour tous les patients tuberculeux qui développent une résistance aux médicaments, et d'instaurer l'accès universel d'ici 2015 ;
  - d'intensifier la lutte contre l'infection tuberculeuse et de renforcer la surveillance de la tuberculose pharmacorésistante et le suivi des résultats du traitement ;
  - de développer leurs capacités nationales à intensifier la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistance, impliquant les organismes de la société civile et d'autres partenaires et secteurs ;
  - de s'attaquer aux besoins de groupes de populations spécifiques au moyen de l'introduction d'initiatives et de mécanismes axés sur le patient et la fourniture d'un soutien psychosocial aux patients, le cas échéant ;
  - de suivre étroitement et d'évaluer la mise en œuvre des actions décrites dans le Plan d'action consolidé ;
- DEMANDE à la directrice régionale :
  - de soutenir activement la mise en œuvre du Plan d'action consolidé en fournissant un leadership, une orientation stratégique et un soutien technique aux États membres ;
  - de faciliter l'échange de données d'expérience et de savoir-faire entre les États membres en mettant en place et renforçant des pôles de connaissances, des centres d'excellence et des centres collaborateurs de l'OMS ;
  - de mieux sensibiliser les partenaires nationaux et internationaux au fait que la tuberculose et ses formes multirésistante et ultrarésistante constituent un problème prioritaire dans la Région ;
  - de mettre en place une plateforme pour le partenariat européen Halte à la tuberculose et/ou des mécanismes apparentés pour renforcer l'implication des partenaires nationaux et internationaux, y compris les organismes de la société civile, dans la prévention et la lutte contre la tuberculose et ses formes multirésistante et ultrarésistante ;
  - d'établir, en collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux, des mécanismes appropriés, faisant participer les organismes de la société civile, les communautés et le secteur privé, entre autres, pour évaluer les progrès réalisés dans la prévention et la lutte contre la tuberculose-MR et UR au niveau régional une année sur deux, à compter de 2013, et d'en rendre compte au Comité régional en conséquence ;
- PRIE INSTAMMENT les organismes de la société civile, les partenaires nationaux et internationaux et les organismes de développement, et en particulier le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et la Commission européenne, d'apporter leur plein soutien à la mise en œuvre du Plan d'action consolidé.

<sup>19</sup> Et, le cas échéant, les organisations régionales d'intégration économique.

## EUR/RC61/R8 : Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015

Le Comité régional,

Rappelant la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée en juin 2001 par la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies ;

Rappelant la Déclaration politique sur le VIH/sida adoptée en juin 2011 par l'Assemblée générale des Nations Unies à l'occasion de la réunion de haut niveau sur le sida ;

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé WHA54.10 et WHA55.12 qui exhortaient à amplifier l'action contre le VIH/sida, et les résolutions WHA53.14, WHA56.30, WHA59.12 et WHA59.19, qui ont entériné une série de stratégies à l'appui des activités de l'OMS sur le VIH/sida ;

Considérant que la stratégie « 3 millions d'ici 2005 », lancée en 2003, et qui mettait l'accent sur l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral, a été élaborée dans le cadre de la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida (2003-2007), approuvée par la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé (résolution WHA56.30) ;

Rappelant qu'en 2006, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté l'objectif visant à garantir l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH en 2010, et que l'OMS a élaboré le Plan OMS pour l'accès universel 2006-2010, accueilli favorablement par la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, et qui a guidé les activités de l'OMS depuis lors ;

Tenant compte de la Stratégie contre le VIH/sida pour 2011-2015 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), de la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida 2011-2015, et de la communication de la Commission européenne sur la lutte contre le VIH/sida dans l'Union européenne et les pays voisins 2009-2013 ;

Rappelant sa résolution visant à amplifier l'action contre le VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC52/R9) ;

Reconnaissant les engagements actuels des États membres envers la Déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale (2004) et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ;

Redoutant que le VIH continue de poser un défi de santé publique de plus en plus grave dans la Région européenne de l'OMS qui, d'ailleurs (dans sa partie orientale), accuse la progression de cette épidémie la plus rapide au monde ;

Reconnaissant qu'en Europe, le VIH touche de manière disproportionnée les populations clés (les toxicomanes par voie intraveineuse et leurs partenaires sexuels, les hommes ayant des relations homosexuelles, les transsexuels, les travailleurs du sexe, les détenus et les migrants) qui sont socialement marginalisées, et dont le comportement est socialement stigmatisé ou illégal ;

Préoccupé par le fait que les populations clés les plus à risque d'infection à VIH soient confrontées à des barrières structurelles les empêchant d'accéder aux services de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH, ce qui aggrave davantage les inégalités sociales, et que le niveau d'accessibilité à la thérapie antirétrovirale salvatrice des pays à revenus faible et intermédiaire de la Région soit l'un des moins élevés sur le plan mondial ;

Reconnaissant que le VIH influe sur la lutte contre les autres maladies transmissibles et ses résultats en matière de santé, en particulier la tuberculose, et que le VIH impose des contraintes considérables sur les ressources des systèmes de santé ;

Reconnaissant la dépendance excessive envers le financement international externe des programmes de lutte contre le VIH dans certaines parties de la Région ;

Reconnaissant que tous les pays de la Région peuvent saisir des occasions d'agir en profitant des bases factuelles et des données d'expérience acquises dans le cadre de projets et d'interventions menés avec succès dans toute la Région ;

1. ADOPTE le Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 en tant que plan pour la Région européenne visant l'application de la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida 2011-2015 et de la stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 telle qu'adoptée par le Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA ainsi que des résolutions adoptées à l'Assemblée mondiale de la santé, comme un appel à la mise en œuvre d'une action urgente à l'adresse des États membres de la Région européenne afin de relever le défi posé par le VIH/sida à la santé publique en Europe ;
2. RECOMMANDE aux États membres<sup>20</sup> :
  - a) de renforcer leur engagement politique et d'assurer les ressources financières et humaines requises pour atteindre les objectifs européens de stopper le VIH et commencer à inverser la tendance, et garantir l'accès universel et équitable à la prévention, au traitement et aux soins complets contre le VIH d'ici 2015, conformément à l'OMD n° 6, et en relation avec d'autres objectifs liés à la santé (OMD n° 3, 4, 5 et 8) ;
  - b) de veiller à ce que les programmes de prévention ciblent les populations clés à plus haut risque de VIH et prévoient un ensemble complet d'interventions de réduction des risques à l'adresse des toxicomanes par voie intraveineuse, ainsi que des interventions visant à réduire la transmission sexuelle du VIH chez les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports homosexuels ;
  - c) de développer davantage l'intégration et la liaison des programmes de lutte contre le VIH avec d'autres programmes sanitaires, en particulier ceux relatifs à la tuberculose, à la toxicomanie, à la santé sexuelle et génésique, à la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, aux hépatites virales et aux maladies non transmissibles et chroniques ;
  - d) de redoubler d'efforts pour renforcer les systèmes de santé au profit de la lutte contre le VIH et des interventions plus générales de santé publique, notamment l'édification de systèmes solides d'information stratégique sur le VIH, la prestation des services répondant aux besoins des patients et des clients, et un approvisionnement ininterrompu et de qualité garantie en médicaments, en diagnostics et autres produits et fournitures en matière de VIH ;
  - e) de prendre toute mesure nécessaire contre les législations et réglementations qui font obstacle à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, et de renforcer l'application de la législation et des réglementations protectrices, notamment celles luttant contre la stigmatisation et la discrimination et ce, conformément aux principes de la santé publique et des droits de l'homme ;
  - f) de s'engager dans des partenariats, publics et privés, dans le cadre d'une approche multisectorielle, et de développer la participation des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et des acteurs de la société civile à l'élaboration de politiques, au processus décisionnel et à la coordination, à la prestation de services, au suivi et à l'évaluation des stratégies et plans nationaux de lutte contre le VIH ;
3. DEMANDE à la directrice régionale :
  - a) de soutenir activement la mise en œuvre du Plan dans la Région en fournissant un leadership, une orientation stratégique et des conseils techniques aux États membres ;
  - b) de s'engager dans des partenariats mondiaux et régionaux, de plaider en faveur d'un engagement et de mobiliser des ressources pour renforcer et soutenir les interventions de lutte contre le VIH ;
  - c) de recenser les meilleures pratiques et les données d'expérience et de faciliter leur échange entre les États membres, et d'élaborer des outils fondés sur des bases factuelles afin de mener des interventions efficaces contre le VIH ;
  - d) de suivre et d'évaluer les progrès accomplis par les États membres en vue d'atteindre les objectifs et cibles européens à l'aide d'un processus harmonisé de collecte de données, de notification et d'analyse ;
  - e) de faire rapport au Comité régional, en ses soixante-quatrième et soixante-sixième sessions de 2014 et 2016, sur la mise en œuvre du Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015.

<sup>20</sup> Et, le cas échéant, les organisations régionales d'intégration économique.

## EUR/RC61/R9 : Rapport du dix-huitième Comité permanent du Comité régional

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du dix-huitième Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC61/4 et EUR/RC61/4 Add.1) ;

Rappelant sa résolution EUR/RC60/R3 relative à la gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ;

Rappelant par ailleurs que certains éléments de la gouvernance ont été délégués par le Comité régional au dix-huitième Comité permanent pour examen plus approfondi, notamment les questions relatives aux liens entre le Comité permanent et le Comité régional ;

1. REMERCIE, au nom du Comité régional, le président et les membres du Comité permanent pour leur travail ;
2. ADOPTE les amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional repris à l'annexe de la présente résolution ;
3. EXHORTE les États membres à appliquer l'ensemble des critères auxquels il est fait référence dans cette annexe ainsi que dans la résolution EUR/RC60/R3 lorsqu'ils désignent des candidats pour siéger au Conseil exécutif de l'OMS et au Comité permanent ;
4. INVITE le Comité permanent à poursuivre ses travaux sur la base des discussions tenues et des résolutions adoptées par le Comité régional à sa soixante et unième session ;
5. PRIE la directrice régionale de donner les suites voulues aux conclusions et aux propositions figurant dans le rapport du Comité permanent, en tenant pleinement compte des propositions et suggestions formulées par le Comité régional à sa soixante et unième session telles qu'elles ont été consignées dans le rapport de la session.

### Annexe. Modifications proposées aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional

#### Comité régional

##### Article 14, alinéa 2.2 b)

« Le bureau du Comité permanent, en consultation avec le président exécutif du Comité régional, s'efforce de trouver un consensus entre les États membres qui présentent des candidatures. Simultanément, il s'efforce de répondre aux critères énoncés à l'article 14, alinéa 2.1, aux critères supplémentaires relatifs au regroupement sous-régional des États membres, ainsi qu'aux critères relatifs à l'expérience et à la sphère de compétences des candidats, conformément aux décisions du Comité régional<sup>21</sup>. Les États membres qui ont présenté des candidatures peuvent ... »

##### Article 14, alinéa 2.2 c), 6<sup>e</sup> ligne

« ... qui, de l'avis du Comité permanent, répondent le mieux – s'ils sont élus – aux critères énoncés à l'article 14, alinéa 2.1, aux critères supplémentaires relatifs au regroupement sous-régional des États membres, ainsi qu'aux critères relatifs à l'expérience et à la sphère de compétences des candidats, conformément aux décisions du Comité régional<sup>22</sup>. Le Comité permanent ... »

<sup>21</sup> Résolution EUR/RC60/R3.

<sup>22</sup> Résolution EUR/RC60/R3.

#### Comité permanent

##### Article 9, 1<sup>ère</sup> ligne

Aux termes de l'article 14, alinéa 2.4 du règlement intérieur du Comité régional, le vice-président exécutif du Comité régional est, de droit, président du Comité permanent.

##### Article 9, 2<sup>e</sup> ligne

« Chaque année, le Comité permanent proprement dit élit, lors de la première session annuelle, un vice-président parmi ses membres. Afin d'assurer une continuité, une gouvernance renforcée et des liens plus étroits entre le Comité régional et le Comité permanent, le vice-président du Comité permanent est, normalement – à moins que le Comité régional n'en décide autrement – élu vice-président exécutif du Comité régional lors de la session du Comité qui se tient l'année suivant son élection. À la même époque, il deviendra, de droit, le président du Comité permanent, conformément à l'article 14, alinéa 2.4 du règlement intérieur du Comité régional. »

Le reste de l'article 9, depuis la quatrième ligne à partir de « Les membres du bureau ... » pourrait alors devenir un nouvel article 9bis.

### EUR/RC61/R10 : Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2012-2015

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution EUR/RC60/R10 adoptée à sa soixantième session ;

1. RECONFIRME que la soixante-deuxième session se tiendra à Malte du 10 au 13 septembre 2012 ;
2. RECONFIRME que la soixante-troisième session se tiendra au Portugal du 16 au 19 septembre 2013 ;
3. DÉCIDE que la soixante-quatrième session se tiendra à Copenhague (Danemark) du 15 au 18 septembre 2014 ;
4. DÉCIDE ÉGALEMENT que la soixante-cinquième session se tiendra du 14 au 17 septembre 2015, lieu exact à confirmer.

## Annexe 1 Ordre du jour

### 1. Ouverture de la session

- Élection du président, du président exécutif, du vice-président exécutif et du rapporteur
- Adoption de l'ordre du jour et du programme provisoires

### 2. Allocution du directeur général

### 3. Allocution de la directrice régionale et rapport sur l'activité du Bureau régional

### 4. Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif

### 5. Rapport du dix-huitième Comité permanent du Comité régional (CPCR)

### 6. Questions de politique et questions techniques

- a) Élaboration de la nouvelle politique européenne de la santé – Santé 2020
  - La gouvernance de la santé au XXI<sup>e</sup> siècle
  - La fracture sanitaire : l'action sur les déterminants sociaux de la santé : l'expérience européenne
- b) Renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS
  - Rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn et la voie à suivre
  - Renforcement des capacités et des services de santé publique en Europe : un cadre d'action
- c) Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte 2012-2016
  - Adoption de la Déclaration européenne sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille
- d) Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020
- e) Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques
- f) Plan d'action pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015
- g) Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015

- h) Cohérence stratégique des activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

- Stratégie des relations avec les pays
- Politique relative aux bureaux géographiquement dispersés du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

### 7. Séance privée : élections et désignations

- a) Désignation de quatre membres du Conseil exécutif
- b) Élection de trois membres du CPCR
- c) Élection d'un membre du Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine
- d) Attribution de la bourse de recherche en santé publique Jo Asvall

### 8. Réforme de l'OMS pour un avenir en bonne santé

- Le budget programme comme outil stratégique de responsabilisation

### 9. Partenariats

### 10. Confirmation des dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2012-2015

### 11. Autres questions à l'ordre du jour

### 12. Adoption du rapport et clôture de la session

#### Déjeuners ministériels

La gouvernance pour la santé au XXI<sup>e</sup> siècle

Les déterminants sociaux de la santé

Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région européenne de l'OMS – progrès accomplis

Décennie de la vaccination

#### Séances d'information technique

Santé 2020 – les objectifs pour la santé

Réforme de l'OMS pour un avenir en bonne santé

## Annexe 2

### Liste des documents

#### Documents de travail

EUR/RC61/1 Rev.1	Liste provisoire des documents
EUR/RC61/2 Rev.1	Ordre du jour provisoire
EUR/RC61/3 Rev.1	Programme provisoire
EUR/RC61/4	Rapport du dix-huitième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC61/4 Add.1	Dix-huitième Comité permanent du Comité régional Rapport de la cinquième session
EUR/RC61/5	Rapport de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne 2010-2011
EUR/RC61/6	Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
EUR/RC61/7	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC61/7 Corr.1	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC61/7 Corr.2	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC61/8 Rev.2	Examen des dossiers examinés lors de la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC61/9	La nouvelle politique européenne de la santé – Santé 2020 : vision, valeurs, principaux axes et approches
EUR/RC61/10	Renforcement des capacités et services de santé publique en Europe : cadre d'action
EUR/RC61/11	Synthèse du rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn
EUR/RC61/12	Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016
EUR/RC61/13	Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020
EUR/RC61/14	Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques
EUR/RC61/15	Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015

EUR/RC61/16	Cohérence des structures et des fonctions du Bureau régional
EUR/RC61/17 Rev.1	Une Stratégie de pays pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC61/18	Renforcement du rôle des bureaux géographiquement dispersés du Bureau régional : une stratégie renouvelée pour l'Europe
EUR/RC61/19	Résumé du Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015
EUR/RC61/20	Questions de gouvernance liées à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé
EUR/RC61/21	Réforme de l'OMS pour un avenir en bonne santé

#### Documents de conférence

EUR/RC61/Conf.Doc./1	Rapport du dix-huitième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC61/Conf.Doc./2 Rev.1	La nouvelle politique européenne de la santé – Santé 2020 : vision, valeurs, principaux axes et approches
EUR/RC61/Conf.Doc./3 Rev.2	Renforcement des capacités et services de santé publique en Europe : cadre d'action
EUR/RC61/Conf.Doc./4	Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016
EUR/RC61/Conf.Doc./5	Déclaration et Plan d'action européens de l'OMS sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille
EUR/RC61/Conf.Doc./6	Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020
EUR/RC61/Conf.Doc./7	Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques
EUR/RC61/Conf.Doc./8	La tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC61/Conf.Doc./9	Une Stratégie de pays pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC61/Conf.Doc./10	Renforcement du rôle des bureaux géographiquement dispersés du Bureau régional : une stratégie renouvelée pour l'Europe
EUR/RC61/Conf.Doc./11	Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015
EUR/RC61/Conf.Doc./12	Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2012-2015

#### Documents d'information

EUR/RC61/Inf.Doc./1	Developing a framework for action for strengthening public health capacities and services in Europe
EUR/RC61/Inf.Doc./2	Interim report on implementation of the Tallinn Charter

EUR/RC61/Inf.Doc./3	Roadmap for the implementation of the Consolidated Action Plan to Prevent and Combat Multidrug- and Extensively Drug-Resistant Tuberculosis in the WHO European Region 2011–2015
EUR/RC61/Inf.Doc./4	The new European policy for health – Health 2020
EUR/RC61/Inf.Doc./5	Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region
EUR/RC61/Inf.Doc./6	Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe
EUR/RC61/Inf.Doc./7	Setting targets for Health 2020
EUR/RC61/Inf.Doc./8	European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015
EUR/RC61/Inf.Doc./9	Health systems for better health: the WHO/Europe package of support for health systems strengthening
EUR/RC61/Inf.Doc./10	Programme budget as a strategic tool for accountability
EUR/RC61/Inf.Doc./11	The Rome Office of the WHO European Centre for Environment and Health (1991-2011): 20 years of experience
EUR/RC61/Inf.Doc./12	Consolidation of WHO/Europe's environment and health programmes

## Discussions techniques

EUR/RC61/TD/1	Discussion technique sur l'élaboration de la nouvelle politique européenne de la santé – fixation des objectifs de Santé 2020
EUR/RC61/TD/2	Débat technique sur la réforme de l'OMS pour un avenir en bonne santé

## Documents de référence

EUR/RC61/BD/1	Report of the Working Group to Review Strategic Relations with Countries
EUR/RC61/BD/2	Report on the review of geographically dispersed offices
EUR/RC61/BD/3	Review of the European Observatory on Health Systems and Policies in Brussels

## Annexe 3 Liste des représentants et autres participants

### I. États membres

#### Allemagne

##### Représentants

Dr Ewold Seeba  
Directeur général adjoint, ministère fédéral de la Santé

M. Udo Scholten  
Directeur général adjoint, Politique sanitaire européenne et internationale, ministère fédéral de la Santé

##### Suppléants

Mme Dagmar Reitenbach  
Chef de division, Politique sanitaire mondiale, ministère fédéral de la Santé

M. Björn Kümmel  
Chef de service, Politique sanitaire mondiale, ministère fédéral de la Santé

##### Conseillers

M. Thomas Iffland  
Conseiller, Politique sanitaire mondiale, ministère fédéral de la Santé

M. Björn Gehrmann  
Deuxième secrétaire, Politique sanitaire mondiale, Mission permanente de l'Allemagne auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

#### Andorre

##### Représentant

Dr Josep M. Casals Alís  
Directeur général, ministère de la Santé et du Bien-être

#### Autriche

##### Représentantes

Pr Pamela Rendi-Wagner  
Directrice générale, Santé publique et affaires médicales, ministère fédéral de la Santé

Dr Verena Gregorich-Schega  
Chef, Service de la coordination internationale de la politique de la santé et de l'Organisation mondiale de la santé, ministère fédéral de la Santé

##### Suppléant

Dr Martin Mühlbacher  
Chef adjoint, Service de la coordination internationale de la politique de la santé et de l'Organisation mondiale de la santé, ministère fédéral de la Santé

#### Azerbaïdjan

##### Représentants

Pr Ogtay Shiraliyev  
Ministre de la Santé

Dr Abbas Valibayov  
Vice-ministre de la Santé

##### Suppléants

Dr Nigar Aliyeva  
Vice-ministre de la Santé

Dr Elsevar Aghayev  
Vice-ministre de la Santé

Dr Niyazi Novruzov  
Ministre de la Santé de la République autonome du Nakhitchevan



Pr Jamil Aliyev  
Directeur, Institut national d'oncologie

Pr Ahliman Amiraslanov  
Recteur, Université de médecine d'Azerbaïdjan

Dr Samir Abdullayev  
Chef, Service des relations internationales, ministère de la Santé

### Conseillère

Dr Gulsum Kurbanova  
Conseillère principale, Service des relations internationales, ministère de la Santé

## Bélarus

### Représentant

Dr Vasily Zharko  
Ministre de la Santé

### Conseiller

Pr Genady Gurevich  
Directeur, Centre national de recherche pour la pneumologie et la tuberculose

## Belgique

### Représentants

Dr Dirk Cuypers  
Président, Comité de direction, Service public fédéral (SPF) Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Dr Daniel Reynders  
Chef, service Coordination internationale et stratégique, Direction générale Soins de santé primaires et gestion de crise, SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

### Suppléantes

Mme Julie Van Handenhoven  
Attachée, Service des relations internationales, SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Mme Marleen van Dijk  
Directrice de la communication, service Information et soutien, Agence flamande Soins et santé

## Bosnie-Herzégovine

### Représentant

M. Sredoje Nović  
Ministre des Affaires civiles

### Suppléants

Pr Ranko Škrbić  
Ministre de la Santé et de la Protection sociale, Republika Srpska

M. Goran Čerkez  
Vice-ministre, Coopération internationale et coordination de l'élaboration de stratégies, ministère de la Santé

### Conseillers

Dr Admir Čandić  
Chef, Département de la santé, district de Brčko

Mme Vedrana Vuković  
Conseillère experte, Coopération internationale et intégration européenne, ministère des Affaires civiles

## Bulgarie

### Représentants

Dr Stefan Konstantinov  
Ministre de la Santé

Mme Dessislava Dimitrova  
Vice-ministre de la Santé

### Suppléante

Pr Tatiana Ivanova  
Directrice adjointe, Centre national de la santé publique et d'analyses, ministère de la Santé

## Chypre

### Représentante

Dr Olga Kalakouta  
Directrice générale de la santé, ministère de la Santé

### Suppléante

Mme Chryso Gregoriadou Eracleous  
Agente des services des soins infirmiers, ministère de la Santé

## Croatie

### Représentant

Dr Ante-Zvonimir Golem  
Secrétaire d'État, ministère de la Santé et de la Protection sociale

### Suppléant

Dr Krunoslav Capak  
Directeur adjoint, Institut national de santé publique

### Conseillère

Mme Sibila Žabica  
Conseillère ministérielle pour l'intégration européenne, ministère de la Santé et de la Protection sociale

## Danemark

### Représentantes

Dr Else Smith  
Directrice générale de la santé et directrice générale du Conseil national de la santé

Mme Katrine Schjønnning  
Chef, Division internationale et juridique, ministère de l'Intérieur et de la Santé

### Suppléantes

Mme Marianne Kristensen  
Conseillère internationale, Conseil national de la santé

Mme Anne Louise Avnstrøm  
Chef de service, ministère de l'Intérieur et de la Santé

### Conseillère

Mme Gitte Olesen Lingaard  
Chef de service, ministère de l'Intérieur et de la Santé

## Espagne

### Représentantes

Dr Carmen Amela Heras  
Directrice générale, Santé publique et santé extérieure, ministère de la Santé, de la Politique sociale et de l'Équité

Mme Carmen Castañón Jiménez  
Directrice générale adjointe, Relations internationales, ministère de la Santé, de la Politique sociale et de l'Équité

### Suppléante

Dr Karoline Fernández de la Hoz Zeitler  
Chef, Unité internationale, Direction générale de la santé publique et de la santé internationale, ministère de la Santé, de la Politique sociale et de l'Équité

## Estonie

### Représentants

M. Hanno Pevkur  
Ministre des Affaires sociales

Dr Maris Jesse  
Directrice, Institut national de développement sanitaire

### Suppléantes

Mme Liis Rooväli  
Chef, Service de l'information et de l'analyse sanitaires, ministère des Affaires sociales

Mme Marge Reinap  
Conseillère, Institut national de développement sanitaire

## Ex-République yougoslave de Macédoine

### Représentants

M. Jovica Andovski  
Vice-ministre de la Santé

Mme Snezhana Chichevalieva  
Directrice, Service de l'intégration européenne, ministère de la Santé

### Suppléant

Dr Vladimir Lazarevik  
Professeur assistant, Institut de médecine sociale, Faculté de médecine de Skopje

## Fédération de Russie

### Représentante

Pr Veronika Skvortsova  
Vice-ministre de la Santé et du Développement social

### Suppléants

Pr Vladimir Starodubov  
Directeur, Institut central de recherche en matière d'organisation et d'informatisation des soins de santé, ministère de la Santé et du Développement social

Dr Oleg Chestnov  
Directeur adjoint, Département de la coopération internationale et des relations publiques, ministère de la Santé et du Développement social

### Conseillers

Dr Mark Tsechkovsky  
Chef de département, Institut central de recherche en matière d'organisation et d'informatisation des soins de santé, ministère de la Santé et du Développement social

Dr Roland Rassokha  
Spécialiste principal, Service de la coopération internationale et des relations publiques, ministère de la Santé et du Développement social

Dr Larisa Dementeva  
Directrice adjointe, Département de surveillance du VIH/sida et de l'hépatite virale, Service fédéral de surveillance et de protection des droits des consommateurs et du bien-être de la personne humaine

M. Oleg Kuvshinnikov  
Maire de la ville de Tcherepovets et président de l'Association « Villes, districts et localités en bonne santé »

## Finlande

### Représentantes

Dr Päivi Sillanaukee  
Directrice générale, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Taru Koivisto  
Directrice, ministère des Affaires sociales et de la Santé

### Suppléantes

Dr Marina Erhola  
Directrice générale adjointe, Institut national de la santé et de la protection sociale

Dr Eeva Ollila  
Conseillère ministérielle, ministère des Affaires sociales et de la Santé

### Conseillères

Dr Gisela Blumenthal  
Conseillère, Santé et développement social, ministère des Affaires étrangères

Mme Suvi Huikuri  
Haute fonctionnaire, ministère des Affaires sociales et de la Santé

## France

### Représentants

Dr Jean-Yves Grall  
Directeur général de la santé, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Mme Brigitte Arthur  
Chef, Bureau des affaires internationales dans le domaine de la santé et de la protection sociale, Délégation aux affaires européennes et internationales, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

### Suppléants

Mme Léa Das Neves Bicho  
Chargée de mission, Bureau des affaires internationales dans le domaine de la santé et de la protection sociale, Délégation aux affaires européennes et internationales, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

M. Benjamin Redt  
Chargé de mission, Bureau des affaires européennes et internationales, Direction générale de la santé, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Mme Sarah Branchi  
Sous-directrice, Santé et développement humain, ministère des Affaires étrangères et européennes

M. Léopold Stefanini  
Ministère des Affaires étrangères et européennes

## Géorgie

### Représentant

M. Irakli Giorgobiani  
Premier vice-ministre du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

### Suppléants

Mme Ekaterine Iashvili  
Consultante, Mécanisme de coordination à l'échelon national, ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

S. E. M. Teimuraz Sharashenidze  
Ambassadeur de Géorgie en Azerbaïdjan

## Grèce

### Représentants

M. Andreas Loverdos  
Ministre de la Santé et de la Solidarité sociale

Dr Anastasia Foteinea-Pantazopoulou  
Directrice générale, Santé publique, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

### Suppléants

M. Konstantinos Koutsourelakis  
Conseiller auprès du ministre de la Santé et de la Solidarité sociale

M. Vasileios Christou  
Conseiller auprès du ministre de la Santé et de la Solidarité sociale

### Conseiller

M. Othon Charalambakis  
Conseiller spécial auprès du ministre de la Santé et de la Solidarité sociale

## Hongrie

### Représentantes

Dr Hanna Páva  
Vice-secrétaire d'État, ministère des Ressources nationales

M. Árpád Mészáros  
Directeur général adjoint, ministère des Ressources nationales

## Irlande

### Représentants

Dr Tony Holohan  
Directeur général de la santé, ministère de la Santé

Mme Louise Kenny  
Assistante principale, Unité internationale, ministère de la Santé

## Islande

### Représentante

Mme Vilborg Ingólfssdóttir  
Directrice générale, Service de la qualité et de la prévention, ministère de la Protection sociale

## Israël

### Représentants

Dr Boaz Lev  
Directeur général associé, ministère de la Santé

Pr Alex Leventhal  
Directeur, Service des relations internationales, ministère de la Santé

### Suppléants

M. Yair Amikam  
Directeur général adjoint, Information et relations internationales, ministère de la Santé

S. E. M. Michael Lotem  
Ambassadeur d'Israël en Azerbaïdjan

## Italie

### Représentants

Dr Giuseppe Ruocco  
Directeur, Direction générale des relations avec l'Union européenne et des relations internationales, ministère de la Santé

Dr Francesco Cicogna  
Dirigeant médical, Direction générale des relations avec l'Union européenne et des relations internationales, ministère de la Santé

## Kazakhstan

### Représentante

Dr Salidat Kairbekova  
Ministre de la Santé

### Suppléants

Dr Maksut Kulzhanov  
Directeur, Centre national du développement de la santé,  
ministère de la Santé

Mme Gulnara Kulkayeva  
Directrice adjointe, Gestion des services de santé,  
ministère de la Santé

### Conseillers

Mme Laura Akhmetniyazova  
Directrice adjointe, Service de développement stratégique,  
ministère de la Santé

Dr Tileukhan Abildayev  
Directeur, Centre national de la tuberculose

## Kirghizistan

### Représentante

Mme Paiza Suiumbaeva  
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

## Lettonie

### Représentants

M. Juris Bārzdiņš  
Ministre de la Santé

M. Rinalds Muciņš  
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

### Conseiller

S. E. M. Hardijs Baumanis  
Ambassadeur de Lettonie en Azerbaïdjan

## Lituanie

### Représentant

M. Raimondas Šukys  
Ministre de la Santé

### Suppléant

M. Viktoras Meišis  
Chef, Division des relations internationales et des affaires  
de l'Union européenne, ministère de la Santé

### Conseillers

Pr Zita Kučinskienė  
Doyenne, Faculté de médecine, Université de Vilnius

Pr Vilius Grabauskas  
Chancelier, Académie de médecine, Université lituanienne  
des sciences de la santé

## Luxembourg

### Représentants

M. Laurent Jomé  
Conseiller de direction 1<sup>ère</sup> classe, ministère de la Santé

Dr Robert Goerens  
Chef de service, Division de la santé au travail,  
Direction de la santé

## Malte

### Représentants

Dr Joseph R. Cassar  
Ministre de la Santé, des Personnes âgées  
et des Soins de proximité

Dr Raymond Busuttil  
Directeur général, Division de la réglementation  
de la santé publique, ministère de la Santé, des Personnes âgées  
et des Soins de proximité

### Suppléantes

Dr Miriam Dalmas  
Directrice, Élaboration de politiques, Union européenne  
et affaires internationales, Division de la stratégie  
et de la durabilité, ministère de la Santé, des Personnes âgées  
et des Soins de proximité

Mme Maria Sciriha  
Coordinatrice de politiques, Bureau du secrétaire permanent,  
ministère de la Santé, des Personnes âgées  
et des Soins de proximité

### Conseillers

M. Malcolm Vella Haber  
Secrétaire personnel du ministre de la Santé,  
des Personnes âgées et des Soins de proximité

M. Tonio Cassar  
Chef du secrétariat, ministère de la Santé, des Personnes âgées  
et des Soins de proximité

## Monaco

### Représentantes

Mme Carole Lanteri  
Premier conseiller, représentant permanent adjoint,  
Mission permanente de Monaco auprès de l'Office  
des Nations Unies et des autres organisations internationales  
à Genève

Dr Anne Nègre  
Directeur, Direction de l'action sanitaire et sociale,  
Département des affaires sociales et de la santé

### Suppléant

M. Frédéric Pardo  
Secrétaire des relations extérieures,  
Département des relations extérieures, ministère d'État

## Monténégro

### Représentants

Pr Miodrag Radunović  
Ministre de la Santé

Dr Kenan Hrapović  
Directeur, Fonds national d'assurance maladie

### Conseillère

Mme Dragana Ostojić  
Interprète, ministère de la Santé

## Norvège

### Représentants

Dr Bjørn-Inge Larsen  
Directeur général de la santé et médecin conseiller technique,  
Direction de la santé

Mme Hilde Sundrehagen  
Directrice générale adjointe, ministère de la Santé  
et des Services sociaux

### Suppléants

M. Arne-Petter Sanne  
Directeur, Direction de la santé

M. Thor Erik Lindgren  
Conseiller, Mission permanente de la Norvège auprès de l'Office  
des Nations Unies et des autres organisations internationales  
à Genève

### Conseillers

Mme Beate Stirø  
Conseillère auprès du ministre, Mission permanente  
de la Norvège auprès de l'Office des Nations Unies  
et des autres organisations internationales à Genève

M. Bengt Skotheim  
Premier consultant, Service de la coopération internationale,  
Direction de la santé

M. Bernt Bull  
Conseiller principal, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Sverre Berg Lutnæs  
Conseiller principal, ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Arnhild Haga Rimestad  
Conseillère principale, Unité de la santé mondiale,  
ministère de la Santé et des Services sociaux

## Ouzbékistan

### Représentant

Dr Adham Ikramov  
Ministre de la Santé

**Suppléant**

Dr Abdunomon Sidikov  
Directeur, Service des relations internationales,  
ministère de la Santé

**Pays-Bas****Représentants**

M. Frederik Lafeber  
Chef, Affaires mondiales, ministère de la Santé,  
de la Protection sociale et des Sports

M. Roland Driecé  
Conseiller, Mission permanente des Pays-Bas auprès de l'Office  
des Nations Unies et des autres organisations internationales  
à Genève

**Pologne****Représentants**

Dr Adam Fronczak  
Sous-secrétaire d'État, ministère de la Santé

Dr Wojciech Kutyla  
Directeur général, ministère de la Santé

**Suppléants**

Mme Magdalena Stępkowska  
Assistante du sous-secrétaire d'État, ministère de la Santé

Pr Miroslaw Wysocki  
Directeur, Institut national de santé publique,  
Institut national d'hygiène

M. Marcin Rynkowski  
Directeur adjoint, Service de coopération internationale,  
ministère de la Santé

M. Adam Wojda  
Chef, Unité des organisations internationales,  
Service de la coopération internationale, ministère de la Santé

Mme Justyna Tyburska-Malina  
Experte principale, Unité des organisations internationales,  
Service de la coopération internationale, ministère de la Santé

Mme Anna Nowarska  
Spécialiste, Service de la coopération internationale,  
ministère de la Santé

Pr Andrzej Wojtczak  
École supérieure de finance et de gestion, Siedlce

Pr Stanisław Tarkowski  
Département des dangers environnementaux pour la santé,  
Institut Nofer de médecine du travail

M. Gwiazda Wojciech  
Attaché, Mission permanente de la Pologne auprès de l'Office  
des Nations Unies et des autres organisations internationales  
à Genève

Mme Lilianna Michalik  
Attachée, Représentation permanente de la Pologne  
auprès de l'Union européenne à Bruxelles

Mme Agnieszka Czupryniak  
Chef, Groupe de travail sur la santé publique,  
présidence polonaise du Conseil de l'Union européenne,  
ministère de la Santé

**Portugal****Représentants**

M. Fernando Leal da Costa  
Secrétaire d'État adjoint du ministre de la Santé

M. Ricardo Baptista Leite  
Membre, Commission parlementaire de la santé

**Suppléants**

Pr José Pereira Miguel  
Président, Conseil exécutif de l'Institut national de santé  
Doutor Ricardo Jorge

Dr Francisco George  
Directeur général de la santé, ministère de la Santé

**République de Moldova****Représentant**

M. Andrei Usatii  
Ministre de la Santé

**Suppléants**

S. E. M. Igor Bodiou  
Ambassadeur de la République de Moldova en Azerbaïdjan

M. Octavian Ionesie  
Conseiller, Ambassade de la République de Moldova  
en Azerbaïdjan

**République tchèque****Représentants**

Dr Vítězslav Vavroušek  
Vice-ministre de la Santé

Mme Jarmila Dvořáková  
Administratrice, ministère de la Santé

**Roumanie****Représentants**

Dr Calin Alexandru  
Directeur, Direction des soins de santé, ministère de la Santé

Mme Eva Racz  
Conseillère personnelle auprès du ministre de la Santé

**Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord****Représentants**

Pr Sally Davies  
Directrice générale de la santé, ministère de la Santé

Pr David Harper  
Directeur général, Amélioration et protection de la santé,  
et scientifique en chef au Département de la santé

**Suppléantes**

Mme Kathryn Tyson  
Directrice, Prestation internationale de la santé  
et de la santé publique, Département de la santé

Dr Nicola Watt  
Codirectrice de la santé mondiale, Département de la santé

**Serbie****Représentants**

Dr Elizabet Paunović  
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

S. E. M. Zoran Vajović  
Ambassadeur de Serbie en Azerbaïdjan

**Suppléante**

Dr Danijela Urošević  
Directrice, Service des relations internationales  
et de l'intégration européenne, ministère de la Santé

**Slovaquie****Représentants**

Dr Gabriel Šimko  
Chargé principal de la santé publique, Autorité de santé publique

Mme Elena Jablonická  
Point de contact de l'OMS, ministère de la Santé

**Slovénie****Représentant**

Dr Dorijan Marušič  
Ministre de la Santé

**Suppléante**

Dr Vesna-Kerstin Petrič  
Chef, Service de la promotion de la santé  
et des modes de vie sains, ministère de la Santé

**Suède****Représentants**

Dr Lars-Erik Holm  
Directeur général de la santé et directeur général  
du Conseil national de la santé et de la protection sociale

M. Niclas Jacobson  
Directeur général adjoint, ministère de la Santé  
et des Affaires sociales

**Suppléants**

Mme Louise Andersson  
Chef de service, ministère de la Santé et des Affaires sociales

Mme Taina Bäckström  
Directrice, Conseil national de la santé et de la protection sociale

Mme Maria Möllergren  
Conseillère juridique, Conseil national de la santé et de la protection sociale

M. Bosse Pettersson  
Conseiller principal, Politique de santé publique, ministère de la Santé et des Affaires sociales

Mme Maria Renström  
Conseillère principale, ministère de la Santé et des Affaires sociales

**Suisse****Représentant**

S. E. Dr Gaudenz Silberschmidt  
Ambassadeur, directeur adjoint et directeur de la Division des affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

**Suppléants**

M. Claude Crottaz  
Directeur adjoint, Division des affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

M. Michael Jordi  
Secrétaire principal, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

**Conseillers**

M. Robert Thomson  
Scientifique, division Affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

Mme Anne-Béatrice Bullinger  
Diplomate, Département fédéral des affaires étrangères

**Tadjikistan****Représentants**

Dr Noursratullo Salimov  
Ministre de la Santé

Dr Ilkhonjon Bandaev  
Chef, Service des relations internationales, ministère de la Santé

**Turkménistan****Représentants**

Dr Dovlet Orazov  
Vice-ministre de la Santé et de l'Industrie médicale

S. E. M. Toyli Komekov  
Ambassadeur du Turkménistan en Azerbaïdjan

**Turquie****Représentants**

Pr Recep Akdağ  
Ministre de la Santé

S. E. M. Hulusi Kılıç  
Ambassadeur de Turquie en Azerbaïdjan

**Suppléants**

M. Ö. Faruk Koçak  
Sous-secrétaire adjoint, ministère de la Santé

M. Mustafa Akçaba  
Conseiller, ministère de la Santé

**Conseillers**

M. Hikmet Çolak  
Directeur général du personnel, ministère de la Santé

M. Nuri Kaya Bakkalbaşı  
Premier conseiller, Ambassade de Turquie en Azerbaïdjan

M. Kamuran Özden  
Chef, Service des relations étrangères, ministère de la Santé

Dr Bekir Keskinliç  
Chef adjoint, Service des relations étrangères, ministère de la Santé

M. Elif Ekmekçi Bor  
Chef, Service de l'Union européenne, ministère de la Santé

M. Seyhan Şen  
Chef adjoint, Service des relations étrangères, ministère de la Santé

Dr Kağan Karakaya  
Chef, Direction générale des soins de santé primaires, ministère de la Santé

Mme Ebru Ekeman  
Conseillère, Mission permanente de la Turquie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Dr Ayşegül Gençoğlu  
Directrice, Agence nationale de la santé publique

Mme Bahar Doğan  
Troisième secrétaire, Ambassade de Turquie en Azerbaïdjan

**Ukraine****Représentants**

M. Oleksandr Tolstanov  
Vice-ministre de la Santé

S. E. M. Oleksandr Mishchenko  
Ambassadeur d'Ukraine en Azerbaïdjan

**Suppléants**

Mme Zhanna Tsenilova  
Chef, Service de l'intégration européenne et des relations internationales, ministère de la Santé

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

Dr Vladimir Zhovtyak  
Chef du Conseil de coordination, Réseau panukrainien des personnes vivant avec le VIH/sida

**II. Observateurs des États membres de la Commission économique pour l'Europe****États-Unis d'Amérique**

M. Colin McIliff  
Attaché chargé des questions de santé, Mission permanente des États-Unis d'Amérique auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

**III. Représentants de l'Organisation des Nations Unies et des institutions apparentées****Banque mondiale**

Dr Elvira Anadolu  
Spécialiste principale dans le domaine de la santé, Unité de développement humain, Région Europe et Asie centrale

**Fonds des Nations Unies pour l'enfance**

*Bureau régional pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants*

Mme Kirsi Madi  
Directrice régionale adjointe

Dr Octavian Bivol  
Conseiller régional, Systèmes et politiques de santé

**Bureau de pays en Azerbaïdjan**

M. Mark Hereward  
Représentant

Dr Rashed Mustafa  
Représentant adjoint

**Office des Nations Unies contre la drogue et le crime**

Dr Arzu Guliyeva  
Chargée de projet national

**Organisation pour l'alimentation et l'agriculture**

Mme Tarana Bashirova  
Représentante assistante en Azerbaïdjan

**Programme alimentaire mondial**

M. Fuad Guseynov  
Chef, bureau de pays, Azerbaïdjan

## IV. Représentants d'autres organisations intergouvernementales

### Conseil de l'Europe

M. Alexander Vladychenko

### Union européenne

#### *Délégation de l'Union européenne auprès de la République d'Azerbaïdjan*

Mme Maryam Haji-Ismaïlova

M. Christophe Casillas

#### *Commission européenne*

Dr Canice Nolan

#### *Délégation permanente de l'Union européenne auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève*

Mme Thea Emmerling

## V. Représentants d'organisations non gouvernementales entretenant des relations officielles avec l'OMS

### Alliance internationale des organisations de patients

Mme Jolanta Bilinska

### Alzheimer's Disease International

Mme Maria Moglan

Pr Magda Tsolaki

### Fédération internationale pharmaceutique (Forum Europharm)

Dr Theodor F. J. Tromp

### Forum européen des associations de médecins/Association médicale mondiale

Dr Ramin Parsa-Parsi

### International Special Dietary Food Industries

M. Ronald Jager

### Medicus Mundi International

M. Remco van de Pas

## VI. Observateurs

### Agence des États-Unis pour le développement international

Dr Faye Haselkorn  
Directrice, Bureau de la démocratie et de la gouvernance,  
et directrice par intérim du Bureau de la santé

Dr Shirin Kazimov  
Spécialiste de la gestion des projets de santé

Dr Mehriban Mammadova  
Spécialiste de la gestion des projets de santé

### Alliance européenne de santé publique

Mme Anne Hoël

### Alliance géorgienne pour la sécurité des patients

Dr Danelia Maka

### Association des écoles de santé publique de la Région européenne

Dr Christopher Birt

Pr Anders Foldspang

### Conseil nordique des ministres

Mme Vilborg Hauksdóttir

### European AIDS Treatment Group

Mme Anna Zakowicz

### Fondation contre la tuberculose KNCV

Dr Peter Gondrie

### Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Dr Valery Chernyavskiy

Mme Sandra Irbe

Pr Michel Kazatchkine

Mme Maria Kirova

### Forum européen de la santé Gastein

Mme Lucy Freundel

Pr Günther Leiner

### Global Health Advocates

Mme Charlotte Goyon

### Interactive Research and Development

Dr Aamir Javed Khan

### Union des personnes vivant avec le VIH/sida, Europe orientale et Asie centrale

Mme Nataliya Leonchuk

M. Sharifor Nofel

## VII. Hôtes et conseillers temporaires

M. Paul Dinsdale

Pr Peter Donnelly

Dr Nigel Edwards

Pr Peter Goldblatt

Pr Ilona Kickbusch

Dr Mihály Kökény

Pr Michael Marmot

S. E. Mme Sandra Roelofs

Dr Iain Scott

Dr Robert Walgate

## Annexe 4

### Allocution de la directrice régionale

M. le président, M. le président exécutif, Mme le directeur général, chers amis, Mesdames et Messieurs,

Je vous accueille chaleureusement à cette session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe. Je tiens à exprimer notre détermination à poursuivre notre travail pour une meilleure santé et un meilleur bien-être et pour une répartition plus équitable de la santé dans la Région européenne de l'OMS, en vertu de la décision que nous avons prise conjointement lors de la séance organisée l'an passé à Moscou, en Fédération de Russie. Bien que l'espérance de vie dans notre région se soit constamment améliorée au cours de ces 20 dernières années, nous devons continuer sur cette tendance et aplanir les inégalités. Or, avec le niveau actuel de connaissances et d'éléments de preuve dont nous disposons, nous pouvons faire davantage et obtenir de meilleurs résultats.

Permettez-moi maintenant de décrire brièvement nos réalisations et nos plans collectifs, ainsi que certains des défis les plus urgents et les possibilités qui s'offrent à nous pour les relever. Je passerai moins de temps sur les réalisations et les réussites, ces dernières étant largement abordées dans mon rapport, et j'aimerais plutôt me concentrer davantage sur les défis restants.

Mais avant cela, je tiens cependant à exprimer nos sincères condoléances à la Norvège pour les événements tragiques qui se sont déroulés durant l'été et pour la perte de vies innocentes. Nos pensées vont aux disparus ainsi qu'à leur famille. À l'OMS, nous avons aussi perdu trois chers collègues dans un lâche attentat perpétré contre le bureau des Nations Unies à Abuja, au Nigéria. Nos pensées vont également à ceux qui ont perdu la vie ou ont été blessés lors d'autres situations d'urgence dans la Région.

Tout d'abord, je voudrais mettre l'accent sur les menaces sanitaires contre lesquelles nous avons mené une lutte réussie dans notre Région depuis le Comité régional de l'an passé, à commencer par les situations d'urgence, les crises de santé publique et les principales maladies transmissibles.

Tout le monde ici présent sait qu'en cas de crise, les citoyens exigent la réaction la plus rapide et la plus efficace possible de la part de leurs autorités sanitaires. Lors de tels événements, les pays peuvent toujours compter sur le soutien de l'OMS.

Comme la crise secouant l'Afrique du Nord a pu le démontrer, la question de la migration et de la santé est une priorité en constante évolution. L'Italie a donc organisé une réunion ministérielle à Rome en avril pour coordonner les efforts consentis en faveur des réfugiés d'Afrique du Nord. Le projet de plan d'action que j'ai présenté lors de cette réunion a été finalisé immédiatement après ; la mise en œuvre a commencé sans tarder, et sera poursuivie pour aboutir, je l'espère, à un plan à long terme sur la migration et la santé au Bureau régional.

Les situations d'urgence ne surviennent pas seulement dans les États membres. Au cours de l'année écoulée, le Bureau régional a en effet connu des situations d'urgence en ses locaux. Depuis l'inondation survenue juste avant la session du Comité régional de 2010, nous avons subi deux nouvelles inondations en juillet et en août de cette année. Nous avons connu un été difficile.

Le Comité directeur d'urgence, présidé par moi-même, a pris des mesures immédiates pour assurer la sécurité du personnel, la continuité des activités, le nettoyage des locaux et la réouverture du Bureau dès que possible. En même temps, nous avons coopéré avec le gouvernement danois afin de trouver des solutions à court, moyen et long termes.

Je tiens à remercier les membres du personnel du Bureau régional pour leur travail dévoué en ces moments difficiles, et les autorités danoises pour avoir pris sans attendre des mesures dans le court terme et formulé avec nous des plans à long terme en vue d'éviter toute inondation à l'avenir. Nous attendons avec impatience la pleine réalisation de ce plan le 1er octobre prochain.

Tous les efforts déployés par le Bureau régional dans le cadre des situations d'urgence sont mis en œuvre dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI). Nous surveillons en permanence tout événement de santé publique pouvant avoir une portée régionale. En 2010-2011, nous avons suivi trois à quatre événements chaque semaine avec les États membres, ce qui témoigne de la nécessité, pour la Région européenne, de poursuivre sa vigilance, et souligne l'importance et l'urgence de l'application intégrale du RSI en Europe. L'une de nos priorités permanentes consiste à aider les États membres à développer et à renforcer leurs principales capacités du RSI avant l'échéance de juin 2012, en partenariat avec l'Union européenne (UE) et d'autres institutions et agences.

L'année dernière, je faisais état, devant cette assemblée, d'une malheureuse épidémie de poliovirus sauvage au Tadjikistan, qui a aussi touché trois autres pays, à savoir la Fédération de Russie, le Kazakhstan et le Turkménistan, et causé une paralysie chez 475 personnes ainsi que 30 décès. Depuis lors, les pays ont fait un excellent travail, avec notre soutien et celui d'autres partenaires. Le dernier cas signalé remonte à la fin septembre 2010, et 45 millions de doses de vaccin antipoliomyélique oral ont été administrées dans le cadre de campagnes synchronisées, organisées avec un très grand succès dans les pays touchés et chez leurs voisins. Sous l'impulsion de l'OMS et avec l'appui ferme du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et d'autres partenaires mondiaux, nous avons été en mesure de mobiliser plus de 9 millions de dollars des États-Unis (USD) pour ces efforts.

En outre, j'ai le plaisir de vous informer que la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite a confirmé le statut « indemne de poliomyélite » de notre Région, mais a averti que le risque de transmission restait élevé dans neuf États membres en cas d'introduction du poliovirus sauvage. J'espère que vous consulterez la carte affichée dans le hall afin de vérifier le statut de votre pays, car nous devons être vigilants et poursuivre nos efforts jusqu'à l'éradication mondiale de la poliomyélite. Je tiens à remercier tous les ministres des pays touchés et des États voisins pour leur fantastique leadership et leur formidable collaboration !

De même, tout votre engagement et tout votre leadership sont nécessaires pour lutter contre les grandes épidémies de rougeole dans la Région, et nous devons redoubler d'efforts pour atteindre les objectifs d'élimination de la rougeole et de la rubéole fixés par le Comité régional l'an passé. La Semaine européenne de la vaccination, une initiative hautement réussie à laquelle ont participé 52 États membres cette année, constitue l'un des moyens d'y parvenir. Dans ce domaine, l'Azerbaïdjan a réalisé énormément de choses.

Je vais maintenant aborder trois autres problèmes alarmants et vous faire part aussi d'une « success story » dans notre Région.

Notre Région a toujours été à la pointe de la prévention et de la lutte contre la tuberculose. Or, nous sommes actuellement confrontés à un grave problème, celui de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (tuberculose-MR et UR). J'ai par conséquent créé un projet spécial visant à prévenir et à combattre la tuberculose-MR et UR dans la Région, en accordant aussi une attention particulière à la tuberculose infantile, cette dernière ayant été auparavant négligée. Afin d'intensifier nos activités et de veiller à organiser une riposte globale pour prévenir et lutter contre la tuberculose-MR et UR, un Plan d'action consolidé pour 2011-2015 est soumis pour approbation au Comité régional.

L'Europe est la première Région de l'OMS à avoir établi un « Comité Feu Vert » au niveau régional (au 1<sup>er</sup> juillet, et il est opérationnel) afin de superviser les efforts déployés et d'aider les États membres à élaborer et à appliquer les plans nationaux de lutte contre la tuberculose-MR. Le Bureau régional collabore étroitement avec tous les partenaires, tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Partenariat Halte à la tuberculose et les institutions de l'UE. Comme le Plan d'action consolidé a été formulé avec nos partenaires et les États membres, sa mise en œuvre sera le fruit d'une action conjointe, en collaboration avec les pays.

Le triplement depuis 2000 du nombre de personnes vivant avec le VIH dans les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale constitue un autre phénomène alarmant. Le VIH touche plus gravement et de manière disproportionnée les groupes socialement marginalisés, au comportement stigmatisé par la société ou illégal. Ces populations clés sont confrontées à des barrières structurelles à l'accès aux services de lutte contre le VIH, et les stratégies fondées sur des bases factuelles ne sont pas entièrement mises en œuvre dans tous les États membres. Par conséquent, bien que la thérapie antirétrovirale se soit avérée importante pour prévenir la transmission du VIH, l'accès à la thérapie en Europe orientale et en Asie centrale est malheureusement l'un des plus faibles au monde. Selon des études récentes, la thérapie antirétrovirale est efficace à 96 % pour réduire la transmission hétérosexuelle du VIH chez les couples où l'un des partenaires est infecté. Ceci justifie davantage le développement de l'accès à cette thérapie et l'intensification du diagnostic et du traitement précoces du VIH.

Pour faire face à cette situation, Le Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 sera présenté jeudi au Comité régional ; ses objectifs pour la Région sont l'arrêt de la propagation du VIH et l'inversement de la tendance, et la garantie de l'accès universel à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins contre le VIH d'ici 2015.

Une autre menace croissante pour la santé, à savoir la résistance antimicrobienne, était le thème principal de la Journée mondiale de la santé de 2011. À cette occasion, nous avons apporté notre soutien à plusieurs activités clés de part et d'autre de la Région européenne, telles que le principal événement de lancement à Moscou, et d'autres manifestations de lancement à Copenhague, Strasbourg, Rome, Kyev et Londres. Nous avons également publié un ouvrage sur la résistance aux antibiotiques sous l'angle de la sécurité sanitaire des aliments.

Le problème est énorme et motivé par des facteurs complexes, notamment l'usage abusif des antibiotiques (non seulement chez l'homme, mais aussi dans le secteur agricole), une réglementation insuffisante et le manque de sensibilisation à cet égard dans de nombreux pays. Malheureusement, aucun nouveau médicament n'est en cours de développement, et nous ne voulons pas perdre notre arme puissante contre les maladies infectieuses.

Le Bureau régional a par conséquent élaboré un Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques, qui vous sera d'ailleurs présenté jeudi. Le Plan s'inspire des activités menées par l'OMS préalablement à la Journée mondiale de la santé 2011 et à l'intention de celle-ci. Il se base également sur l'excellent travail mis en œuvre par l'UE dans ce domaine.

Maintenant, voici la « success story ». Des progrès extraordinaires en vue de l'élimination du paludisme ont été réalisés dans la Région européenne de l'OMS, et maintenant nous sommes sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de la Déclaration de Tachkent, à savoir éliminer le paludisme d'ici 2015. En 2010, seuls cinq pays de la Région ont signalé seulement 176 cas de paludisme contracté sur place. L'OMS a certifié le Turkménistan comme pays exempt de paludisme l'année dernière ; nous espérons que l'Arménie sera certifiée d'ici la fin de 2011, et les experts sont optimistes quant à l'interruption de la transmission du paludisme en Géorgie en 2010. Je tiens à souligner les réalisations de notre pays hôte, l'Azerbaïdjan, dans ses efforts en vue d'éliminer cette maladie.

Permettez-moi maintenant d'aborder la principale charge de morbidité de la Région, « les tueurs silencieux » qui se propagent sous l'effet de l'évolution culturelle et des environnements, et des politiques qui facilitent les comportements malsains.

Vous n'êtes pas sans savoir que la charge des maladies non transmissibles constitue le principal défi de santé publique auquel est confronté chacun de vos pays. Parmi les six Régions de l'OMS, l'Europe et les Amériques partagent le triste honneur d'enregistrer les plus hauts taux de mortalité imputable aux maladies non transmissibles et aux traumatismes. En outre, l'Europe occupe la première place pour presque tous les facteurs de risque.

Néanmoins, l'Europe a aussi été un leader en matière de prévention et de promotion de la santé, et notre expérience dans ce domaine indique qu'il nous est possible de réaliser des améliorations mesurables durant la période couverte par le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016, qui vous sera d'ailleurs présenté lors de cette session du Comité régional. Le Plan d'action s'inspire d'informations factuelles collectées au niveau mondial, prouvant que la charge des maladies non transmissibles n'est pas une charge chronique au niveau de la population. En outre, des résultats rapides à cet égard ont été enregistrés dans de nombreux pays et dans le cadre de nombreux essais, notamment le net repli de la mortalité due aux maladies cardiaques ischémiques dans beaucoup de pays européens au cours de ces deux dernières décennies.

L'année écoulée depuis la session du Comité régional de 2010 a été une année extraordinaire au cours de laquelle on a vu d'énormes progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles, tant au niveau mondial qu'au niveau européen. La consultation régionale organisée à Oslo, en Norvège, a été le théâtre d'un vigoureux débat, mais a aussi abouti à un profond consensus sur la priorité à accorder aux maladies transmissibles au niveau mondial. Il s'agit en fait de la contribution de la Région à la réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles qui se tiendra la semaine prochaine. Le leadership européen s'est aussi fortement exprimé lors la formulation de la Déclaration de Moscou à l'occasion de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles. Celle-ci contient un engagement à l'action qui constitue dans une large mesure le fondement de notre plan d'action européen.

Un plan d'action concret est proposé pour mettre en œuvre la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles, prévention et lutte, d'ailleurs unanimement approuvée en 2006. Celle-ci doit exercer un impact mesurable sur l'épidémie et ses déterminants dans notre Région. Ce sera l'objet d'un débat mercredi. Ce plan d'action correspondra parfaitement à la déclaration finale de la réunion des Nations Unies, à une différence près : la détermination d'objectifs a été abandonnée, et nous procéderons de même.

Je crois que nous pourrions nous appuyer sur les fières traditions et l'expérience de notre Région et, avec l'approbation récente de la Déclaration de Moscou par l'Assemblée mondiale de la santé, le lancement, en avril, du *Rapport sur l'état des maladies non transmissibles dans le monde 2010* et la réunion de haut niveau des Nations Unies, le décor est planté pour une mise en œuvre efficace du plan d'action européen qui, je l'espère, sera adopté par le Comité régional.

En outre, la santé mentale constitue une importante priorité, et l'an prochain nous porterons cette thématique à l'attention du Comité régional. Le centre du Bureau régional sur les maladies non transmissibles, à Athènes, qui est accueilli par le gouvernement grec et sera inauguré ce mois-ci, fournira une capacité supplémentaire à cet important domaine de travail. Je remercie le gouvernement grec pour son engagement et son aide.

Je vais maintenant me pencher sur l'exposition aux déterminants de la santé qui entraînent l'apparition ou permettent la prévention des maladies. La charge des maladies non transmissibles est le résultat d'une séquence complexe, quoique bien comprise, de causalités caractérisée par de multiples points d'intervention. Les quatre maladies et leurs facteurs de risque biologiques sur lesquels nous nous concentrons découlent d'un ensemble modifiable de comportements socialement déterminés et, dans le cadre plus large des tendances mondialisées, du développement de l'urbanisation accrue et du vieillissement de la population.

Nos solutions, tant régionales que nationales, ne peuvent donc se concentrer sur un seul point d'entrée dans ce réseau de causes. Nous devons atténuer les conséquences de ces quatre maladies, en particulier chez les groupes défavorisés. Nous devons influencer les comportements et les facteurs de risque, et nous devons agir sur les déterminants sociaux et environnementaux des maladies non transmissibles, comme dans le cadre de notre travail sur la nouvelle politique européenne de santé. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a toujours été efficace quant à l'action sur ces déterminants, en jouant un rôle pilote en Europe grâce à ses bureaux de Venise, de Rome, de Bonn et maintenant d'Athènes.

Notre objectif global doit être de créer un environnement politique intersectoriel où le choix sain doit être aussi le choix facile, comme le mentionne la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, et conformément à l'approche de la santé dans toutes les politiques si vigoureusement promue lors de la présidence finlandaise de l'UE, et pour laquelle nous nous engageons totalement.

Des progrès probants quant à la lutte antitabac ont été réalisés dans notre Région en 2010-2011, avec l'adhésion de nombreux pays à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et l'élaboration de politiques antitabac strictes. Le directeur général de l'OMS, et c'est un honneur pour notre Région, a remis son prix de reconnaissance spéciale au Premier ministre grec pour son rôle de chef de file dans la lutte antitabac par l'adoption d'une approche pangouvernementale très fermement soutenue par le ministre de la Santé et de la Solidarité sociale, M. Loverdos.

Il existe un facteur déterminant pour lequel il faut désormais réaliser davantage de progrès. Je veux parler de l'alcool. Nous avons besoin d'un engagement renouvelé pour lutter contre l'usage nocif de l'alcool qui est le deuxième facteur de risque de mortalité et d'incapacité dans notre Région, juste après le tabagisme. Le *Rapport de situation sur l'alcool et la santé en Europe 2010*, publié par le Bureau régional en janvier 2011, apporte des preuves manifestes à cet effet. Telle est la raison pour laquelle le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020, qui est entièrement compatible avec la stratégie mondiale et la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé, a été formulé. Comme un menu dans lequel vous pouvez opérer votre choix, ce plan d'action présente de nombreuses options de mesures fondées sur des bases factuelles. Les principaux domaines d'interventions politiques dans les plans d'action consacrés à l'alcool et aux maladies non transmissibles sont de nature intersectorielle et portent sur certains sujets de réglementation.



La Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui s'est tenue à Parme, en Italie, a donné une nouvelle impulsion aux activités du Bureau régional dans cet important domaine, et renforcé la gouvernance du processus européen Environnement et santé, en s'appuyant sur l'excellente tradition de collaboration entre les deux secteurs. Tout cela a conduit à l'établissement du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé qui s'est réuni pour la première fois à Paris en mai 2011, et a convenu de la manière de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des engagements et des objectifs approuvés par la Déclaration de Parme. Viendra ensuite la réunion du Groupe de travail européen Environnement et santé, qui réunira homologues nationaux, intervenants et partenaires encadrant la mise en œuvre des engagements de Parme au niveau national, et sera accueillie par la Slovénie en octobre.

Avec d'autres agences des Nations Unies, le Bureau régional participe à l'élaboration du rapport régional européen sur le développement durable pour la Conférence des Nations Unies sur le développement durable, qui se tiendra à Rio de Janeiro, au Brésil, en 2012 ; notre Bureau dirige, en collaboration avec ses partenaires, la rédaction conjointe d'un chapitre sur les dimensions sociales et sanitaires.

Un examen approfondi des activités du Bureau régional sur l'environnement et la santé a été réalisé, dans la mesure où il a fallu fermer le bureau de Rome à la fin de 2011, en raison d'un changement dans les priorités du gouvernement italien. Je voudrais saisir cette occasion pour souligner le rôle important joué par le bureau de Rome et sa contribution pendant ces 20 années au processus Environnement et santé, et remercier le gouvernement italien pour son généreux soutien au centre au cours de ces deux dernières décennies.

Un accord avec le gouvernement allemand permettra de développer le bureau de Bonn, en consolidant les programmes sur l'environnement et la santé de Bonn d'ici janvier 2012, avec l'appui d'un petit noyau essentiel de personnes à Copenhague. Je remercie le gouvernement allemand pour son soutien.

Des progrès significatifs ont été accomplis en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en rapport avec la santé dans certains domaines. Cependant, alors que ces progrès varient considérablement dans la Région européenne, j'ai fait des OMD une priorité au niveau de l'ensemble du Bureau, et nommé un représentant spécial à ce sujet.

L'OMS est l'agence chef de file du groupe de travail interagences des Nations Unies sur la lutte contre les inégalités dans la réalisation des OMD en rapport avec la santé, afin de convenir d'une approche cohérente et coordonnée par le système des Nations Unies. Une première ébauche du rapport du groupe est disponible à cette session du Comité régional sous la forme d'un document d'information afin que vous puissiez y apporter vos commentaires. En outre, nous avons eu le privilège de collaborer avec la Première Dame de Géorgie, Mme Sandra Roelofs, après sa nomination comme Ambassadrice de bonne volonté de l'OMS dans la Région européenne pour les OMD en rapport avec la santé.

Je voudrais à présent me concentrer sur les systèmes de santé – y compris sur la dimension de la santé publique, qui a été redynamisée dans notre travail.

La mise en œuvre intégrale de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, est une priorité, et elle ira de pair avec la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020. Les deux se renforcent mutuellement : sous l'influence de Santé 2020, les travaux visant à consolider les systèmes de santé ont été plus centrés sur les résultats à obtenir en matière de santé, et Santé 2020 ira bien au-delà encore, redynamisant la santé publique et la gouvernance.

Un rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte est à l'ordre du jour du Comité régional pour mardi. Des échanges avec les États membres ont confirmé que la Charte de Tallinn avait enclenché un dialogue plus animé sur les politiques afin de préserver les systèmes de santé, de les réformer et d'investir dedans ; ils ont également confirmé que les pays mettaient en pratique les valeurs et objectifs stratégiques de la Charte de Tallinn.

Comme cela a été mentionné, nous élaborons une nouvelle stratégie centrée sur les systèmes de santé pour des résultats, par exemple en appliquant l'approche des systèmes de santé, ou pensée systémique, à des affections telles que les maladies non transmissibles, la tuberculose-MR et UR, etc. Cette nouvelle manière d'aborder les systèmes de santé et la santé publique est le produit de 15 années de travaux génériques pour renforcer les systèmes de santé, en mettant en place les divers éléments

pour garantir une orientation stratégique des systèmes de santé vers des résultats. Cette façon d'aborder les choses requiert de placer au centre la fourniture de services, sur trois piliers :

1. le point de départ sont les résultats escomptés en matière de santé et les priorités ;
2. ensuite, il s'agit de se concentrer sur des stratégies optimales de fourniture de services, dans lesquelles le contenu provient des domaines techniques ; et
3. de déceler les obstacles qui empêchent les systèmes de santé de fournir des services efficaces, qui peuvent être regroupés sous les en-têtes suivants : fourniture de services, gouvernance, financement et ressources.

Nous sommes également en train de concevoir un ensemble consolidé de stratégies et de services en matière de renforcement des systèmes de santé, incluant les outils et instruments visant à assister les États membres aujourd'hui et demain ; cet ensemble est disponible pour le Comité régional sous la forme d'un document d'information.

En matière de la santé, la toile de fond européenne et mondiale a changé. La crise financière nous impose à tous de contrôler minutieusement les dépenses de santé, et la multiplication des maladies non transmissibles, couplée à d'autres défis, souligne une fois de plus la nécessité de réactions impliquant tout le système. Dans ce contexte, les politiques cadres nationales de la santé avec analyse de tout le système prennent plus d'importance que jamais. Il s'agit d'un projet chapeauté par le Groupe de politique mondiale, et c'est une priorité.

Pour exploiter de la manière la plus efficiente de maigres ressources, il est essentiel que les mesures préventives jouent un plus grand rôle, que les fonctions de la santé publique soient renforcées et que la stratégie de la santé dans toutes les politiques soit encouragée et fasse son chemin. Ce sont également des éléments essentiels de notre nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020. Comme vous l'aurez vu, il est prouvé que la prévention peut amener des retombées positives plus rapidement qu'on ne le pensait auparavant. J'ai commandé une étude sur les aspects économiques de la prévention auprès de l'Observatoire, réalisée avec le concours du scientifique en chef du Bureau régional.

Les services de santé publique représentent pour nous une priorité car ils sont essentiels pour protéger et promouvoir la santé et pour prévenir la maladie, et puisqu'ils sont peut-être le moyen le plus efficace et le plus économique d'améliorer la santé de toute la population. J'ai donc décidé de repositionner les services de santé publique comme un élément essentiel de l'approche des systèmes de santé, et un cadre d'action complémentaire à Santé 2020 vous sera présenté mardi par un premier débat. Nous prévoyons de présenter le résultat final au Comité régional l'année prochaine.

J'invite les pays de notre Région à se joindre à nous pour évaluer leurs opérations, fonctions et capacités essentielles de santé publique en employant l'outil conçu à cette fin. C'est nécessaire pour fournir des données probantes qui seront à la base du plan d'action pour le renforcement des capacités et services de santé publique en Europe, qui vous sera présenté lors de la session 2012 du Comité régional à Malte, en même temps que la version finale de Santé 2020.

Autre pas vers un renforcement de la santé publique : j'ai le grand plaisir de vous annoncer que l'école de santé publique du Kazakhstan a honoré la promesse qu'il avait faite au Comité régional en 2010 et a créé une bourse d'études annuelle pour la santé publique. Je me réjouis également de pouvoir vous annoncer que le guide publié en mémoire de Jo Eirik Asvall a été un véritable bestseller.

Je considère l'évaluation de la performance des systèmes de santé comme un outil de plus en plus employé et essentiel pour la gouvernance de la santé au XXI<sup>e</sup> siècle, et nous exhortons tous les États membres à procéder à leur propre évaluation des performances pour garantir un processus participatif dans lequel les pays se sentent parties prenantes. La raison en est que les stratégies nationales se fondent sur ces évaluations, et de meilleurs résultats obtenus dans le domaine de la santé et une meilleure équité en santé occupent une place de choix dans le processus d'évaluation et le rapport.

Aider les États membres à évoluer vers une couverture universelle et à la maintenir malgré la pression fiscale, tel a été l'objectif central des travaux du Bureau régional sur le financement de la santé ; en 2010-2011, ce thème a été mis sous les feux de

la rampe avec des publications qui feront date, comme *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition* (Mise en œuvre de réformes du financement de la santé : leçons à retenir des pays en transition) et le rapport sur le maintien de l'équité et de la solidarité, et la poursuite de l'amélioration de la situation sanitaire dans le contexte de la crise financière. En outre, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a participé à l'élaboration du *Rapport sur la santé dans le monde 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. En 2011, nous avons poursuivi nos efforts avec la préparation d'un plan d'action faisant suite au *Rapport sur la santé dans le monde 2010*, et ce plan d'action orientera nos travaux sur le financement de la santé au cours de la prochaine période biennale.

L'accent placé à nouveau sur la couverture universelle a aidé les pays à se concentrer sur l'atténuation des effets néfastes des mesures d'austérité fiscale sur la santé et sur les systèmes de santé. Par exemple, le Bureau régional a travaillé en étroite collaboration avec l'Estonie, l'Irlande et la Lettonie.

À cet égard, je suis fière de mentionner que le premier cours de l'OMS sur le financement de la santé a été organisé à Barcelone en 2011, avec pour thème spécial la couverture universelle. De plus, le Bureau régional a continué ses cours pour les pays baltes et la Pologne, l'Asie centrale, le Caucase et la République de Moldova. Tous ces cours ont attiré la participation franche et massive de décideurs politiques de toute la Région, qui se sont montrés très satisfaits et ont grandement apprécié les liens étroits avec le travail dans les pays.

L'avant-dernière orientation stratégique couverte dans mon rapport a trait à l'information et à la communication en matière de santé.

En 2010-2011, le Bureau régional a beaucoup progressé sur le plan de l'information sanitaire ; celle-ci est capitale car elle fournit les bases factuelles qui sous-tendent notre travail dans tous les domaines. Je vous invite aux démonstrations quotidiennes qui ont lieu dans le foyer pendant les pauses.

Avec tous nos partenaires, y compris l'UE, nous mettons actuellement au point un système d'information sanitaire commun, et une stratégie d'information sanitaire pour l'Europe sera au programme du Comité régional en 2012. De même, nous avons travaillé sur la communication, en recourant à beaucoup de nouveaux outils comme les médias sociaux, ce qui permet une communication plus efficace.

Dans ce dernier volet de mon discours, je voudrais commencer par mettre l'accent sur la priorité absolue, Santé 2020. Ensuite, je vais brièvement mentionner notre nouvelle structure organisationnelle et nos partenariats stratégiques, et enfin, j'évoquerai brièvement la gouvernance et le financement, qui sont alignés avec le processus de réforme de l'OMS.

Nous avons beaucoup travaillé sur la grande initiative européenne pour les politiques de santé, Santé 2020, dont nous discuterons plus tard dans la journée et demain. Comme bon nombre d'entre vous vous en souviendrez, l'Europe a une politique européenne de la santé depuis 1982, date à laquelle le Comité régional a approuvé la stratégie de la Santé pour tous. Ensuite, en 1984, 38 objectifs ont été adoptés.

Après deux actualisations, en 1991 et en 1998, le Comité régional de 2005, dans sa résolution EUR/RC55/R4, a approuvé une nouvelle version actualisée et a demandé un rapport sur la politique-cadre de la Santé pour tous en 2008. De plus, l'année dernière, vous m'avez priée de rédiger un rapport pour 2012, et de réaliser ce travail dans le cadre d'un processus biennal réellement participatif. C'est ce que nous avons fait.

Je suis très heureuse de pouvoir vous annoncer que votre demande et votre décision ont trouvé écho dans toute l'Europe. Je pense que nous avons lancé un mouvement qui nous amènera non seulement en 2012, mais aussi bien au-delà. Ce sentiment est né des commentaires qui m'ont été personnellement communiqués lors des conférences de nombreux pays : qu'une telle politique vient très à point, qu'elle aurait dû exister depuis longtemps, qu'elle est juste ce que les gens recherchent et ce qu'il faut pour les aider dans ce qu'ils font. Ce sont ces commentaires qui, peut-être, devraient être le point le plus gratifiant pour le Comité régional, car ils montrent que ce que vous avez décidé l'année dernière est effectivement tout à la fois utile et historique.

En 2010-2011, le Bureau régional a cherché à se renforcer en concentrant dans ses bureaux de Copenhague les politiques de base ainsi que les fonctions stratégiques et techniques, en rationalisant les bureaux géographiquement dispersés et en assurant une coordination avec eux, en intégrant les travaux des bureaux de pays. Afin de soutenir le processus décisionnel concernant

une meilleure intégration des bureaux géographiquement dispersés et des bureaux de pays au Bureau régional, j'ai mis en place deux groupes d'experts externes pour effectuer un audit indépendant de chacun d'eux. Les deux groupes ont fait état de leurs conclusions en novembre 2010.

Une collaboration intensive s'est poursuivie avec tous les pays, et elle reste une importante priorité.

Le Bureau régional a mené une analyse approfondie de ses fonctions de base et a terminé sa réorganisation, en adaptant ses structures et ses ressources humaines à ses nouvelles priorités. Du personnel a été recruté (ou détaché) pour occuper des postes techniques à responsabilités essentielles à la mission de l'Organisation. Les incertitudes financières n'ont pas aidé (comme vous vous en serez assurément rendu compte), et je suis reconnaissante à tous les États membres qui nous ont soutenu malgré leurs propres difficultés. Par ailleurs, nous avons mis en place une commission interne pour encourager la mise en place d'un environnement de travail favorable et dynamique ; cette commission a formulé des recommandations qui ont été approuvées et sont actuellement suivies d'effet.

Les réseaux – par exemple, entre les centres collaborateurs de l'OMS et les instituts et écoles nationaux de la santé publique – sont d'excellents véhicules pour la santé publique, et ils sont en train d'être renouvelés et redynamisés. Cela nous donnera du travail pour les mois à venir.

Le directeur général de l'OMS, le docteur Chan, m'a demandé d'assumer une fonction globale pour les relations avec l'UE, et de présider la commission d'orientation de l'OMS chargée de ce dossier. Comme en 2010, le Bureau régional continue à établir et à renforcer une collaboration étroite avec les pays occupant la présidence de l'UE, et ce avant et pendant leur mandat, pour une cohérence et une synergie ; nous avons travaillé avec l'Espagne et la Belgique en 2010, la Hongrie et la Pologne en 2011 et avons commencé à travailler avec le Danemark et Chypre en 2012.

La neuvième réunion des hauts responsables de l'OMS et de la Commission européenne a eu lieu en mars 2011, en présence du directeur général et de trois directeurs régionaux. Après des débats très productifs, il y a eu accord complet sur six feuilles de route pour les priorités stratégiques convenues en vue d'une collaboration. De plus, le Bureau régional a reconduit le protocole d'accord avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Nous avons également pris des mesures pour renforcer notre collaboration avec la Banque mondiale, le Fonds mondial et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et avons rejoint l'équipe régionale de développement des Nations Unies.

Nous avons fait beaucoup de progrès dans nos relations avec d'autres agences des Nations Unies, garantissant ainsi une cohérence et une coordination. Au sein de l'OMS, le Bureau régional a accueilli la réunion des équipes de directeurs régionaux à Copenhague en mars 2011. Nous avons également une meilleure collaboration avec des associations et forums.

Nous élaborons actuellement une stratégie sur les partenariats à soumettre au Comité régional en 2012, en conformité avec la réforme de l'OMS.

Toujours en conformité avec la réforme de l'OMS, nous nous sommes attachés à améliorer les fonctions de gouvernance au sein de l'OMS. Il s'agissait notamment de renforcer les organes directeurs de la Région : soumettre les politiques, les stratégies et plans d'action européens pour décision au Comité régional de l'OMS pour l'Europe, afin de rendre le programme plus participatif pour les représentants, tout en ajoutant des événements comme journées ministérielles.

En 2010, afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble et d'améliorer la transparence, le nombre de membres du Comité permanent du Comité régional (CPCR) a été porté à 12 pays au lieu de 9. Tous les États membres ont été conviés à assister à la quatrième session du CPCR. Une réunion des délégations européennes a précédé la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2011, et des réunions de coordination quotidiennes se tiennent avec les États membres européens durant l'Assemblée mondiale et les réunions du Conseil exécutif, pour renforcer les liens entre mécanismes de gouvernance mondiaux et régionaux. Il est très important que les 53 États membres assistent tous à ces réunions, comme nous en avons discuté avec les ministres de la Santé au cours de la réunion qui a précédé cette session du Comité régional.

Enfin, quelques mots sur le financement : si l'on considère nos rentrées actuelles, soit 228 millions d'USD à la date d'août 2011, nos rentrées devraient, à la fin de la période biennale 2010-2011, être comparables à celles des périodes biennales antérieures.

Pour ce qui est des rentrées/dépenses par objectif stratégique pour 2010-2011, le Bureau régional a une bonne situation macro-financière pour tous les objectifs stratégiques, sauf le 12 et le 13. Cependant, au cours de cette période biennale, nous avons été confrontés à des déficits de financement très importants pour presque tous les objectifs stratégiques. Cela était dû à l'affectation d'une grande partie des fonds à des fins précises, ce qui continue d'être un problème tant au niveau mondial que dans la Région européenne. Nous avons surmonté ce problème par des rapports d'avancement réguliers, un examen minutieux des sommes attribuées et un suivi par le directoire. Néanmoins, cette affectation d'une grande partie des fonds à une fin précise – souvent sans provision adéquate permettant le paiement des salaires et le soutien managérial et administratif nécessaire pour les travaux techniques et les bureaux de pays – fera naître de nombreuses difficultés au cours de la prochaine période biennale.

Comme le montre la répartition entre les Régions des fonds mobilisés par le Siège de l'OMS, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est celui qui reçoit le moins de ces moyens, de sorte que c'est celui qui doit le plus compter sur lui-même. Cette question nécessite des discussions plus approfondies, et le processus de réforme fournit une bonne occasion d'en avoir : les États membres déclarent qu'ils ne veulent pas payer l'OMS deux fois – et ils ont raison.

Afin de nous aider à mobiliser les moyens requis pour soutenir nos États membres, le Bureau régional a rédigé des plaidoyers pour chacun des objectifs stratégiques de l'OMS. Ces documents spécifient les mesures que nous prendrons si nous recevons les fonds nécessaires, et je lance un appel pour que vous nous mainteniez votre soutien, y compris dans de nouveaux pays donateurs.

Nous apprécions grandement le soutien que vous continuez à nous apporter, et je me réjouis d'avance des fructueux débats que nous aurons durant cette session du Comité régional. Merci.

## Annexe 5 Allocution du directeur général

M. le Président, Excellences, Mesdames et Messieurs les ministres, Mesdames et Messieurs les délégués, Mme Jakab, Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi de saisir à nouveau cette occasion pour remercier le gouvernement de la République d'Azerbaïdjan de nous accueillir pour cette session, de façon si agréable et si attentive.

J'ai effectué une visite officielle dans ce pays en 2008, et j'ai été personnellement très impressionnée, et le suis toujours, par l'hospitalité chaleureuse de son peuple, la richesse de son patrimoine culturel et le solide attachement de son gouvernement au développement de la santé ; et je peux voir les grands progrès que ce pays a faits au cours des cinq dernières années.

Comme le Premier ministre me l'a dit au cours de cette visite, entre autres, la responsabilité de la création d'une société en bonne santé s'étend bien au-delà des mesures prises dans le secteur de la santé.

Un gouvernement qui fait en sorte que la richesse du pays profite à sa population est le meilleur qui soit. Vos investissements dans les soins de santé sont impressionnants, mais n'oubliez pas l'importance des soins de santé primaires et des maladies non transmissibles. L'approche interministérielle du développement que votre gouvernement a adopté dans le domaine de la santé et les initiatives prises dans différents secteurs viennent compléter l'impulsion générale en faveur d'une meilleure santé.

Mesdames et messieurs,

Pourquoi la session du Comité régional est-elle si importante ? Malgré la diversité des points à examiner au cours de cette session, je pense pouvoir formuler trois observations d'ordre général sur votre ordre du jour et les documents qui l'accompagnent.

En premier lieu, il s'agit d'un ordre du jour ambitieux et courageux. Je pourrais même dire téméraire, en particulier à un moment où de nombreux pays de la Région se trouvent confrontés à de graves restrictions financières.

Pour ce qui est des travaux en vue du projet Santé 2020, ce que vous visez n'est rien de moins qu'un renouvellement des programmes de santé publique dans la Région européenne.

Vous souhaitez renouveler la capacité du Bureau régional à soutenir les ministres de la Santé lorsqu'ils veulent relever des défis extrêmement complexes, ou pour employer vos propres termes, des problèmes particulièrement « pernicieux ».

Vous vous apprêtez également à faire face à de nouveaux problèmes graves puisque le climat change, la mondialisation de modes de vie peu sains se propage rapidement et si largement, les populations vieillissent, les coûts de la santé montent en flèche, et l'aggravation de la situation économique se confirme.

De nombreux problèmes auxquels se trouve actuellement confrontée cette Région sont en fait des dommages collatéraux que subit la santé du fait de politiques dans d'autres secteurs, ou des systèmes internationaux qui régissent la façon dont notre monde hautement interconnecté et interdépendant fonctionne.

Comme nous le savons tous, ces systèmes, qu'il s'agisse du commerce ou de la finance mondiale, sont source de profits, mais la répartition équitable de ces profits n'est presque jamais un objectif de politique explicite.

J'en viens ainsi à ma deuxième observation. Conformément aux valeurs traditionnelles de cette Région, la justice et l'équité sont l'une de vos préoccupations majeures. Mais vous êtes également profondément déterminés à vous attaquer aux causes profondes, aux véritables raisons des lacunes qui existent aujourd'hui dans les résultats en matière de santé, dans l'accès aux soins, et dans les possibilités de mener une vie meilleure.

Votre détermination à influencer sur les déterminants sociaux de la santé transparaît immédiatement dans l'ensemble de l'ordre du jour, mais tout particulièrement dans les plans d'action pour lutter contre le VIH/sida et pour combattre les formes de tuberculose pharmacorésistante.

Vous souhaitez atteindre les populations migrantes, les sans-abri, les populations marginalisées par la stigmatisation et la discrimination et les personnes ayant des comportements à risque, tels que les consommateurs d'alcool ou de drogues injectables.

De manière complémentaire, les moyens d'améliorer les capacités et les services en matière de santé, y compris par l'intermédiaire des soins de santé primaires, ouvrent la voie à une plus grande équité dans l'accès aux soins et à une plus grande efficacité dans la prestation des services.

C'est là le plus grand des défis : obtenir des bénéfices sanitaires maximums, mesurables et équitables, à un moment où les budgets pour la santé, aux niveaux national et international, stagnent ou diminuent.

Et voici ma dernière observation. Nous pouvons relever ce défi. Les documents dont vous disposez montrent comment y parvenir moyennant un nombre limité d'interventions intelligentes, reposant sur des bases factuelles et ayant un impact avéré.

Si nous voulons conserver l'élan en faveur d'une santé meilleure qui a marqué le début de ce siècle, les programmes de santé doivent montrer leur souci d'efficacité et leur refus de tout gaspillage. Vos documents, et en particulier vos plans d'action, le font admirablement.

Le Rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn nous apprend, ce qui est tout aussi important, que les engagements ambitieux peuvent réellement se concrétiser, même dans le climat actuel de restrictions financières.

J'en conviens. La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité a été une étape marquante pour les politiques de santé dans la Région européenne et constitue une réalisation phare de ce Bureau régional.

Elle a été rapidement mise à l'épreuve puisqu'elle a été adoptée en 2008 – vous vous en souvenez – exactement au moment où les perspectives mondiales se sont brusquement assombries, avec le passage de la prospérité à une austérité sévère.

Comme vous l'avez remarqué, plusieurs pays ont fait de cette crise économique l'occasion politique d'un changement dans les priorités, afin de parvenir à des gains d'efficacité pour réduire les effets négatifs sur les populations défavorisées et vulnérables. À un moment où les dépenses publiques font l'objet d'un examen minutieux, les efforts permettant de soutenir les résultats des systèmes de santé ont également permis d'attester de l'efficacité de ces résultats, démontrant l'utilisation responsable des fonds.

Permettez-moi de mettre en particulier l'accent sur le réseau « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information » (Informations sur la fixation des prix et sur le remboursement des produits pharmaceutiques) en tant que moyen avisé et efficace d'économiser de l'argent dans l'un des domaines de la santé où les dépenses sont les plus importantes.

Comme il a été si bien dit dans la Charte de Tallinn : « il est inacceptable, aujourd'hui, de devenir pauvre en raison d'un mauvais état de santé ».

Les progrès accomplis pour satisfaire les engagements contenus dans la Charte confirment la pertinence et l'importance de ce principe aujourd'hui. Cela est extrêmement encourageant dans un monde troublé par des crises qui se succèdent les unes après les autres.

Mesdames et Messieurs,

J'adhère au sentiment d'optimisme qui transparaît dans plusieurs de vos documents : les pays peuvent changer radicalement la situation en matière de santé en saisissant les bonnes occasions pour l'action. Grâce aux interventions fondées sur des bases factuelles et aux choix politiques intelligents, il est parfaitement possible de maintenir la dynamique en vue d'améliorer la santé.

La collaboration multisectorielle, notamment en ce qui concerne la prévention et la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles, constitue une telle occasion. En fait, beaucoup d'entre vous ont évoqué les approches pangouvernementales, d'ailleurs essentielles pour la plupart de ces problèmes « pernicieux » que vous avez l'intention de résoudre.

Par exemple, comme il est clairement indiqué dans votre plan d'action sur l'alcool, la réduction de l'usage nocif de l'alcool dépend en fait de l'action concertée des autorités nationales, de la police de la circulation, des responsables de l'octroi de licences, du système de justice pénale et des autorités de sécurité, en plus des responsables de la santé.

Elle dépend en outre du soutien des organisations de la société civile, d'autant plus que ces groupes peuvent exercer des pressions pour garantir des contrôles plus stricts ainsi qu'un respect plus rigoureux des mesures destinées à lutter contre l'ivresse au volant.

Mais, comme vous l'avez aussi remarqué, les ministères de la Santé ne disposent pas souvent de suffisamment d'autorité dans la hiérarchie gouvernementale pour amorcer des changements en dehors de leur propre domaine de responsabilité. Alors que la politique Santé 2020 est en train de prendre forme, il est évident que les ministères de la Santé ont besoin de davantage de poids politique.

Paradoxalement, les ministres de la Santé peuvent se retrouver dans une position sans précédent leur permettant de prendre ce poids politique en raison de deux tendances particulièrement troublantes. Ce sont des tendances qui requièrent d'ailleurs l'attention de la communauté internationale, et nécessitent une action au plus haut niveau des pouvoirs publics.

La première concerne les principales priorités politiques en matière de stabilité et de sécurité internationales. Je ne fais pas allusion à la sécurité sanitaire, à la sécurité humaine, ou à la sécurité épidémiologique. Je veux parler de la sécurité contre les menaces posées par les troubles sociaux et la défaillance de l'État.

Je veux aussi parler de la sécurité contre l'engagement de conflits qui peuvent nécessiter une intervention internationale et nécessitent toujours une aide humanitaire massive qui, de nos jours, peut être particulièrement difficile et dangereuse à assurer.

Tout comme la crise financière de 2008, l'éveil arabe de cette année a pris une bonne partie du monde par surprise. Avec du recul, un grand nombre d'experts et d'analystes estiment que les événements amorcés en Tunisie et en Égypte étaient prévisibles.

Ils évoquent les inégalités traditionnelles en matière de revenus, d'opportunités, en particulier chez les jeunes, et en ce qui concerne l'accès aux services sociaux comme la cause première de la lutte pour le changement. Ils font référence à ce qu'il est convenu d'appeler la « vague montante des attentes » qui alimente historiquement les protestations et les révolutions.

Ils font référence à des pays où l'économie est en croissance constante tandis que davantage de personnes chaque année tombent en dessous du seuil de pauvreté. Ils font référence à des pays qui ont perdu leur classe moyenne.

Et ils concluent qu'une plus grande équité doit être le nouvel impératif politique et économique si, en fait, nous souhaitons édifier un monde à la fois stable et sûr.

La santé publique, qui est si bien placée pour améliorer l'équité, serait favorable à un tel changement dans la pensée de haut niveau.

La deuxième tendance, sur laquelle vous vous pencherez d'ailleurs, concerne la recrudescence des maladies chroniques non transmissibles. La réunion de haut niveau de la semaine prochaine, à l'occasion de l'Assemblée générale des Nations Unies, doit constituer un signal d'alarme, non pas pour la santé publique, mais pour les chefs d'État et de gouvernement.

En effet, la note présentée par ces maladies est particulièrement salée. Selon une étude menée récemment par le Forum économique mondial et l'Université de Harvard, il est estimé qu'au cours des 20 prochaines années, les maladies non transmissibles coûteront à l'économie mondiale plus de 30 billions de dollars des États-Unis (USD), soit 48 % du produit intérieur brut mondial en 2010. Si aucune mesure n'est prise à leur encontre, ces maladies onéreuses ont le pouvoir d'engloutir les avantages des gains économiques, tout en forçant des millions de personnes à vivre en dessous du seuil de pauvreté.

Si les professionnels de santé et de la médecine peuvent plaider en faveur de changements de mode de vie et d'une réglementation antitabac stricte, traiter les patients et émettre des factures pour les soins médicaux, ils ne peuvent pas restructurer les milieux sociaux de manière à ce que les comportements et les choix sains soient aussi les plus faciles.

Quand un problème, comme l'obésité, est particulièrement répandu dans une population, la cause n'en est pas l'échec de la bonne volonté des individus, mais l'échec de la volonté politique au plus haut niveau.

Votre plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles mérite une mention spéciale. Comme 86 % des décès dans cette Région sont imputables à ce vaste groupe de maladies, je peux comprendre pourquoi le plan est si rigoureux et si ciblé.

Il a du mordant, notamment quand il préconise le plein recours aux politiques fiscales et au contrôle des pratiques de marketing pour influencer la demande de tabac, d'alcool et d'aliments riches en matières grasses saturées et *trans*, et en sucre.

Comme mentionné, la teneur des aliments transformés en sel est l'une des principales raisons pour laquelle la consommation quotidienne de sel dans la plupart des pays dépasse les recommandations de l'OMS. D'ailleurs, je me rallie entièrement à cet avis : la réduction de la consommation de sel est l'une des interventions de santé publique les plus rentables et les plus accessibles financièrement.

L'approche adoptée dans le plan d'action est similaire aux intentions de l'OMS en ce qui concerne ses listes modèles de médicaments essentiels. Il s'agit, en d'autres termes, de rationaliser l'utilisation des maigres ressources de manière à apporter le maximum d'avantages au plus grand nombre de personnes. J'attends avec impatience l'adoption et la mise en œuvre du plan d'action, et cette Région montrera la voie à suivre.

Mesdames et Messieurs,

Comme je le disais, vous êtes en train de rendre une nouvelle jeunesse au programme de santé publique pour la Région européenne. Dans le cadre de son programme de réformes actuel, l'OMS aussi suit une cure de jouvence.

Depuis la création de l'OMS, voici plus de 60 ans, les besoins mondiaux en matière de santé ont considérablement changé ; pendant la première décennie de ce siècle, ils ont évolué à une vitesse exceptionnelle. L'OMS continue de jouer un rôle de premier plan en matière de santé mondiale, mais a besoin d'évoluer au rythme de ces changements.

Les priorités doivent correspondre aux besoins sanitaires qu'il faut satisfaire de toute urgence, ce que l'OMS, de par sa position unique, est bien placée pour faire, et le financement doit être adapté à ces priorités. Pour plus d'efficacité, de flexibilité et d'impact, il faut une discipline budgétaire et une modification des procédures de recrutement et d'organisation du personnel à l'OMS.

Un style de commandement plus décidé de la part de l'OMS peut favoriser une plus grande cohérence dans les interventions de multiples partenaires et une meilleure adéquation entre ces interventions et les priorités et capacités des pays bénéficiaires.

Pour ces raisons, j'ai lancé en 2010 un processus de consultation sur le financement futur de l'OMS, qui va bientôt aboutir à un plan de réforme pour l'Organisation.

Les réformes proposées sont de grande envergure ; elles englobent les activités techniques de l'OMS et les tâches de management, ainsi que les mécanismes de gouvernance qui donnent une orientation à ces activités.

Les réformes sont ambitieuses, et l'amélioration de la situation sanitaire des pays est considérée comme le principal étalon de la performance globale de l'OMS.

Ces réformes – et c'est le point le plus important – sont dictées par les besoins et les attentes des États membres, et modulées en fonction des conseils formulés collectivement par ces derniers.

Je suis pleinement consciente des difficultés, mais je reste très engagée, enthousiaste et confiante quant au fait qu'une étroite collaboration avec les États membres, le personnel et nos partenaires rendra l'OMS plus efficace, plus transparente et plus responsable, plus forte dans les domaines où l'on a vraiment besoin d'elle, et plus performante dans la gestion des priorités pour lesquelles elle est efficace comme nulle autre.

Surtout, le résultat doit être une OMS bien positionnée pour relever les défis actuels et futurs, afin d'améliorer la situation sanitaire dans un monde complexe.

Je remercie ce Comité régional de mieux clarifier bon nombre de ces défis « pernicieux », et de concevoir des solutions réalisables. Le point essentiel est peut-être que ces solutions réaffirment le système de valeurs qui anime les travaux de l'OMS aux trois niveaux de cette Organisation.

Mesdames et Messieurs,

Il me faut développer un dernier argument.

Je suis pleinement consciente du fait qu'en m'adressant à ce Comité régional, je m'adresse aussi à des représentants de pays qui ont traditionnellement été les plus généreux bailleurs de fonds de l'OMS. Je veux vous remercier pour toute l'aide que vous avez apportée à l'Organisation.

Dans nombre de vos pays, d'intenses pressions internes remodelent l'assistance au développement, mettant résolument l'accent sur la rentabilité et demandant avec de plus en plus d'insistance de démontrer que les investissements débouchent sur des résultats mesurables. Le travail de la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant, réalisé avec le concours de l'OMS, a été une réaction à cette tendance.

Cette tendance amène deux problèmes que l'OMS doit surmonter dans le cadre de notre réforme.

Premièrement, nous devons mieux communiquer la nature de notre travail et l'impact de celui-ci. Même nos plus fervents partisans nous le disent. Si nous voulons que les parlementaires financent les travaux de l'OMS, leurs électeurs doivent bien mieux comprendre ce que nous faisons et pourquoi c'est important.

Avec l'émergence d'initiatives mondiales prestigieuses dans le domaine de la santé, comme le Fonds mondial, l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (l'Alliance GAVI), le Président's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), plusieurs initiatives contre le paludisme, et beaucoup d'autres, il est capital d'énoncer clairement quelle est la valeur ajoutée de l'OMS pour le développement sanitaire.

Le deuxième problème est étroitement lié au premier. L'impact d'une grande partie de notre travail est difficile à mesurer ; il se déroule en coulisses et ne fait pas la une des journaux, voire, il est pratiquement invisible jusqu'à ce qu'il arrive quelque chose de terrible, comme lorsqu'apparaît un foyer de maladie, ou que la pollution de l'air ou de l'eau, ou le niveau d'additifs dans les aliments, dépasse nos normes de sécurité.

Par exemple, l'OMS n'achète pas et ne distribue pas de médicaments antirétroviraux. Mais la communauté qui lutte contre le sida rend généralement hommage à l'OMS pour son travail technique, surtout pour nos efforts constants de simplification et de rationalisation des principes directeurs régissant le traitement, et pour la possibilité donnée à près de 7 millions de personnes disposant de peu de moyens de vivre plus longtemps et de retrouver un nouveau souffle grâce à ces médicaments.

Évidemment, il est beaucoup plus facile de compter le nombre de vaccins, de moustiquaires et de médicaments distribués dans le cadre d'initiatives axées sur une seule maladie que de mesurer l'impact des travaux techniques de l'OMS. Permettez-moi d'insister sur le fait que l'OMS n'est pas en concurrence avec ces initiatives. Nous travaillons ensemble, en tant que partenaires. Mais il est important pour l'OMS de mieux communiquer avec vous sur ce que nous faisons.

Je conclurai sur un dernier exemple. En juillet, l'OMS a exhorté les pays à interdire l'utilisation de tests sanguins imprécis et non agréés vendus dans le commerce pour diagnostiquer la tuberculose active. L'OMS a méticuleusement rassemblé et vérifié des éléments probants établissant que ces tests donnent des résultats discordants, sont imprécis et font courir un risque pour la vie des patients.

Ces tests ne sont pas fiables. Lorsqu'ils annoncent, à tort, un résultat positif, les patients prennent des médicaments toxiques pendant des mois, sans aucune raison. Lorsqu'ils annoncent, à tort, un résultat négatif, les gens ne prennent pas les précautions nécessaires pour éviter d'infecter autrui.

Plus d'un million de ces tests sanguins imprécis sont effectués chaque année, entraînant souvent des dépenses considérables pour le patient, qui doit parfois payer jusqu'à 30 USD pour un test.

L'OMS, sans aucun doute, a raison de sonner l'alarme en se fondant sur des éléments probants, et de demander instamment l'interdiction de ces tests, tout comme elle a raison de faire campagne contre la poursuite des monothérapies contre le paludisme, en particulier dans le secteur privé. Mais comment pouvons-nous mesurer l'impact d'un tel travail ?

Mesdames et Messieurs,

Le monde a besoin d'une gardienne de la santé mondiale qui protège et défend la santé, y compris le droit à la santé.

La réforme de l'OMS, à mon avis, part d'une position de force : les fonctions et atouts propres à l'Organisation.

Je m'attacherai personnellement à ce que le processus de réforme renforce ces fonctions et ces atouts. Et je suis très impatiente d'entendre votre avis concernant ce processus aujourd'hui et demain.

Merci.

## Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.

### États membres

Albanie	Kazakhstan
Allemagne	Kirghizistan
Andorre	Lettonie
Arménie	Lituanie
Autriche	Luxembourg
Azerbaïdjan	Malte
Bélarus	Monaco
Belgique	Monténégro
Bosnie-Herzégovine	Norvège
Bulgarie	Ouzbékistan
Chypre	Pays-Bas
Croatie	Pologne
Danemark	Portugal
Espagne	République de Moldova
Estonie	République tchèque
Ex-République yougoslave de Macédoine	Roumanie
Fédération de Russie	Royaume-Uni
Finlande	Saint-Marin
France	Serbie
Géorgie	Slovaquie
Grèce	Slovénie
Hongrie	Suède
Irlande	Suisse
Islande	Tadjikistan
Israël	Turkménistan
Italie	Turquie
	Ukraine

**Organisation mondiale de la santé**  
**Bureau régional de l'Europe**  
 Scherfigsvej 8  
 DK-2100 Copenhague Ø  
 Danemark  
 Tél. : +45 39 17 17 17  
 Fax : +45 39 17 18 18  
 Courriel : [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)  
 Site Web : [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)