



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

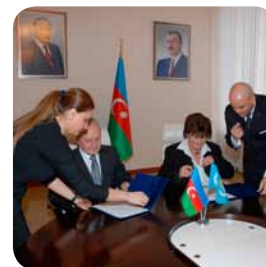
Europe

Comité régional de l'Europe
Soixante-deuxième session

Malte, 10-13 septembre 2012



Une stratégie de pays pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe 2012-2014





**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'**Europe**

Comité régional de l'Europe

Soixante-deuxième session

Malte, 10-13 septembre 2012

Point 5 d) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC62/13
+ EUR/RC62/Conf.Doc./7

17 juillet 2012
121494
ORIGINAL : ANGLAIS

Une stratégie de pays pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe 2012-2014

L'amélioration équitable du niveau de santé constitue le but ultime de l'Organisation mondiale de la santé. Les activités de l'OMS avec, pour et dans les pays jouent un rôle important dans la réalisation de cet objectif.

La directrice régionale de l'OMS pour l'Europe a réuni un groupe de travail externe chargé d'examiner les relations stratégiques avec les pays. Celui-ci a préparé un rapport détaillé qu'il a ensuite présenté à la directrice régionale. Ce rapport a été mis à la disposition du Comité régional l'an passé sous la forme d'un document de référence (EUR/RC61/BD/1). La directrice régionale tient à remercier les membres du groupe pour leur travail et leur apport précieux.

Ce document présente la vision de la directrice régionale en ce qui concerne la stratégie de pays du Bureau régional, ainsi que son avis sur les recommandations du groupe de travail. Il présente d'abord un bref aperçu de la situation dans la Région européenne de l'OMS, avant de procéder à une description de la stratégie de pays telle qu'envisagée dans le contexte actuel.

Les avant-projets de ce document ont été examinés lors de trois réunions de représentants de pays de l'ensemble de la Région.

Le présent document prend en compte le processus de réforme en cours à l'OMS et s'aligne sur ce dernier.

Sommaire

| | page |
|---|------|
| Sigles et abréviations..... | iii |
| Résumé..... | iv |
| Introduction – du passé au présent | 1 |
| Et aujourd'hui | 2 |
| La réforme de l'OMS et sa relation avec la nouvelle stratégie de pays | 2 |
| Pourquoi une nouvelle stratégie de pays à ce stade ? | 3 |
| Une nouvelle stratégie de pays pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe | 4 |
| Les valeurs sous-jacentes et les principaux objectifs de la nouvelle stratégie de pays | 4 |
| Orientations stratégiques pour atteindre ces objectifs..... | 5 |
| Analyse des difficultés, des opportunités et des capacités existantes | 5 |
| Mobiliser les politiques et stratégies existantes et approuvées par les organes directeurs aux niveaux mondial et régional | 5 |
| La concertation transfrontalière et la diversité en tant que source d'enseignements..... | 6 |
| Outils et lignes directrices..... | 7 |
| Recours efficace aux centres collaborateurs de l'OMS et aux institutions universitaires, de recherche et de santé publique..... | 7 |
| Suivi et évaluation de l'impact | 8 |
| Mise en place de la stratégie de pays | 8 |
| Collaborer avec tous les États membres au niveau régional européen | 8 |
| Collaborer avec les États membres au niveau sous-régional | 9 |
| Collaborer avec les États membres au niveau national..... | 12 |
| Collaboration entre l'OMS et les États membres disposant d'un bureau de pays | 12 |
| Collaboration entre l'OMS et les pays ne disposant pas d'un bureau de pays..... | 15 |
| Collaboration entre l'OMS et les États membres à partir du Bureau régional | 16 |
| Les stratégies de coopération avec les pays et les ACB pour définir l'activité de l'OMS avec les États membres | 17 |
| Ressources..... | 18 |
| Conclusion..... | 19 |
| Références | 19 |
| Glossaire..... | 19 |
| Annexe 1. Représentants de l'OMS et administrateurs nationaux dans les bureaux de pays | 21 |
| Annexe 2. Contributions financières fournies aux États membres par le biais d'une assistance technique aux pays au cours des trois dernières périodes biennales (en milliers d'USD) | 22 |
| Annexe 3. ACB et stratégies de coopération avec les pays..... | 23 |
| Annexe 4. Homologues et points focaux nationaux : mandat | 24 |

Sigles et abréviations

| | |
|----------|---|
| ACB | accord de collaboration biennal |
| AMS | Système de gestion des activités |
| AS | autres sources |
| BO | budget ordinaire |
| CARNET | Réseau-santé des républiques d'Asie centrale |
| CEI | Communauté des États indépendants |
| CF | contributions fixées |
| CINDI | Programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles |
| CV | contribution volontaire |
| DG SANCO | Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne |
| EPHO | opérations essentielles de santé publique |
| GDO | bureau géographiquement dispersé |
| GSM | Système de gestion mondiale de l'OMS |
| MINUK | Mission d'administration intérimaire des Nations Unies au Kosovo |
| NEI | nouveaux États indépendants de l'ex-Union soviétique |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| SRC | Relations stratégiques avec les pays |
| SWAps | approches pansectorielles |
| UE | Union européenne |
| UNDAF | Plan-cadre des Nations unies pour le développement |
| VIH/sida | virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise |

Résumé

La Région européenne est aujourd'hui l'une des Régions les plus diverses et les plus dynamiques de l'OMS. Avec une population totale d'environ 900 millions d'habitants dans ses 53 États membres, d'ailleurs caractérisés par des systèmes économiques et politiques variés, des niveaux de santé différents et des cultures diverses, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a besoin d'une nouvelle stratégie de pays. Les problèmes croissants tels que le chômage et la pauvreté, les réductions des dépenses publiques mettant en péril la santé et le vieillissement de la population ne sont que quelques-unes des raisons pour lesquelles le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a besoin d'adapter ses méthodes de travail pour, dans et avec les pays et ce, afin que l'Organisation puisse exercer un impact bénéfique dans l'ensemble de ses États membres.

En cette période à la fois difficile et stimulante, l'OMS examine déjà la meilleure manière de réformer le mode opérationnel de l'Organisation afin d'augmenter son efficacité à tous les niveaux, mais particulièrement au niveau des pays. Le processus de réforme de l'OMS plaide en faveur d'un meilleur alignement de la présence de l'Organisation dans les pays sur les besoins et les priorités de ces derniers ainsi que sur leurs capacités d'intervention.

Dans la Région européenne de l'OMS, la stratégie de pays en vigueur a été mise en place depuis plus de dix ans, une période marquée par l'évolution rapide de l'environnement politique et, avec elle, des priorités et des besoins des États membres. La présente stratégie de pays intérimaire vise à aborder ce changement en proposant un moyen de maximiser les ressources de l'Organisation, sans pour autant imposer des fardeaux irréalistes. Il s'agit en substance de rendre les activités de l'OMS/Europe dans les pays plus performantes en tenant compte des capacités propres aux États membres, et en procédant à un partage plus efficace de leurs données d'expérience à travers les bureaux de pays de l'OMS, là où ils existent, sur la base des connaissances techniques du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et du Siège de l'OMS. La nouvelle stratégie de pays définit les valeurs et les principes du travail mené **pour et dans** les pays, mais aussi **avec** ces derniers. La principale approche politique du Bureau régional est d'assurer une plus grande participation des États membres ainsi qu'une transparence accrue dans la prise de décisions, afin que des actions plus spécifiques soient élaborées à la suite d'une consultation plus approfondie. Les progrès accomplis eu égard au processus de réforme de l'OMS font déjà l'objet d'un suivi attentif et seront pris en considération sur une base continue.

La stratégie intérimaire innove également dans la façon dont le Bureau régional collaborera avec les États membres européens, aux niveaux régional, sous-régional et national :

- Au niveau régional, la stratégie décrit la manière dont le Bureau régional assemble les contributions de ses programmes techniques et des bureaux géographiquement dispersés (GDO), ainsi que des centres collaborateurs de l'OMS, afin d'assurer l'adoption d'une approche fondée sur des bases factuelles pour répondre aux besoins des pays en matière de santé.
- Au niveau sous-régional, l'approche utilisée s'inspire principalement de la collaboration avec les alliances naturelles entre États membres, en profitant des occasions offertes aux pays de partager les connaissances, les données d'expérience et les ressources.
- Au niveau national, ce sont les bureaux de pays de l'OMS (là où ils existent) qui sont les exécutants et les facilitateurs de l'aide technique au niveau national, sous la direction stratégique du Bureau régional. La stratégie intérimaire explique, par conséquent, comment ils sont actuellement consolidés en veillant à une meilleure prise en compte des priorités et capacités des pays par des effectifs renforcés (personnel de base et celui affecté à des projets précis), l'accent étant davantage mis sur les compétences, les

aptitudes et la formation nécessaires. La stratégie de pays intérimaire propose également de nouvelles méthodes de collaboration avec les États ne disposant pas d'un bureau de pays, qui feront l'objet de discussions bilatérales avec les États membres concernés.

Ces approches seront confortées par de grandes orientations stratégiques pour ces deux prochaines années, à savoir notamment : i) l'analyse des défis, possibilités et capacités actuels ; ii) la mobilisation des politiques et stratégies existantes approuvées par les organes directeurs aux niveaux mondial et régional ; iii) l'apprentissage transfrontalier et la diversité en tant que source d'enseignements ; iv) l'élaboration d'outils et de lignes directrices ; v) l'utilisation efficace des institutions universitaires et de recherche et des institutions nationales de santé publique, notamment les centres collaborateurs de l'OMS ; et vi) le suivi et l'évaluation de l'impact de la stratégie intérimaire, et la présentation d'un rapport à ce sujet au Comité régional en 2014.

Un cadre d'action est nécessaire afin de s'assurer que les activités menées avec, dans et pour les pays sont attestées. La stratégie met donc en évidence les nouvelles procédures actuellement établies par le Bureau régional afin de mieux définir son travail mené dans les pays ainsi que ses activités interpays et multipays. Il est fait spécifiquement référence aux accords de collaboration biennaux existants (ACB) et à l'élaboration de stratégies de coopération avec les pays dans tous les États membres de la Région.

Introduction – du passé au présent

1. Après la création de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1948, le Bureau régional de l'Europe a été institué en 1952. À ses tout débuts, seule la Turquie abritait un bureau de représentation de l'OMS, tandis que dans les autres pays, la présence de l'Organisation se traduisait par l'élaboration de normes, de principes directeurs et de publications, et par la mise en œuvre d'activités de collaboration dans le cadre de nombreux programmes généralement verticaux. Ainsi l'OMS a-t-elle mis en avant l'importance de l'adoption d'une méthode de travail dite « interpairs ».

2. En 1985, les 32 États membres qui constituaient à l'époque la Région européenne ont convenu de leur première politique commune de la santé, la « Santé pour tous » qui, depuis lors, a été régulièrement actualisée (1). Les années 1990 ont été le théâtre de changements politiques importants dans la Région européenne de l'OMS qui se sont soldés par une augmentation progressive des États membres qui, aujourd'hui, sont de l'ordre de 53.

3. Les bouleversements politiques et économiques confrontés par les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants de l'ex-Union soviétique (NEI) ont eu des incidences graves sur les déterminants sociaux de la santé. La désintégration du tissu social, un taux de chômage élevé, la baisse brutale du pouvoir d'achat, la pénurie de produits tels que vaccins, médicaments, et autres produits consommables, et la modification des habitudes comportementales, en particulier celles liées à la consommation d'alcool et de tabac et à la nutrition, ont entraîné une incidence accrue des maladies transmissibles et non transmissibles, qui ont elles-mêmes contribué à des taux de mortalité et de morbidité accrus.

4. L'OMS/Europe a réagi promptement pour relever ces défis. Le « programme Euro Santé pour une coopération renforcée avec l'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants » a été adopté par le Comité régional en 1990 afin d'accroître et d'intensifier les activités dans cette région d'Europe (2). Environ deux tiers des activités du Bureau régional étaient d'ailleurs orientés vers ces pays.

5. Un département chargé du développement sanitaire dans les pays a été établi afin de faciliter la mise en œuvre de ce programme. Les pays étaient assignés à des « bureaux » dotés d'un membre du personnel de la catégorie professionnelle et de quelques membres du personnel administratif. Les bureaux de liaison, encadrés chacun d'un administrateur recruté sur le plan national et d'un membre du personnel administratif, ont été instaurés dans chaque pays d'Europe centrale et orientale. Ils avaient pour mission de créer une interface entre ces pays et le Bureau régional de l'OMS.

6. Comme l'évaluation d'Euro Santé le démontre, de nombreuses actions ont été menées malgré les importantes contraintes budgétaires : les activités techniques du Bureau régional ont été acheminées vers les pays cibles au moyen d'une infrastructure créée par le programme Euro Santé. Celle-ci existe encore, bien qu'elle ait été développée davantage pendant la décennie suivante. Au cours de ces années, l'OMS/Europe, tout en continuant à soutenir et à renforcer sa méthode de travail interpairs, a commencé à apporter une aide technique (notamment des conseils stratégiques) aux États membres, introduit le suivi des tendances sanitaires, et aidé les pays à traduire les résultats des activités normatives en recommandations et politiques nationales.

7. Après 2000, le Bureau régional a mis en place une nouvelle stratégie « Adapter les services aux nouveaux besoins » (3), qui mettait plus l'accent sur la méthode de travail spécifique aux pays et était motivée par les priorités nationales dans sa collaboration bilatérale.

Un processus particulièrement important de décentralisation eut lieu, dans le domaine technique et administratif. Les bureaux de pays ont été renforcés davantage, et ils bénéficiaient du soutien d'un « bureau d'assistance aux pays » au Bureau régional, basé au bureau du directeur régional. Si la priorité était accordée aux pays qui avaient le plus besoin d'aide, les activités ont été poursuivies avec les États d'Europe occidentale et septentrionale par le biais des réseaux et des programmes interpays existants et, d'une manière spécifique, par les « Forums du futur ». Lancés en 2001, ces derniers visaient à instaurer un environnement objectif dans lequel les décideurs de haut rang pouvaient échanger leurs données d'expérience dans la gestion des problèmes politiques concrets et l'élaboration de solutions possibles (4). Les programmes techniques du Bureau régional et de ses bureaux géographiquement dispersés (GDO) ont continué à aider les pays qui en faisaient la demande.

Et aujourd'hui ...

8. La Région européenne est aujourd'hui l'une des Régions les plus diverses et les plus dynamiques de l'OMS. Ses 53 États membres ont une population totale d'environ 900 millions d'habitants, avec des systèmes économiques et politiques variés, des niveaux de santé différents et des cultures diverses. Malheureusement, le chômage et la pauvreté ont augmenté en Europe pendant la crise financière qui, d'ailleurs, constitue toujours un problème prioritaire dans la plupart des États membres. Les réductions des dépenses publiques mettent en péril la santé, et les conséquences de la crise économique continueront d'être pleinement ressenties pendant plusieurs années. La principale caractéristique démographique de la Région est en fait le vieillissement de sa population.

9. À la lumière de cette situation, on ne peut s'attendre à une hausse considérable du budget du Bureau régional. D'autre part, l'autonomisation politique et économique de certains États membres ne signifie pas seulement que ces derniers peuvent désormais se prendre en charge, mais aussi qu'ils sont capables d'apporter une aide aux autres pays de la Région. En outre, la Région européenne de l'OMS a la chance d'abriter une grande partie des institutions académiques, de recherche et de santé publique les plus prestigieuses au monde, ce qui permet d'offrir une grande expertise.

10. Au sein de la Région européenne de l'OMS, la situation sanitaire s'améliore globalement mais pas aussi rapidement qu'elle ne le pourrait ou ne le devrait. Elle s'aggrave même dans certains cas, notamment par l'accroissement de la fracture sanitaire entre les groupes sociaux et de la pauvreté infantile. Il existe encore des poches où les problèmes de santé et la pauvreté sévissent de manière extrêmement grave, et qui nécessitent une action immédiate. On observe toujours, entre les pays et dans chaque pays, des fluctuations importantes en matière de situation sanitaire que l'on peut d'ailleurs corriger.

11. Une description détaillée de la situation de la Région en termes de santé publique figure dans le *Rapport sur la santé en Europe 2012* qui sera prochainement publié.

La réforme de l'OMS et sa relation avec la nouvelle stratégie de pays

12. En cette période à la fois difficile et stimulante, l'OMS examine déjà la meilleure manière de réformer le mode opérationnel de l'Organisation afin de garantir un avenir en bonne santé. Il s'agit notamment d'accroître l'efficacité des activités menées par l'OMS au niveau des États membres. La présence de l'Organisation dans les pays sera mieux alignée sur les capacités, les besoins et les priorités de ces derniers. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe participe

étroitement à ce processus de réforme en s'assurant que les améliorations apportées au mode opérationnel tiennent en compte les spécificités de la Région et soient conformes à celles proposées au niveau mondial.

13. Il est évident que le processus de réforme ne se réalisera pas du jour au lendemain. Entre-temps, et surtout depuis que la crise économique sévit très lourdement dans la Région européenne, il est impératif que l'aide apportée aux pays soit aussi efficace que possible. À la lumière de cette situation, il est jugé approprié d'élaborer une stratégie de pays intérimaire pour ces deux prochaines années uniquement. Il s'agit en fait de permettre à la Région d'aller rapidement de l'avant pour que l'OMS exerce un impact bénéfique dans *tous* les États membres. Ceci aidera également l'OMS/Europe à utiliser à meilleur escient ses ressources et les atouts propres à l'Organisation, et à tester de nouvelles méthodes de travail. Les progrès seront évalués et présentés au Comité régional en 2014, date à laquelle le processus de réforme de l'OMS sera accompli. Le nouveau cadre politique européen, Santé 2020, sera aussi dans sa phase de mise en œuvre, et le moment sera venu d'évaluer les progrès accomplis dans les pays depuis 2012, et de vérifier si la méthode de travail appliquée par l'OMS dans la Région européenne est toujours en harmonie avec l'approche adoptée dans le processus de réforme mondiale. Une stratégie de pays à plus long terme sera dès lors formulée.

Pourquoi une nouvelle stratégie de pays à ce stade ?

14. Donc, pourquoi une nouvelle stratégie de pays ? La stratégie de pays en vigueur est en place depuis plus de dix ans, une période d'ailleurs marquée par l'évolution rapide de l'environnement politique. Dans le contexte économique actuel, il convient désormais de déterminer comment l'Organisation peut maximiser ses ressources, sans pour autant imposer des fardeaux irréalistes. Il est également temps de rétablir l'équilibre des années précédentes : si les pays ayant particulièrement besoin d'une aide continuent à la recevoir d'une manière appropriée, *tous* les pays de la Région européenne de l'OMS doivent aussi bénéficier d'une aide selon les besoins, et quand cela s'avère nécessaire.

15. S'inspirant des activités menées durant les décennies précédentes, les initiatives de réforme de l'OMS sont intégrées à la nouvelle stratégie de pays à l'intention de *tous* les États membres de la Région européenne, une région d'ailleurs empreinte de diversité. Elle vise à accroître l'efficacité des activités de l'OMS dans les pays, en tenant compte de la capacité des États membres et en procédant à un échange plus performant de leurs données d'expérience. Tous les pays sont encouragés à collaborer et à contribuer à ce projet commun pour améliorer la santé et réduire le manque d'équité sanitaire en Europe.

16. Les activités menées par l'OMS dans les pays européens seront conduites depuis le Bureau régional (par le biais d'opérations interpays, multipays et spécifiques à un pays donné), et bénéficieront d'un important apport technique sous la forme de bases factuelles compilées et générées par les GDO, les centres collaborateurs de l'OMS et d'autres réseaux. Les activités dans les pays puiseront principalement dans les vastes capacités et connaissances du Bureau régional, avec l'aide du Siège de l'OMS le cas échéant. Les bureaux de pays de l'OMS continueront à jouer un rôle important dans les activités menées dans l'ensemble des 29 pays disposant d'un tel bureau.

17. Il convient de préciser que ce n'est pas un plan d'action. La stratégie ne s'attarde pas sur les responsabilités exactes, ni sur les moyens utilisés, et à quel moment. Ces questions seront traitées ultérieurement. Elle vise en fait à définir les valeurs, les principes et les nouvelles méthodes de travail *pour, dans et avec* les pays, ainsi que les principales orientations stratégiques pour ces deux prochaines années. La planification stratégique n'est pas un processus limité et fini, et ne peut être effectuée sans la collaboration étroite de toutes les parties prenantes. Par conséquent, comme les discussions se poursuivent au travers du processus de

réforme de l'OMS et comme l'on aboutit peu à peu à un consensus sur les orientations stratégiques globales, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe continuera de consulter les pays européens et d'apporter des modifications dans le cadre de priorités et de questions spécifiques, comme convenu et dans un souci de transparence. Entre-temps, les activités décrites dans cette stratégie de pays intérimaire se poursuivront, en renforçant davantage le cadre institutionnel, la formation et les capacités du personnel, en procédant à des échanges d'informations et de bonnes pratiques au niveau des États membres et en élaborant des stratégies de coopération avec les pays qui ont exprimé le souhait de disposer de telles stratégies.

Une nouvelle stratégie de pays pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Les valeurs sous-jacentes et les principaux objectifs de la nouvelle stratégie de pays

18. La nouvelle stratégie de pays est ancrée, d'abord et avant tout, dans les valeurs communes inscrites dans la Constitution de l'OMS et se fonde sur des principes d'action précis. Parmi ceux-ci, il convient de mentionner les suivants : i) la stratégie de pays contribue à améliorer les résultats sanitaires, à réduire les écarts de santé et à renforcer les systèmes de santé, afin de garantir l'amélioration continue de la santé de la population et la diminution des inégalités en Europe ; ii) tous les États membres sont à même de profiter des activités menées par l'OMS dans les pays, et/ou d'y contribuer, en tenant compte des besoins et des atouts de chacun d'eux, et un soutien leur est apporté afin qu'ils puissent tirer parti des bases factuelles et des connaissances nouvelles ou existantes dans le cadre du processus de prise de décisions au niveau national ; iii) les ressources limitées disponibles au Bureau régional et dans les pays sont utilisées de manière optimale, qu'il s'agisse notamment du temps, des moyens financiers, des connaissances ou du personnel ; iv) la diversité de la Région devient une source d'inspiration et permet l'élaboration d'autres méthodes afin de relever les défis et de tirer profit des occasions qui se présentent, et l'échange efficace du savoir-faire et des connaissances est facilitée ; v) la méthode de travail est proactive, prospective et souple, de manière à s'attaquer rapidement aux nouveaux défis et à profiter sans attendre des nouvelles opportunités ; et vi) les mécanismes, les fonctions, les structures et le personnel nécessaires sont mis en place afin d'atteindre les objectifs des activités menées par l'Organisation avec et pour les pays, en procédant à une intégration plus poussée des activités nationales, interpays et multipays afin d'assurer leur renforcement et valorisation mutuels.

19. Le mode d'opérations puise dans l'expérience passée, quand les activités nationales, interpays et multipays faisaient l'objet d'une séparation quelque peu artificielle. La nouvelle stratégie de pays vise à renforcer la méthode de travail interpays et à profiter d'initiatives multipays, de manière à réaliser un échange beaucoup plus efficace des connaissances et des données d'expérience. Ces principes viennent s'ajouter à la traditionnelle méthode de travail spécifique à chaque pays, d'ailleurs si hautement mise en exergue dans la précédente stratégie. Le renforcement de ces initiatives spécifiques aux pays se poursuivra par le biais d'une orientation stratégique précise de la part du Bureau régional. Celle-ci s'appuie en fait sur les activités fondées sur des bases factuelles et mises au point grâce aux approches interpays et multipays. En cette période de crise économique, on s'attend à ce que ce changement de la manière de collaborer avec les États membres et l'utilisation à meilleur escient de tous les types de ressources, à tous les niveaux de l'Organisation et dans les États membres, constituent également un pas dans la bonne direction en vue de mener des activités plus rentables et davantage axées sur les résultats.

Orientations stratégiques pour atteindre ces objectifs

Analyse des difficultés, des opportunités et des capacités existantes

20. Pour aller de l'avant, les États membres et le Bureau régional doivent être pleinement conscients de la situation existante ainsi que des opportunités et des défis potentiels au cours de ces quelques prochaines années, et rassembler les principales sources de connaissances. Six grandes sources d'informations seront utilisées pour analyser les défis et les opportunités des activités menées dans les pays, à savoir notamment : i) l'analyse des résolutions et accords récents du Comité régional ; ii) la base de données de la Santé pour tous et d'autres bases de données, ainsi que les informations nationales collectées par les programmes techniques au Bureau régional, dans ses GDO et dans ses bureaux de pays ; iii) les informations provenant de réseaux tels que les Villes-santé, les Régions-santé, les Écoles-santé et d'autres types de collaboration interpays ; iv) les activités des réseaux sous-régionaux (le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, les États baltes, les pays nordiques, les pays de l'Union européenne (UE), etc.) ; v) les informations des centres collaborateurs de l'OMS et d'institutions de recherche intéressées ; vi) les analyses réalisées par les pays eux-mêmes. L'examen régulier des informations en provenance de ces sources inspirera les discussions engagées avec les pays quant aux défis, aux possibilités éventuelles et aux priorités, et cet examen sera mis à jour. L'établissement potentiel de partenariats, notamment avec d'autres organisations, sera notamment envisagé.

21. En procédant à cette analyse, il sera non seulement demandé aux pays le type de soutien dont ils ont besoin, mais aussi le genre de contributions qu'ils peuvent offrir aux activités de l'OMS avec, pour et dans les pays. Il peut s'agir, dans certains cas, de contributions financières ou organisationnelles, comme la formation de sous-groupes pour enquêter sur des problèmes spécifiques. Elles peuvent aussi être liées à l'amélioration de la base de données globale de l'OMS en présentant des informations actualisées et des études de cas intéressantes, voire en expérimentant de nouveaux modes de travail ou en faisant office de « pairs examinateurs » ou de « partenaires de jumelage » pour d'autres pays, régions ou villes. On étudiera d'une manière plus approfondie la réalisation d'un recensement des capacités nationales sur le plan institutionnel et des compétences qui peuvent profiter aux autres pays ou régions, afin que des projets pilotes soient mis au point pour utiliser ces capacités, d'un pays à l'autre ou sur une base multinationale/infrarégionale. Alors que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe tend vers l'élaboration de stratégies de coopération avec les pays, cette information est déterminante pour ces accords, et permettra un recensement et un partage plus efficaces des ressources.

Mobiliser les politiques et stratégies existantes et approuvées par les organes directeurs aux niveaux mondial et régional

22. Au fil des années, les États membres ont examiné et approuvé une pléthore de politiques et de stratégies visant à améliorer la santé et le bien-être aux niveaux mondial et régional. Celles-ci contiennent une profusion de connaissances et de données d'expérience susceptibles d'être appliquées au niveau national. Le Bureau régional vise principalement à aider les pays à réaliser leurs initiatives stratégiques adaptées à leur contexte non seulement en fournissant des normes, mais aussi par l'élaboration (avisée) de politiques, de stratégies et de systèmes de santé fondés sur des bases factuelles, ainsi que par la mise en œuvre de programmes techniques et d'interventions et le renforcement des capacités. Les priorités des activités menées par l'OMS dans les pays seront le reflet des décisions prises par ses organes directeurs aux niveaux mondial et régional, et tiendront compte des priorités spécifiques aux pays. Elles seront à la croisée de ces deux approches, conformément à la perspective régionale sur le budget programme.

23. Comme mentionné ci-dessus, un nouveau cadre politique européen de la santé, Santé 2020, est présenté aux États membres lors de la soixante-deuxième session du Comité

régional de l'OMS pour l'Europe. Suite à de nombreuses consultations, il est évident qu'un consensus croissant se dégage autour de certaines thématiques couvertes par la nouvelle politique, à savoir : i) l'importance cruciale de la santé et du bien-être comme moteurs du développement socio-économique, et la nécessité d'agir pour réduire les écarts de santé ; ii) le rôle essentiel des nouveaux dispositifs de gouvernance pour la santé par l'adoption d'une approche pangouvernementale et pansociétale ; iii) la nécessité de garantir la participation de tous les intervenants à la recherche de solutions visant à améliorer la santé et les systèmes de santé des pays ; et iv) le rôle fondamental du secteur de la santé qui ne garantit pas seulement l'accès à des soins centrés sur le patient et la mise en œuvre de fonctions efficaces de santé publique, mais également en tant que leader et agent du renforcement des capacités dans la collaboration avec de multiples secteurs et intervenants.

24. Le Bureau régional a poursuivi le développement de ses activités dans le domaine du renforcement des systèmes de santé, telles que reflétées dans la Charte de Tallinn, qui accorde la priorité à l'amélioration de la qualité des soins de santé et des systèmes de santé, notamment les dispositifs de financement qui promeuvent la santé. Davantage d'efforts ont été mis en œuvre pour veiller à ce que les dix opérations essentielles de santé publiques (EPHO) soient effectivement réalisées dans tous les pays (conformément à la législation nationale), notamment la surveillance des maladies, ainsi que la prévention primaire et la promotion de la santé. Des outils pour analyser les points faibles des systèmes et les politiques visant y remédier ont été mis au point. Ceux-ci continueront d'être partagés avec tous les pays de la Région.

25. Parmi les autres outils qui aident à orienter les activités menées par l'OMS dans les pays, il convient de mentionner les engagements pris par les États membres. Il s'agit notamment des instruments contraignants tels que le Règlement sanitaire international (2005) et la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, les accords multilatéraux comme ceux sur l'environnement où l'OMS s'est vu confier des responsabilités bien définies (le Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux, la Convention sur la pollution atmosphérique transfrontière à longue distance). L'OMS accomplit également de nombreux progrès grâce aux instruments non contraignants tels que les déclarations et les chartes adoptées lors de conférences ministérielles, ainsi que les stratégies et les plans d'action approuvés au cours des réunions des organes directeurs mondiaux et régionaux, puis appuyés par l'adoption des résolutions parallèles. Si les engagements dits non contraignants sont certes volontaires, certains pays ont réalisé un impact positif sur la santé par leur mise en œuvre. Une récente analyse des principales décisions prises par les organes directeurs de l'Organisation continuera d'orienter et d'éclairer l'usage de ces instruments à l'avenir.

26. Finalement, les recommandations formulées grâce aux actions normatives de l'OMS, ainsi que les politiques et outils fondés sur des bases factuelles, se révèlent pertinents pour tous les États membres de la Région européenne de l'OMS. Le Bureau régional renforcera le soutien qu'il fournit aux pays tout d'abord pour attirer leur attention sur ces outils, et ensuite pour les aider à en faire usage. Le site Web du Bureau régional sera encore amélioré afin de réaliser cet objectif. Une stratégie de la communication est actuellement en cours d'élaboration afin de permettre au Bureau régional de mieux tirer parti des pratiques, des technologies et des plateformes modernes à cet égard.

La concertation transfrontalière et la diversité en tant que source d'enseignements

27. Les réseaux multipays et/ou sous-régionaux d'États membres de la Région européenne de l'OMS sont le résultat d'une alliance naturelle motivée par des intérêts et des besoins communs. Ils gagneront en pertinence dans les activités menées par l'OMS dans les pays. De telles initiatives de concertation multinationale ne doivent pas nécessairement se limiter à un groupe

de pays présentant des similarités géographiques ou sociopolitiques, mais aussi porter sur un domaine d'intérêt particulier. Par exemple, un pays a exprimé son intérêt à partager son expérience dans le domaine de la lutte antitabac et dans celui des situations d'urgence et de l'aide humanitaire avec un groupe plus large d'États membres ; tandis qu'un autre souhaite contribuer au renforcement des capacités en matière de lutte contre la tuberculose et le VIH/sida. De telles propositions sont généralement mises en œuvre avec les ressources et les moyens financiers de l'État membre en question.

28. Afin de promouvoir davantage l'apprentissage transfrontalier, le Bureau régional peut soutenir la formation de tels sous-groupes, ainsi que leurs activités, comme il le fait d'ailleurs dans plusieurs cas. Il peut et va faciliter et encourager l'utilisation des ressources existantes d'un pays afin d'aider d'autres pays à s'attaquer à des dossiers prioritaires de la santé publique. Il promouvra les initiatives prises par les États membres en vue de partager ces expériences directement avec les autres, si celles-ci sont conformes aux valeurs et principes de l'OMS. Il est donc prévu de recenser plus en profondeur ces capacités disponibles dans l'intérêt de la Région ou de certaines parties de la Région, ou à des fins de collaboration interrégionale.

29. Les réseaux tels que les Villes-santé, les Régions-santé et les Écoles-santé constituent en fait des laboratoires naturels permettant de tester différentes stratégies en vue de relever les défis et de profiter des occasions qui se présentent. Ces réseaux axés sur les contextes collaborent déjà sur des dossiers particulièrement importants comme la formulation des rapports de santé publique, l'élaboration de politiques en vue d'agir sur les déterminants sociaux des inégalités sanitaires, le développement des capacités d'évaluation de l'impact sanitaire et la mise en œuvre de celle-ci. Si certains membres de ces réseaux sont des pionniers dans leur domaine au niveau mondial, les connaissances et les outils qu'ils génèrent ne sont pas toujours largement connus, même dans leur propre pays. L'OMS aidera à diffuser et à partager davantage les savoirs de ces réseaux inter pays avec tous les États membres.

Outils et lignes directrices

30. La plupart des réseaux et programmes techniques ont produit et utilisent divers outils et lignes directrices. Un inventaire sera effectué afin de les réunir en un endroit centralisé. En outre, et c'est tout aussi important, il sera demandé aux experts ayant utilisé ces outils dans leur pays de bien vouloir faire part de leur expérience à ce sujet, positive ou négative, et de conseiller tous les utilisateurs potentiels sur la manière de les mettre en pratique.

Recours efficace aux centres collaborateurs de l'OMS et aux institutions universitaires, de recherche et de santé publique

31. Le Bureau régional peut accroître ses capacités en profitant à meilleur escient des centres collaborateurs de l'OMS, et il existe un potentiel exceptionnel à cet égard. Actuellement, ces centres répondent aux demandes ponctuelles de données probantes ou de recherche de la part du Bureau régional. Toutefois, on étudie les moyens d'utiliser plus efficacement et plus méthodiquement les centres collaborateurs de l'OMS, étant donné qu'ils peuvent contribuer à l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles d'une manière plus régulière. Ils peuvent aussi être utiles en facilitant l'assimilation et l'application des nouveaux résultats de la recherche, et en tissant des liens plus étroits avec des universités et des instituts de recherche en général. D'ici 2014, les liens établis avec des réseaux spécifiques d'écoles, d'instituts et d'universités de santé publique seront aussi être renforcés. Des méthodes de collaboration efficaces avec ces derniers seront définies et utilisées pour favoriser la recherche, le partage des connaissances et la formation dans des domaines intéressant particulièrement la Région européenne.

Suivi et évaluation de l'impact

32. Dans le passé, des efforts insuffisants ont été consentis à l'évaluation de l'impact des activités menées par l'OMS avec, pour et dans les pays. Des discussions seront engagées afin de proposer des solutions qui n'impliquent pas la mise en place d'un processus contraignant, mais qui permettent d'obtenir des informations claires sur la valeur et les résultats des activités de pays de l'OMS, et des suggestions pour les améliorer davantage. Le processus d'évaluation sera élaboré au sein du Bureau régional, et devra être à la fois simple et facile pour les États membres concernés. Dans un premier temps, on pourra solliciter des commentaires et des observations sur le soutien de l'OMS en termes de satisfaction des pays et de la valeur perçue de l'aide ainsi apportée. Il s'agira, par la suite, d'évaluer les résultats qui, de par la nature du travail, ne peuvent être attribués à l'OMS seule. L'élaboration d'une stratégie de pays à plus long terme et au-delà de 2014 s'en inspirera également.

Mise en place de la stratégie de pays

33. Eu égard aux principes et objectifs essentiels des activités « pour, dans et avec les pays » décrits dans la stratégie de pays intérimaire, la mise en œuvre nécessitera une plus grande participation des États membres ainsi qu'une transparence accrue dans la prise de décisions et ce, par l'élaboration d'interventions plus spécifiques. Pour ce faire, les progrès accomplis dans le processus de réforme de l'OMS feront l'objet d'un suivi attentif et seront pris en considération sur une base continue.

34. Conformément aux recommandations du Groupe de travail externe chargé d'examiner les activités stratégiques avec les pays, le Bureau régional doit entretenir des contacts réguliers avec tous les États membres de la Région européenne (le rapport complet du Groupe est repris dans le document EUR/RC61/BD/1). Jusqu'à présent, la coopération de certains pays avec le Bureau régional s'est limitée à leur participation aux sessions des organes directeurs, aux réunions techniques et aux conférences de l'OMS, ainsi qu'à la collaboration aux réseaux et aux programmes interpays. Cependant, il faut maintenir en permanence, et sur une base actualisée, une liaison avec chaque pays et, si cette dernière est rendue possible grâce au bureau de pays dans les États membres disposant d'un tel bureau, un mécanisme doit être défini afin de garantir une même liaison efficace et en temps utile avec les États membres ne possédant pas de bureau.

Collaborer avec tous les États membres au niveau régional européen

35. Au niveau régional, c'est principalement par l'intermédiaire des organes directeurs et des programmes interpays, et par l'utilisation efficace des publications, normes, lignes directrices, outils et informations que le travail de l'OMS continuera d'être ressenti. Les fonctions normatives de l'OMS, l'élaboration d'outils de gestion et de cadres politiques de la santé, la production d'un savoir et la collecte de bases factuelles et d'informations, et la transformation de connaissances générées par la recherche universitaire en informations prêtes à l'emploi dans les pays sont autant d'éléments qui peuvent être envisagés sous cet intitulé. Dans les périodes budgétaires à venir, une approche à plusieurs échelons sera adoptée pour intensifier le travail interpays du Bureau régional, ainsi que son budget. Comme la participation active des États membres aux organes directeurs de l'Organisation est très importante pour la définition des résultats et de produits de l'OMS, ce travail sera encouragé et facilité par des séances d'information, des réunions préparatoires, des documents de référence et des réunions de coordination pendant les sessions des organes directeurs. Il sera fait un meilleur usage des opportunités offertes par les sessions du Comité régional pour partager les connaissances relatives aux activités de l'OMS avec les pays.

36. Une nouvelle structure, le Forum européen sur la politique de la santé pour hauts responsables de gouvernement, a été créée en 2010 pour faciliter les discussions stratégiques et donner, au Bureau régional, une bonne occasion de travailler avec les États membres européens pour faire avancer les politiques et garantir la mise en œuvre de mesures efficaces dans toute la Région. Ce Forum a joué un rôle important dans la formulation de Santé 2020. Il s'est réuni deux fois par an et a maintenu le contact entre les réunions par le biais d'échanges électroniques sur un site Web protégé. Le Forum est maintenant en cours d'évaluation, et les résultats seront présentés au Comité régional à la présente session. Si l'évaluation s'avère positive, et si l'on décide de poursuivre ce processus, tous les pays seront encouragés à participer activement à ses délibérations.

37. Les activités avec les États membres continueront certes d'être spécifiques au pays, mais une approche interpays, et une démarche sous-régionale/multipays seront renforcées chaque fois que cela sera nécessaire et faisable, davantage d'accent étant mis sur ces deux dernières composantes qu'au cours des années antérieures. Ce qui changera avec la nouvelle stratégie de pays est que les activités interpays vont être associées aux six orientations stratégiques présentées plus haut (cf. paragraphes 20 à 32) afin de stimuler le travail avec, pour et dans les pays. C'est surtout dans les pays sans présence physique de l'OMS que l'analyse succincte des difficultés et des occasions à saisir sera essentielle pour déterminer avec précision où les pays peuvent mieux exploiter les outils et lignes directrices déjà disponibles, s'il serait indiqué pour eux de prendre part à des activités interpays existantes et comment ils peuvent activement participer à la relève des défis sanitaires existants et émergents.

38. Tout pays peut solliciter un soutien direct des programmes techniques du Bureau régional pour l'élaboration de politiques et l'organisation de conférences, consultations, ateliers et programmes de formation. Par exemple, les commentaires de l'OMS sur des projets de documents exposant des politiques sont l'une des formes d'aide qui ont été appréciées dans un certain nombre de pays. L'amélioration de l'organisation et de la catégorisation des outils, des méthodologies et des lignes directrices, etc., notamment ceux élaborés par les différents réseaux, les rendront plus facilement accessibles à tous les pays, qu'ils collaborent ou non avec un réseau ou avec un programme technique particulier. La présence d'un expert ou d'un membre du personnel de l'OMS pour garantir une liaison ou un lien plus étroits, en particulier à un moment crucial de l'établissement des partenariats, peut s'avérer en fait utile. Davantage d'efforts seront déployés pour veiller à ce que les pays sachent quel membre du personnel de l'OMS doit être contacté pour un problème précis. Le Bureau régional, quant à lui, continuera à travailler pour fournir à tous les pays un accès rapide à des exemples de documents sur les politiques nationales et des études de cas pertinentes.

39. Finalement, et pour que le ministère de la Santé soit informé de toute collaboration possible entre l'OMS et son pays, il est proposé que l'on ait recours aux technologies modernes en mettant en place des plateformes électroniques afin d'assurer les flux de communication entre l'OMS et un pays donné.

Collaborer avec les États membres au niveau sous-régional

40. Quoique les groupes multipays et les réseaux axés sur le contexte ne fonctionnent pas exactement de la même manière, ils ont beaucoup en commun et se recoupent parfois. La Région européenne de l'OMS est enrichie par un certain nombre de groupements sous-régionaux de pays, et beaucoup de pays font partie de plus d'un groupe. Certains de ces groupements ont une longue histoire et peuvent être organisés de manière extrêmement officielle. L'**Union européenne (UE)** constitue le plus grand groupe (avec 27 pays membres) et sa portée est supranationale. Les activités menées avec les États membres appartenant à l'UE doivent prendre en compte la relation que beaucoup d'entre eux entretiennent avec la

Commission européenne parce qu'ils sont membres à part entière de l'UE. Lors de la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe organisée à Moscou en 2010, l'OMS/Europe et la Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne (DG SANCO) ont signé une déclaration conjointe en vue de dynamiser le dialogue politique et la coopération technique.

41. La stratégie de pays continuera à promouvoir le partenariat stratégique avec la Commission européenne au niveau régional, traduisant les domaines de coopération en activités au niveau national, assurant ainsi une cohérence encore meilleure des politiques de la santé. L'OMS/Europe a également mis en place un mécanisme de coordination pour soutenir les États membres se préparant à présider le Conseil de l'UE, et pendant leur présidence, en ce qui concerne leur programme d'action sanitaire. Le Bureau régional continuera d'adapter sa façon de travailler avec les pays membres de l'UE en tenant compte des spécificités de cette dernière. La manière dont le Bureau régional effectue son travail dans les pays, en collaboration avec la Commission européenne, revêt de l'importance pour les États membres et peut aussi être bénéfique aux deux organisations. Grâce à un partenariat stratégique maintenu au niveau régional (ainsi qu'au niveau des pays), le Bureau régional continuera à promouvoir le partage d'informations et un accord sur des outils, des instruments et des ensembles de données communs, afin de susciter des synergies et d'éviter tout recoupement entre les deux organisations.

42. La **Communauté des États indépendants (CEI)** constitue un autre groupement sous-régional. Ce groupe de pays dispose en fait d'une très vaste expérience dans laquelle il convient d'ailleurs de puiser d'une manière systématique. Les États membres de cette partie de la Région européenne de l'OMS estiment qu'ils ont beaucoup à partager et cherchent les occasions de le faire. Par ailleurs, ils se félicitent d'être de plus en plus impliqués dans les réunions de coordination en préparation d'importants événements tels que les réunions des organes directeurs. Toutefois, il faut que les pays de la CEI se réunissent plus souvent, en tant que groupe sous-régional, pour débattre sur des thèmes et des questions sanitaires revêtant un intérêt pour tous. Le Bureau régional continuera de mettre tout en œuvre pour promouvoir cette initiative.

43. Les pays de la CEI ont l'impression que les centres de documentation de l'OMS sont très appréciés par les pays qui les abritent, et demandent qu'ils soient redynamisés ou qu'on en fasse meilleur usage, surtout pour la promotion de la recherche, de l'information et des études de cas dans la sous-région. Les pays de la CEI pensent aussi que la stratégie de pays doit assurer une promotion supplémentaire de leurs travaux en cours. Certains bureaux de pays pourraient entreprendre la traduction en langues étrangères d'une sélection de documents russes et diffuser cette traduction auprès d'autres États membres européens. L'enrichissement mutuel des différents groupements sous-régionaux et le transfert d'informations entre eux pourraient s'en trouver encore renforcés.

44. Parmi les autres groupements sous-régionaux d'États membres, il convient de mentionner les pays nordiques, dont la collaboration étroite relève d'une longue tradition. Constitué en 1952, le **Conseil nordique** réunit des membres élus du Danemark, de Finlande, d'Islande, de Norvège, de Suède, des Îles Féroé, du Groenland et d'Åland. Le **Conseil nordique des ministres** dispose d'un secrétariat de près de cent personnes issues de tous les pays nordiques. Ces pays coopèrent sur pratiquement tous les aspects du développement économique, social et culturel. Leur collaboration en matière d'affaires sociales et de santé se fonde sur les valeurs communes qui étayent le modèle nordique d'État-providence. L'École nordique de santé publique et le Centre nordique pour la protection sociale, ainsi que le Comité nordique des statistiques médicales (NOMESCO), soutiennent leurs travaux.

45. La **Dimension septentrionale** est un instrument de coopération entre quatre partenaires égaux : la Fédération de Russie, l'Islande, la Norvège et l'UE. Géographiquement, la Dimension septentrionale couvre le nord-ouest de la Fédération de Russie, la mer Baltique et les régions arctiques. Elle vise à soutenir la stabilité, la protection sociale et le développement durable au moyen d'une collaboration concrète. Celle-ci s'effectue par le biais de partenariats, en particulier ceux liés à l'environnement et le Partenariat pour la santé publique et le bien-être social de la Dimension septentrionale auquel participent l'Allemagne, le Canada, les États baltes, la Fédération de Russie, la France, la Pologne, l'ensemble des pays nordiques, la Commission européenne, l'OMS et d'autres organisations des Nations Unies. Plus récemment ont été établis un réseau d'universités et le Conseil des entreprises de la dimension septentrionale. La Dimension septentrionale opère sur la base d'un financement commun. Tout sera mis en œuvre pour profiter des occasions où les États membres se réunissent afin de promouvoir le travail et les recommandations techniques du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en œuvrant non seulement pour ces groupements, mais aussi avec ces groupes de pays au profit de la Région européenne de l'OMS.

46. Les dirigeants des **pays des Balkans** sont à l'origine d'un autre groupement sous-régional efficace. Ils se réunissent désormais chaque année pour poursuivre des objectifs et tenter d'atteindre des idéaux communs. Le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, assemblée sous-régionale de ministres de la Santé, se réunit régulièrement pour discuter de projets nationaux profitant à l'assemblée sous-régionale des États membres par le biais des centres régionaux. Dans le passé, des projets en rapport avec des questions de santé spécifiques ont également été mis sur pied, comme le projet des soins de santé primaires des Balkans, soutenu par l'Agence canadienne de développement international.

47. Le **Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est** a vu le jour à la suite de l'instauration du Pacte de stabilité pour l'Europe du Sud-Est, en 1999, en tant que processus de prévention des conflits et de reconstruction dans la région ; une composante « santé » a été ajoutée en 2001. Il comprend des représentants des ministères de la Santé de neuf pays (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Monténégro, République de Moldova, Roumanie et Serbie), dix pays donateurs et cinq organisations internationales, dont l'OMS. Depuis le début, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a fourni à ce réseau une assistance sur le plan politique, managérial et technique. Les décisions se prennent par consensus lors de réunions organisées régulièrement sur une base semestrielle, et la présidence du réseau tourne tous les six mois. Ce réseau bénéficie du financement d'un grand nombre de pays, de l'UE et d'autres organisations.

48. Le Bureau régional continuera de déployer des efforts pour promouvoir cette manière de travailler par l'intermédiaire de mécanismes sous-régionaux tant au niveau politique que technique, les pays s'alignant naturellement les uns sur les autres ou reconnaissant le rôle de chef de file d'un pays en particulier. On mentionnera à titre d'exemple, la lutte contre le tabagisme, ainsi que l'assistance en cas d'urgence et de crise humanitaire : les pays ayant demandé l'aide de la Turquie, cet État membre a de bon gré fourni les ressources nécessaires pour les aider à atteindre des résultats positifs similaires dans ces domaines sanitaires.

49. Établi en 1992, le **Réseau Régions-santé** de l'OMS comprend aujourd'hui 29 régions dans 18 pays. Ce Réseau est unique en ce sens qu'il est parti « de la base », c'est-à-dire que les 11 régions fondatrices ont demandé à l'OMS d'établir un réseau de régions pour promouvoir la santé par des interventions intersectorielles et pour lutter contre les inégalités sanitaires. Il est largement autonome sur le plan financier, avec des cotisations de ses membres. L'importance du niveau des régions a été reconnue par l'UE, qui a créé le Comité des régions. Pour des pays tels que l'Allemagne, l'Espagne et la Suisse, le niveau des régions est particulièrement important. Il est probable qu'en accord avec la vision de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe, qui préconise une collaboration plus étroite avec l'UE, des liens solides puissent être établis avec le

Comité des régions. Un comité directeur réunissant les régions participantes et l'OMS décide des questions auxquelles accorder la priorité au sein du Réseau Régions-santé. Grâce à leur collaboration permanente et durable, les collègues des régions entretiennent des liens forts et sont à même de s'entraider, que ce soit par le biais de projets convenus ou de manière informelle.

50. Le **projet des Villes-santé** est devenu un mouvement mondial. Dans la Région européenne, plus de 100 villes ont été ou sont en train d'être désignées comme « Villes-santé » ; des centaines d'autres sont associées au projet via leur réseau national. Le projet est largement autonome sur le plan du financement, avec des cotisations de ses membres. Depuis ses débuts, il vise à promouvoir les valeurs et la politique de la Santé pour tous au niveau des villes. Ensemble, les villes participantes décident des questions sur lesquelles elles vont se concentrer au cours des cinq prochaines années. Des sous-groupes ont également été mis sur pied afin de se pencher sur des problématiques spécifiques pour lesquelles au moins 15 villes ont exprimé un intérêt. L'une de ces villes assume un rôle de chef de file pour faire avancer le groupe, de sorte que leurs résultats puissent ensuite être diffusés dans tous le réseau. En 1998, un groupe « multivilles » a été constitué : l'Association des Villes-santé de la région balte. En plus d'avoir une personnalité « OMS » affirmée, l'Association est liée à la stratégie de l'UE pour la région de la mer Baltique et au Partenariat pour la santé publique et le bien-être social de la Dimension septentrionale. Elle prend part à leurs réunions et met au point de nouveaux projets.

51. Il est évident que le **réseautage interrégional** va devenir une composante plus importante du travail du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Il y a en effet beaucoup à apprendre des autres Régions de l'OMS. Le Bureau régional observera de près leur évolution, que ce soit au niveau des activités dans les pays ou sur d'autres points, afin de tirer des enseignements de leur expérience. Pour tenter de garantir une cohérence au sein de l'OMS elle-même, une collaboration plus étroite entre les bureaux régionaux de l'OMS sera promue.

52. Plus important encore, les bureaux de pays concernés seront encouragés à faire part de leur expérience à toutes les Régions de l'OMS, pour essayer de diffuser plus largement les informations relatives à des évolutions positives sur le plan sanitaire dans les États membres. Le bureau de pays de la Turquie, par exemple, est parfaitement bien placé pour jeter un pont entre la Région européenne de l'OMS et celle de la Méditerranée orientale. Une telle initiative est possible grâce aux bonnes relations que l'État membre entretient lui-même avec ses pays voisins. D'autres exemples pertinents pourraient être identifiés et utilisés à l'avenir, comme par exemple entre le bureau de pays du Kirghizistan et de la Chine.

53. Une collaboration interrégionale plus poussée s'organise avec d'autres Régions. Une attention particulière sera également accordée aux éventuelles initiatives du Siège de l'OMS pour rapprocher les Régions de l'OMS, afin qu'elles apprennent les unes des autres, collaborent et promeuvent l'esprit international de l'Organisation.

Collaborer avec les États membres au niveau national

Collaboration entre l'OMS et les États membres disposant d'un bureau de pays

54. Pendant toutes ces années, les bureaux de pays ont joué un rôle capital dans les relations du Bureau régional avec les pays. Leur rôle de promotion de la santé et de facilitation/coordination de l'assistance technique au pays a été crucial, et a permis de mieux fonder sur des bases factuelles les processus d'élaboration des politiques et de prise de décisions au niveau national. Les bureaux de pays ont également été importants pour garantir une continuité dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et plans sanitaires, malgré les changements de gouvernement. La présence physique de l'OMS est une réalité dans plusieurs

États membres, et continuera de l'être. Or, le Bureau régional examine constamment le besoin de sa présence dans les pays, et adapte le niveau de cette présence en conséquence.

55. Lorsque le Groupe de travail externe a passé en revue tous les bureaux en 2010 et s'est penché sur la nécessité même de leur présence, les commentaires qu'il a reçu des pays concernant la valeur des bureaux de pays étaient unanimes. Les États membres considèrent en effet ces bureaux comme des atouts et voudraient qu'ils continuent leurs activités, même moyennant le partage des frais. Le Groupe de travail externe a recommandé qu'il y ait une présence dans chaque pays, et pas seulement dans les 29 pays disposant d'un tel bureau. Il a signalé qu'avec le temps écoulé depuis leur établissement, le rapport coût-efficacité de certains bureaux en matière de personnel employé et de financement risque de ne pas être aussi favorable qu'il le devrait. Des solutions impliquant un partage des coûts avec les pouvoirs publics ont été par conséquent encouragées. En outre, les compétences techniques des bureaux de pays ne correspondent pas toujours aux besoins réels des pays. Le Groupe de travail externe a indiqué que la nature de cette présence sera sans aucun doute différente dans chaque pays, car elle doit se baser sur les besoins et les capacités du pays concerné, ainsi que sur les capacités et les ressources du Bureau régional. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe maintiendra donc ses bureaux de pays tant que les États membres les considèrent utiles, mais cette question restera à l'ordre du jour et sera examinée à intervalles réguliers.

56. À l'heure actuelle, l'OMS possède des bureaux de pays dans 29 États membres européens, principalement en Europe centrale et orientale, en Europe du Sud-Est, dans la CEI et en Asie centrale. La mise en place de ces bureaux de pays se fonde sur des raisons historiques d'ailleurs mentionnées aux paragraphes 2 à 7 ci-dessus. Les bureaux de pays se répartissent en deux catégories : ceux qui sont dirigés par un représentant de l'OMS recruté à l'échelon international et ceux qui sont dirigés par un administrateur national recruté à l'échelon national. Dans ce dernier cas, le bureau de pays peut être de taille moyenne, en raison de l'assistance technique toujours requise par le pays, ou il peut s'agir d'un plus petit bureau de coopération avec le pays à des fins de sensibilisation et de liaison.

57. Les bureaux de pays dirigés par des **administrateurs nationaux** sont ceux de l'Arménie, de l'Azerbaïdjan, du Bélarus, de la Bosnie-Herzégovine, de la Bulgarie, de la Croatie, de l'Estonie, de l'ex-République yougoslave de Macédoine, de la Géorgie, de la Hongrie, du Kirghizistan, de la Lettonie, de la Lituanie, du Monténégro, de la Pologne, de la République tchèque, de la Roumanie, de la Slovaquie, de la Slovénie et du Turkménistan. La connaissance des contextes et des traditions culturelles du pays, ainsi que de la situation sociale, économique et politique, est essentielle pour garantir une action ciblée. Elle découle d'ailleurs d'une présence stratégique dans les pays lorsque cela est faisable, ainsi que d'une bonne relation permanente avec les décideurs politiques du ministère de la Santé. Il importe que ces bureaux comprennent le contexte local pour rendre les programmes techniques plus conscients des besoins spécifiques des pays concernés.

58. Dans le cas de la Fédération de Russie, du Kazakhstan, de l'Ouzbékistan, de la République de Moldova, de la Serbie, du Tadjikistan, de la Turquie et, plus récemment, de l'Ukraine, les chefs des bureaux de pays sont du personnel international, c'est-à-dire des représentants de l'OMS. L'annexe 1 reprend une liste des représentants de l'OMS et des administrateurs nationaux.

59. Les fonctions de ces deux types de bureaux sont similaires, sauf en matière d'élaboration de politiques, domaine pour lequel le personnel recruté internationalement est mieux accepté

dans certains pays.¹ Les bureaux de pays ont également joué un rôle crucial s'agissant d'intégrer la santé aux processus de développement des pays et dans le travail des partenaires au niveau des pays, comme le Plan-cadre des Nations Unies pour le développement (UNDAF) et les approches pansectorielles (SWAps), ainsi que de plaider en faveur de la santé et de promouvoir de nouvelles initiatives et démarches comme les activités relatives aux déterminants sociaux de la santé, aux droits de l'homme et à l'équité entre hommes et femmes. Avec de nouveaux partenaires dans le domaine de la santé qui deviennent plus actifs au niveau des pays, comme le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, les bureaux de pays de l'OMS continueront à représenter l'Organisation pour préconiser la cohérence dans la gestion des priorités sanitaires.

60. Le type de bureau de pays dépend de la situation locale spécifique, de la taille du pays et de sa complexité ou de sa stabilité, ainsi que de ses capacités. Dès lors, cette diversité devrait donc perdurer au cours de ces quelques prochaines années. En 2011, les critères déterminant le type de bureau de pays requis par l'État membre ont été définis sur la base d'indicateurs et de données de la Santé pour tous. Il s'agit notamment du niveau des indicateurs nationaux de santé, du système de santé et de la couverture en matière de services, ainsi que de la situation économique du pays et de sa population. En outre, point plus important, les critères utilisés étaient alignés sur ceux examinés dans le cadre du processus de réforme de l'OMS. Ils seront d'ailleurs réévalués périodiquement. En conséquence, et en cas de modification des critères et des indicateurs, et si les effectifs d'un quelconque bureau de pays doivent être réduits, un plan de transition sera préparé, négocié avec le pays et mis en œuvre. Les moyens obtenus grâce à la compression du personnel seront réaffectés à des domaines considérés comme prioritaires dans la Région.

61. Les effectifs des bureaux de pays du Bureau régional ont également été revus en 2011, dans le but d'assurer le bon niveau technique des experts et du personnel des pays requis pour traiter les questions propres aux pays. Il s'agit en particulier d'assurer une plus grande uniformité des profils des effectifs dans les bureaux de pays, en garantissant un noyau de personnel et une capacité administrative analogues au niveau de chaque bureau, mais aussi un éventail de compétences techniques plus adaptées au pays en question que ce n'était le cas jusqu'à la fin de 2011. Le « *noyau* » de personnel a été défini comme l'effectif minimal nécessaire pour garantir une fonction de liaison efficace au niveau du pays et la « *présence essentielle* » comme le nombre minimal d'employés nécessaires pour assumer les fonctions du bureau de pays. Ceux-ci varient en fonction de l'envergure du bureau de pays telle qu'elle a été définie par le Siège de l'OMS.

62. Eu égard au développement et aux compétences professionnels, tous les chefs de bureaux de pays et représentants de l'OMS ont reçu une formation poussée dans le domaine de la gestion et de la formulation des politiques, ainsi que pour faciliter l'aide technique à la réforme des processus nationaux. Il s'agit là d'un point important dans la mesure où ils veillent à ce que les activités multinationales réalisées par le Bureau régional par le biais de ses réseaux et programmes techniques soient transmises avec succès aux pays. Ils seront encouragés à participer à des réseaux et à des groupes d'intérêts bien établis lorsque ces derniers s'attèlent à

¹ Les bureaux de pays dirigés par des représentants de l'OMS soutiennent l'élaboration de politiques, émettent des conseils stratégiques sur le renforcement des systèmes de santé, veillent à la coopération et à la coordination techniques, sont responsables de la collecte d'informations, des actions de sensibilisation et de la communication, et garantissent une représentation et un partenariat. Les bureaux de pays dirigés par des administrateurs nationaux représentent une autorité en matière sanitaire, surtout dans les situations d'urgence ; ils veillent à la coopération et à la coordination techniques des travaux propres au pays, sont responsables de la collecte d'informations, des actions de sensibilisation et de la communication, et garantissent une représentation et un partenariat.

relever leurs défis en matière de développement sanitaire. Il est nécessaire d'accorder plus d'attention à la politique de santé, aux réformes des systèmes de santé, aux fonctions de la santé publique et aux maladies non transmissibles, en plus de poursuivre tous les efforts dans le domaine de la sécurité sanitaire, des maladies transmissibles, et de l'environnement et de la santé. Ceci, combiné avec un bon degré de décentralisation managériale et une délégation appropriée de l'autorité, garantira que les chefs de bureaux de pays et les représentants de l'OMS jouent un rôle diplomatique et politique plus affirmé. Pour ce faire, l'ensemble des effectifs des bureaux de pays continuera à développer leurs capacités professionnelles, afin d'être mieux équipés pour le travail dans les pays. Des sujets tels que la diplomatie de la santé, les techniques de communication et les aptitudes à la négociation sont déjà proposés dans le cadre des priorités de leur formation.

63. Comme les bureaux de pays sont particulièrement importants dans les États membres confrontés à des problèmes politiques complexes, ou qui ont le plus besoin d'aide pour la réforme de leur système de santé, ils bénéficient désormais d'un soutien plus efficace du Bureau régional sur le plan administratif et managérial. Ce soutien est coordonné par une équipe centrale au bureau de la directrice régionale, appelée « Relations stratégiques avec les pays (SRC) ». L'équipe a été récemment restructurée et réduite afin d'assumer une double fonction : a) fournir des conseils stratégiques aux divisions techniques à tout moment en tant que point central pour la compilation des informations au niveau des pays, tout en garantissant ainsi une coordination plus efficace des activités de pays menées par le Bureau régional ; et b) faire office de principal point de liaison pour les dossiers stratégiques et politiques avec les pays ne disposant pas d'un bureau de pays.

Collaboration entre l'OMS et les pays ne disposant pas d'un bureau de pays

64. Les consultations avec les États membres ne disposant pas d'un bureau de pays ont clairement indiqué que leurs besoins sont en fait différents, et dépassent le cadre des activités mentionnées ci-dessus. Parmi les suggestions formulées par les États membres à l'adresse du Bureau régional, il convient notamment de mentionner les suivantes : i) aider à renforcer le rôle de chef de file du ministère de la Santé dans sa collaboration intersectorielle avec d'autres ministères (fonction de « stewardship ») ; ii) déterminer les possibilités de jumelage entre pays pour faciliter l'échange de données d'expérience ; iii) fournir une aide et des bases factuelles pour des événements nationaux importants ; iv) discuter de questions prioritaires comme les budgets de la santé ou l'élaboration des politiques nationales de la santé ; ou v) simplement participer aux discussions relatives aux orientations stratégiques, comme les préparatifs pour les activités en rapport avec la santé dans le cadre de la présidence d'un pays au Conseil de l'UE.

65. Ces États membres estiment également que l'OMS peut jouer un rôle clé afin de réunir les pays autour de priorités communes en matière de santé publique dans le but de diffuser des bonnes pratiques, de procéder à des échanges en matière de recherche et d'informations, d'organiser des jumelages et aussi d'effectuer des missions de haut niveau, tout en les aidant à mobiliser leur aide à ceux qui en ont le plus besoin. Tous ces arguments doivent être clairement stipulés dans les stratégies de coopération élaborées avec chaque État membre de la Région européenne de l'OMS. En substance, il est évident que tous les États membres peuvent être plus fermement soutenus par les activités interpays ou multipays du Bureau régional, y compris celles des réseaux, ou peuvent y contribuer.

66. Néanmoins, la nature de la « présence » de l'OMS dans ces États membres doit encore être examinée et renforcée davantage. Différentes options sont proposées, ainsi qu'une combinaison de ces options. La « présence dans le pays » peut être assurée par un point de contact régulier ou un responsable administratif qui veilleraient à la mise en place d'un flux constant d'informations à l'adresse ou à partir du ministère de la Santé du pays en question. Une autre option est de désigner un membre du personnel de l'OMS au Bureau régional comme point

focal ou comme responsable administratif pour le pays concerné. Cette personne agirait comme un représentant de l'OMS/chargé de liaison pour ce pays (c'est la solution pour laquelle a opté le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques). Une autre solution serait de demander au ministère de la Santé de désigner et de nommer un homologue national dans le pays, afin de s'assurer que cette personne est la mieux placée pour garantir une collaboration adéquate entre l'OMS et l'État membre (voir l'annexe 4). L'homologue national serait chargé de veiller à l'échange et à la diffusion d'informations entre le Bureau régional et le ministère de la Santé et ses institutions, en particulier au sujet des éléments nouveaux dans le pays et donc de ses besoins, de ses priorités et aussi de ses atouts, particulièrement en rapport avec des interventions innovatrices pour la santé. Cela permettrait de nouvelles discussions sur les possibilités d'encadrement par le Bureau régional ou sur l'éventualité d'un soutien du pays au travail interpays ou à un État membre donné.

67. Quelle que soit l'option considérée comme appropriée pour un pays donné, beaucoup plus d'efforts doivent être consentis pour veiller à ce que tous les pays aient conscience de l'existence du point de contact pour des questions spécifiques, soit au Bureau régional, soit dans l'État membre. Il est proposé que les coordonnées de l'ensemble du personnel technique soient mises à la disposition des États membres, ainsi qu'une liste des institutions et des points focaux utilisés par les programmes techniques du Bureau régional. Comme mentionné plus haut, il pourrait être fait un meilleur usage du site Web du Bureau régional, de sorte que tous les pays soient parfaitement au courant des activités en cours. La technologie moderne permettrait également la mise au point d'une plateforme électronique pour veiller non seulement à ce que les messages importants parviennent au décideur approprié, mais aussi à ce que la personne nommée comme point focal principal pour la collaboration entre l'OMS et le pays soit pleinement avertie des divers liens.

Collaboration entre l'OMS et les États membres à partir du Bureau régional

68. Une aide technique sera apportée aux bureaux de pays par le Bureau régional, qui utilisera ses capacités techniques à Copenhague, d'ailleurs soutenues par un ensemble de GDO hautement intégré fournissant des bases factuelles et des informations pour l'élaboration de politiques, ainsi que par les centres collaborateurs de l'OMS. Le Bureau régional puisera également dans d'autres compétences disponibles dans la Région et ailleurs, par exemple en faisant usage des foyers de connaissances existants dans les pays ou en recourant à des consultants externes au fait des priorités, principes et valeurs de l'OMS. Ceux-ci seront choisis sur une liste d'experts soigneusement sélectionnés, désireux de consacrer une partie de leur temps à un travail en tant que consultants de l'OMS. On recourra également à d'autres réseaux bien établis et fiables. L'OMS envisage de dresser une liste d'experts des États membres désireux de collaborer avec elle en tant que consultants, et qui ont démontré leur fiabilité et leur utilité. Des discussions auront encore lieu sur la manière de procéder pour que cette opération soit une réussite, et il sera demandé conseil aux États membres. Toutefois, et il importe de le préciser ici, chaque fois qu'il y a production au nom du Bureau régional, c'est le siège régional qui est responsable de fixer l'orientation politique et d'assurer la qualité des résultats produits.

69. Les programmes techniques du Bureau régional s'attèleront particulièrement à améliorer la ponctualité de leur réponse aux demandes d'aide formulées par les pays, voire à être plus proactifs dans leurs approches. Comme indiqué au paragraphe 63 ci-dessus, l'équipe centrale (SRC) au bureau de la directrice régionale, en tant que point de coordination entre les unités techniques et les bureaux de pays, jouera un rôle à cet effet. Elle encadre l'exercice d'élaboration des plans de travail spécifiques aux pays, et aide au suivi des progrès accomplis dans leur mise en œuvre. Elle sera également chargée de fournir des conseils stratégiques aux divisions techniques à tout moment et, en tant que point central pour l'information au niveau des pays, elle peut garantir une coordination plus efficace des activités menées par le Bureau régional concernant les pays. Le soutien apporté en temps voulu par les programmes techniques pour

traiter les demandes reçues des pays se déroulera avec l'assistance des responsables administratifs stratégiques de l'équipe SRC, chargés d'assurer une meilleure coordination entre les bureaux de pays et les divisions techniques.

70. En toute occasion et à tout niveau, on cherchera un dialogue plus stratégique et donc un engagement avec les États membres, afin de garantir que la collaboration ne soit pas seulement réactive, mais fasse plutôt l'objet de débats et de négociations approfondis avant d'être concrétisée de manière plus complète et coordonnée. Le travail dans les pays doit non seulement s'effectuer en temps opportun – en réaction immédiate aux besoins (situations d'urgence, crises de santé publique) dès que ceux-ci sont connus – mais aussi prévenir efficacement les causes des problèmes de santé en se préoccupant des déterminants sociaux de la santé, des choix de modes de vie et de la promotion de la santé, et viser des résultats dans le sens d'une amélioration sensible de la situation sanitaire du pays.

71. Si l'orientation stratégique, les conseils et la coordination du travail dans les États membres viendront du Bureau régional de Copenhague, l'apport des bureaux de pays, des GDO et des centres collaborateurs de l'OMS, ainsi que de la multitude de réseaux, d'experts et de consultants associés au Bureau régional sera également mis à profit pour en tirer un maximum d'avantages. Cela signifie aussi que la liste des homologues de l'OMS dans les pays devra faire l'objet d'une révision et d'une actualisation constante, pour s'assurer que l'Organisation travaille avec l'ensemble des institutions et des experts concernés, aussi bien dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs. Dans les prochains mois, un effort sera consenti à la révision de la liste de réseaux et d'homologues techniques dans les pays, afin de travailler en collaboration étroite et de manière plus régulière avec eux. Les homologues nationaux désignés par les ministères de la Santé seront les premiers points de contact avec l'Organisation concernant les dossiers stratégiques ; ils seront encouragés à être en coordination et en liaison avec les réseaux et les homologues techniques, pour éviter une répétition des tâches au niveau du pays. Il s'agira aussi de collaborer étroitement avec les instituts nationaux de santé publique.

Les stratégies de coopération avec les pays et les ACB pour définir l'activité de l'OMS avec les États membres

72. Les travaux du Bureau régional dans les pays sont régis par des politiques, des procédures et des outils standardisés, qui ne sont pas nécessairement connus des homologues dans les États membres avec lesquels le secrétariat de l'OMS collabore. Jusqu'à présent, les **ACB** étaient le principal outil grâce auquel le Bureau régional apportait une assistance technique à la plupart des pays de la Région. Ils ont fourni pendant de nombreuses années à certains États membres des capitaux de départ pour les priorités du pays. Ce « contrat » entre le Bureau régional et le pays permet de définir les priorités et le(s) résultat(s) escompté(s) pendant une période biennale. Une description des contributions financières apportées aux États membres via l'assistance technique « en nature » dans les pays au cours des trois dernières périodes biennales est présentée à l'annexe 2. Des ACB ou toute autre forme d'accord-cadre ont été conclus à ce jour dans 32 pays.

73. Dans d'autres Régions de l'OMS, le principal outil utilisé par les États membres pour leur coopération avec l'OMS est la **stratégie de coopération avec les pays**. Le Bureau régional pour l'Europe n'a élaboré jusqu'à présent aucune stratégie de coopération avec l'un de ses 53 États membres. En effet, les ACB sont l'outil utilisé et accepté en tant qu'accord bilatéral entre l'OMS et l'État membre, et ils fournissent aussi un bon cadre d'action. Désormais, et à la lumière de la réforme de l'OMS, le Bureau régional envisage d'élaborer des stratégies de coopération avec les 53 pays de la Région européenne, et prend d'ailleurs des mesures à cet égard. Il procède actuellement à la formulation d'une telle stratégie avec la Fédération de Russie, l'Irlande, la Suisse et la Turquie, et a entrepris des négociations à ce sujet avec l'Italie et le Royaume-Uni.

En 2012, la priorité sera accordée à l'élaboration de stratégies avec tous les pays n'ayant pas conclu d'ACB (tous les pays sans bureaux de pays), quand ceux-ci ont exprimé leur intérêt à disposer d'une telle stratégie. Cette initiative permettra de mieux refléter les débats engagés dans le cadre du processus de réforme de l'OMS ainsi que les décisions prises à cet égard.

74. À l'instar des ACB, les stratégies de coopération avec les pays constituent un cadre d'action attestant : a) les besoins et les priorités définis lors de l'évaluation des pays ; et b) la coopération requise entre l'OMS et le ministère de la Santé pour s'attaquer à ces priorités. Dans la Région européenne de l'OMS, la stratégie de coopération avec les pays confèrera de la visibilité à toutes les initiatives en matière de santé prises par l'État membre aux niveaux régional, international et mondial, en mettant en valeur les bonnes pratiques, les initiatives phares et les réussites, ainsi que l'expertise nationale (ressources humaines et établissements de santé). Tout comme les ACB, les stratégies de coopération avec les pays fourniront un cadre intégrant le processus de planification et de mise en œuvre des activités spécifiques aux pays, la désignation, le rôle et les responsabilités des homologues et des points focaux techniques nationaux (voir annexe 4), ainsi que le réseau d'institutions de santé de l'OMS dans les pays et leurs rôles et responsabilités. La stratégie n'est pas un document juridiquement contraignant, à moins que le pays en décide autrement. L'État membre convient du niveau d'approbation ou de ratification de la stratégie qu'il estime le plus approprié. Chaque stratégie est donc différente, car elle doit être adaptée à chaque pays. Traditionnellement, il s'agit d'un plan de six ans, divisé en cycles de deux ans, mais des versions successives peuvent exister, car la caractéristique la plus importante de la stratégie, c'est qu'elle s'aligne sur le processus de planification du pays.

75. Les ACB vont continuer à faire partie intégrante des stratégies de coopération avec les pays, afin de conserver cet engagement unique et bilatéral entre le Bureau régional et l'État membre. Cela permettra d'assurer une approche plus souple, permettant des adaptations et des négociations sur une base biennale des priorités, produits et résultats repris dans la stratégie. Les progrès accomplis dans la mise en œuvre des accords des ACB et des stratégies de coopération avec les pays seront aussi passés en revue régulièrement sur la base des données du Système de gestion mondiale (GSM).

Ressources

76. Fournir une assistance et un encadrement techniques aux pays nécessite des moyens. Lorsque ceux-ci font défaut, la mobilisation des ressources sera essentielle pour veiller à ce que les domaines de travail prioritaires convenus par les organes directeurs de l'Organisation ou avec des gouvernements bénéficient de fonds. Toutefois, ceci s'inscrit dans la stratégie globale de mobilisation des ressources de l'Organisation. Entretemps, des efforts seront consentis pour faire le meilleur usage possible des moyens existants dans le pays lui-même, voire même dans des pays voisins ou d'autres pays. Les activités interpays et multipays peuvent être soutenues par des moyens fournis par un ou plusieurs pays chefs de file désireux de partager leurs compétences et d'autres ressources au profit d'autres pays.

77. Les États membres seront encouragés à mobiliser leurs propres ressources pour assister d'autres pays dans le cadre d'approches multipays. Le Bureau régional recherchera et promouvra ces approches, car elles se sont avérées efficaces dans le passé. En travaillant en étroite collaboration avec les États membres prêts à investir des ressources humaines et financières afin de traiter des questions sanitaires pour lesquelles ils possèdent une expérience et des compétences particulièrement importantes, le Bureau régional aura un rayonnement plus marqué et plus efficace au niveau des pays.

78. Le Bureau régional a une fonction bien particulière, à savoir mettre en contact des organisations similaires et les aider à établir un programme. Les réseaux d'organisations de

patients et professionnelles joueront un rôle important s'agissant de relever les défis en matière de maladies non transmissibles. Le Programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) constitue un bon exemple de réseau consacré spécifiquement à une problématique.

Conclusion

79. Le Bureau régional travaillera pour, dans et avec les pays. Ses chances de succès sont proportionnelles à sa capacité d'utiliser les ressources européennes de manière efficiente et productive, sur la base de critères objectifs. Le soutien inconditionnel des organes directeurs de l'Organisation est nécessaire pour une mise en œuvre efficace de la présente stratégie. Avec l'aide des organes directeurs, le secrétariat du Bureau régional fera tout ce qui est en son pouvoir pour améliorer la situation sanitaire des populations des États membres.

80. La mise en œuvre et les résultats de cette stratégie de pays feront l'objet d'un réexamen en 2014, dans le but d'élaborer ensuite une stratégie à plus long terme, en parfaite adéquation avec le processus de réforme de l'OMS.

Références

1. *SANTÉ21 : la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 6).
2. Danzon M, Litvinov SK. EUROHEALTH programme. *World Health Statistics Quarterly*, 1993, 46(3):153-7.
3. *Stratégie du Bureau européen de l'OMS pour les pays : « Adapter les services aux nouveaux besoins »*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document EUR/RC50/10, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/117197/fdoc10.pdf).
4. Voir par exemple *Onzième Forum du futur sur la gouvernance éthique de la préparation à la pandémie de grippe* (en anglais). Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/90557/E91310.pdf).

Glossaire

Spécifique aux pays (anglais : *country-specific*). Un mode d'opération utilisé pour les produits hautement spécifiques aux besoins et au contexte du pays concerné.

Responsable administratif (anglais : *desk officer*). Un membre du personnel du Bureau régional chargé des relations avec un pays ou groupe de pays.

Interpays (anglais : *intercountry*). Un mode de fonctionnement utilisé pour répondre aux besoins communs des pays par l'adoption d'approches à l'échelle de la Région.

Multipays (anglais : *multicountry*). Un mode d'opération utilisé quand un produit au sein d'un résultat concerne un nombre limité de pays.

Homologue national (anglais : *national counterpart (NC)*). Un point de contact désigné/reconfirmé par le ministère de la Santé en tant que responsable de la coopération stratégique globale avec le Bureau régional.

Administrateur national (anglais : *national professional officer (NPO)*). Un membre du personnel de l'OMS recruté sur le plan national, dirigeant un bureau de pays et représentant une autorité en matière sanitaire, surtout dans les situations d'urgence. Il ou elle veille aussi à la coopération et à la coordination techniques des activités spécifiques aux pays, est responsable de la collecte d'informations, des actions de sensibilisation et de la communication, et garantit une représentation et un partenariat.

Point focal technique national (anglais : *national technical focal point (NFP)*). Une personne désignée par le ministère de la Santé ou l'équivalent et travaillant au ministère ou dans une institution qui lui est liée, chargée de fournir des données analysées, actualisées et spécifiques aux pays, de diffuser les meilleures pratiques et les informations acquises auprès de l'OMS, et de faciliter les interventions à l'encontre des problèmes de santé publique dans un domaine technique choisi.

Représentant de l'OMS (anglais : *WHO representative (WR)*). Un membre du personnel de l'OMS recruté internationalement, dirigeant un bureau de pays, assurant l'élaboration de politiques et fournissant des conseils stratégiques sur le renforcement des systèmes de santé. Il ou elle veille aussi à la coopération et à la coordination techniques des activités spécifiques aux pays, est responsable de la collecte d'informations, des actions de sensibilisation et de la communication, et garantit une représentation et un partenariat. Un représentant de l'OMS, comme son nom l'indique, représente l'Organisation dans son ensemble dans le pays (ou groupe de pays) d'affectation. Les chefs de bureau de l'OMS recrutés internationalement sont les représentants du directeur général et du directeur régional concerné.

Annexe 1. Représentants de l'OMS et administrateurs nationaux dans les bureaux de pays

| Pays | Responsable dans le pays |
|--|--|
| Albanie | Représentant de l'OMS (poste vacant actuellement, changé en administrateur national) |
| Arménie | Administrateur national |
| Azerbaïdjan | Administrateur national |
| Bélarus | Administrateur national |
| Bosnie-Herzégovine | Administrateur national |
| Bulgarie | Administrateur national |
| Croatie | Administrateur national |
| Estonie | Administrateur national |
| Ex-République yougoslave de Macédoine | Administrateur national |
| Fédération de Russie | Représentant de l'OMS |
| Géorgie | Administrateur national |
| Hongrie | Administrateur national |
| Kazakhstan | Représentant de l'OMS |
| Kirghizistan | Administrateur national |
| Lettonie | Administrateur national |
| Lituanie | Administrateur national |
| Monténégro | Administrateur national/chargé de liaison national |
| Ouzbékistan | Représentant de l'OMS (poste vacant, sélection en cours) |
| Pologne | Administrateur national |
| République de Moldova | Représentant de l'OMS |
| République tchèque | Administrateur national |
| Roumanie | Administrateur national |
| Serbie | Directeur international |
| Slovaquie | Administrateur national |
| Slovénie | Administrateur national |
| Tadjikistan | Représentant de l'OMS |
| Turkménistan | Administrateur national |
| Turquie | Représentant de l'OMS |
| Ukraine | Représentant de l'OMS |

Le chef de l'équipe de l'OMS attachée à la Mission d'administration intérimaire des Nations Unies au Kosovo (MINUK) est un administrateur national/chargé de liaison national

Annexe 2. Contributions financières fournies aux États membres par le biais d'une assistance technique aux pays au cours des trois dernières périodes biennales (en milliers d'USD)

| Pays | 2006-2007 | | | | 2008-2009 | | | | 2010-2011 | | | |
|---------------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|--|---------------|---------------|
| | ACB signé | Budget de fonctionnement - AMS | | | ACB signé | Budget de fonctionnement - AMS | | | ACB signé | Budget de fonctionnement - GSM en date du 19.07.2011 | | |
| | | BO | AS | Total | | BO | AS | Total | | CF (BO) | CV (AS) | Total |
| Albanie | 422 | 158 | 1 998 | 2 156 | 1 750 | 96 | 1 997 | 2 093 | 3 600 | 90 | 4 160 | 4 250 |
| Arménie | 570 | 426 | 754 | 1 180 | 1 700 | 575 | 844 | 1 419 | 1 265 | 270 | 532 | 802 |
| Azerbaïdjan | 640 | 356 | 227 | 583 | 2 200 | 498 | 1 025 | 1 523 | 1 640 | 172 | 595 | 767 |
| Bélarus | 204 | 158 | 442 | 600 | 1 975 | 189 | 675 | 864 | 1 475 | 153 | 709 | 862 |
| Bosnie-Herzégovine | 463 | 417 | 1 709 | 2 126 | 1 600 | 328 | 764 | 1 092 | 1 190 | 202 | 117 | 319 |
| Bulgarie | 306 | 78 | 159 | 237 | 700 | 95 | 60 | 155 | 520 | 114 | 79 | 193 |
| Croatie | 336 | 147 | 25 | 172 | 975 | 377 | 3 | 380 | 725 | 146 | 244 | 390 |
| Estonie | 153 | 65 | 141 | 206 | 400 | 179 | 177 | 356 | 300 | 151 | 169 | 320 |
| Ex-République yougoslave de Macédoine | 397 | 131 | 498 | 629 | 1 375 | 222 | 421 | 643 | 1 562 | 214 | 622 | 836 |
| Fédération de Russie | 9 986 | 405 | 10 252 | 10 657 | 6 750 | 150 | 6 826 | 6 976 | 4 800 | 57 | 5 602 | 5 659 |
| Géorgie | 543 | 428 | 178 | 606 | 1 900 | 279 | 1 087 | 1 366 | 1 420 | 197 | 516 | 713 |
| Hongrie | 89 | 90 | 1 | 91 | 550 | 343 | 31 | 374 | 410 | 139 | 153 | 292 |
| Kazakhstan | 340 | 181 | 266 | 447 | 2 050 | 373 | 1 184 | 1 557 | 1 860 | 143 | 1 472 | 1 615 |
| Kirghizistan | 1 150 | 453 | 1 900 | 2 353 | 2 793 | 390 | 1 978 | 2 368 | 2 080 | 385 | 2 908 | 3 293 |
| Lettonie | 140 | 83 | 100 | 183 | 450 | 116 | 166 | 282 | 335 | 84 | 138 | 222 |
| Lituanie | 141 | 74 | 53 | 127 | 450 | 69 | 280 | 349 | 335 | 85 | 202 | 287 |
| Malte | 50 | 43 | 0 | 43 | 250 | 57 | 27 | 84 | 250 | 54 | 0 | 54 |
| Monténégro* | 0 | 17 | 10 | 27 | 750 | 112 | 69 | 181 | 560 | 113 | 162 | 275 |
| Ouzbékistan | 630 | 379 | 742 | 1 121 | 4 100 | 606 | 870 | 1 476 | 3 089 | 257 | 1 579 | 1 836 |
| Pologne | 141 | 115 | 19 | 134 | 1 585 | 287 | 547 | 834 | 1 180 | 95 | 311 | 406 |
| République de Moldova | 688 | 436 | 225 | 661 | 1 800 | 630 | 489 | 1 119 | 2 300 | 214 | 1 516 | 1 730 |
| République tchèque | 105 | 77 | 1 | 78 | 500 | 114 | 21 | 135 | 375 | 126 | 87 | 213 |
| Roumanie | 338 | 99 | 213 | 312 | 1 050 | 216 | 336 | 552 | 782 | 145 | 483 | 628 |
| Serbie* | 304 | 69 | 224 | 293 | 1 475 | 197 | 402 | 599 | 1 099 | 180 | 217 | 397 |
| Slovaquie | 94 | 74 | 10 | 84 | 525 | 308 | 75 | 383 | 390 | 114 | 86 | 200 |
| Slovénie | 55 | 49 | 0 | 49 | 300 | 134 | 135 | 269 | 225 | 63 | 104 | 167 |
| Tadjikistan | 723 | 398 | 1 942 | 2 340 | 3 | 464 | 4 565 | 5 029 | 2 235 | 398 | 4 905 | 5 303 |
| Turkménistan | 222 | 154 | 158 | 312 | 2 075 | 463 | 365 | 828 | 1 545 | 329 | 521 | 850 |
| Turquie | 456 | 304 | 3 728 | 4 032 | 4 850 | 433 | 2 199 | 2 632 | 3 615 | 388 | 2 767 | 3 155 |
| Ukraine | 1 550 | 162 | 4 036 | 4 198 | 3 800 | 460 | 3 024 | 3 484 | 3 772 | 185 | 1 898 | 2 083 |
| Totaux : | 21 236 | 6 026 | 30 011 | 36 037 | 53 678 | 8 760 | 30 642 | 39 402 | 44 934 | 5 263 | 32 854 | 38 117 |

* La Serbie et le Monténégro sont devenus deux États indépendants au milieu de la période biennale 2006-2007

Annexe 3. ACB et stratégies de coopération avec les pays

| | Pays ayant conclu des ACB |
|-----|---------------------------------------|
| 1. | Albanie |
| 2. | Andorre |
| 3. | Arménie |
| 4. | Azerbaïdjan |
| 5. | Bosnie-Herzégovine |
| 6. | Bélarus |
| 7. | Bulgarie |
| 8. | Croatie |
| 9. | Estonie |
| 10. | Ex-République yougoslave de Macédoine |
| 11. | Fédération de Russie |
| 12. | Géorgie |
| 13. | Hongrie |
| 14. | Kazakhstan |
| 15. | Kirghizistan |
| 16. | Lettonie |
| 17. | Lituanie |
| 18. | Malte |
| 19. | Monténégro |
| 20. | Pologne |
| 21. | Portugal |
| 22. | Ouzbékistan |
| 23. | République de Moldova |
| 24. | République tchèque |
| 25. | Roumanie |
| 26. | Serbie |
| 27. | Slovaquie |
| 28. | Slovénie |
| 29. | Tadjikistan |
| 30. | Turkménistan |
| 31. | Turquie |
| 32. | Ukraine |

| | Pays recensés pour l'élaboration de stratégies de coopération en 2012-2013 |
|----|---|
| 1. | Suisse |
| 2. | Turquie |
| 3. | Fédération de Russie |
| 4. | Italie |
| 5. | Pays-Bas |
| 6. | Norvège |
| 7. | Belgique (à confirmer) |
| 8. | Royaume-Uni (à confirmer) |
| 9. | Autres pays sans ACB (sujet à leur accord) |

Annexe 4. Homologues et points focaux nationaux : mandat

L'OMS s'est fermement engagée à travailler pour, dans et avec les États membres, tel que stipulé dans la nouvelle stratégie de pays pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe 2012-2014. La collaboration avec les pays s'articule autour de priorités convenues avec eux ; celles-ci reflètent les besoins des pays et correspondent à ce que le Bureau régional est en mesure d'apporter. Dans ce contexte, le Bureau régional tente en permanence de parfaire les mécanismes de collaboration avec les États membres. Le Bureau régional a acquis une vaste expérience en matière d'activités de pays par le biais du système des **homologues et des points focaux (techniques) nationaux**. La réussite d'une collaboration dépend, dans une large mesure, de l'engagement et des efforts des autorités sanitaires nationales. Elle nécessite que toutes les parties participent activement et respectent leurs engagements. S'il incombe au personnel de l'OMS d'exploiter correctement et efficacement les ressources disponibles afin de fournir des produits de qualité, les autorités nationales compétentes jouent un rôle essentiel pour l'obtention des résultats planifiés.

A. Homologue national

Dans le cadre de ce qui précède, le travail de l'homologue national de l'OMS sera soumis aux spécifications suivantes :

Activités et tâches – l'homologue national servira de point de contact pour la communication relative aux questions stratégiques et techniques entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et l'État membre. Il ou elle devra présenter les points de vue du ministère de la Santé sur la collaboration avec le Bureau régional, en fournissant une aide et une coordination globales et en exécutant des tâches techniques spécifiques si nécessaire et en fonction de ses compétences ; sinon, il ou elle fera appel à des experts dotés de compétences spécifiques. La contribution de l'homologue national au processus de collaboration avec l'OMS sera reconnu par le gouvernement national et/ou l'employeur national comme partie intégrante des responsabilités de l'homologue au niveau des pays. À cette fin, des discussions claires seront engagées au niveau des pays afin de déterminer ce qui est attendu de l'homologue dans le cadre de la collaboration mutuelle, et quel pourcentage de son temps sera alloué à la collaboration avec l'OMS.

Désignation – habituellement, au début du processus de planification de l'ACB, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe demandera à chaque ministère de la Santé ou son équivalent, dans une lettre officielle, de désigner/reconfirmer l'homologue national pour toutes les activités liées à l'ACB ou pour la coopération stratégique globale avec le Bureau régional. Il est souhaitable qu'un seul candidat soit sélectionné pour l'Organisation tout entière, y compris le Siège de l'OMS. Dans des circonstances normales, la durée de désignation correspond à la période biennale. Avant le début de chaque nouvelle période biennale, la désignation doit être confirmée ou une nouvelle désignation doit faire l'objet d'un commun accord. En cas de changement d'homologue national, le gouvernement national en informera l'OMS dans les meilleurs délais par l'intermédiaire du bureau de pays (le cas échéant).

La liste des homologues nationaux désignés par les ministères de la Santé est publiée sur le site Web interne du Bureau régional.

B. Point focal (technique) national

Le(s) type(s) précis d'activités et de tâches concerné(s) dépendra (dépendront) de la nature de l'emploi technique impliqué dans chaque programme. Cependant, et en général, le point focal national doit assurer les fonctions suivantes :

- fournir des données analysées, actualisées et spécifiques aux pays ;

- diffuser les meilleures pratiques et les informations acquises auprès de l'OMS par des exposés publics et la participation à des débats ;
- faciliter la résolution des problèmes de santé publique dans plusieurs domaines techniques par le renforcement des systèmes de santé ;
- plaider en faveur de la politique de la santé, notamment dans le cadre de cercles institutionnels, de forums, etc. ;
- soutenir les initiatives régionales et mondiales par la biais des mécanismes/organes consultatifs de l'OMS.

En outre, dans les pays ayant conclu un ACB, le point focal national effectuera les tâches suivantes :

- contribuer à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des activités de l'ACB dans son domaine de responsabilité ;
- interagir régulièrement avec le chef du bureau de l'OMS ainsi qu'avec l'homologue national sur les activités techniques menées dans le cadre de la coopération ;
- participer au suivi et à l'analyse de la réalisation des résultats escomptés dans le pays.

Critères de sélection du point focal (technique) national

Le point focal national est également nommé par le ministère de la Santé ou son équivalent, et doit être employé au ministère ou dans une institution qui lui est liée, qu'il s'agisse ou non d'un centre collaborateur de l'OMS officiellement désigné. Bien que le ministère de la Santé, ou son équivalent, soit responsable de la coordination générale des activités avec l'OMS, le point focal national doit répondre aux conditions suivantes :

- compétences techniques adéquates dans le domaine de la collaboration ;
- suffisamment d'ancienneté, d'expérience et statut officiel adéquat pour faciliter une communication efficace à tous les niveaux, des personnalités politiques aux institutions de santé au sein d'un programme/domaine de travail particulier ;
- liens adéquats avec les activités du système de santé national et le processus d'élaboration des politiques de santé ;
- être en mesure d'obtenir le soutien des institutions et experts nationaux concernés.

Bien qu'une bonne connaissance de l'anglais soit hautement souhaitable, cette condition n'entre pas en ligne de compte pour la nomination d'un point focal national.

Désignation – les ministères de la Santé sont invités à désigner des points focaux nationaux chaque fois qu'une activité connexe se déroule aux niveaux interpays et multipays ainsi qu'au niveau national. Le point focal national devrait idéalement être le même tout au long de la période biennale pour le domaine technique concerné. Cependant, les programmes techniques de l'OMS s'assurent généralement qu'il n'y a pas de suppléant proposé pour toute nouvelle activité technique prévue. Plus d'un point focal peut être désigné, chacun représentant un domaine technique/un programme de travail particuliers. Cependant, il ne peut y avoir qu'un seul point focal par domaine et, si besoin est, il ou elle peut alors nommer/impliquer d'autres experts nationaux en consultation avec le ministère.

Le Bureau régional de l'OMS se charge de dresser la liste des points focaux nationaux nommés pour assurer la liaison avec ses programmes techniques et de la diffuser auprès des représentants de l'OMS et chefs de bureau de pays, ainsi qu'auprès de l'équipe SRC (Relations stratégiques avec les pays) au bureau de la directrice régionale. Le nom des points focaux nationaux sera

également transmis aux homologues nationaux par l'équipe SRC/les chefs de bureau de pays afin d'assurer une collaboration plus étroite au niveau national.

C. Homologues et points focaux nationaux : hiérarchie et responsabilités

Il est important de noter que, dans le cadre d'activités conjointes (dans lesquelles, et par définition, le Bureau régional de l'OMS et le ministère de la Santé déploient un effort commun en faveur de réalisations communes), **l'homologue national** représente le ministère de la Santé. Celui-ci ou celle-ci ne peut être engagé(e) dans des négociations bilatérales privées avec toute autre institution au nom de l'OMS.

Le **point focal national**, en revanche, collaborera avec les membres du personnel de l'OMS responsables du programme technique (à la fois aux niveaux national et régional) et coordonnera étroitement toutes les activités avec le chef de bureau de pays ainsi qu'avec l'homologue national. Les conseils techniques pour les points focaux nationaux sont fournis par le personnel de l'OMS (chef de programme).