



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

**Rapport sur la soixante-cinquième session
du Comité régional de l'OMS pour l'Europe**

Vilnius, Lituanie, 14-17 septembre 2015

Mots clés

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

EUR/RC65/REP

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

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

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

© Organisation mondiale de la santé 2015

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

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

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

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

Table des matières

	<i>paragraphes</i>
Ouverture de la session.....	1
Élection du bureau.....	1
Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail.....	1
Allocution de la Présidente de la République de Lituanie.....	1
Allocution de Son Altesse Royale la Princesse héritière de Danemark.....	2
Allocution de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe.....	2
Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS.....	9
Réforme de l'OMS : état d'avancement et incidences pour la Région européenne.....	11
Responsabilisation et conformité.....	13
Survol de la réforme de la gouvernance mondiale.....	15
Action de l'OMS en cas de flambées épidémiques et d'urgences ayant des conséquences sanitaires et humanitaires.....	15
Allocution du directeur général de l'OMS.....	17
Récompense attribuée dans le cadre de la Journée mondiale sans tabac.....	19
Rapport du vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe.....	19
Le Rapport sur la santé en Europe 2015 : les cibles et au-delà – atteindre les nouvelles frontières des bases factuelles.....	21
Santé 2020 : promouvoir les mesures intersectorielles et interagences pour la santé et le bien-être dans la Région européenne de l'OMS.....	22
Les déterminants sociaux et la santé, et l'éducation sanitaire : liens et cohérence entre la santé, l'éducation et la politique sociale ; la santé dans le développement durable et la politique étrangère.....	26
Table ronde.....	26
Débat général sur le travail intersectoriel, la décision et la table ronde.....	29
Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025.....	31
Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention- cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025 : dire adieu pour toujours au tabac.....	33
Élections et désignations.....	36
Conseil exécutif.....	36
Comité permanent du Comité régional.....	37
Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé.....	37
Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne.....	37
Rapport final sur la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 et examen du projet de Plan d'action sur la tuberculose pour la Région européenne 2016-2020.....	42

Plan d'exécution régional du budget programme 2016-2017.....	45
Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif	47
Stratégies mondiales du secteur de la santé sur le VIH/sida, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles	48
Règlement sanitaire international, l'évaluation et le suivi des principales capacités	49
Stratégies mondiales relatives aux services de santé intégrés et centrés sur la personne et aux ressources humaines pour la santé	52
Allocution du commissaire européen à la santé et à la sécurité alimentaire	53
Rapports de situation	56
Catégorie 1 : maladies transmissibles	56
Catégorie 3 : promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie	56
Catégorie 4 : systèmes de santé.....	56
Catégorie 5 : préparation, surveillance et intervention.....	57
Confirmation des dates et lieux des futures sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Europe	57
Clôture de la session.....	57
Résolutions et décisions.....	58
EUR/RC65/R1. Rapport intérimaire de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2014-2015.....	58
EUR/RC65/R2. Rapport du vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe.....	58
EUR/RC65/R3. Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025	62
EUR/RC65/R4. Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025	63
EUR/RC65/R5. Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne.....	65
EUR/RC65/R6. Plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne de l'OMS 2016-2020	67
EUR/RC65/R7. Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 2016-2019	69
EUR/RC65(1). Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la Région européenne de l'OMS : la santé est un choix politique	70
Annexe 1. Ordre du jour	71
Annexe 2. Liste des documents.....	74
Annexe 3. Liste des représentants et autres participants	77
Annexe 4. Allocution de la directrice régionale	111
Annexe 5. Allocution du directeur général.....	124

Abréviations

UE	Union européenne
RSI	Règlement sanitaire international
Tuberculose MR et UR	tuberculose multirésistante/ultrarésistante
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONG	Organisations non gouvernementales
CPCR	Comité permanent du Comité régional
IST	infections sexuellement transmissibles
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population

Ouverture de la session

La soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe s'est tenue au LITEXPO de Vilnius (Lituanie) du 14 au 17 septembre 2015. Des représentants de 53 pays de la Région européenne y ont participé. Étaient également présents des représentants de l'Agence internationale de l'énergie atomique, de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, du Programme des Nations Unies pour le développement, du Fonds des Nations Unies pour la population, de l'Union européenne (UE) et d'organisations non gouvernementales (ONG).

La première séance de travail a été ouverte par le docteur Raymond Busuttil (Malte), président exécutif sortant.

Élection du bureau

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

Mme Rimantė Šalaševičiūtė (Lituanie)	Présidente
Mme Taru Koivisto (Finlande)	Présidente exécutive
Pr Benoît Vallet (France)	Vice-président exécutif
Dr Mario Miklosi (Slovaquie)	Rapporteur

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

(EUR/RC65/2 Rev.2 et EUR/RC65/3 Rev.2)

Le Comité régional adopte l'ordre du jour et le programme de travail.

Le Comité décide d'inviter la délégation de l'UE à assister et à participer sans droit de vote aux réunions de tous les sous-comités, groupes de rédaction et d'autres sous-divisions ayant lieu au cours de la soixante-cinquième session et traitant de dossiers relevant de la compétence de l'UE.

Allocution de la Présidente de la République de Lituanie

Les participants sont accueillis par Mme Dalia Grybauskaitė, Présidente de la République de Lituanie, qui explique que l'on peut relever les nouveaux défis auxquels est confrontée l'Europe en collaborant vers un seul objectif, à savoir la bonne santé des individus. Les principaux dossiers inscrits à l'ordre du jour de la session sont directement liés à la qualité de la vie et aux progrès de la société. Le fait que l'OMS encourage les populations à adopter un mode de vie sain grâce notamment à la stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025, et son appel afin que les responsables politiques adaptent les systèmes de soins de santé aux besoins de la société, sont autant d'initiatives qui sont hautement appréciées.

Allocution de Son Altesse Royale la Princesse héritière de Danemark

Son Altesse Royale la Princesse héritière de Danemark, protectrice du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, déclare que la santé et le développement sont inextricablement liés : l'amélioration de santé est à la fois un résultat de la réduction de la pauvreté, et une condition préalable aux efforts de lutte menés contre celle-ci. Les progrès réalisés dans tous les aspects du développement se mesurent à la manière dont la santé a été équitablement répartie. La santé constitue aussi un point de référence pour le développement durable. Nous assistons à un véritable changement de valeurs, puisqu'il ne s'agit plus simplement de prévenir et de traiter les maladies, mais plutôt de générer et de conserver la bonne santé. Le Comité régional sert de plateforme idéale pour regarder vers l'avenir et envisager de nouvelles méthodes de travail, notamment l'action intersectorielle, le thème principal de la présente session, à savoir « La santé comme choix politique et la responsabilité partagée ».

Elle fait remarquer qu'au cours de ces 50 dernières années, les vaccins ont permis de sauver des millions de vies et ont sensiblement allégé le fardeau que font peser les maladies sur les systèmes de santé et la société. Or, malgré les progrès accomplis dans ce domaine, il existe encore des lacunes en matière d'immunité. La survenue récente de cas confirmés de poliomyélite en Ukraine et sa réapparition en 2010 au Tadjikistan, ainsi que la transmission endémique de la rougeole, mettent en exergue l'importante nécessité de maintenir une couverture vaccinale élevée, de garantir une forte immunité de la population et de procéder à une surveillance de qualité. Grâce à un engagement politique soutenu et à la mise en œuvre des stratégies nécessaires à cette fin par tous les pays, la rougeole et la rubéole pourront être éliminées dans la Région européenne.

La santé des femmes et des filles est également au centre du développement durable. Cependant, malgré les importants progrès accomplis à cet égard, les inégalités entre les sexes persistent, et il reste encore beaucoup à faire pour lutter contre l'épidémie mondiale de violence domestique à l'encontre des femmes. La 4^e Conférence mondiale de « Women Deliver », dont elle est la protectrice, se tiendra en mai 2016 à Copenhague (Danemark). Il s'agit de l'une des premières grandes conférences internationales organisées après l'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030, une occasion idéale pour accélérer la mise en œuvre de leur programme commun en matière de santé des femmes.

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

(EUR/RC65/5 Rev.1, EUR/RC65/R.1, EUR/RC65/Inf.Doc./2)

La directrice régionale explique que le Bureau régional continue d'œuvrer à « améliorer la santé en Europe pour une équité et une durabilité accrues ». On a dû faire face à de nombreux défis lors de l'année écoulée, notamment la flambée épidémique de maladie à virus Ebola, le décès d'enfants dû à la rougeole et à la diphtérie, l'apparition de cas de poliomyélite dans la Région européenne et l'afflux massif de réfugiés et de migrants. Si la Région a réalisé d'excellents progrès concernant les principaux indicateurs de Santé 2020, et s'il y a moins de différences entre les pays concernant l'espérance de vie et les résultats sanitaires obtenus, l'écart entre les pays ayant la plus courte et la plus longue espérance de vie est toujours de 11 ans. La mortalité prématurée imputable aux maladies cardiovasculaires a également diminué dans la Région, et des progrès ont été réalisés en matière de réduction des comportements à risque pour la santé.

Néanmoins, les Européens fument et boivent toujours plus que partout ailleurs, et sont aussi parmi les plus obèses. En d'autres termes, si Santé 2020 s'avère efficace, un grand nombre de défis doivent encore être relevés.

Le pourcentage de pays ayant instauré des politiques sanitaires nationales alignées sur Santé 2020 a presque doublé entre 2010 et 2013, et davantage de décideurs adoptent des politiques publiques cohérentes et interconnectées, avec une importante composante intersectorielle. Santé 2020 permet de prendre des décisions politiques judicieuses pour la santé, et ses orientations stratégiques clés restent plus que jamais d'actualité. Les investissements actuels dans la santé et la santé publique ne sont pas suffisants, bien que les arguments économiques en leur faveur soient convaincants. Non seulement ces investissements améliorent les résultats sanitaires, mais ils génèrent des retombées positives sur le plan économique, social et environnemental. Le secteur de la santé doit mettre en évidence ces avantages, et inciter les pouvoirs publics à investir dans la santé. Il doit également travailler en partenariat avec d'autres secteurs, notamment avec les responsables des politiques sociales et fiscales.

Le développement et la lutte contre la pauvreté passent aussi par la santé, qui est un indicateur et un résultat des progrès accomplis sur la voie d'une société durable. Les dirigeants du monde se réuniront bientôt aux Nations Unies afin d'élaborer le programme de développement durable pour l'après-2015 en vue de mettre fin à la pauvreté pour 2030. L'objectif de la santé occupe une place centrale parmi les 17 objectifs de développement durable, et s'aligne totalement sur Santé 2020. Cependant, ces objectifs exerceront une influence sur la santé parce qu'ils agissent tous sur les déterminants de la santé. En se concentrant exclusivement sur le but de la santé, on passera à côté de l'occasion de mettre en pratique les démarches pangouvernementales et pansociétales auxquelles les États membres ont souscrit par le biais de Santé 2020. Le Bureau régional aidera les pays à transposer les nouveaux objectifs de développement dans les plans nationaux de développement, qui s'articuleront autour de la santé.

L'action intersectorielle, le thème principal de la présente session, revêt une importance capitale pour la cohérence des politiques, et constitue le fondement de la responsabilisation en matière de santé. La Région européenne possède une grande expérience de l'action intersectorielle, par exemple dans le domaine de l'environnement et de la santé, grâce à la mise en place d'un processus politique bien structuré, établissant des liens avec la mise en œuvre à l'échelle nationale. On a également réalisé des activités intersectorielles sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que dans le domaine de la politique étrangère et de la coopération au développement. La directrice régionale attend avec impatience d'en apprendre davantage sur l'expérience des États membres lors de la table ronde consacrée à la promotion des mesures intersectorielles et interagences en faveur de la santé et du bien-être.

Afin de susciter un changement de mentalités et de créer les capacités nécessaires pour que les ministères de la Santé puissent jouer le rôle de chef de file dans les processus intersectoriels, le Bureau régional soutient l'instauration de comités intersectoriels dans les pays, et a élaboré des synthèses sectorielles et thématiques. Les processus consultatifs de grande envergure contribueront à promouvoir le travail intersectoriel dans la Région européenne grâce au dialogue, à l'échange de données d'expérience et aux actions communes entre les pays, les secteurs et les institutions. Ces processus doivent d'abord se concentrer sur les secteurs de l'éducation, des finances et le secteur social en vue d'attirer l'attention sur les déterminants sociaux de la santé et l'instruction en santé.

Le Bureau régional travaille intensivement à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques sanitaires nationales harmonisées avec Santé 2020. Les réseaux sont devenus une plate-forme plus puissante pour l'échange d'expériences pratiques à cet égard, comme en témoignent les succès rencontrés par le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et l'Initiative des petits pays. Les réseaux des Villes-santé et des Régions-santé soutiennent la mise en œuvre de Santé 2020 au niveau sous-national et contribuent au renforcement du leadership local en matière d'action intersectorielle.

La Région européenne a réalisé d'importants progrès dans la lutte contre certaines maladies transmissibles. On s'attend à éliminer le paludisme d'ici la fin 2015, et jusqu'à présent aucun cas n'a été contracté localement cette année. Or, une vigilance continue est essentielle pour prévenir la réintroduction de cette maladie. D'importants progrès ont été accomplis dans la lutte contre la tuberculose. Si l'incidence de cette maladie a connu un recul plus rapide en Europe que dans les autres Régions de l'OMS, davantage d'efforts doivent être déployés pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici 2035, et d'éliminer cette maladie d'ici 2050. Le projet de plan d'action sur la tuberculose pour 2016-2020 doit prévenir ou guérir des millions de cas et sauver plus de 3 millions de vies.

Les progrès ont été moins évidents en ce qui concerne le VIH/sida, et une augmentation vertigineuse de 80 % de nouveaux cas d'infection à VIH a été observée entre 2004 et 2014. Il s'agit là d'une situation alarmante qui exige une action concertée et la mise en œuvre de politiques fondées sur des bases factuelles afin que la Région européenne soit à même de mettre fin à l'épidémie d'ici 2030. L'hépatite virale est toujours un problème sans réponse, et provoque quotidiennement quelque 400 décès. Bien que des traitements soient disponibles contre l'hépatite B et C, ils demeurent à un prix inabordable dans la plupart des pays. La Région européenne doit donc adopter une approche globale, en utilisant les outils disponibles et en mettant l'accent sur la prévention.

Les maladies à prévention vaccinale restent un fardeau pour la Région européenne. La réapparition de la poliomyélite nous rappelle impitoyablement qu'il faut maintenir une couverture vaccinale élevée et mener une surveillance à cet égard. Les États membres se sont engagés à éliminer la rougeole et la rubéole d'ici 2015, et bien qu'un grand nombre d'entre eux soit en passe d'y parvenir, le manque de volonté politique dans certains pays empêche la réalisation de l'objectif au niveau régional. La directrice régionale invite instamment les États membres à honorer l'engagement qu'ils ont pris dans le Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020 en vue d'éliminer la rougeole et la rubéole.

Des progrès importants ont été observés dans la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, et les décès évitables dus à ces maladies affichent un fort recul. Si la réduction des facteurs de risque comportementaux, notamment la consommation d'alcool et de tabac, a joué un rôle à cet égard, l'Europe reste la Région qui enregistre le pourcentage total le plus élevé de tabagisme chez les adultes, et il faut en faire plus pour mettre fin au commerce illicite des produits du tabac. La directrice régionale félicite les pays qui sont devenus parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, et exhorte les autres à suivre leur exemple. Le Comité régional discutera de la feuille de route proposée pour la lutte antitabac et fixera l'objectif ambitieux d'une mise en œuvre intégrale de la Convention-cadre de l'OMS. Il examinera également la stratégie sur l'activité physique, un complément au Plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 adopté l'année dernière.

Notant que le Bureau régional a mis au point un programme de 15 interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles, elle plaide également pour que les États membres accordent plus d'attention à la prise en charge des maladies non transmissibles, tout en reconsidérant ses programmes de détection et de dépistage précoces. Certains États membres ont exprimé leur préoccupation au sujet du délaissement et de la maltraitance des adultes ayant une déficience intellectuelle et vivant en établissement spécialisé, et la directrice régionale a entrepris un examen de la question et proposera une voie à suivre.

Si la situation sanitaire des femmes s'améliore, il subsiste d'énormes écarts entre les pays et au sein d'un même pays. La dispensation de soins périnataux efficaces a permis de réduire la mortalité maternelle, et l'heure est venue, à présent, de se concentrer sur les problèmes médicaux préexistants, tels que le diabète et les maladies cardiovasculaires, qui sont aggravés par la grossesse. Davantage d'efforts doivent aussi être déployés dans le domaine de la santé et des droits sexuels et génésiques. La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020, qui se tiendra à Minsk (Biélorus) les 21 et 22 octobre 2015, sera le premier événement qui fera le lien entre les objectifs de développement durable et Santé 2020, et se concentrera sur la santé maternelle et infantile, ainsi que sur la santé génésique et les droits en la matière.

Les activités menées dans la Région européenne afin de renforcer les systèmes de santé et les capacités de la santé publique s'inspirent de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, et visent à améliorer les résultats sanitaires, en assurant la protection financière, la réactivité et l'efficacité. Transformer les services de santé pour répondre aux besoins du XXI^e siècle constituera la principale priorité stratégique des nouvelles perspectives de renforcement des systèmes de santé au cours de ces cinq prochaines années. La prestation coordonnée et intégrée de services de santé et les soins centrés sur la personne sont la voie à suivre. Le Bureau régional prépare actuellement un cadre orienté sur l'action à cette fin, qui sera présenté à la soixante-sixième session du Comité régional en 2016. Il intensifie également le soutien apporté aux pays en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle.

Les investissements collectifs dans l'information sanitaire, les bases factuelles et la recherche, en tant que fondements de l'élaboration de politiques, sont payants. Dans le cadre de l'Initiative européenne d'information sanitaire, on a poursuivi l'élaboration d'informations relatives à la santé et au bien-être, en mettant l'accent sur les indicateurs. Le nouveau portail d'informations sanitaires publié sur le site Web du Bureau régional de l'Europe est largement utilisé par les responsables politiques, et permettra bientôt l'analyse simultanée d'indicateurs dans toutes les bases de données du Bureau Régional. Plusieurs réseaux d'information sanitaire permettent de renforcer la capacité des pays à compiler des bases factuelles et à les utiliser dans l'élaboration de politiques.

La directrice régionale et le Bureau régional restent pleinement engagés envers la réforme de l'OMS et, en particulier, les actions menées en cas de flambées épidémiques et d'urgences ayant des conséquences sanitaires et humanitaires, à la suite de la flambée de maladie à virus Ebola. Au Bureau régional, la préparation aux situations d'urgence humanitaire et de santé publique s'effectue selon une approche intégrée, multisectorielle et tous risques. La communication sur les risques fait d'ailleurs partie intégrante de ce processus. Le Bureau régional a également révisé ses procédures d'urgence et lancé une nouvelle initiative pour améliorer la capacité des laboratoires à détecter les maladies et les flambées épidémiques, et y riposter, une composante

importante pour la mise en place des principales capacités en vertu du Règlement sanitaire international (RSI) (2005)¹.

Avec l'afflux croissant de réfugiés et de migrants dans de nombreux pays européens, la question de la migration et de la santé est une source de préoccupation croissante. Les pays doivent mettre en œuvre des politiques de santé publique qui permettent aux migrants d'accéder à tout un ensemble de services de santé, notamment dans le domaine de la prévention et des soins, qui profiteront également à leurs citoyens. Le lien fréquemment établi entre migration et importation de maladies infectieuses n'a aucun fondement scientifique et une déclaration à ce sujet a été publiée sur le site Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Ce dernier aide activement les pays à élaborer des politiques sur la santé des migrants.

L'OMS supervise l'intervention du groupe de responsabilité sectorielle Santé en réaction au conflit en République arabe syrienne et à la crise humanitaire en Ukraine. L'Organisation procède à l'évaluation des besoins en matière de santé et facilite l'apport d'une aide humanitaire aux populations dans le besoin.

Le Bureau régional continue de collaborer avec les États membres, en adaptant son aide à leurs priorités, à leurs besoins et à leur contexte. La création, en 2015, de plusieurs bureaux géographiquement dispersés et le réseau d'homologues nationaux, qui a amélioré le flux de connaissances et d'informations, ont permis d'intensifier ses efforts. Davantage de pouvoirs et de responsabilités ont été conférés aux bureaux de pays. Les partenariats avec les organisations de la société civile ont été également renforcés. Les activités du Bureau régional de l'Europe se poursuivent sur une base financière solide, avec davantage de fonds flexibles faisant l'objet d'une répartition stratégique. Le plan d'exécution régional du budget programme 2016-2017 sera le principal instrument de responsabilisation au niveau institutionnel dans la Région. Le Bureau régional continuera de collaborer avec les États membres et ses partenaires en vue d'atteindre l'objectif d'une meilleure santé pour tous, dans un esprit d'équité et de durabilité.

Dans la discussion qui suit, les représentants se félicitent du rapport de la directrice régionale, de son leadership ainsi que du travail entrepris pour répondre aux priorités régionales en matière de santé et mettre en œuvre Santé 2020, la politique-cadre européenne pour la santé et le bien-être. Un large soutien a également été exprimé au choix de l'action intersectorielle et interagences en faveur de la santé comme thème principal de cette session.

Un représentant s'exprimant au nom de l'UE et de ses pays membres accueille favorablement le rapport final sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn. Il insiste sur la nécessité d'adhérer pleinement aux nouveaux objectifs de développement durable, faisant spécifiquement référence à leurs 13 objectifs liés à la santé, et d'engager une coopération avec toutes les parties prenantes afin de s'attaquer aux problèmes de santé résultant de l'afflux massif de migrants et de réfugiés en Europe. Il souligne l'importance de l'alimentation et de l'exercice physique pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. Une action soutenue est indispensable pour combattre l'épidémie de VIH/sida et éliminer la tuberculose et l'hépatite. La vaccination doit faire l'objet d'un engagement accru, notamment dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020. L'application du Plan d'action mondial de l'OMS pour combattre la résistance aux antimicrobiens doit particulièrement

¹ Règlement sanitaire international (2005). Deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2008. (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/fr/>, consulté le 7 décembre 2015).

s'inspirer du principe « Un monde, une santé ». La performance de la structure d'intervention de l'OMS lors de situations d'urgence sanitaire telles que la flambée épidémique de la maladie à virus Ebola a mis en évidence la nécessité d'améliorer la sécurité sanitaire mondiale par l'investissement dans la préparation, la planification et l'établissement de liens avec le renforcement des systèmes sanitaires, ainsi que par l'application accélérée du Règlement sanitaire international (2005) et l'adhésion des pays à cet égard.

Un représentant s'exprimant au nom du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et de ses pays membres se félicite du rapport final, et salue les succès remportés par le Bureau régional dans la mise en œuvre d'un ambitieux programme de travail lié à Santé 2020, le nouveau cadre politique de la Région européenne, et au-delà. La question de l'information sanitaire, en tant que moyen de renforcer la responsabilisation des décideurs politiques face aux complexités de la santé des populations dans les limites des ressources disponibles, est considérée comme essentielle à cet égard. Le lancement de l'Initiative européenne d'information sanitaire est aussi hautement apprécié, et le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est reconnaît la valeur ajoutée de cette initiative comme outil d'amélioration de la coordination intersectorielle dans le cadre d'une gouvernance et d'un leadership renforcés pour la santé au niveau des ministères de la Santé. L'importance d'une communication et d'une gouvernance efficaces pour améliorer la santé de la population est également mise en exergue.

Tout en approuvant largement ces commentaires, de nombreux intervenants donnent des exemples de mesures prises par leurs pays respectifs et des progrès réalisés dans ce domaine grâce au soutien exemplaire apporté par l'OMS à la mise en œuvre des politiques décrites dans le rapport de la directrice régionale. L'accent a été également mis sur les points suivants : la nécessité de respecter une vision et une stratégie communes pour permettre l'adaptation, à la lumière des défis financiers et économiques mondiaux, aux nouvelles situations engendrées notamment par le changement climatique et la migration au niveau mondial ; l'impact positif de l'Initiative européenne de l'information sanitaire, du Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles et de la collaboration avec la base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS ; l'importance des soins de santé centrés sur la personne ; et l'aide précieuse apportée dans le cadre de l'Initiative des petits pays.

Plusieurs orateurs ont soumis d'autres questions pour examen : la nécessité d'accroître la participation du secteur privé aux interventions dans le domaine sanitaire ; de veiller à ce que les centres collaborateurs de l'OMS soient proposés par les États membres et que toutes les décisions importantes créant des obligations pour l'OMS et ses États membres soient prises par les organes directeurs ; et de préciser les procédures et fixer des délais s'agissant de la désignation des candidats pour les processus intergouvernementaux, au regard des principes de transparence et d'égalité, afin de recruter les meilleurs experts possibles. Les difficultés liées à l'adoption d'une approche efficace, cohérente et intégrée en vue d'atteindre les nouveaux objectifs de développement durable, ainsi que l'élaboration d'une stratégie commune pour financer les activités essentielles du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement de l'OMS sont également sources de préoccupation.

Au nom de son pays, le représentant de la Hongrie présente une invitation à accueillir la soixante-septième session du Comité régional en 2017. Cette invitation a été envoyée par écrit à la directrice régionale, à la suite d'un décret du gouvernement hongrois.

L'envoyé spécial du secrétaire général des Nations Unies pour le VIH/sida en Europe orientale et en Asie centrale félicite la directrice régionale et le personnel de l'OMS pour leur engagement indéfectible envers la prévention et la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose, la tuberculose multirésistante et l'hépatite virale. Il fait notamment mention de l'action menée dans l'est de l'Ukraine, où l'on enregistre un nombre sans précédent de nouveaux cas de VIH/sida, et où les infections non diagnostiquées ainsi que le pire accès au monde à la prévention et au traitement, en particulier pour les groupes vulnérables, posent de très importants défis. Étant donné les outils désormais disponibles grâce aux avancées scientifiques, les ressources financières et l'engagement politique requis à cet égard doivent se concentrer sur la prise de mesures visant à mettre fin à l'épidémie de VIH/sida.

Faisant écho à ces remarques, le directeur de l'Équipe d'appui régionale de l'ONUSIDA pour l'Europe orientale et l'Asie centrale met en exergue le consensus et l'ambition de la nouvelle cible en matière de VIH/sida qui figurera dans les objectifs de développement durable, à savoir éliminer la maladie d'ici 2030. Tous les États membres et les partenaires doivent se joindre aux efforts de l'ONUSIDA afin de maîtriser l'épidémie en Europe orientale et en Asie centrale. À cet égard, il rend hommage à la Lituanie qui a levé les restrictions imposées à l'entrée et au séjour sur son territoire des personnes vivant avec le VIH/sida, conformément à l'engagement pris par tous les États membres des Nations Unies afin que cette mesure soit appliquée d'ici la fin 2015. L'ONUSIDA et ses 11 organismes coparrainants sont clairement résolus à réaliser l'objectif d'éradication de l'épidémie de VIH/sida dans la Région européenne.

Le directeur du bureau régional du FNUAP pour l'Europe orientale et l'Asie centrale reconnaît la collaboration fructueuse mise en place avec le Bureau régional de l'Europe en vue de renforcer l'intervention des systèmes de santé face à la violence à l'encontre des femmes, en intensifiant la dispensation d'une éducation sexuelle complète et en améliorant l'élaboration de politiques de santé publique fondées sur des bases factuelles. Outre l'engagement envers la poursuite des activités de collaboration dans des domaines prioritaires et essentiels pour l'avenir, il importe d'optimiser sans attendre la capacité des secteurs européens de la santé à gérer l'impact de l'afflux croissant de migrants et de réfugiés, notamment en ce qui concerne les besoins urgents des femmes déplacées en matière de santé génésique. Les intervenants européens doivent aussi collaborer étroitement sur des questions telles que l'impact de la migration interne, le vieillissement de la population et l'accès des jeunes à l'éducation sanitaire et aux services de santé essentiels.

La directrice régionale, en remerciant les États membres pour leur soutien, déclare que le Bureau régional apprécierait leurs conseils concernant le rôle qu'elle pourrait jouer dans la mise en place des interventions globales nécessaires pour faire face à la nouvelle crise humanitaire survenant dans la Région européenne en raison de l'afflux massif de réfugiés et de migrants. Une réunion pourrait être organisée avant la fin de 2015 afin d'aborder l'impact sanitaire de la crise migratoire sous deux angles, à savoir la protection de la santé des migrants et des réfugiés arrivant dans la Région européenne, et la protection de la santé des populations locales.

Répondant aux questions soulevées pour examen, la directrice régionale fait observer que le Groupe de la politique mondiale, dans le contexte des débats qu'il engage régulièrement sur l'amélioration de la capacité de l'OMS à se préparer et à réagir aux crises, s'emploie à conseiller le directeur général sur la réforme des activités de l'OMS lors des situations d'urgence, une tâche inscrite à son ordre du jour ordinaire. Elle est également convaincue que le Groupe de la politique mondiale examinera la mise en œuvre des nouveaux objectifs de développement

durable pour l'après-2015 à la suite de l'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030. On envisage déjà de mener un débat après la session du Comité régional afin d'améliorer davantage la cohérence du Bureau régional en ce qui concerne les objectifs de développement durable et Santé 2020. Elle rappelle également que les objectifs et le cadre politique sont étroitement alignés. L'expérience acquise lors de la mise en œuvre de Santé 2020, notamment l'adoption d'approches pangouvernementales, pansociétales et intégrant la santé dans toutes les politiques afin d'agir sur les déterminants de la santé, ainsi que les enseignements tirés à cet égard seront utiles à la réalisation des objectifs de développement durable. Les efforts visant à augmenter le financement privé des systèmes de santé doivent s'effectuer dans le cadre d'une réglementation et d'une gestion rigoureuses, notamment pour protéger les populations vulnérables et prévenir l'aggravation potentielle des inégalités de santé. Pour ce qui est de la sélection des experts nationaux, le Bureau régional collabore directement avec les homologues et les points focaux techniques nationaux, ceux-ci étant désignés par leurs gouvernements respectifs. Cependant, eu égard aux processus intergouvernementaux établis au niveau mondial, aucun système clair n'a été mis en place pour la désignation des experts qui, d'ailleurs, s'effectue souvent dans de courts délais. Ce problème sera donc examiné avec le Comité permanent du Comité régional de l'Europe (CPCR). Les procédures de désignation des centres collaborateurs de l'OMS sont précises, et ont toujours donné lieu à une consultation avec les gouvernements. En outre, on examine actuellement, afin de parvenir à un accord à cet égard, les conditions dans lesquelles les documents finals des réunions ministérielles seront soumis à l'approbation des organes directeurs. La question a également été examinée par le vingt-deuxième CPCR, et la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020, organisée à Minsk (Biélorus) en octobre 2015, permettra de tester cette initiative. La directrice régionale convient également qu'une approche commune doit être adoptée pour le financement des activités du Groupe de travail consultatif d'experts, et souligne l'action menée pour répondre aux besoins des groupes vulnérables vivant avec le VIH/sida et notamment ceux des réfugiés et des migrants. Enfin, elle remercie le représentant de la Hongrie pour son offre d'accueillir la soixante-septième session du Comité régional.

Le Comité adopte la résolution EUR/RC65/R1.

Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS

La directrice régionale souligne l'importance des partenariats pour la concrétisation des nouveaux objectifs de développement durable, dans lesquels la santé joue un rôle pivot. L'Agenda 2030 pour le développement durable doit servir à faciliter la transition des États membres vers un financement national plutôt qu'un soutien fourni par des mécanismes internationaux de financement et l'aide au développement. Les pays pourraient dégager des fonds pour la santé en exploitant de nouvelles sources de recettes et en améliorant le rapport coût-efficacité. L'investissement dans la santé doit être plus stratégique, et les retombées positives pour la santé réalisées grâce aux efforts consentis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) doivent être durables. Le Bureau régional s'engage à soutenir les efforts accomplis par les États membres pour mettre en œuvre le Programme de 2030 ; dans ce contexte, Santé 2020 constitue un fondement solide, proposant un cadre d'action pour l'ensemble des pouvoirs publics, des secteurs et de la société.

Le directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme déclare que le Fonds mondial est un mécanisme de partenariat conçu et régi par les pays. Il reste résolument engagé dans la Région européenne. Le VIH et la tuberculose multirésistante et ultrarésistante sont toujours un lourd fardeau dans la Région, et le Fonds mondial assure une part considérable des thérapies antirétrovirales et du traitement de ces deux formes de tuberculose. La transition vers un financement national exige une planification à long terme et un maintien à long terme des programmes. Des approches novatrices ont été envisagées pour assurer des transitions en douceur, notamment grâce à une participation de la société civile et des milieux de professionnels de la santé, ainsi qu'au renforcement des partenariats avec les ministères de la Santé.

Le vice-directeur général de l'alliance GAVI déclare que les efforts consentis pour atteindre les OMD ont entraîné des progrès considérables en ce qui concerne la réduction de la mortalité infantile, notamment grâce à l'élargissement de la couverture vaccinale. Cependant, les difficultés rencontrées en matière de maladies évitables par la vaccination dans la Région européenne vont s'aggraver, puisque les pays ouvrent leurs portes à un afflux de réfugiés et de migrants. Dès lors, l'engagement politique et un investissement accru dans la sensibilisation, pour triompher des hésitations face aux vaccins, ont une importance cruciale. L'Alliance GAVI accorde une grande valeur à la durabilité et à l'équité intergénérationnelle, et la nécessité que les pays se considèrent comme les co-instigateurs des interventions menées est au centre de son système de soutien. Il est prévu que, dans les cinq prochaines années, cinq pays de la Région européenne de l'OMS se passent du soutien de l'Alliance GAVI ; leurs gouvernements doivent assumer la responsabilité de maintenir les programmes de vaccination. L'Alliance GAVI prendra des mesures pour aider ces pays après la transition. Le Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020 pourrait avoir un impact positif, et témoigne d'un niveau sans précédent d'engagement politique, qui pourrait servir d'exemple au reste du monde.

Au cours d'une table ronde animée par le professeur Martin McKee, le conseiller principal du Conseil national suédois de la santé et de la protection sociale souligne l'importance d'une approche intersectorielle pour atteindre les nouveaux objectifs de développement durable : bien qu'un seul objectif porte spécifiquement sur la santé, bon nombre des autres objectifs ont un rapport avec les déterminants sociaux de la santé. Santé 2020 a un rôle clé à jouer dans ce domaine. Le ministre de la Santé de la République de Moldova et le directeur général du Centre national géorgien pour la lutte contre les maladies et la santé publique décrivent les expériences de leur pays en matière de préparation de la transition entre un financement par des donateurs et une viabilité à long terme. En République de Moldova, le soutien reçu du Fonds mondial a été un outil utile pour le ministère de la Santé dans les négociations qu'il a menées pour obtenir des crédits budgétaires du ministère des Finances. Avec le temps, le rendement de cet investissement en termes d'amélioration de la santé de la population a permis de garantir qu'un financement national durable en matière de tuberculose et de traitement contre le VIH reste une priorité. Le gouvernement géorgien a récemment doublé son budget de la santé, et un encadrement financier à moyen terme a été convenu avec le ministère des Finances pour assurer une transition durable. Il faut espérer que lorsque la participation financière de donateurs tels que le Fonds mondial et l'Alliance GAVI cessera, l'assistance technique coordonnée par l'OMS sera maintenue.

En ce qui concerne la question de savoir si des crédits budgétaires pourraient être obtenus plus facilement des ministères des Finances en mettant l'accent sur l'impact des investissements dans le domaine sanitaire pour la concrétisation de tous les objectifs de développement durable, les participants à la table ronde se sont entendus sur l'importance d'une approche intersectorielle.

Santé 2020 peut être un outil utile dans ce contexte. Des systèmes de données adéquats sont nécessaires pour recueillir des bases factuelles sur l'impact des interventions dans le domaine de la santé, ce qui pourrait faire augmenter les investissements dans la santé, et les données devraient être présentées de manière à attirer l'attention des non-statisticiens. L'équité est une question complexe, étant donné que certains problèmes de santé, en particulier le VIH et la tuberculose, sont associés à une stigmatisation sociale.

Un représentant de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine déclare que la santé est un choix politique, qui exige des investissements à long terme et des systèmes de santé résilients. Il demande ce que l'on pourrait faire pour susciter la participation de la société civile et donner à la population les moyens d'acquérir la résilience nécessaire pour affronter d'imprévisibles défis sanitaires dans le futur.

Les participants à la table ronde insistent sur la nécessité d'envisager non seulement l'aspect « offre » de l'investissement en matière de santé, mais aussi l'aspect « demande », en donnant aux communautés les moyens de demander des comptes aux systèmes de santé. En agissant de la sorte, les comportements seraient davantage axés sur une recherche de la santé et les attentes seraient plus importantes. On pourrait parvenir à une approche centrée sur le patient en promouvant la santé dans toutes les politiques, en renforçant les partenariats et la communication pour garantir une démarche axée sur des résultats, en ayant foi dans les gens et en ne revenant pas à une culture dans laquelle on blâme les victimes. Des audits sociaux doivent être effectués et leurs résultats pris en compte.

Réforme de l'OMS : état d'avancement et incidences pour la Région européenne

(EUR/RC65/15)

La directrice régionale présente un récapitulatif des progrès enregistrés en matière de réforme de l'OMS et des incidences de cette réforme pour la Région européenne dans cinq domaines clés : allocation stratégique des volants budgétaires ; cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques ; mise en œuvre de la réforme avec accent sur la réforme de la gouvernance ; renforcement du cadre de responsabilisation de l'OMS ; et mobilité du personnel à l'échelle mondiale, dans le cadre de la réforme des ressources humaines. En ce qui concerne l'allocation stratégique des volants budgétaires, la directrice régionale rappelle que, après de longues et difficiles négociations, le Conseil exécutif, en sa 137^e session, est parvenu à un consensus quant au 1^{er} segment du budget, la coopération technique au niveau des pays, et un accord général sur les principes généraux à appliquer aux 2^e, 3^e et 4^e segments a été obtenu au cours de la 136^e session du Conseil. En conséquence, la part du Bureau régional dans le 1^{er} segment passera progressivement de 5 % à 6,4 % au cours des trois prochains exercices biennaux.

La résolution WHA68.9 décrit brièvement les prochaines étapes relatives à la problématique difficile de la collaboration de l'OMS avec des acteurs non étatiques, qui a été examinée à de nombreuses reprises pendant plus de quatre ans sans que cela ne débouche sur des résultats. Des progrès importants ont été réalisés durant la réunion intergouvernementale à participation non limitée, en juillet 2015, et des réunions informelles ont lieu actuellement en vue de parvenir à un accord sur divers aspects. La prochaine réunion intergouvernementale est prévue du 7 au 10 décembre 2015. On espère qu'un accord définitif pourra être atteint lors de la soixante-

neuvième Assemblée mondiale de la santé, en 2016. La stratégie de partenariat du Bureau régional sera réexaminée lorsqu'un accord aura été conclu au niveau mondial.

La réforme de la gouvernance demeure une priorité pour la Région européenne, et plusieurs initiatives ont contribué à guider le processus de réforme au niveau mondial. En ce qui concerne la responsabilisation et la conformité, elle souligne que le Bureau régional a toujours eu une tolérance zéro pour le non-respect des règles et possède un cadre de contrôle interne efficace. Concernant la mobilité du personnel, la flambée de maladie à virus Ebola a souligné les difficultés rencontrées lorsque l'on doit gérer un rapide déploiement de personnel. S'il est important de renforcer les capacités afin de réagir rapidement aux situations d'urgence et de mettre en œuvre la nouvelle politique de la mobilité, il est également nécessaire d'assurer la continuité et de préserver l'expertise technique dans les domaines clés afin de continuer à répondre aux besoins des pays européens. Il est donc important de continuer à développer la structure de gouvernance et le plan de mise en œuvre, et de mettre à l'essai la nouvelle politique.

Un membre du Comité permanent rappelle que le vingt-deuxième CPCR a mis sur pied un sous-groupe spécifique sur la gouvernance, qui a, pour l'essentiel, poursuivi le travail du sous-groupe institué lors du vingt et unième CPCR sur cinq thèmes. Premièrement, il a chargé le secrétariat de demander aux États Membres de fournir une « lettre d'intention » lorsqu'ils désignent des candidats pour le Conseil exécutif ou le Comité permanent. Il a également continué à revoir l'outil mis au point par le vingt et unième CPCR pour l'évaluation des candidatures. Deuxièmement, il a proposé des amendements au Règlement intérieur du Comité régional de l'Europe pour la désignation du directeur régional en suivant les recommandations de la 64^e session du Comité régional, en 2014. Troisièmement, il a décidé qu'il fallait attendre le résultat des négociations mondiales sur le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques pour examiner de manière approfondie le thème de la participation des ONG aux futures sessions du Comité régional. Quatrièmement, il a commencé à travailler sur une procédure pour l'élaboration des déclarations et des conclusions de la conférence. On espère que cette procédure pourra être soumise pour approbation au Comité régional en 2016. Enfin, le sous-groupe a examiné comment structurer les plans d'action, stratégies et autres documents exposant les politiques de l'OMS. Comme cette question concerne l'Organisation dans son ensemble, on espère qu'elle sera aussi abordée par le groupe de travail sur la réforme de la gouvernance mondiale.

Dans le débat qui suit, un représentant s'exprimant au nom de l'UE et de ses pays membres affirme que les progrès de la Région européenne en matière de réforme de la gouvernance peuvent servir d'exemple à l'OMS dans son ensemble, et se félicite de la démarche du Bureau régional visant à préserver la continuité de ses activités grâce à sa participation au programme de mobilité mondiale. D'autres représentants font écho à ces sentiments, soulignant que la mobilité du personnel ne doit pas entraîner une perte de compétences de base et qu'elle doit être bien gérée et perçue comme équitable par les membres du personnel touchés. La nécessité d'investir davantage dans les ressources humaines au Siège de l'OMS est soulignée, ainsi que la nécessité d'un soutien financier suffisant de la part des États membres afin de permettre à l'OMS de fonctionner correctement. En ce qui concerne la réforme de la gouvernance, les défis présentés par la longueur des ordres du jour des organes directeurs sont reconnus, et il est suggéré qu'un code de conduite pour les États membres pourrait contribuer à atténuer ce problème. Par ailleurs, une participation plus active des États membres aux sessions ouvertes du CPCR pourrait renforcer l'efficacité des débats.

Les représentants se sont félicités des efforts consentis par le Bureau régional pour accroître l'harmonisation entre les trois niveaux de l'OMS, ainsi que la transparence et la responsabilisation à ces trois niveaux. Le plan régional de mise en œuvre du budget programme 2016-2017 – qui aligne les priorités régionales sur celles qui ont été convenues au niveau mondial – est cité comme un bon exemple de ces efforts. L'attention accordée par le Bureau régional aux répercussions sanitaires de la crise actuelle des réfugiés a également été saluée.

Un représentant rappelle l'importance du rapport de faisabilité du secrétariat sur le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, y compris sur l'impact de ce cadre sur les travaux du Bureau régional et des bureaux de pays.

Le sous-directeur général de l'Administration convient que la mobilité doit être bien gérée et qu'il faut éviter toute perte de compétences essentielles. À cette fin, le programme de mobilité sera mis en place progressivement et sur une base volontaire au cours des trois premières années, et sera adapté en fonction des enseignements acquis au cours du processus de mise en œuvre. Il ajoute également que grâce à l'augmentation de 8 % dans le budget programme 2016-2017, il sera possible de renforcer les divisions des ressources humaines dans les régions autant qu'au Siège.

Responsabilisation et conformité

(EUR/RC65/15)

Le sous-directeur général de l'Administration déclare que la responsabilisation et le respect des règles ont longtemps été une priorité clé pour l'ensemble de l'Organisation, et que celle-ci est pleinement déterminée à appliquer une tolérance zéro en cas de non-conformité. Parmi les initiatives prises récemment dans ce domaine, il cite l'organisation d'études administratives et programmatiques des bureaux de pays. Le budget programme est un outil fondamental pour garantir une responsabilisation, et des efforts sont faits pour améliorer les liens entre cette responsabilisation et l'évaluation de la performance de chaque membre du personnel. Le sous-directeur général explique encore que l'Organisation a trois moyens d'assurer la conformité : le personnel clé, tel que les gestionnaires de centres budgétaires ; l'administration du Siège et les administrations régionales, y compris les unités chargées de la conformité ; et des mécanismes indépendants de surveillance et de vérification, dont le Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance. Parmi les outils pour l'établissement de rapports et le suivi, on trouve un tableau de bord de l'OMS pour la gestion. Une feuille de route sur la conformité sera élaborée dans les 12 prochains mois ; elle porte sur cinq domaines : les contributions financières directes, les accords pour l'exécution de travaux, les rapports aux donateurs, la gestion des performances et la gestion des immobilisations. Des informations mises à jour sur les mesures visant à renforcer la responsabilisation et la conformité seront présentées au Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif en janvier 2016, et au Conseil et à la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

Le directeur de la Division de l'administration et des finances signale que le Bureau des services de contrôle interne de l'Organisation a procédé à un audit de sept bureaux de pays de la Région européenne au cours de ces trois dernières années et qu'il a constaté qu'aucun processus de gestion et de contrôle n'était insatisfaisant. Le récent audit a déterminé que les contrôles globaux du Bureau régional pour limiter les principaux risques étaient satisfaisants et fonctionnaient efficacement. Des vérificateurs externes ont également évalué le Bureau régional et cinq bureaux

de pays en 2011 et 2013 ; toutes les recommandations de 2011 ont été clôturées et seulement six recommandations de 2013 sont en suspens. Parmi les principales problématiques systémiques décelées grâce à ces audits, il y a le manque de sélection par concours pour l'achat de services ; l'absence d'une externalisation des copies de fichiers ; des anomalies dans le recrutement du personnel chargé des projets dans les bureaux de pays ; et des insuffisances en matière de gestion des actifs fixes. Les mesures correctives prises sont notamment l'élaboration de principes directeurs et de procédures, et l'introduction de pré-contrôles sur la passation des marchés et de mécanismes pour l'approbation des recrutements.

Dans ses derniers rapports d'audit, le Bureau des services de contrôle interne a également relevé un certain nombre de bonnes pratiques qui pourraient être communiquées à d'autres bureaux régionaux, comme les rapports mensuels soumis au Comité du directoire du Bureau régional de l'Europe et portant sur l'obtention de résultats, la budgétisation, les ressources, la situation quant au financement des salaires et la conformité. La désignation de points focaux dans chaque unité technique et bureau de pays a un impact positif, car elle est un canal pour le retour systématique d'informations. Le CPRC est régulièrement informé de la situation financière de la Région européenne et de l'exécution de son budget programme, ainsi que d'autres questions administratives et de gestion importantes, grâce à des rapports de supervision détaillés en vue de faciliter la pleine responsabilisation et la conformité intégrale, et de permettre aux organes directeurs de l'OMS d'assumer leur fonction de supervision.

Des initiatives seront prises pour renforcer encore les contrôles. Un lien sera établi entre l'évaluation des performances et certains objectifs de conformité ; un nouveau cadre sur la répartition des responsabilités sera mis en place pour les bureaux de pays et le Bureau régional ; les capacités administratives seront renforcées dans les pays ; et le personnel du Bureau régional travaillera en étroite collaboration avec le Bureau de la conformité, de la gestion des risques et de l'éthique pour la mise en application du registre des risques. La coordination avec le Centre mondial de services du Siège de l'OMS et d'autres unités régionales chargées de la conformité sera renforcée afin d'assurer une harmonisation, et les recommandations des audits futurs seront soumises au Comité régional pour examen en tant que point permanent de l'ordre du jour.

Un représentant s'exprimant au nom de l'UE et de ses pays membres se réjouit de l'affirmation d'une tolérance zéro à l'égard de la non-conformité et des détails de certaines des mesures prises dans la Région européenne pour s'attaquer à cette problématique. Il se félicite également de l'investissement dans les fonctions de vérification et d'évaluation de l'OMS et des travaux accomplis en matière d'application des recommandations des audits. Un autre représentant convient qu'il est essentiel de prendre au sérieux les préoccupations exprimées au sujet de la non-conformité, et notamment de veiller à ce que les ressources soient utilisées efficacement et correctement. Il serait souhaitable d'obtenir des informations plus détaillées sur les initiatives menées, comme par exemple l'époque à laquelle elles ont été introduites et l'effet qu'elles ont. Les rapports de supervision pour le CPRC sont non seulement un outil précieux pour favoriser la transparence et la conformité, mais aussi la marque d'une évolution vers des responsabilités partagées. La proposition visant à débattre sur l'application des recommandations des audits lors de futures sessions du Comité régional est bien accueillie, tout comme le projet d'établir un lien entre la conformité et la performance.

Le directeur général remercie les représentants des États membres d'avoir exprimé leurs préoccupations et suggestions en matière de responsabilisation et de conformité.

Survol de la réforme de la gouvernance mondiale

(EUR/RC65/15)

S'exprimant en tant que coordinateur régional au nom des membres du groupe de travail sur la réforme de la gouvernance mondiale issus de la Région européenne (Estonie et Fédération de Russie), le représentant de l'Estonie déclare que ce groupe de travail est actif dans deux grands domaines, à savoir les méthodes de travail des organes directeurs de l'OMS et l'harmonisation de la gouvernance aux trois niveaux de l'Organisation. Des analyses sont actuellement préparées par les membres de ce groupe de travail, dont la prochaine réunion aura lieu à Genève la semaine prochaine. Cela alimentera les débats de la deuxième réunion des États membres en séance ouverte, qui se déroulera en novembre 2015. L'objectif est de parvenir à un consensus sur certaines mesures à prendre immédiatement, qui pourraient être convenues lors de la 138^e session du Conseil exécutif, en janvier 2016.

Le débat informel entre les États membres organisé le dimanche après-midi, avant l'ouverture de la 65^e session du Comité régional, témoigne du fait que la question de la réforme de la gouvernance est de la plus haute importance pour la Région européenne et qu'elle prouve que la Région est prête à procéder à la mise en œuvre des propositions présentées par les États membres, ce qui montre que ces derniers se sentent propriétaires du processus et de l'OMS elle-même.

Beaucoup de représentants saluent les efforts consentis par le groupe de travail. Les questions d'harmonisation et de définition des priorités sont capitales pour édifier une Organisation solide pour l'avenir, avec une cohérence entre ses trois niveaux. Tout en se félicitant du processus de réforme de la gouvernance mondiale, un représentant note que la structure interne et les mécanismes de communication de l'OMS ont une importance capitale. La structure à trois niveaux représente à la fois un défi et une chance. Les directeurs régionaux élus de l'OMS pourraient manifestement exercer une plus grande influence politique que leurs homologues d'autres organisations du système des Nations Unies. Le principal objectif est d'éviter un manque de coordination entre les différents niveaux. La position du directeur général par rapport aux structures régionales doit être renforcée et clarifiée, par exemple grâce à l'introduction d'un pacte de responsabilisation entre le directeur général et les directeurs régionaux. Il est nécessaire de démontrer que l'OMS est disposée à mener des réformes structurelles, et apte à le faire.

Le directeur général rappelle que l'examen de la gestion, de l'administration et de la décentralisation à l'OMS, qui a été effectué en 2012 par le Corps commun d'inspection, a souligné l'importance d'une harmonisation entre les trois niveaux de l'Organisation. Bien que les directeurs régionaux présentent chaque année au directeur général une lettre décrivant la façon dont ils se sont acquittés de leurs responsabilités, des enseignements pourraient être tirés du système auquel recourt le Secrétaire général des Nations Unies, afin de faire de cette lettre un pacte de responsabilisation.

Action de l'OMS en cas de flambées épidémiques et d'urgences ayant des conséquences sanitaires et humanitaires

(EUR/RC65/15)

Notant que la flambée épidémique de la maladie à virus Ebola a souligné l'urgente nécessité de renforcer la capacité de l'OMS en matière de préparation et de riposte à de futures flambées

épidémiques et situations d'urgence de grande ampleur, le directeur de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement décrit brièvement les mesures prises à la suite de la demande formulée par les États membres lors des réunions des organes directeurs mondiaux et en réaction au rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. Ce processus est supervisé par le directeur général, soutenue par le groupe consultatif emmené par le docteur David Nabarro, et une équipe de gestion de projet, avec la participation du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans l'épidémie d'Ebola et la riposte.

En outre, un processus de consultation interne à grande échelle est en cours aux trois niveaux de l'Organisation, avec la participation du Groupe de politique mondiale, du directeur général adjoint et des sous-directeurs généraux dans les domaines concernés, des six bureaux régionaux, du président du groupe consultatif et des États membres. Le but visé par le processus de réforme est un programme unifié de l'OMS pour les situations d'urgence sanitaire et humanitaire, avec une mesure claire de la performance, un personnel pour les urgences sanitaires mondiales, un nouveau processus d'activité qui facilitera une réaction rapide et efficace, un fonds de réserve et une accélération des activités en matière de recherche-développement. Ce programme sera étayé par une plate-forme de soutien opérationnel performante, capable de soutenir les interventions de l'OMS aux trois niveaux durant les crises humanitaires et les flambées de maladies. Ce programme agira également en coordination avec d'autres agences du système des Nations Unies, d'autres organisations intergouvernementales et des partenaires de la société civile.

Les travaux du groupe consultatif et de l'équipe de gestion des projets devraient se terminer à la fin de 2015, et une proposition sera soumise au Conseil exécutif en janvier 2016.

Au cours du débat qui suit, un représentant se montre préoccupé du fait que le processus de réforme de la riposte d'urgence ne progresse pas avec suffisamment de rapidité pour qu'une proposition soit soumise au Conseil exécutif en janvier 2016. Un autre représentant souligne que d'autres évaluations que le rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire sont en cours, et que leurs résultats doivent être pris en considération avant que l'on ne tire de quelconques conclusions définitives. Notant que la riposte de l'OMS a été retardée par le fait que l'on s'est fié à des organisations externes pour évaluer ce qu'il fallait faire sur le terrain, il a insisté sur la nécessité, pour l'Organisation, de développer sa propre capacité d'évaluation et de coordonner les apports d'aide. En outre, il est capital de renforcer les systèmes de santé, sans quoi il sera impossible de réagir aux urgences sanitaires futures. La mise en place d'un suivi et d'une évaluation indépendants de la mise en œuvre du RSI (2005) par les États recueille un certain soutien. Une clarification est requise quant à la place et au rôle des régions dans la nouvelle structure unifiée et quant aux rapports qui seront entretenus entre le nouveau mécanisme de financement d'urgence de la Banque mondiale en cas de pandémie et le fonds de réserve de l'OMS destiné à soutenir la capacité de réaction de l'OMS face aux situations d'urgence.

Répondant aux commentaires des représentants, le directeur général reconnaît la nécessité d'unifier les secteurs d'activité de l'OMS chargés des flambées épidémiques et des questions humanitaires, et d'exploiter les synergies qui résulteront de ce processus. Pour évaluer l'ampleur et les risques sanitaires d'une situation d'urgence, l'approche adoptée fait intervenir toute l'Organisation, les niveaux régionaux et le niveau mondial soutenant les bureaux de pays en tant que de besoin pour la riposte et la gestion des flambées épidémiques. Une telle approche, dans le contexte d'un programme unifié, garantit également l'utilisation adéquate des ressources dans

toute l'Organisation. L'importance des capacités de base d'un pays pour l'application du RSI (2005) et son aptitude à dispenser des soins de santé primaires doivent être soulignées et peuvent être gérées en mettant en place le bon type de système de santé pour prévenir les flambées épidémiques tout en gérant des aspects sanitaires multiples. Le mécanisme de financement de la Banque mondiale fait toujours l'objet de discussions, mais il jouerait un rôle complémentaire à celui du fonds de réserve de l'OMS.

La directrice régionale exprime l'espoir que la Région européenne sera en mesure de mener un projet pilote pour l'évaluation externe de la capacité des pays à satisfaire les exigences fixées par le RSI (2005) en matière de capacités de base.

Allocution du directeur général de l'OMS

Le directeur général rappelle que les OMD ont mis en évidence l'efficacité de la solidarité internationale s'agissant de lutter contre la pauvreté et de sauver des vies. L'Assemblée générale des Nations Unies doit finaliser le nouveau programme de développement durable. Les succès rencontrés dans la réalisation des OMD liés à la santé motivent désormais l'élaboration d'un programme encore plus ambitieux. À cet égard, les nouveaux objectifs de développement durable tenteront également de relever tous les défis auxquels est désormais confronté un monde qui a beaucoup changé, notamment l'actuelle crise des réfugiés. Elle adhère aux points de vue exprimés par la directrice régionale, dans son allocution, au sujet des besoins sanitaires des réfugiés et des migrants. Elle ajoute que les menaces actuelles pour la santé, allant de la charge que les maladies chroniques non transmissibles font peser sur les systèmes de santé aux conséquences du changement climatique, sont en fait plus graves et plus complexes qu'en 2000. La prochaine Conférence des parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques doit donc constituer une occasion exceptionnelle d'empêcher la prochaine génération d'hériter d'un monde en état de délabrement. En ce qui concerne les interventions menées face à la crise croissante de la résistance aux antimicrobiens, le leadership des gouvernements des États membres de la Région européenne à cet égard est particulièrement apprécié.

La multitude de défis auxquels nous devons faire face ne doit pas être sous-estimée, notamment parce que leurs causes profondes dépassent le contexte traditionnel de la santé publique et des nations souveraines. Les données de la Banque mondiale montrent qu'en 2011, plus de 60 % des 175 plus grandes entités économiques au monde étaient en fait des sociétés, et la nouvelle répartition du pouvoir soulève une question cruciale pour la santé à l'ère du développement durable. En cette époque marquée par l'augmentation radicale de l'interdépendance et la mondialisation du marketing, toutes les menaces sont transfrontières. Les ministres de la Santé doivent continuer à insister sur l'élaboration de politiques gouvernementales cohérentes fondées sur des données médicales et scientifiques.

Dans cette optique, la Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 confèrera de multiples bienfaits et avantages en tant qu'outil de prévention pour lutter contre l'épidémie d'obésité sévissant en Europe. Cependant, elle doit absolument s'accompagner d'actions sur les nombreux facteurs jugés responsables de la prévalence de l'obésité infantile, tels que recensés par la Commission de l'OMS pour mettre fin à l'obésité de l'enfant : cette

dernière a mis en exergue le marketing mondialisé de boissons et d'aliments peu sains, un problème omniprésent servant d'élément moteur à cet égard.

La Région européenne de l'OMS a toujours été une Région pionnière, et la majorité de ses innovations ont permis de relever les nouveaux défis de la santé en cette ère du développement durable, tout en soulignant l'importance de l'action intersectorielle ainsi que l'engagement envers l'équité et la solidarité, les valeurs fondamentales de la Région. La Région européenne fut la première à s'intéresser aux maladies liées au mode de vie, aux moyens de modifier les comportements humains et aux déterminants sociaux de la santé. Elle fut aussi la première à reconnaître les dangers environnementaux et, dans le cadre de la Charte de Tallinn, à formuler des arguments économiques convaincants pour investir dans les systèmes de santé. La Région européenne a enrichi le vocabulaire de la politique sanitaire d'expressions telles que « la santé dans toutes les politiques » et « l'approche pangouvernementale ». Santé 2020 s'inspire désormais de ces accomplissements.

La Région possède aussi d'autres atouts, comme en a largement témoigné sa prompte contribution aux efforts de lutte contre la flambée épidémique de maladie à virus Ebola. Celle-ci sévit encore, mais nous sommes vraiment en passe d'y mettre fin. Le leadership assuré par l'OMS lors de la flambée épidémique est d'ailleurs en contradiction avec ce qui a été rapporté dans la plupart des médias. Le processus de réformes actuellement en cours à l'OMS a tenu compte des enseignements tirés pour renforcer le leadership de l'OMS lors des futures épidémies et autres urgences de santé. Les accomplissements de l'OMS dans la lutte contre le virus Ebola, comme l'expérimentation de nouveaux vaccins, les tests de diagnostic préqualifiés, la mise en place de réseaux de laboratoires, ont été rendus possibles grâce au large soutien témoigné par les pays et les partenaires. L'Organisation a fait preuve d'un véritable leadership, et les conditions ainsi créées permettront aux multiples acteurs d'intervenir de manière optimale lors des épidémies et pandémies futures.

En soulignant les défis posés à la prestation des soins de santé et à la livraison des fournitures médicales dans les régions de son pays non contrôlées par le gouvernement, le ministre ukrainien de la Santé insiste sur l'urgence d'intensifier l'action humanitaire dans ces zones afin de vacciner les enfants contre la poliomyélite et d'éviter la mortalité imputable à la tuberculose et au VIH/sida. Il rend hommage au bureau de pays et aux bureaux locaux de l'OMS en Ukraine pour leur intervention pertinente et rapide face à la crise humanitaire, et pour l'aide apportée aux réformes du système de santé, ces initiatives servant de modèle pour les activités menées par l'Organisation dans les autres pays.

Le représentant de la Turquie explique que les réformes entreprises dans le domaine des interventions face aux urgences sanitaires offrent une occasion unique de renforcer la préparation et la riposte à l'avenir. Son pays est d'ailleurs fin prêt à apporter son aide à cet égard par le financement d'un bureau géographiquement dispersé sur les urgences sanitaires et humanitaires. Un représentant, faisant remarquer que la politique de la santé mondiale constitue une priorité stratégique en raison de la flambée épidémique de maladie à virus Ebola, souligne le rôle essentiel du renforcement des systèmes de santé dans la sécurité sanitaire mondiale, ainsi que le vaste et difficile processus de réformes structurelles devant être entrepris afin que l'OMS puisse relever les nouveaux défis du XXI^e siècle. Un autre représentant évoque la nécessité de tirer des enseignements de cette épidémie afin de réaliser des changements essentiels par le renforcement des systèmes de santé, l'amélioration du RSI (2005) et la réforme des capacités de l'Organisation en cas d'urgence. Un lien utile pourra être établi entre ces initiatives et les nouveaux objectifs de

développement durable, l'OMS jouant un rôle majeur dans la phase de transition ainsi que dans le suivi des progrès accomplis sur la base de données concrètes.

Répondant à ces commentaires, le directeur général déclare que l'épidémie de poliomyélite sévissant en Ukraine est due à la difficile situation d'insécurité décrite par le ministre de la Santé. Un programme de vaccination doit donc être mis en œuvre dans un très proche avenir avec le plein engagement de l'OMS, témoignant du soutien continu apporté par l'Organisation à l'Ukraine. S'il est impérieux de mener des interventions humanitaires efficaces en cas d'urgence sanitaire, elles ne doivent pas pour autant se substituer aux solutions politiques. Les critiques constructives sont appréciées à cet égard dans la mesure où beaucoup reste encore à faire pour adapter l'Organisation à ses fonctions et lui permettre de répondre aux attentes de ses États membres qui, d'ailleurs, doivent être réalistes. Lors de la définition des priorités, il faudra par conséquent mettre en évidence les points forts de l'OMS et sa capacité à s'acquitter des demandes et des recommandations dans les limites de ses ressources, financières ou autres. En ce qui concerne la réalisation des nouveaux objectifs de développement durable, l'OMS formulera certainement des conseils aux pays. Soulignant l'érosion de la confiance suscitée par des promesses insuffisamment tenues, le directeur général exhorte les États membres à saisir l'occasion qui leur est désormais offerte de tenir leurs promesses envers l'OMS.

Récompense attribuée dans le cadre de la Journée mondiale sans tabac

Le directeur général et la directrice régionale remettent à M. Ilir Beqaj, ministre albanais de la Santé, une récompense attribuée dans le cadre de la Journée mondiale sans tabac pour ses efforts dans le domaine de la lutte antitabac, son leadership exceptionnel et son engagement manifeste à renforcer l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Rapport du vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

(EUR/RC65/4 Rev.1, EUR/RC65/4 Rev.1 Add.1, EUR/RC65/R2)

Le président du vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'Europe explique que le vingt-deuxième CPCR a organisé cinq sessions et quatre téléconférences au cours de l'année. Lors de sa première session, le membre de la France a été élu vice-président, et le membre de la Fédération de Russie, l'un des États membres européens siégeant au Conseil exécutif, a accepté d'assurer la liaison entre le Conseil et le Comité permanent.

Outre son soutien aux interventions mises en œuvre par le Bureau régional face à la flambée épidémique de maladie à virus Ebola, la préparation de la soixante-cinquième session du Comité régional fut au centre des activités menées par le vingt-deuxième Comité permanent. Le CPCR a formulé des conseils à la directrice régionale quant à l'ordre du jour et au programme de la session, en accordant une attention particulière au temps disponible afin que les points inscrits à l'ordre du jour puissent être examinés de manière appropriée. Il s'est félicité du thème général de l'action intersectorielle, s'agissant d'un élément clé de Santé 2020, et a recommandé à la directrice régionale d'organiser des réunions de haut niveau avec des représentants des États membres provenant de différents secteurs. Il a aussi soigneusement veillé à ce que le programme de la session s'aligne sur les priorités des organes directeurs de l'Organisation au niveau

mondial, notamment la réforme de la gouvernance, et a proposé qu'une réunion informelle des États membres sur ce sujet soit organisée préalablement à la session.

Lors de la première session du vingt-deuxième CPR, deux sous-groupes ont été instaurés, l'un sur la mise en œuvre de Santé 2020, et l'autre sur la réforme de la gouvernance. Le sous-groupe sur Santé 2020 s'est réuni à deux reprises et s'est penché sur deux dossiers : l'importance d'accroître la disponibilité des données comparatives pour évaluer les impacts de la mise en œuvre de Santé 2020, et la promotion de la collaboration intersectorielle, notamment des exemples nationaux de bonnes pratiques et la nécessité de combler les lacunes en matière de collaboration dans certains domaines. Le sous-groupe sur la gouvernance s'est réuni à trois reprises et a organisé deux téléconférences, poursuivant ainsi le travail entrepris dans ce domaine par le précédent CPR. Il s'est également penché sur les questions suivantes : la procédure de désignation des membres du Conseil exécutif et du Comité permanent, notamment l'introduction de la pratique consistant à envoyer une lettre d'intention ; les propositions du Groupe d'évaluation régional concernant l'article 47 du règlement intérieur du Comité régional ; la participation des ONG aux sessions du Comité régional ; le processus de préparation des déclarations des conférences de la Région européenne de l'OMS ; et la définition de documents techniques tels que les stratégies, les politiques et les plans d'action.

Le CPR a également exercé sa fonction de supervision en matière de gestion budgétaire et financière. Il a examiné l'exécution du budget programme 2014-2015, et a été informé des mesures prises afin de réduire les coûts administratifs et, par conséquent, d'accroître la capacité technique. Il a été heureux d'apprendre que la conformité et la gestion des risques ont été renforcées. En ce qui concerne le budget programme 2016-2017, le Comité permanent a examiné le plan d'exécution régional qui, selon lui, constitue un excellent outil de responsabilisation.

Comme lors des années précédentes, le Comité permanent a aussi examiné les candidatures au Conseil exécutif et au CPR. Le nombre et la qualité des candidatures reçues témoignent de l'intérêt et de l'engagement ferme des États membres à participer au travail des organes directeurs de l'Organisation, et les lettres d'intention ont fourni des informations précieuses. Les États membres sont invités à maintenir leur participation à ce niveau ces prochaines années.

Le représentant d'un État membre, tout en se félicitant de la session ouverte du CPR organisée à Genève la veille de l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la santé, fait remarquer que le calendrier de cette session a posé un problème pratique pour les délégations en termes de préparation, car leurs membres ont dû examiner deux séries complètes de documents. Il propose donc que soit menée, le mois suivant la clôture de l'Assemblée mondiale de la santé, une consultation écrite avec les États membres de la Région européenne sur les projets de documents de travail et de résolutions du Comité régional.

La directrice régionale explique que le vingt-deuxième Comité permanent a convenu de prolonger le délai accordé aux États membres afin de formuler des observations sur les projets de résolutions après la session ouverte. Or, tous les pays n'étaient pas au courant de cette initiative. Lors de sa cinquième session organisée deux jours plus tôt, le vingt-deuxième CPR a recommandé que cette proposition soit mise en œuvre en 2016, et que l'on fasse rapport sur son application au Comité régional.

Le Comité adopte la résolution EUR/RC65/R2.

Le Rapport sur la santé en Europe 2015 : les cibles et au-delà – atteindre les nouvelles frontières des bases factuelles

L'essentiel du contenu du *Rapport sur la santé en Europe 2015 : les cibles et au-delà – atteindre les nouvelles frontières des bases factuelles*², est présenté dans une vidéo d'introduction. Le rapport retrace les progrès accomplis pour atteindre les six objectifs de Santé 2020. Une évaluation des données disponibles indique que, si la Région européenne dans son ensemble est en passe de réaliser les objectifs, les progrès ont été inégaux au niveau des pays, et des inégalités doivent encore être surmontées. Le rapport souligne que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais note également qu'il n'est guère aisé de décrire et de mesurer la santé et le bien-être dans une Région empreinte de diversité culturelle. L'OMS a donc mis en place une initiative en vue d'explorer le contexte culturel de la santé, et d'expliquer comment les croyances et les pratiques culturelles peuvent contribuer à l'amélioration de la santé, ou l'entraver.

La directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, rappelle que le Rapport sur la santé en Europe est un ouvrage phare publié tous les trois ans par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Le rapport de 2015 innove à cet égard en examinant quels types de bases factuelles doivent être collectés pour mesurer les nouveaux concepts énoncés dans Santé 2020 ainsi que la santé au XXI^e siècle, notamment les informations nécessaires pour procéder au suivi de l'amélioration du bien-être qui est devenu, en 2013, un objectif assorti d'indicateurs à la fois subjectifs et objectifs. Les données relatives au bien-être peuvent être difficiles à comparer et à interpréter, surtout lorsque l'expérience subjective est influencée par la culture. L'OMS a donc entrepris de nouvelles études afin d'analyser le contexte culturel de la santé et du bien-être. Un groupe d'experts internationaux s'est réuni afin de se pencher sur cette question. Les experts ont proposé une définition de la culture et recommandé qu'une enquête systématique des contextes culturels soit mise en œuvre moyennant une approche multisectorielle et multidisciplinaire.

Le Rapport sur la santé en Europe indique que de nombreux pays de la Région ont aligné leurs politiques nationales sur Santé 2020 et fixé des objectifs nationaux. Les données de 2013 révèlent que 67 % des États membres européens ont adopté des politiques agissant sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités. Le rapport souligne également la nécessité de relever les défis liés à l'information sanitaire afin d'assurer une communication régulière de données de qualité au niveau des pays. La mise en place d'un système unique d'information sanitaire pour l'Europe, l'un des objectifs de l'Initiative européenne d'information sanitaire, contribuera à renforcer la collecte des données au niveau des pays, à alléger le fardeau des États membres en matière de communication de données et d'établissement de rapports, et à améliorer ainsi l'évaluation des progrès accomplis dans la Région.

Le rapport sera disponible en plusieurs formats, et fera l'objet pour la première fois d'une application pour smartphones. Le Bureau régional invite les États membres à l'utiliser en vue de faire part de leurs commentaires et suggestions à des fins d'amélioration.

² Rapport sur la santé en Europe 2015. Les cibles et au-delà – atteindre les nouvelles frontières des bases factuelles, Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2015 (<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/european-health-report-2015-the-targets-and-beyond-reaching-new-frontiers-in-evidence>, consulté le 16 novembre 2015).

Lors de la discussion qui suit, on fait observer que le Rapport sur la santé en Europe constitue une véritable publication phare ainsi qu'un nouveau jalon, et que l'alignement du rapport sur Santé 2020 est utile pour l'élaboration, la révision et la mise à jour des politiques de tous les secteurs exerçant un impact sur la santé et le bien-être. Les délégués se félicitent des mesures prises pour améliorer le suivi des inégalités de santé et des déterminants culturels de la santé. La disponibilité d'informations de qualité est considérée comme essentielle pour recenser les inégalités de santé et mieux comprendre la santé et le bien-être. La représentante de la Lituanie signale que son pays vient d'adhérer à l'Initiative européenne d'information sanitaire, et encourage les autres pays à suivre son exemple.

La directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, est ravie que l'on reconnaisse l'impact des facteurs culturels sur la santé. Les nouveaux travaux réalisés par l'OMS dans ce domaine visent l'étude approfondie de cette relation au cours des années à venir, le but ultime étant de pouvoir mesurer les déterminants culturels de la santé. Elle attend avec impatience les contributions des experts des États membres à cette initiative, et se félicite de la décision prise par la Lituanie d'adhérer à l'Initiative européenne d'information sanitaire. Elle explique également que la mise en place d'un réseau d'information sanitaire à l'adresse des petits pays est en cours d'étude, sous l'égide de l'Initiative des petits pays. Parmi les objectifs de l'Initiative européenne d'information sanitaire, il convient de mentionner l'harmonisation de l'information sanitaire dans la Région européenne et l'allègement du fardeau des États membres en matière de communication de données et d'établissement de rapports.

Santé 2020 : promouvoir les mesures intersectorielles et interagences pour la santé et le bien-être dans la Région européenne de l'OMS

(EUR/RC65/11, EUR/RC65/16, EUR/RC65/R1)

La directrice régionale déclare qu'il est clair que les défis sanitaires de la Région européenne, en particulier la charge des maladies non transmissibles et les inégalités sanitaires existant entre les pays et au sein d'un même pays, ne pourront être gérées sans s'attaquer aux causes premières en amont, qui sont déterminées par des secteurs autres que celui de la santé. Santé 2020 est un outil essentiel pour déterminer les domaines clés de l'action intersectorielle, dont l'éducation, l'emploi, les migrations et la politique sociale, économique et fiscale.

Appliquer une approche intersectorielle pour agir sur les déterminants de la santé et du bien-être est un choix politique. Cela requiert un engagement et une volonté de rechercher des solutions dans des circonstances complexes, ainsi que de négocier des problèmes délicats tels que les différences entre les systèmes bureaucratiques, la répartition des ressources et, dans certains cas, les conflits d'intérêt. Dans ce contexte, Santé 2020 propose des lignes directrices utiles pour l'action intersectorielle en faveur de la santé, pour la santé dans toutes les politiques, en adoptant une démarche pangouvernementale, et pour la gouvernance pour la santé. L'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui est aligné sur Santé 2020, donne une occasion de souligner l'importance capitale d'une approche intégrée.

Santé 2020 a donné la priorité aux déterminants sociaux de la santé ; au stade suivant, l'accent sera mis sur les aspects de la politique sociale, tels que l'emploi, l'éducation, le logement, un revenu décent et une retraite dans la dignité. Bon nombre de déterminants de la santé peuvent être gérés au niveau local et requièrent une collaboration au sein des pouvoirs publics locaux.

Les réseaux des Villes-santé et des Régions-santé ont donc joué un rôle important dans la mise en œuvre de Santé 2020. L'éducation sanitaire est aussi une importante priorité à traiter.

L'action intersectorielle a une dimension mondiale. La santé prend plus d'importance dans la politique étrangère et figure en meilleure place à l'ordre du jour politique mondial. Dès lors, la collaboration intersectorielle à tous les niveaux est essentielle. Ces dernières années, la Région européenne de l'OMS a fait preuve d'un leadership affirmé en matière de santé mondiale, en veillant à ce que la santé figure en bonne place à l'ordre du jour du Groupe des sept, et elle a accordé la considération voulue aux ripostes, sur le plan de la sécurité, à des problématiques telles que la flambée épidémique de maladie à virus Ebola et l'afflux sans précédent de réfugiés et de migrants dans la Région.

La Région européenne est particulièrement expérimentée en ce qui concerne la collaboration intersectorielle. Le processus européen Environnement et santé, le mécanisme de gouvernance intersectoriel dans la Région européenne ces 26 dernières années, est un exemple de cette collaboration. Environ un cinquième des décès et un quart de la charge de maladies de la Région européenne peuvent être imputés à des facteurs environnementaux déterminés par des décisions politiques. Le processus européen Environnement et santé et ses conférences ministérielles ont été essentiels pour faire progresser les choses, mais ont aussi mis en lumière des enseignements intéressants et utiles.

Le processus européen Environnement et santé est un moyen particulièrement appréciable de soutenir la mise en œuvre des programmes nationaux des États membres. C'est un mécanisme pour le suivi et la notification, qui accroît la responsabilisation politique et incite à l'action au niveau national. C'est également un outil pour la diffusion de nouvelles lignes directrices dans le domaine scientifique et normatif.

Une évaluation à mi-parcours des progrès réalisés en vue de la concrétisation des objectifs fixés lors de la Cinquième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, en 2010, a montré la nécessité d'intensifier les efforts conjoints et de se concentrer sur des problématiques clés telles que la pollution de l'air, la sécurité chimique, le changement climatique et l'accès universel à de l'eau de boisson sans risque sanitaire et à un assainissement. Une bonne gouvernance est essentielle pour garantir une adaptabilité à un contexte en mutation rapide. Le Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS, à Bonn (Allemagne), qui travaille en étroite collaboration avec la communauté scientifique internationale dans tout un éventail de disciplines, joue un rôle d'appui majeur.

Les enseignements tirés du processus européen Environnement et santé devraient être exploités pour organiser la collaboration future entre le secteur de la santé et d'autres domaines. Cette collaboration doit porter sur des thèmes ayant une pertinence sur le plan politique, entretenir la crédibilité et veiller à ce que les objectifs soient fixés en établissant un lien entre les ordres du jour nationaux et les engagements internationaux. La dynamique politique créée par Santé 2020 et par l'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030 peut être exploitée pour promouvoir la collaboration intersectorielle et optimiser l'impact de la santé sur le développement durable. Des exemples de bonnes pratiques dans les États membres sont actuellement rassemblés et vont être diffusés.

La directrice régionale propose que de nouveaux processus régionaux soient envisagés en vue de trouver des mécanismes pour la participation des États membres intéressés, afin de promouvoir

le travail intersectoriel dans toute la Région européenne et de favoriser le dialogue, l'échange d'expériences et l'action conjointe des pays. L'accent devrait être initialement mis sur la collaboration avec les secteurs de l'éducation et des finances et le secteur social.

Le vice-président du CPR déclare que des progrès considérables ont été accomplis au cours de l'année écoulée pour la mise en œuvre de Santé 2020. Le CPR salue les efforts consentis par le Bureau régional pour étoffer les données comparatives disponibles afin d'évaluer la mise en œuvre de Santé 2020 et de diffuser des informations sur les progrès réalisés. Le fait que le Bureau régional mette l'accent sur la collaboration intersectorielle est bien accueilli, en particulier les efforts consentis pour exploiter les enseignements acquis dans le cadre du processus européen Environnement et santé en matière de coordination des aspects politiques et techniques de la collaboration. Il convient de renforcer le rôle joué par les ministres de la Santé pour sensibiliser et encourager une cohérence politique.

Dans la discussion qui suit, les intervenants se félicitent des rapports sur la mise en œuvre de Santé 2020 et le processus européen Environnement et santé. Ils expriment leur soutien envers l'action intersectorielle, et de nombreux exemples de collaboration intersectorielle avec les secteurs de l'éducation et de l'environnement sont également mentionnés. Le débat permet de révéler une prise de conscience croissante du fait que la santé des populations n'est pas du seul ressort du secteur de la santé. Une action intersectorielle s'avère donc nécessaire pour rapprocher les différentes parties, et élaborer les politiques transversales permettant d'agir efficacement sur les facteurs économiques et sociaux qui influencent la santé. Le projet de décision visant à promouvoir l'action intersectorielle est salué et soutenu.

Un représentant, s'exprimant au nom des 10 États membres appartenant au Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, déclare que les participants à ce réseau sont déterminés à appliquer une démarche pangouvernementale et ont adopté SEE2020, une stratégie sous-régionale sur l'emploi et la prospérité, qui est alignée sur Santé 2020 et reconnaît que l'adoption d'une approche intersectorielle envers la santé contribue pour une part essentielle à une croissance inclusive. Les participants au Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est ne sont pas seulement déterminés à mettre en œuvre Santé 2020 au niveau national ; ils sont également conscients de l'importance d'une collaboration à l'échelon sous-régional pour promouvoir et préserver la santé au niveau international, surtout dans le contexte de la crise actuelle provoquée par l'afflux de réfugiés et de migrants dans la Région européenne.

Beaucoup d'intervenants expriment l'engagement de leur gouvernement en faveur des stratégies intersectorielles, de la santé dans toutes les politiques et d'une approche pangouvernementale alignée sur Santé 2020 ; la mise en œuvre de Santé 2020 et du Programme pour 2030 pour le développement durable constitue une occasion unique de promouvoir la collaboration intersectorielle. Un représentant souligne l'importance de la collaboration intersectorielle au niveau international, puisque beaucoup de difficultés rencontrées en matière de développement mondial sont des problématiques transfrontalières. Dans ce contexte, plusieurs représentants attirent l'attention sur la nécessité d'une approche intégrée des migrations et de la santé, surtout au vu de la crise actuelle provoquée par l'afflux de migrants et de réfugiés dans la Région européenne. Le Bureau régional exerce un rôle clé de chef de file en matière de collaboration au niveau international. Les États membres échangent leurs expériences en matière de mise en œuvre d'approches intersectorielles et de stratégies de la santé dans toutes les politiques, en mettant en évidence les meilleures pratiques. Un des intervenants explique que les autorités de la santé et celles qui sont compétentes pour les loisirs, les services de restauration et l'urbanisme

dans une municipalité de son pays ont collaboré avec succès pour réduire de moitié les taux d'obésité infantile. Dans plusieurs États membres, des plans nationaux de développement alignés sur Santé 2020 ont été adoptés ; ils requièrent une approche intégrée pour garantir une mise en œuvre réussie. Le programme de développement pour l'après-2015 sera une autre source d'inspiration à cet égard, étant donné qu'il requerrait des approches intersectorielles intégrées et cohérentes.

Selon les intervenants, plusieurs des facteurs mentionnés promeuvent ou encouragent la collaboration intersectorielle. Les processus tels que le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et l'Initiative des petits pays jouent un rôle favorable à cet égard. Certains intervenants proposent que l'on pose les fondements de la collaboration intersectorielle à l'aide d'un plan, d'une politique ou d'un document conceptuel qui constitueraient le préalable à ce genre d'action. Un intervenant mentionne l'appui que peuvent apporter un ministère des Finances favorable à cette initiative et les institutions financières internationales. Il sera nécessaire d'établir un forum ou une plate-forme afin de procéder à un échange de compétences et d'informations sur les enseignements tirés en général ainsi que dans les pays présentant des contextes similaires. Les capacités de collaboration intersectorielle devront être renforcées à différents niveaux, et des outils devront être mis au point à cet égard, notamment pour en assurer le suivi.

Il est reconnu que le processus européen Environnement et santé est un bon exemple de collaboration intersectorielle, et les enseignements tirés de l'évaluation à mi-parcours peuvent servir à structurer les initiatives futures visant à s'attaquer aux grands défis sanitaires qui ne peuvent être relevés par le seul secteur de la santé. Les aspects environnementaux ont un impact majeur sur la santé, et la collaboration entre les deux secteurs revêt donc une valeur inestimable. Les orientations imprimées par le Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS, à Bonn (Allemagne), sont particulièrement importantes. Beaucoup d'intervenants donnent des exemples d'efforts visant à encourager la collaboration entre les secteurs de l'environnement et de la santé au niveau national, notamment dans le cadre d'initiatives destinées à améliorer la qualité de l'air, l'eau et l'assainissement, et à promouvoir les énergies renouvelables. Plusieurs représentants insistent sur la grave menace que le changement climatique fait peser sur la santé : les températures en hausse entraînent plus de cas de paludisme, de chikungunya et de dengue dans la Région, et les vagues de chaleur ont de graves répercussions sur la santé des populations vulnérables.

Plusieurs intervenants affirment que pour garantir que le processus européen Environnement et santé reste pertinent en tant qu'outil technique et pour encourager la participation des États membres, le champ d'action de ce processus doit être mieux défini, et peut-être se limiter à deux ou trois domaines techniques. Il convient d'envisager de rationaliser sa structure de gouvernance et de favoriser, chez les parties concernées, un sentiment net d'être « propriétaires » de ce processus. Les intervenants espèrent que le rôle du secteur de la santé sera reconnu dans les conclusions de la prochaine Conférence des Parties de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, prévue du 30 novembre au 11 décembre 2015. Il ressort généralement des discussions que le processus européen Environnement et santé doit servir de modèle pour la collaboration intersectorielle en raison de la participation efficace de multiples secteurs. Toutefois, il est souligné que ce processus ne doit pas tenter d'aborder tous les aspects de l'environnement et de la santé pertinents à l'échelle mondiale. Les intervenants estiment également que la déclaration sur l'environnement et la santé doit être davantage affinée.

Un message vidéo du directeur exécutif du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) est retransmis. Il se réjouit du partenariat fructueux entre le PNUE et l'OMS, en particulier dans le cadre du processus européen Environnement et santé, et exprime son soutien au rôle de leadership assumé par l'OMS en vue de la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Des efforts sont consentis pour déterminer quels sont les liens et les complémentarités entre les activités de l'OMS et du PNUE, dont on pourrait tirer parti au profit de la population et de la planète.

Le directeur régional du Bureau régional du FNUAP pour l'Europe orientale et l'Asie centrale déclare que l'adoption du Programme pour 2030 est une occasion de se féliciter de ce qui a été accompli en vue de concrétiser les OMD, tout en reconnaissant que des difficultés subsistent, notamment s'agissant de faire reculer les inégalités et d'assurer un accès universel à la santé sexuelle et génésique. La Région européenne de l'OMS, qui comprend surtout des pays à revenu moyen, pourrait obtenir des résultats avec un investissement relativement modeste si l'éducation sanitaire pouvait être améliorée. Les inégalités sociales engendrent des inégalités sur le plan sanitaire, et la fracture sanitaire entrave le développement durable. Le FNUAP est déterminé à renforcer la coopération interagences afin de faire progresser la santé et le bien-être pour tous dans la Région européenne, en étroite collaboration avec l'OMS.

Les déterminants sociaux et la santé, et l'éducation sanitaire : liens et cohérence entre la santé, l'éducation et la politique sociale ; la santé dans le développement durable et la politique étrangère

EUR/RC65/16

Table ronde

Au cours d'une table ronde animée par le professeur Ilona Kickbusch sur le thème de la santé, de la politique étrangère et du développement, le ministre d'État pour la politique de sécurité et la coopération internationale du ministère hongrois des Affaires étrangères et du Commerce déclare que le bien-être de l'être humain est le fondement de la prospérité, et vice versa. En termes de soins de santé, il s'agit de trouver un délicat équilibre entre ce qui est médicalement possible et ce qui est économiquement acceptable, ce que son pays s'efforce de faire dans son propre système de santé et dans les systèmes de santé des pays où il a construit des hôpitaux. Dans ce contexte, une étroite collaboration entre les ministères en charge des affaires étrangères, du développement et de la finance est capitale, tout comme les activités menées conjointement avec le secteur privé et la société civile.

L'ambassadeur responsable de la division Affaires internationales à l'Office fédéral suisse de la santé publique explique que les expériences et contacts qu'elle a accumulés au fil du temps facilitent grandement son travail de mise en œuvre de la politique étrangère suisse. La collaboration, la coordination et la consultation nécessaires pour impulser cette politique requièrent néanmoins beaucoup de patience et d'endurance. Vu l'absence d'une solution unique convenant à tous, les occasions de procéder à un échange de vues et d'expériences pour élaborer les meilleures pratiques en la matière sont toujours les bienvenues.

Le conseiller de la division santé mondiale du ministère fédéral allemand de la Santé décrit succinctement le processus qui a mené à l'adoption, par son pays, d'un document analytique sur

le rôle de l'Allemagne dans les questions de santé publique mondiale. Ce document a été utile pour conseiller la Chancelière allemande concernant les trois dossiers maintenant inscrits à l'ordre du jour des pays du Groupe des sept en matière de santé mondiale, à savoir la maladie à virus Ebola, la résistance aux antimicrobiens et les maladies négligées. La collaboration entre ministères et les liens avec les missions permanentes, tout comme la désignation de diplomates bien informés, sont essentiels lorsque l'on traite de problématiques mondiales de la santé.

Le directeur général de la Santé du ministère français des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes déclare que les liens entre la diplomatie et la santé sont de plus en plus forts dans la société mondialisée d'aujourd'hui, dans laquelle une approche nationale n'est pas adaptée à la gestion des pandémies et des maladies transmissibles plus problématiques. En effet, la charge d'ambassadeur mondial pour traiter de questions de santé essentielles se voit plus souvent confiée à des diplomates qu'à des professionnels de la santé.

Le secrétaire d'État pour la Santé et la Sécurité sociale, la Famille, l'Assurance nationale et la Planification économique de Saint-Marin ajoute que la crise d'Ebola a mis en évidence l'importance d'une prise en compte des diverses coutumes locales lorsque l'on fournit une aide sanitaire à des pays.

Résumant le débat, le professeur Kickbusch souligne le rôle croissant des représentations et autres organisations dans les négociations relatives à des questions de santé, comme celles qui portent sur les nouveaux objectifs de développement durable. De plus, les alliances et partenariats intéressants sont souvent établis grâce à la diplomatie, qui réunit différents acteurs, dont beaucoup pensent que l'OMS a un rôle à jouer pour faire avancer les dossiers de la santé et de la politique étrangère.

La deuxième table ronde, animée par le docteur Walter Ricciardi, est consacrée aux déterminants sociaux de la santé et à l'éducation sanitaire : les liens et la cohérence entre la santé, l'éducation et la politique sociale. Une vidéo est présentée ; elle montre le professeur Michael Marmot produisant des données qui illustrent l'impact des facteurs sociaux, économiques et politiques sur la santé et les inégalités dans le domaine sanitaire. Par exemple, des données provenant de pays de l'UE indiquent que la variation dans l'espérance de vie à l'âge de 25 ans est beaucoup plus importante chez les personnes ayant un niveau d'éducation moins élevé que chez les personnes plus instruites. Ces données montrent aussi que les inégalités en matière de développement cognitif chez les jeunes enfants sont influencées par de multiples facteurs de risques sanitaires et sociaux. De telles inégalités dans la petite enfance se traduisent souvent par des handicaps subis par les personnes durant toute leur vie. Sir Michael fait également remarquer que les inégalités dans le domaine sanitaire sont un indicateur du degré de bon fonctionnement d'une société et exhorte tous les pays à en faire plus pour gérer les déterminants sociaux de la santé et redresser les inégalités en matière de santé.

Le directeur, Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être, formule ensuite quelques suggestions concrètes pour mener une action intersectorielle et persuader ses collègues d'autres secteurs des retombées positives d'une telle action, en faisant remarquer que l'OMS est en train d'élaborer divers outils et matériels pour faciliter la communication avec d'autres secteurs et aider les pays à promouvoir ce type d'action. Il souligne l'importance de messages pragmatiques et bien présentés qui mettent en avant des arguments économiques percutants et insiste sur les dividendes à tirer d'une collaboration et sur les coûts de l'inaction. Il est également important de comprendre le langage d'autres secteurs et d'être disposé à tirer des

enseignements de leurs stratégies, de définir des buts et objectifs communs et de faire intervenir les pouvoirs publics locaux, sans lesquels une action sur les déterminants sociaux de la santé ne pourrait être efficace.

Au cours de la table ronde, plusieurs participants attirent l'attention sur le rôle que pourrait jouer le secteur de l'éducation pour inspirer des habitudes saines et, partant, promouvoir la santé et prévenir la maladie. De plus, une égalité d'accès à l'éducation pourrait contribuer à faire reculer les inégalités sur le plan social, qui entraînent des inégalités sur le plan sanitaire. Le ministre de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur d'Andorre fait remarquer que le secteur de l'éducation pourrait aussi avoir des effets indirects positifs pour la santé. Par exemple, les écoles d'Andorre encouragent l'utilisation des sources d'énergie renouvelables comme moyen de lutter contre le changement climatique, ce qui, à long terme, doit améliorer la situation sanitaire. Le directeur général de la Santé au ministère français des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes signale que divers ministères de son pays sont parvenus à un consensus sur une approche intersectorielle de l'éducation sanitaire et de la promotion de la santé. D'autres participants à la table ronde citent également des exemples de collaboration réussie entre le secteur de l'éducation et d'autres secteurs tels que l'environnement et l'agriculture, pour promouvoir les comportements sains et une bonne nutrition.

Le secrétaire d'État pour la Santé et la Sécurité sociale, la Famille, l'Assurance nationale et la Planification économique de Saint-Marin fait remarquer que son pays dirige l'Initiative des petits pays et souligne que les petits pays, avec leur flexibilité stratégique, leur forte cohésion sociale et leur capacité d'adaptation, peuvent être des chefs de file de l'action intersectorielle. Son pays possède une tradition de la collaboration intersectorielle et de la prise de décisions conjointe, dont le nouveau plan national pour la santé est un résultat tangible. L'établissement de rôles bien définis a été la clé du succès de cette entreprise. Il a également été important de tendre à une vision à long terme, tout en se souciant de la nécessité de produire des avantages visibles à court terme pour recueillir un soutien politique. Notant les difficultés que la transition démographique et épidémiologique pose pour son pays, le directeur général de la Santé du Portugal souligne à quel point il est important de définir clairement des concepts tels que la mortalité prématurée, afin d'être clair sur les buts poursuivis, de faciliter le suivi des progrès réalisés et de produire des données comparables.

Le directeur général du Conseil national suédois de la santé et de la protection sociale déclare que la politique de santé publique de son pays se place dans une perspective favorable à l'équité et cherche à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Cette politique a servi de guide pour l'action intersectorielle tant au niveau national que local. Dans la ville de Malmö, par exemple, les urbanistes, qui ont envisagé leur travail dans l'optique de la santé, ont conçu une stratégie pour éliminer les barrières séparant les populations pauvres et en mauvaise santé des groupes mieux nantis et en meilleure santé.

Le secrétaire d'État au ministère slovaque de la Santé décrit un projet dans son pays, dans le cadre duquel des membres de la communauté rom ont été recrutés pour agir en qualité d'« assistants de santé ». Ce projet a contribué à accroître les taux de vaccination, à augmenter la participation au dépistage préventif de diverses maladies et à promouvoir la santé, et l'on s'attend à ce que la communauté rom, dans 10 à 15 ans, soit en meilleure santé que le reste de la population. Par contraste, un projet antérieur sur la santé des Roms, mené par les autorités de la santé publique, a échoué, ce qui souligne à quel point il est important de comprendre les coutumes locales.

Le premier vice-ministre des Finances du Bélarus indique que le rôle du secteur des finances dans l'action intersectorielle pour la santé est peut-être surestimé. La principale préoccupation de ce secteur est de savoir s'il y a un appui politique ferme à tous les niveaux des pouvoirs publics et de la société en faveur des initiatives pour la santé. Il est particulièrement important de s'assurer de cet appui en période de ressources restreintes et de budgets serrés. Une budgétisation fondée sur les performances ; une définition claire des objectifs avec des indicateurs mesurables ; et un suivi et une évaluation efficaces sont également essentiels pour permettre aux responsables des finances de déterminer quelles sont les mesures les plus efficaces pour atteindre les buts de la santé, et donc quelles sont celles qui méritent d'être soutenues.

Le ministre de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur d'Andorre fait observer que les ministres des Finances considèrent généralement l'éducation comme un investissement valable, ce qui est un autre avantage de la collaboration entre le secteur de la santé et celui de l'éducation. Les participants à la table ronde notent aussi la nécessité d'être clair quant aux avantages que d'autres secteurs peuvent retirer d'une collaboration destinée à améliorer la situation sanitaire et soulignent à quel point il est important de faire valoir à d'autres secteurs que les déterminants sociaux tels que de mauvaises conditions de logement affectent la santé et le bien-être, ainsi que d'encourager un processus décisionnel fondé sur des bases factuelles dans le secteur social.

Concluant les débats, le docteur Ricciardi déclare que la Région européenne doit éviter une « véritable tempête » qui résulterait de la convergence entre des phénomènes tels que la transition démographique et épidémiologique et les inégalités sociales et économiques croissantes. S'abstenir d'agir entraînerait des coûts énormes.

Débat général sur le travail intersectoriel, la décision et la table ronde

Dans le débat général qui suit, les représentants de certains États membres conviennent que les décideurs politiques d'autres secteurs doivent tenir compte des nombreux facteurs qui influencent la santé de la population. La détérioration de la qualité de vie résultant des mesures d'austérité doit être contrée de façon holistique, et les problèmes auxquels les migrants et réfugiés sont confrontés nécessitent l'intervention de multiples acteurs faisant partie de l'État ou de la société civile. La collaboration entre les ministères de la Santé, de l'Éducation, des Sports et des Services sociaux pour des aspects de la santé publique tels que l'activité physique et une nutrition saine revêt une importance cruciale, mais il sera peut-être plus difficile de convenir de buts communs avec les ministères de l'Économie et des Finances. L'action intersectorielle requiert une réorientation radicale des services et des personnels de santé. Sensibiliser les responsables d'autres secteurs à la santé, s'assurer que la population dispose des outils et ressources nécessaires pour adopter des modes de vie sains et garantir l'interconnectivité des systèmes informatiques pour faciliter le processus décisionnel intersectoriel collaboratif sont quelques-unes des priorités. Plusieurs représentants signalent que leur pays est en train d'adopter une législation sur la santé publique ou une stratégie de promotion de la santé stipulant des mécanismes durables de collaboration intersectorielle à différents échelons sur leur territoire.

L'OMS et le ministère fédéral allemand sont remerciés d'avoir organisé, en avril 2015, une réunion à Berlin pour échanger les expériences nationales dans le domaine de la collaboration intersectorielle en matière de santé et de politique étrangère. Différents systèmes pourraient être adoptés pour incorporer la santé dans la politique étrangère et la politique d'aide au développement, mais dans tous les cas, l'objectif doit être d'inclure les objectifs sanitaires dans

ces politiques et de s'efforcer de les atteindre. Le programme de développement pour l'après-2015 et les objectifs de développement durable qui y sont associés sont très ambitieux, mais ils donnent l'occasion d'introduire des améliorations significatives dans les résultats obtenus globalement en matière de santé, grâce à la participation d'autres secteurs. Par exemple, l'une des cibles fixées dans le cadre des objectifs de développement durable est de réduire d'un tiers la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles pour 2030. Pour atteindre cette cible, il faut un financement à long terme ; et un représentant s'est félicité du nouveau cadre mondial pour le financement du développement durable adopté lors de la troisième conférence internationale sur le financement du développement tenue du 13 au 16 juillet 2015 à Addis Abeba (Éthiopie).

Le directeur, Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être, présente le Réseau européen des Villes-santé de l'OMS comme un exemple frappant de près de 30 années d'innovation intersectorielle. Parmi les conditions sine qua non de son succès, il cite un engagement politique ferme et durable de la part des maires et des conseillers municipaux (une approche « pangouvernementale »), des capacités et des mécanismes (tels que les comités intersectoriels) pour la gestion du changement, des plans intersectoriels de développement pour la santé urbaine, et des plates-formes visant à faire intervenir un large spectre de la société civile et des intervenants publics. Les progrès enregistrés concernant tous les aspects des Villes-santé font l'objet d'un suivi et d'une évaluation réguliers.

Des déclarations sont prononcées par des représentants d'EuroHealthNet, de la Framework Convention Alliance for Tobacco Control (qui ont également pris la parole au nom de la NCD Alliance), ainsi que de la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine, cette dernière s'exprimant aussi au nom de l'Alliance internationale des organisations de patients, de Medicus Mundi International, de la Fédération mondiale des ergothérapeutes et de l'Organisation mondiale des médecins de famille. Des déclarations écrites sont présentées par l'Association internationale de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence et des professions associées, Medicus Mundi International et la Fédération mondiale des ergothérapeutes.

La directrice régionale fait observer que le nombre de pays disposant de politiques multisectorielles et de mécanismes de coordination a doublé en un an, et qu'un rapport complet et un menu d'actions seront présentés à la soixante-sixième session du Comité régional, en 2016. Des réunions seront organisées dans toute la Région européenne pour promouvoir le travail intersectoriel. La sixième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, programmée pour 2017, offrira une occasion unique de réitérer l'engagement de la Région en faveur du processus européen Environnement et santé, de réexaminer sa structure de gouvernance et de préciser ses priorités. Elle a apprécié l'échange de vues qui a eu lieu lors des déjeuners ministériels durant la session sur la migration et la santé, un domaine qui a fait la une des journaux dans toute l'Europe. Le projet PHAME (Migration et santé publique en Europe) financé par l'Italie est le cadre d'action qui doit s'attaquer à cette problématique. Elle confirme enfin que le Bureau régional organisera une conférence en Italie avant la fin de l'année pour examiner les incidences des migrations sur la santé et la santé publique, pour débattre et convenir de certains aspects des politiques et de stratégies, ainsi que de messages clés, et pour déterminer l'envergure des activités à entreprendre conjointement par le Bureau régional et les États membres dans un domaine de travail où une approche multisectorielle est indiquée.

Le Comité adopte la décision EUR/RC65(1).

Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025

(EUR/RC65/9, EUR/RC65/9 Add.1 Rev.1, EUR/RC65/R3)

Le chef de programme, Nutrition, activité physique et obésité, explique que l'inactivité physique constitue un important facteur de risque pour les maladies non transmissibles et une cause majeure de la mortalité prématurée. Dans la Région européenne de l'OMS, un tiers des adultes ne sont pas suffisamment actifs, et 70 % des adolescents ne respectent pas les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. Une action s'impose de toute urgence. La Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 vise à inspirer les pouvoirs publics et les parties prenantes afin qu'ils œuvrent à l'intensification de l'activité physique pour tous en instaurant des environnements favorables, en assurant l'égalité des chances et en éliminant les obstacles. Ses principes directeurs sont notamment la réduction des inégalités, la promotion d'une perspective portant sur toute la durée de la vie, l'autonomisation des personnes et des communautés, la promotion des approches intégrées, multisectorielles, durables et fondées sur le partenariat, l'adaptabilité des programmes d'activité physique et le recours à des stratégies fondées sur des bases factuelles.

Cinq domaines prioritaires ont été recensés à cet égard : le leadership et la coordination ; le développement de l'enfant et de l'adolescent ; l'activité physique pour tous les adultes dans le cadre de la vie quotidienne ; l'activité physique chez les personnes âgées ; et le suivi, la surveillance, l'évaluation et la recherche. Des aide-mémoire ont été rédigés pour plusieurs pays afin d'expliquer les succès et l'expérience des États membres en matière d'intensification de l'activité physique et de réduction des comportements sédentaires. Leur publication permettra un échange de données d'expérience et de meilleures pratiques.

Un représentant du CPRC déclare que le Comité permanent se félicite de la stratégie, qui s'inspire de Santé 2020, et peut servir à stimuler les approches coordonnées au niveau intersectoriel, tout en offrant un leadership par la formulation de conseils stratégiques à l'adresse des États membres. La stratégie a été rédigée et révisée dans le cadre d'un processus de consultation complet et transparent, qui a bénéficié de la contribution de diverses parties prenantes à tous les niveaux. Le CPRC estime que la stratégie constitue un document important et de haute qualité, et encourage le Comité régional à l'approuver et à adopter le projet de résolution qui l'accompagne.

Dans la discussion qui suit, les États membres expriment leur soutien inconditionnel à la stratégie sur l'activité physique et au projet de résolution. Celle-ci doit être mise en œuvre conjointement avec la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles, le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ainsi que la Charte européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité. L'inactivité physique est l'un des principaux facteurs de risque modifiables associés aux maladies non transmissibles ainsi qu'à des taux élevés d'obésité. Les maladies chroniques liées au surpoids et à l'obésité, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et certains cancers, sont en progression, en raison de la tendance croissante à l'adoption d'un mode de vie sédentaire. La stratégie est donc particulièrement pertinente et opportune.

De nombreux intervenants se sont félicités du caractère global de la stratégie, qui contient des lignes directrices claires, est pertinente pour tous les groupes cibles, et constitue un excellent

fondement pour l'élaboration de politiques au niveau national. Ses recommandations sont générales et applicables à tous les États membres de la Région européenne. Les intervenants soulignent l'importance d'assurer l'égalité des chances pour tous en matière d'activité physique, et sans discrimination. Ils attirent aussi l'attention sur la nécessité d'adopter une approche portant sur toute la durée de la vie, en accordant notamment la priorité aux groupes vulnérables tels que les enfants, les adolescents et les personnes âgées.

La coopération intersectorielle, sous l'égide du secteur de la santé, est essentielle pour réaliser le plein potentiel de la stratégie. L'activité physique doit être encouragée en milieu scolaire et professionnel, dans le cadre des politiques des transports et des loisirs. Un intervenant a expliqué dans un exemple comment le ministère de la Santé, en collaboration avec le ministère de l'Éducation de son pays a approuvé un programme d'exercices de 10 minutes, qu'il a incorporé dans le cursus scolaire national afin que les enseignants puissent promouvoir de façon agréable l'activité physique chez les enfants. Le secteur de l'éducation a un rôle particulièrement important à jouer pour favoriser le changement de comportement et susciter l'adoption de bonnes pratiques à un âge précoce. Il importe d'utiliser au mieux les technologies modernes pour promouvoir l'activité physique et réduire les comportements sédentaires chez les publics cibles. Compte tenu du vieillissement de la population dans la Région européenne, des mesures doivent également être prises pour promouvoir l'activité physique chez les seniors. Les effets bénéfiques de l'activité physique doivent être surveillés, et les efforts de sensibilisation doivent s'appuyer sur des bases factuelles.

Plusieurs intervenants ont décrit leur stratégie nationale sur l'activité physique qui, bien que rédigée avant la stratégie européenne, reflète son esprit. D'autres ont exprimé leur intention d'utiliser la stratégie européenne comme modèle afin d'élaborer de nouvelles politiques et stratégies au niveau national. Plusieurs exemples d'expériences et de meilleures pratiques sont mentionnés, à savoir notamment : la prescription de l'activité physique par les médecins et l'abonnement subventionné à une salle de gym pour les patients, le développement des pistes cyclables dans les zones urbaines, les programmes de vélos en libre-service pour encourager la pratique de l'activité physique dans le cadre du transport quotidien, et l'introduction de cours quotidiens et obligatoires d'éducation physique à l'école. On espère que les aide-mémoire par pays seront disponibles bientôt, afin de permettre un échange des meilleures pratiques.

Un représentant de la Fédération mondiale des ergothérapeutes effectue une déclaration.

Le chef de programme, Nutrition, activité physique et obésité, remercie les États membres pour leur soutien, et se réjouit qu'ils reconnaissent le rôle de chef de file du secteur de la santé dans la promotion de l'activité physique, ainsi que l'importance des technologies pour le suivi, l'évaluation et la sensibilisation. L'alimentation et l'exercice physique étant étroitement liés, ils doivent être tous deux pris en compte afin de relever les défis tels que l'obésité infantile. Les exemples de mesures efficaces en vue de réduire les comportements sédentaires et d'intensifier l'activité physique permettent d'illustrer les approches innovatrices adoptées par les États membres de la Région européenne. L'OMS est prête à collaborer avec les pays à la mise en œuvre de la stratégie et à la relève des défis auxquels ils sont confrontés.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC65/R3.

Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025 : dire adieu pour toujours au tabac

(EUR/RC65/10, EUR/RC65/10 Add.1 Rev.1, EUR/RC65/R4)

Le Chef de programme, Lutte antitabac, déclare que, malgré une tendance à la baisse de la consommation de tabac dans la Région européenne de l'OMS depuis 2000, l'Europe est la Région de l'OMS où l'usage du tabac est le plus répandu, surtout chez les femmes. Si la tendance actuelle se maintient, aucun des États membres de la Région ne sera en voie d'atteindre l'objectif volontaire de l'OMS, à savoir une réduction relative de 30 % de la prévalence actuelle du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans ou plus pour 2025. Dès lors, il convient de redoubler d'efforts dans le cadre de la lutte contre le tabagisme – et, en particulier, dans le cadre de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Les États membres ont manifesté leur détermination à cet égard, par l'adoption de la Déclaration d'Achgabat sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020.

La feuille de route actuellement présentée au Comité régional est conçue pour soutenir les États membres dans leurs efforts. Elle est préparée dans le cadre d'un vaste processus de rédaction consultatif, avec les conseils des États membres et du secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS. Cette feuille de route est inspirée par les décisions stratégiques de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et s'inscrit dans la lignée de celles-ci. Elle est confortée par la relation étroite entre le Bureau régional et le secrétariat de la Convention-cadre et fixe l'ambitieux objectif d'une mise en œuvre intégrale de cette Convention. Cette feuille de route contribuera à la réalisation de l'objectif mondial d'une réduction de 25 % de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles. Son objectif est une réduction relative de 30 % minimum de la prévalence actuelle du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans ou plus pour 2025. Des mesures telles qu'une législation interdisant le tabac, surtout dans les environnements où évoluent des enfants, l'application de l'interdiction totale de toute publicité ou promotion du tabac, ainsi que des parrainages par l'industrie du tabac, et la sensibilisation accrue de la population pour empêcher les jeunes de commencer à fumer contribueront à la réalisation de cet objectif. La feuille de route sera mise en œuvre grâce à une stratégie fondée sur la notion d'« une seule OMS », pour concrétiser la cible volontaire de 2025.

Un membre du CPRC souligne l'importance de la lutte antitabac comme principal point de départ pour la concrétisation de l'objectif volontaire d'une réduction relative de 25 % de la mortalité prématurée dues aux maladies non transmissibles pour 2025, tel qu'il a été fixé par l'Assemblée mondiale de la santé. L'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est donc d'une importance capitale. La feuille de route présente un projet bienvenu pour la Région européenne, qui serait libérée de la morbidité, de la mortalité et de l'assuétude liées au tabac. Le CPRC a participé au processus de rédaction en mettant l'accent sur l'optimisation de la valeur ajoutée de la feuille de route. Le membre du CPRC exprime le soutien sans réserve de ce dernier à la feuille de route et au projet de résolution.

Le chef du secrétariat de la Convention-cadre déclare que 2015 a marqué les 10 ans de l'entrée en vigueur de cette Convention. Au cours de ces 10 années, des progrès considérables ont été réalisés. Les Européens ont fait campagne contre les méfaits du tabac depuis que, venu des Amériques, il est arrivé sur les rivages de l'Europe, mais malgré la ligne dure qu'ils ont adoptée, le tabac est toujours présent en Europe quelque 400 ans plus tard. Cette bataille doit être rejouée,

et les obstacles qui entravent la lutte antitabac doivent être surmontés. Le chef du secrétariat exhorte tous les acteurs concernés à faire leur devoir envers la population, en prenant des mesures efficaces dans le cadre de la feuille de route.

Sur les 53 pays de la Région européenne de l'OMS, 50 sont parties à la Convention. Cependant, des disparités importantes dans les prix de détail des cigarettes sont toujours constatées d'un point à l'autre de la Région, et il convient d'adopter des mesures de lutte contre le tabac plus ambitieuses, comme par exemple de l'interdiction totale de fumer dans tous les lieux publics ; de grandes mises en garde sur les emballages de produits du tabac ; l'interdiction de la publicité indirecte, de la promotion et des parrainages ; et une aide au sevrage tabagique pour les consommateurs. Bien que les États membres européens aient été prompts à instaurer de telles mesures, les premiers succès enregistrés dans les pays ne se sont pas propagés à l'ensemble du continent.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 fournira l'élan nécessaire pour relever le défi posé par le tabagisme, et la mise en œuvre intégrale de la Convention-cadre de l'OMS permettra de multiplier les initiatives antitabac et d'atteindre plus rapidement l'objectif volontaire d'une réduction relative de 30 % du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans ou plus pour 2025. Cependant, il reste un adversaire redoutable pour le mouvement antitabac : l'industrie du tabac. Le lancement de nouveaux produits du tabac, comme la cigarette électronique, est susceptible d'augmenter les taux de dépendance. L'interférence de l'industrie du tabac constitue la plus grande menace contre la mise en application de la Convention-cadre.

L'industrie du tabac essaie aussi d'enrayer les efforts de mise en œuvre du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Ce dernier représente environ 10 % du marché mondial du tabac. Jusqu'à présent, neuf États ont ratifié ce protocole ; 31 autres ratifications sont nécessaires pour qu'il puisse entrer en vigueur.

L'OMS, les partenaires internationaux et la société civile ont donc le devoir de collaborer avec le secrétariat de la Convention de l'OMS afin de poursuivre la lutte et de rappeler constamment aux législateurs et aux autres acteurs clés la nécessité d'agir. La Convention-cadre de l'OMS, son Protocole et la nouvelle feuille de route montrent la voie à suivre vers un avenir meilleur, mais n'auront de valeur que s'ils inspirent des mesures efficaces. Le secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS se tient prêt à travailler avec l'OMS pour soutenir la lutte contre le tabagisme dans la Région européenne de l'OMS.

Au cours du débat qui suit, les représentants remercient le Bureau régional pour ses travaux d'élaboration de la Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025 : dire adieu pour toujours au tabac, qui est une source d'inspiration et est soutenue sans réserve. La feuille de route est saluée non seulement en tant que guide pour l'élaboration de politiques, mais aussi en tant qu'outil stimulant la réalisation d'objectifs en rapport avec le développement durable et la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. Des remerciements sont également adressés à la directrice régionale pour le soutien dévoué qu'elle a apporté aux pays dans leur lutte contre le tabagisme.

De nombreux représentants insistent sur la priorité accordée aux politiques de lutte contre le tabagisme dans leurs programmes sanitaires nationaux, et décrivent les interventions législatives, stratégiques et autres envisagées ou déjà menées pour appliquer les dispositions de la

Convention-cadre de l'OMS par l'introduction de diverses mesures tarifaires et fiscales, de mesures sans rapport avec les prix, de mesures ayant trait à la protection contre une exposition à la fumée du tabac, aux emballages et à l'étiquetage des produits du tabac, et à la publicité, à la promotion et aux parrainages par l'industrie du tabac, en plus de mesures de réduction de la demande visant à atténuer la dépendance envers le tabac et à parvenir à un sevrage tabagique. D'autres décrivent encore les mesures prises pour réduire l'offre de tabac en ciblant le commerce illicite des produits du tabac et la vente de produits du tabac aux mineurs et par les mineurs. Beaucoup font état de résultats encourageants obtenus grâce aux mesures décrites et prévoient encore plus de succès dans leurs tentatives de réduire la prévalence du tabagisme. Ces dernières englobent des efforts visant à redéfinir les normes sociales entourant la consommation de tabac. Un intervenant souligne qu'il est nécessaire que l'OMS prodigue des conseils univoques concernant l'usage de versions sans fumée et électroniques de produits du tabac ou de produits ressemblant à des cigarettes.

En ce qui concerne le renforcement de la mise en application de la Convention-cadre de l'OMS, l'accent est, de manière générale, mis sur la nécessité d'un engagement politique ferme, d'une action et d'un soutien intersectoriels, et d'une collaboration et d'une coordination entre pays, autant d'aspects que le Bureau régional peut promouvoir de par sa position idéale. La participation de la société civile et le rôle de sensibilisation joué par les ONG, en particulier, ont aussi été mises en avant comme contribuant au succès des activités de lutte contre le tabagisme. En bref, les efforts collectifs sont jugés essentiels pour concrétiser à la fois la vision à long terme d'une Région européenne libérée de la morbidité, de la mortalité et de l'assuétude liées au tabac, et l'objectif d'une réduction relative de la prévalence actuelle du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans et plus pour 2025.

Les États membres de la Région européenne qui n'ont pas encore signé et ratifié le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac sont encouragés à le faire, tandis qu'un encouragement similaire est adressé aux trois États membres qui n'ont pas encore adhéré à la Convention-cadre de l'OMS. La Déclaration d'Achgabat sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 est également citée comme un instrument important dans la lutte menée pour la maîtrise du tabagisme, essentielle pour atteindre l'objectif global d'une réduction d'un quart de la mortalité prématurée due à ces maladies pour 2025.

Un représentant s'exprimant au nom de l'UE et de ses États membres attire l'attention sur la nouvelle directive européenne relative aux produits du tabac, qui régleme la fabrication, la présentation et la vente de tabac et de produits dérivés dans l'Union européenne, et dont l'objectif est de limiter le nombre de stratégies en la matière. La collaboration entre le Bureau régional, le secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS et les États membres de la Région européenne doit être poursuivie pour s'attaquer à la cause de morbidité et de mortalité la plus évitable et au principal facteur contribuant aux inégalités sur le plan sanitaire en Europe.

Un autre représentant prenant la parole au nom de la Finlande, de la France, de la Hongrie, de l'Islande, de la Norvège et du Royaume-Uni déclare que, se fondant sur les bases factuelles scientifiques relatives aux avantages que les emballages standardisés de produits du tabac présentent pour la santé publique et certains aspects connexes, ces pays ont décidé de suivre l'exemple australien en ce qui concerne ce type d'emballage. Ils sont, de plus, déterminés à remplir les obligations qui leur incombent aux termes de la Convention-cadre de l'OMS afin que les politiques de santé publique puissent être formulées à l'abri des intérêts particuliers de

l'industrie du tabac et résolu à collaborer pour défendre leurs réglementations en matière de lutte antitabac contre les recours légaux. Ils sont également disposés à diffuser leur savoir-faire et leurs connaissances en matière de lutte antitabac et à promouvoir les emballages standardisés.

Des déclarations sont prononcées par des représentants du Comité permanent des médecins européens et de la Framework Convention Alliance.

Le chef de programme, Lutte antitabac exprime sa gratitude aux États membres pour leur soutien et la confiance accordée au travail du Bureau régional, ainsi que pour la communication de leurs expériences et des enseignements acquis dans le domaine de la lutte antitabac, pour laquelle sont essentiels l'action intersectorielle et, de fait, le partenariat avec les ONG. À son tour, le Bureau régional est déterminé à soutenir les pays dans leurs efforts et se tient prêt à faciliter les contacts entre eux à cette fin.

Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie déclare que l'adoption de la Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne, de la stratégie sur l'activité physique et des projets de résolution qui y sont associés marquera l'aboutissement du projet quinquennal visant à définir un mandat pour les travaux relatifs à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne. Les États membres ont des conseils clairs à leur disposition pour mettre en œuvre des actions efficaces, fondées sur des bases factuelles, dans ce domaine. Il en va également de leur intérêt de ratifier le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.

Le chef du secrétariat de la Convention-cadre indique que son organisation est à la disposition de toutes les parties signataires de la Convention de l'OMS et exhorte tous les États membres qui ne sont pas signataires à adhérer à la Convention pour renforcer la mise en œuvre de cette dernière. La ratification du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac est également importante, pour cette même raison. La collaboration multisectorielle et les efforts visant à souligner les mérites de la Convention-cadre de l'OMS dans les forums internationaux, encourageront une stratégie cohérente en vue du respect des obligations qui découlent de cette Convention, afin de construire un monde meilleur.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC65/R6.

Élections et désignations

(EUR/RC65/7, EUR/RC65/7 Add.1 Rev.1, EUR/RC65/7 Add.2)

Conseil exécutif

Le Comité décide que les Pays-Bas et la Turquie présenteront, lors de la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2016, leur candidature en vue d'une élection ultérieure au Conseil exécutif.

Comité permanent du Comité régional

Le Comité sélectionne la Géorgie, l'Islande, l'Italie et le Tadjikistan pour des mandats au CPRC d'une durée de trois ans, de septembre 2015 à septembre 2018.

Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé

Le Comité sélectionne les ministres de la Santé du Bélarus et de l'Ouzbékistan pour des mandats au Conseil ministériel de l'environnement et de la santé d'une durée de deux ans, à partir du 1^{er} janvier 2016.

Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne

(EUR/RC65/13, EUR/RC65/13 Add.1, EUR/RC65/R5)

Le directeur, Systèmes de santé et santé publique, explique que le sous-titre du document à l'examen, à savoir « joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne », souligne l'importance de veiller à ce que les systèmes de santé de la Région européenne répondent aux besoins des populations, tel qu'il a été indiqué lors de la réunion de haut niveau organisée en 2013 à Tallinn (Estonie) afin de commémorer le cinquième anniversaire de la signature de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. En adoptant une approche centrée sur la personne, on n'écoute pas seulement l'opinion des individus, mais on les responsabilise véritablement afin qu'ils deviennent des coproducteurs de leur propre santé. Il s'agit aussi d'améliorer les systèmes de santé et de parvenir à un meilleur état de santé, avec plus d'équité, en particulier chez les populations les plus vulnérables.

Le renforcement des systèmes de santé est depuis longtemps une priorité pour les États membres de l'OMS. En décrivant les principaux engagements pris dans la Région européenne envers le renforcement des systèmes de santé depuis l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, le directeur de la division explique que les systèmes de santé dotés d'une solide structure de soins de santé primaires sont en fait plus efficaces et plus réactifs que les autres, une affirmation d'ailleurs étayée par de très nombreuses données scientifiques. Ils génèrent aussi de meilleurs résultats sanitaires et réduisent les inégalités. Si les systèmes de santé de la Région européenne sont soumis à des pressions considérables en raison de l'importance de la charge des maladies transmissibles et non transmissibles, des menaces à la sécurité sanitaire et des invalidités, de nombreuses innovations leur permettent de rester généralement résilients et réactifs face à ces défis. Néanmoins, plusieurs questions fondamentales doivent encore être examinées, telles que l'impact du vieillissement de la population sur les systèmes de santé. La question de savoir si les systèmes de santé actuels sont durables dépend finalement de la possibilité de financer les prestations à l'aide de la base de revenu existante.

Afin de déterminer ses priorités stratégiques en matière de renforcement des systèmes de santé pour les cinq années à venir, le Bureau régional a engagé un processus participatif et inclusif, dirigé par un noyau central d'États membres, avec la participation d'experts externes. Des enquêtes ont été réalisées afin d'évaluer les progrès accomplis par les pays en vue d'honorer les

engagements pris dans la Charte de Tallinn, et des consultations ont été organisées avec les bureaux de pays et les États membres. Enfin, une évaluation par les pairs a été réalisée par des experts externes.

Les systèmes de santé centrés sur la personne reflètent les valeurs de solidarité et d'équité, ne délaissent personne, réduisent autant que possible l'exclusion sociale et favorisent la protection financière. Les principales priorités pour assurer la mise en place de tels systèmes sont les suivantes : transformer la prestation des services et parvenir à la couverture sanitaire universelle. Ces objectifs ne peuvent être atteints sans un personnel de santé compétent, sans innovation dans le domaine pharmaceutique et technologique, et sans informations sanitaires solides. La gestion du changement et l'innovation sont essentielles.

Pour répondre aux besoins sanitaires du XXI^e siècle, il importe de mettre en place des systèmes de santé assortis d'une bonne structure de soins de santé primaires permettant la prestation de services complets, intégrés et centrés sur la personne, la santé publique en étant le principal pilier. L'information sanitaire, qui constitue également une ressource fondamentale à tous les niveaux du système de santé, a un rôle important à jouer dans l'amélioration des processus décisionnels afin de permettre aux systèmes de santé de générer de meilleurs résultats sanitaires et de se centrer davantage sur la personne. Le Bureau régional continuera à collaborer étroitement avec ses principaux partenaires, et est prêt à aider les États membres en leur apportant une assistance technique, ainsi que par l'analyse, le dialogue politique et le renforcement des capacités.

Un membre du CPR a déclaré que le Comité permanent s'est félicité du processus dirigé par les États membres qui a permis d'établir un lien entre, d'une part, le rapport final sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn et, d'autre part, les principaux défis, enjeux et priorités du renforcement stratégique des systèmes de santé pour ces cinq prochaines années. La Charte de Tallinn continue d'établir les principes et de donner les orientations nécessaires pour que les États membres puissent mettre en place des systèmes de santé durables, solides, et centrés sur les besoins des populations. Il s'agit là d'une condition essentielle pour générer de meilleurs résultats sanitaires, réduire les dépenses de santé et stimuler un changement de comportement en vue de lutter contre la double charge des maladies transmissibles et non transmissibles. Pour obtenir de nouvelles avancées, il importe d'adopter des approches pangouvernementales et pansociétales, et de disposer d'un personnel efficace et compétent, de médicaments et de technologies ainsi que d'informations sanitaires. Le CPR se félicite de l'alignement du document de travail sur la Stratégie mondiale de l'OMS en faveur de services de santé intégrés et centrés sur la personne, et sur la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030.

Les nombreux représentants participant à la discussion qui suit adhèrent sans réserve à l'approche du renforcement des systèmes de santé fondée sur les valeurs de solidarité et d'équité. Ils approuvent également les deux priorités stratégiques en vue de transformer les services de santé et de parvenir à la couverture sanitaire, ainsi que les trois fondements essentiels des systèmes de santé : le personnel de santé ; les médicaments et les autres technologies ; et l'information sanitaire.

De nombreux intervenants soulignent qu'une approche centrée sur la personne est certes audacieuse, mais aussi nécessaire pour garantir les valeurs reprises dans la Charte de Tallinn. Elle est également jugée essentielle pour la mise en œuvre de la politique-cadre européenne de la

santé, Santé 2020. Il s'agit en effet de responsabiliser les populations en matière d'instruction en santé, et de dispenser des soins de santé dans le cadre d'un partenariat entre parties intéressées et également informées. D'autre part, un intervenant fait observer que la mise en place de systèmes centrés sur la personne ne doit pas réduire à tout prix le rôle de la société et de la communauté dans le système de santé.

La solidarité et l'équité ressortent clairement comme des valeurs dont doit s'inspirer l'action menée par les pays pour relever les défis également posés par la migration. Les systèmes de santé solides et résilients sont en mesure d'absorber les flux actuels et futurs de migrants, tout en leur dispensant des services de santé durables et de qualité. Un intervenant souligne la nécessité d'évaluer l'action de santé publique face à la crise migratoire et la capacité des pays à mener des interventions sûres, adéquates et centrées sur la personne.

De nombreux représentants évoquent les mesures déjà prises dans leur pays pour transformer les services de santé, la première priorité stratégique. Celles-ci visent notamment à renforcer le rôle des services de soins de santé primaires, à instaurer un système de payeur unique, à mettre en place des régimes de paiement basés sur les résultats, et à institutionnaliser la fonction du renforcement de la santé de la population, en vue d'établir un lien entre les services, les autres secteurs et le public, et de promouvoir la santé. Néanmoins, la mise en place de systèmes de santé intégrés, apportant une réponse collective aux besoins et aux attentes des populations, constitue l'un des principaux défis à cet égard. Les intervenants proposent plusieurs mesures qui pourraient être prises, comme la recherche d'un équilibre approprié entre les systèmes de soins internes et externes, la promotion des soins à domicile ainsi que du bien-être et de la protection sociale de la communauté, la combinaison des activités de surveillance et de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi que la promotion de la santé, pour passer de programmes verticaux à des approches plus larges en matière de système de santé, surmonter les contraintes financières et assurer un financement durable.

Les efforts consentis pour gagner en efficacité sont considérés comme une bonne manière de transformer les systèmes de santé. L'un des intervenants signale que l'évaluation de la performance des systèmes de santé a été un précieux outil, et exhorte le Bureau régional à poursuivre ses activités dans ce domaine. S'exprimant au nom des pays membres du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, un représentant rappelle que ce Réseau a, entre 2006 et 2010, aidé une majorité de ses pays membres à autoévaluer leurs opérations essentielles de santé publique.

Un autre intervenant regrette que les fonctions essentielles de santé publique ne soient pas mentionnées dans le document examiné et propose que la Région européenne envisage une résolution conjointe sur la santé publique, qui serait présentée au Conseil exécutif en 2016, dans le cadre d'un point existant de l'ordre du jour.

Le représentant d'un pays signale que le lancement d'un programme gouvernemental sur la couverture sanitaire universelle, rendu possible par une augmentation substantielle du financement public du système de santé, a montré que l'on pouvait procurer très rapidement des avantages tangibles pour la population lorsque l'ensemble des pouvoirs publics sont déterminés à rendre les soins de santé plus accessibles et plus abordables. Un autre intervenant note la mise en place récente d'un système de tiers payant, et un représentant considère que l'assurance-maladie obligatoire constitue le fondement de la couverture sanitaire universelle. L'accès à des services de santé de haute qualité peut être entravé par des crises financières et une stagnation

économique, mais l'on peut avancer des arguments d'ordre économique en faveur de mesures de maîtrise des risques et de prévention.

Les maladies non transmissibles sont considérées comme la problématique la plus complexe menaçant la durabilité de la couverture sanitaire universelle. Un intervenant suggère que la couverture sanitaire universelle pourrait être perçue comme la plus importante priorité de leadership du douzième programme général de travail de l'Organisation, tandis qu'un autre exhorte l'OMS à promouvoir ce type de couverture au niveau international dans le contexte du programme de développement pour l'après-2015 et des objectifs de développement durable.

En ce qui concerne le premier fondement, la valorisation des personnels de santé, un représentant constate qu'il y a pénurie de médecins et d'infirmières dans son pays en raison de taux d'émigration élevés et propose de faciliter le maintien en poste notamment en renforçant les systèmes de santé, en améliorant l'éventail des compétences et en veillant à ce que les systèmes éducatifs soient plus rapidement adaptables aux nouvelles exigences. Un autre intervenant préconise de redéfinir les rôles, les compétences et les relations professionnelles des personnels de santé, en évoluant vers une approche multiprofessionnelle. Un représentant indique que son pays travaille en étroite collaboration avec la Commission européenne dans le cadre du Plan d'action pour le personnel du secteur de la santé au sein de l'UE, tandis qu'un autre fait état d'activités visant à la création d'un observatoire sur les ressources humaines pour la santé.

À propos de médicaments et de technologies d'un bon rapport coût-efficacité, un intervenant fait observer que le fait de rendre de nouveaux médicaments disponibles à un prix élevé pourrait avoir un impact négatif sur l'équité et la viabilité financière d'un système de santé. Il est nécessaire d'étudier attentivement l'évaluation des technologies de la santé, en termes d'avantage thérapeutique et de valeur ajoutée par rapport aux produits existants. Une approche intégrée est nécessaire afin de trouver un équilibre entre l'innovation et l'accès à des produits pharmaceutiques à un prix abordable. Il est demandé à l'OMS d'assurer un leadership pour l'adoption de mécanismes d'approvisionnement stratégiques.

De nombreux intervenants félicitent le Bureau régional pour la création de l'Initiative européenne d'information sanitaire, que tous les pays de la Région européenne sont invités à rejoindre, ainsi que le lancement d'un portail Web donnant accès à des données et d'une application proposant des statistiques en matière de santé. De même, ils se félicitent des travaux accomplis par le Bureau régional pour générer des bases factuelles en vue de l'élaboration de politiques grâce au Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles. Le représentant d'un pays fait rapport au sujet de l'accueil de l'université d'automne sur l'information et les bases factuelles en santé. Un autre intervenant préconise d'encourager la participation multisectorielle d'autres secteurs, d'ONG, de communautés d'universitaires et de chercheurs, et du secteur privé au travail sur le troisième fondement, l'information sanitaire. Il y a matière à amélioration dans le domaine de l'éducation sanitaire, de même que l'on pourrait améliorer les informations et le suivi de l'impact des politiques.

Il est avancé que le Bureau régional et les bureaux de l'OMS pourraient soutenir les États membres de multiples façons, comme par exemple en facilitant l'échange d'expériences, en générant de nouvelles bases factuelles sur la protection financière, en donnant des conseils sur l'auto-évaluation des pays, en organisant des séminaires à haut niveau et des cours de formation pilotes, en contrôlant la protection financière et en trouvant des moyens d'augmenter l'efficacité. Le domaine du renforcement des systèmes de santé doit englober tous les

programmes et activités de l'OMS pertinents en la matière, et le secrétariat doit mieux communiquer quant à la façon dont une telle collaboration horizontale est promue. Selon les attentes, le bureau géographiquement dispersé sur les soins de santé primaires, une fois qu'il sera opérationnel, pourra jouer un rôle de catalyseur pour que les systèmes de santé axés sur l'individu deviennent une réalité.

Une déclaration est faite par la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine, au nom de la coalition européenne de la société civile « Health Workers for All and All for Health Workers », de la European Midwives Association, de l'Alliance européenne pour la santé publique, de Medicus Mundi International, de l'Alliance internationale des organisations de patients, de la Confédération internationale des sages-femmes, du Conseil international des infirmières, de la Fédération mondiale des ergothérapeutes et de l'Organisation mondiale des médecins de famille. D'autres déclarations sont prononcées par Alzheimer's Disease International, le Forum européen des soins primaires, le Forum des patients européens, le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de la santé et la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésiologistes. Des déclarations écrites sont présentées par l'Alliance internationale des organisations de patients, l'Association internationale de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence et des professions associées, la Confédération internationale des sages-femmes, le Conseil international des infirmières et la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine.

Le directeur de la Division des systèmes de santé et de la santé publique remercie les États membres et les partenaires pour leur approche très proactive durant le long processus de consultation. En réponse à un intervenant, il clarifie le fait que la priorité stratégique absolue, à savoir la transformation des services de santé, couvre l'intégralité des soins, y compris les fonctions essentielles de santé publique. L'étape suivante, pour le Bureau régional, sera de réunir des bases factuelles sur la manière de conseiller les décideurs politiques et de gérer la transition vers des systèmes de santé axés sur l'individu.

La directrice régionale annonce aux représentants que le Bureau régional continuera à œuvrer pour réagir aux migrations et à la santé dans le contexte de la résolution WHA61.17 de l'Assemblée mondiale de la Santé, sur la santé des migrants et de Santé 2020, et poursuivra aussi son travail de soutien aux États membres pour l'évaluation des capacités requises des systèmes de santé afin de réagir aux défis posés. Elle fait part de son intention d'organiser une conférence sur ce sujet avant la fin de l'année pour étudier la santé publique et les systèmes de santé, et convenir d'une approche commune. En réponse à une déclaration, elle confirme – comme le directeur général l'a aussi affirmé dans son allocution – que le RSI (2005) sera intégré aux travaux relatifs aux systèmes de santé. Elle affirme également que les fonctions essentielles de santé publique sont parfaitement intégrées à la stratégie de renforcement des systèmes de santé au Bureau régional. En réponse à un membre des délégations, la directrice régionale déclare qu'à la suite de certaines discussions ayant eu lieu lors de la cinquième session du vingt-deuxième CPCPR, le directeur général a été approché à propos de la proposition visant à soumettre au Conseil exécutif, dans le cadre d'un point existant de l'ordre du jour de la Région européenne, un projet de résolution concernant la santé publique axée sur la population, et tant elle-même que le directeur général considèrent favorablement cette proposition comme un volet du 3^e objectif de développement durable en rapport avec la couverture sanitaire universelle.

Le Comité adopte la résolution EUR/RC65/R5.

Rapport final sur la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 et examen du projet de Plan d'action sur la tuberculose pour la Région européenne 2016-2020

(EUR/RC65/17 Rev.1, EUR/RC65/17 Add.1 Rev.2, EUR/RC65/R6)

On procède à la présentation d'un film vidéo mettant en lumière les progrès accomplis dans le cadre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015, ainsi que les principaux défis à relever au titre du projet de nouveau plan d'action.

Selon le représentant spécial de la directrice régionale pour la tuberculose multirésistante et ultrarésistante, les activités de prévention et de lutte antituberculeuses ont été intensifiées depuis l'adoption du plan d'action consolidé en 2011. L'incidence de la maladie a également baissé de manière significative et la couverture thérapeutique a augmenté. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a aidé les pays à surmonter les obstacles présents dans les systèmes de santé en matière de prévention et de lutte antituberculeuses, et produit un recueil des meilleures pratiques.

Le chef de programme par intérim, Tuberculose et tuberculose multirésistante, indique que la mise en œuvre du plan d'action consolidé a permis de guérir 1 million de patients tuberculeux, d'éviter 200 000 cas de tuberculose-MR, de sauver 2,6 millions de vies et d'économiser 11 milliards de dollars des États-Unis (USD). Bien que l'incidence de la tuberculose ait enregistré un recul annuel de 6 %, soit à un rythme plus rapide que dans les autres Régions de l'OMS, plusieurs défis demeurent, notamment la transmission continue de la tuberculose-MR, l'aggravation de la pharmacorésistance et la comorbidité VIH/tuberculose.

Le projet de Plan d'action sur la tuberculose pour la Région européenne 2016-2020 a été élaboré dans le cadre d'un processus de consultation régionale, auquel ont participé les États Membres, des agences techniques et de financement, des organisations de la société civile et des collectivités. Conformément à la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose, ce plan d'action régional repose sur trois piliers : prévention et soins intégrés et centrés sur le patient ; politiques audacieuses et systèmes de soutien ; et intensification de la recherche et de l'innovation. Sa vision, ses objectifs et ses cibles s'alignent également sur ceux de la stratégie mondiale, bien que certains objectifs régionaux soient plus ambitieux que ceux fixés au niveau mondial. Le plan d'action régional mettra en exergue l'intensification des diagnostics rapides, le développement des modèles de soins centrés sur le patient, l'application de schémas thérapeutiques plus courts et plus efficaces, l'administration d'une thérapie préventive, la recherche de nouveaux outils et l'adoption d'une approche intersectorielle pour pallier les inégalités. À sa date d'échéance en 2020, et selon les prévisions, le plan d'action aura permis de sauver 3,1 millions de vies, de guérir 1,4 million de patients, d'éviter 1,7 million de nouveaux cas et d'économiser 48 milliards d'USD.

Un membre du vingt-deuxième Comité permanent explique que le CPCR a examiné le projet de plan d'action régional, et suggéré que l'accent soit davantage mis sur les soins intégrés et les comorbidités, l'aide sociale aux malades tuberculeux ayant des problèmes d'assuétude et à ceux placés en milieu carcéral, et l'importance de prendre en compte la problématique de la tuberculose dans les discussions sur la migration et la santé. Le Comité permanent s'est félicité de la consultation menée à l'échelle régionale, dans la mesure où elle permettra aux parties

prenantes d'adhérer au plan d'action. La mise en œuvre du plan permettra de poursuivre et d'intensifier les efforts déployés afin de renforcer les systèmes de santé et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Le CPR approuve donc le plan d'action régional et soutient l'adoption du projet de résolution.

Une représentante s'exprimant au nom de l'UE et de ses pays membres, déclare que le plan d'action consolidé 2011-2015 a donné des résultats tangibles en matière d'améliorations du diagnostic et du traitement, et de réduction de l'incidence de la tuberculose. Ces succès ont contribué à la réalisation de l'objectif 6 C des OMD. Cependant, des difficultés persistent, notamment la transmission continue de la tuberculose-MR et UR, l'accroissement de la pharmacorésistance et les faibles taux de réussite thérapeutique. Les approches multisectorielles, les soins intégrés et la mise en place d'une coordination plus étroite avec les services sociaux s'avèrent essentiels pour la prévention et les soins antituberculeux, en particulier chez les patients souffrant de comorbidités. Si le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a joué un rôle important dans la lutte antituberculeuse en Europe, il est temps que les pays assument leur pleine responsabilité à cet égard, et mènent des interventions durables principalement financées par des ressources nationales.

Dans le contexte actuel de l'accroissement de la mobilité mondiale, la tuberculose représente un grave problème de santé qui, de par sa dimension transfrontalière, exige une collaboration internationale afin de dépister rapidement les cas et traiter sans attendre les patients. La décision n° 1082/2013/UE de l'UE relative aux menaces transfrontières graves sur la santé constitue d'ailleurs un important outil pour les États membres et leurs efforts de lutte contre la maladie. Elle exhorte le Bureau régional à poursuivre sa collaboration avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, notamment dans le domaine de la surveillance et de la notification. Elle se félicite également du projet de Plan d'action sur la tuberculose pour la Région européenne 2016-2020. Il s'agit là d'un important document stratégique qui doit soutenir, tout en formulant des recommandations à cet égard, les efforts déployés au niveau régional afin de prévenir et de combattre la tuberculose, et la mise en œuvre de la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose.

D'autres représentants expriment également leur soutien au projet de plan d'action, en saluant notamment la priorité accordée aux modèles de diagnostic et de traitement rentables et fondés sur des bases factuelles, à l'engagement politique, au leadership et à la gouvernance ainsi qu'à l'octroi de ressources adéquates aux programmes de lutte antituberculeuse. De nombreux délégués évoquent les activités de prévention et de lutte menées dans leurs pays respectifs, et proposent d'échanger leurs données d'expérience et leurs meilleures pratiques à cet égard.

L'accès universel à des services de prévention, de diagnostic et de traitement efficaces et financièrement accessibles est fondamental pour que les efforts consentis en vue de mettre fin à la tuberculose dans la Région soient concluants. Il importe particulièrement que les populations les plus vulnérables, notamment les pauvres, les travailleurs migrants, les détenus et les personnes vivant avec le VIH, puissent bénéficier de ces services. L'accès aux nouveaux médicaments pour traiter la tuberculose-MR et UR est également essentiel. Des mesures multisectorielles ainsi que des approches globales, pangouvernementales et intégrant la santé dans toutes les politiques sont nécessaires pour agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux qui contribuent à la propagation et à la persistance de la maladie. La participation des collectivités et des organisations de la société civile est aussi requise.

Un grand nombre d'intervenants soulignent la nécessité de mettre en place une collaboration transfrontalière pour le dépistage des cas et le traitement des patients et des contacts. La mise en œuvre d'une intervention commune au niveau européen est impérative à cet égard, notamment dans le contexte actuel de la mobilité humaine croissante. Des procédures de dépistage rapide des migrants à leur arrivée doivent être mises au point, et des procédures conjointes d'orientation-recours et de prise en charge transfrontalière des cas suspects de tuberculose doivent être appliquées. On devra en outre disposer d'un système normalisé de partage de l'information. Le représentant de l'Italie exhorte le Bureau régional à intégrer d'une manière plus explicite la question de la santé des migrants et des soins antituberculeux transfrontaliers chez les populations migrantes dans le projet de plan d'action.

Le représentant de la Slovaquie fait observer que son pays prend actuellement des mesures pour mettre en place un nouveau centre collaborateur de l'OMS sur la tuberculose. Le représentant de la Lettonie attire l'attention sur la Déclaration conjointe de Riga relative à la tuberculose et à sa forme multirésistante, adoptée en mars 2015 par les ministres chargés de la santé des pays membres de l'UE et du Partenariat oriental. Ces derniers se sont engagés, à cette occasion, à ne ménager aucun effort pour atteindre, d'ici 2025, l'objectif d'une réduction de 75% du nombre de décès dus à la tuberculose et de 50% de l'incidence de la tuberculose dans leurs pays respectifs.

Des déclarations sont prononcées au nom de la Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, de la Coalition TB Europe et de la Société européenne de pneumologie.

Le chef de programme par intérim, Tuberculose et tuberculose multirésistante, saluant les témoignages de soutien au projet de plan d'action, déclare que, si la Région a réalisé d'excellents progrès dans la lutte contre la tuberculose, il ne faut pas relâcher la vigilance. Le nouveau plan d'action ne peut être efficace que s'il est mis en œuvre. Il a pris note des commentaires concernant la nécessité de mettre davantage l'accent sur l'action transfrontalière. Cet aspect sera traité dans une version plus détaillée du plan actuellement en préparation. La communication entre les pays pourra être facilitée grâce à une plate-forme électronique déjà mise en place, cette dernière contribuant également à assurer la continuité des soins dispensés aux patients ayant migré vers un autre pays. Il convient de la nécessité de collaborer afin de combler les insuffisances des outils utilisés dans la lutte contre la tuberculose-MR et UR. En même temps, il sera particulièrement important de faire un usage rationnel des nouveaux médicaments afin d'éviter tout risque d'aggravation de la pharmacorésistance. Il est aussi essentiel de déstigmatiser la tuberculose afin que les patients n'éprouvent aucune gêne à se faire soigner. Plusieurs centres collaborateurs peuvent constituer des ressources importantes en vue d'aider les pays à intensifier la prévention et les soins antituberculeux. Il convient notamment de mentionner le centre pour la prévention et la lutte contre la tuberculose en milieu carcéral (Azerbaïdjan), et un autre implanté en Lettonie et assurant des activités de formation dans le domaine de la prise en charge de la tuberculose multirésistante.

Le représentant spécial de la directrice régionale pour la tuberculose multirésistante et ultrarésistante se félicite des engagements et des progrès accomplis par les États membres. Certes, beaucoup reste à faire pour lutter contre la tuberculose-MR et UR, et pour éliminer la tuberculose dans toute la Région européenne. La lutte antituberculeuse doit s'inscrire dans le cadre de la réforme des systèmes et services de santé, et du renforcement des modèles de soins fondés sur des bases factuelles et centrés sur la personne.

Le directeur, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, affirmant la nécessité de mener une action concertée à cet égard, note que les avancées réalisées dans la Région pour mettre fin à la tuberculose, en tant que problème de santé publique, témoignent du rôle central joué par les systèmes de santé dans la réalisation d'interventions qu'un programme de lutte antituberculeuse ne pourrait accomplir à lui seul.

La directrice régionale rappelle qu'elle a créé un programme spécial et nommé un représentant spécial pour la tuberculose en 2010, lorsque la maladie constituait une véritable urgence pour la Région. Grâce aux progrès accomplis depuis lors, le programme spécial n'a plus de raison d'être. L'arrêt de ses activités ne signifie en aucune façon que la tuberculose cesse de constituer une priorité pour le Bureau régional. Celui-ci a d'ailleurs déjà pris des mesures pour renforcer le programme de lutte contre la tuberculose au sein de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC65/R6.

Plan d'exécution régional du budget programme 2016-2017

(EUR/RC65/14, EUR/RC65/Inf.Doc./1)

Le directeur, Division de l'administration et des finances, en introduisant ce point inscrit à l'ordre du jour, attire l'attention sur le fait que le document EUR/RC65/Inf.Doc./2 donne un aperçu de l'exécution du budget programme 2014-2015 dans la Région européenne de l'OMS, tandis que le document EUR/RC65/Inf.Doc./1 présente le plan d'exécution régional du budget programme 2016-2017 par catégorie. Son exposé mettra l'accent sur les enseignements tirés de l'exécution du budget programme 2014-2015 et leurs liens avec le budget programme 2016-2017.

Le budget programme 2014-2015 approuvé, d'un montant de 225 millions d'USD, est actuellement financé à hauteur de 108 %, tandis que le budget alloué (253 millions d'USD) l'est à hauteur de 99 %. Le budget programme 2014-2015, et c'est une nouveauté, a été adopté dans son intégralité (c'est-à-dire, avec les contributions fixées et volontaires) et inclut la disposition d'un dialogue sur le financement avec les donateurs. Pour le Bureau régional de l'Europe, le budget programme 2014-2015 a permis une augmentation de 9 % de sa part des ressources institutionnelles en comparaison avec la période biennale précédente, ce qui a permis une plus grande souplesse, un financement plus homogène entre les catégories et moins de « poches de pauvreté ». Les dépenses de personnel sont inférieures de 10 % à celles de 2012-2013, sans aucun déficit salarial.

L'exécution du budget programme 2014-2015 est actuellement en deçà des attentes, en raison du calendrier de la disponibilité des ressources, de l'appréciation du dollar des États-Unis, de la diminution des dépenses de personnel, et du ralentissement de l'exécution de janvier à juin 2014 dû aux interventions d'urgence face à la crise de la maladie à virus Ebola. Le secrétariat a élaboré et met actuellement en œuvre un plan d'exécution, et la situation est en voie d'amélioration.

Le budget programme 2014-2015 et celui de 2016-2017 sont en fait étroitement liés : il y a non seulement une continuité des priorités, bien que celles-ci soient moins nombreuses dans le

budget programme 2016-2017, mais aussi une continuité de la responsabilisation programmatique et budgétaire du Bureau régional envers les États membres. Le nouveau « contrat » précise la contribution de la Région européenne à la chaîne des résultats et aux indicateurs mondiaux en termes de réalisations (responsabilité conjointe des États membres et du secrétariat) et de produits (responsabilité exclusive du secrétariat). Le budget programme qui en résulte est jugé réaliste, dans la mesure où il est conforme au budget programme 2014-2015 alloué et financé.

Dans la discussion qui suit, un représentant se félicite des progrès accomplis dans le financement du budget programme 2014-2015 en termes de prévisibilité, de délais et de durabilité. Il souligne cependant le montant relativement élevé accordé par le budget programme 2016-2017 à la catégorie 6 (Services institutionnels/fonctions d'appui) : 60 millions d'USD, une augmentation de 6 millions d'USD par rapport au budget programme 2014-2015, soit 25 % du budget total. Les ressources affectées à la catégorie 3 (Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie) peuvent être considérées comme un indicateur global de la réussite de l'OMS, étant donné que la catégorie 3 est directement liée aux objectifs de développement durable.

Un autre intervenant, notant qu'à la fin mars 2015, le budget programme 2014-2015 alloué au Bureau régional était financé à hauteur de 93 %, souhaite connaître le pourcentage actuel. De plus, compte tenu de l'augmentation prévue de 9 % ou de 20 millions d'USD du budget programme 2016-2017 par rapport à celui de 2014-2015 approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé, il demande quel en sera l'impact sur la planification du personnel. Au niveau mondial, l'OMS dispose d'un nombre relativement restreint de donateurs pour les contributions volontaires. Il se demande quelle est la situation de la Région européenne à cet égard, et si le débat sur l'augmentation des contributions fixées des États membres fait en outre l'objet d'un suivi.

Un autre représentant demande des éclaircissements sur un passage du plan d'exécution régional du budget programme 2016-2017 indiquant qu'« une part considérable de l'action du Bureau régional dans les pays devrait être assurée par le personnel technique de Copenhague », en particulier pour les pays ne disposant pas de bureaux de pays.

Se félicitant des calculs de coûts plus détaillés et du renforcement des liens avec la gestion axée sur la performance dans le budget programme 2016-2017, la représentante d'un pays demande si le secrétariat est bien certain que le budget alloué au segment relatif aux interventions en cas d'épidémies ou de crises a été fixé à un niveau approprié, et s'interroge sur les plans disponibles afin de pallier les « poches de pauvreté » et de s'attaquer aux dossiers délicats sur le plan politique. En ce qui concerne le budget programme 2014-2015, si le retard accusé en matière de taux d'exécution est dû aux répercussions des interventions de lutte contre la flambée épidémique de maladie à virus Ebola, rétrospectivement, il semble que des causes plus usuelles puissent être invoquées à cet égard, comme le manque de capacités techniques au niveau des pays et la réception tardive des ressources du Siège de l'OMS. Elle demande quelles mesures a pris le secrétariat pour agir sur de tels facteurs, quel taux d'exécution pourra être atteint au terme de la période biennale selon les estimations, et quels plans sont prévus pour maîtriser le déficit accusé au début de la nouvelle période biennale.

Un autre intervenant demande comment l'augmentation de 10 % du budget programme 2016-2017 alloué par rapport au budget approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé influera sur le financement et l'exécution au niveau des secteurs de programmes qui, dans une large mesure,

dépendent de fonds flexibles. En outre, il s'interroge sur l'influence exercée par la limite de 5 % du relèvement du plafond budgétaire pour les catégories au niveau mondial sur la mobilisation des ressources et l'exécution au niveau régional. Il se félicite de la transparence accrue du budget programme 2016-2017, qui permet un meilleur alignement entre les niveaux mondial et régional de l'OMS, et renforce la responsabilisation du Bureau régional envers la réalisation des priorités adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé.

Répondant aux questions posées, le directeur, Division de l'administration et des finances, explique que le directeur général a le pouvoir de transférer jusqu'à 5 % du budget programme approuvé entre les catégories. L'importante augmentation accordée à la catégorie 6 dans le budget programme 2016-2017 a été décidée à la suite des recommandations formulées en 2012 par le Corps commun d'inspection des Nations Unies lors de son examen de la gestion, de l'administration et de la décentralisation à l'OMS. Tous les chefs de bureaux de pays des États non membres de l'UE seront désormais des représentants de l'OMS recrutés sur le plan international, et le soutien administratif sera renforcé au niveau des pays. L'expérience acquise grâce au premier dialogue de l'OMS sur le financement justifie le recrutement de personnel plus tôt à l'avenir. La proposition du directeur général concernant la hausse des contributions fixées n'est plus à l'étude. Le Bureau régional s'emploie à ce que l'action menée dans les pays soit assurée par le personnel basé à Copenhague et d'autres bureaux géographiquement dispersés. Le budget alloué au segment relatif aux interventions en cas d'épidémies ou de crises est à titre indicatif, et peut être majoré ou réduit selon les événements. Le recrutement plus anticipé de personnel et l'allocation de ressources flexibles permettront de pallier les « poches de pauvreté ». Malgré les difficultés liées aux causes usuelles, un taux d'exécution de 90 % devrait être atteint à la fin de la période biennale en cours. Afin de démarrer sans tarder les opérations au début de la période biennale 2017-2016, la première tranche de financement sera attribuée après le deuxième dialogue sur le financement organisé en novembre ou décembre 2015.

La directrice régionale confirme que le plan des ressources humaines de la Région européenne pour 2016-2017 sera finalisé en octobre ou novembre 2015. Le modèle opérationnel spécialement adopté par la Région et intégrant les activités régionales et menées dans les pays sera maintenu, mais les effectifs au niveau des pays seront renforcés après la nomination de chefs et de chefs adjoints de bureaux de pays recrutés sur le plan international dans les grands pays, de personnels techniques dotés de capacités génériques dans le domaine de la santé publique, et de membres du personnel administratif ayant également fait l'objet d'un recrutement international. Comme c'est déjà le cas dans d'autres Régions, la prestation par le personnel des produits du budget programme sera liée au système de gestion et de développement des services du personnel de l'OMS. Elle confirme également que le taux d'exécution de 90 % est réalisable, et que le Bureau régional ne ménage aucun effort pour y parvenir.

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

(EUR/RC65/6)

Le membre du vingt-deuxième Comité permanent, servant de liaison entre le Conseil exécutif et le CPCR, décrit brièvement les incidences, pour la Région européenne, des résolutions et décisions adoptées à la soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé.

Dans la catégorie 1 (Maladies transmissibles), la résolution WHA68.2 sur la lutte contre le paludisme : stratégie technique mondiale et cibles 2016-2030 est importante eu égard à l'objectif d'élimination du paludisme dans la Région européenne. En ce qui concerne la résolution WHA68.6 relative au Plan d'action mondial pour les vaccins, il faudra renforcer les programmes de vaccination de la Région afin de régler les problèmes non résolus à cet égard tels que la réticence face à la vaccination, les maladies à prévention vaccinale (en particulier les flambées épidémiques et rougeole et de rubéole), et susciter davantage d'engagement politique.

Dans la catégorie 2 (Maladies non transmissibles), la résolution WHA68.19 relative aux résultats de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition fait écho à des interventions déjà mises en œuvre dans la Région européenne. Une attention particulière devrait être accordée à la fourniture d'une aide technique à l'élaboration d'un cadre de responsabilisation, en coordination avec les partenaires et les agences des Nations Unies.

En ce qui concerne la catégorie 5 (Préparation, surveillance et intervention), la résolution WHA68.3 et la décision WHA68(9) relatives à la poliomyélite demandent que l'on mette fin à la transmission du poliovirus sauvage et que l'on soutienne le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale. Ces mesures sont importantes pour la Région européenne, notamment à la lumière de la récente flambée de poliomyélite en Ukraine. La résolution WHA68.7 relative au Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, qui est aligné sur le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques, permettra d'accélérer les initiatives actuellement prises dans la Région à cet égard, en particulier la mise en place de réseaux de surveillance et de mécanismes multisectoriels au niveau national.

Se félicitant des efforts déployés par le Bureau régional en vue de mettre en œuvre le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, et de l'élargissement des réseaux actuels de surveillance de la résistance aux antimicrobiens, un intervenant déclare que les activités doivent se concentrer sur le soutien apporté à l'élaboration, à l'application et au suivi de plans d'action nationaux, et sur le renforcement de la coopération multisectorielle.

Stratégies mondiales du secteur de la santé sur le VIH/sida, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles

(EUR/RC65/Inf.Doc/3)

Le directeur, Programme de lutte contre le VIH/sida et Programme mondial de lutte contre l'hépatite, déclare que des progrès considérables ont été accomplis en vue de finaliser les trois stratégies distinctes, quoiqu'interconnectées, sur le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles (IST), l'objectif étant de mettre fin, d'ici 2030, à l'épidémie de sida ainsi qu'à l'épidémie d'IST et d'hépatite virale en tant que menaces majeures pour la santé publique. Après avoir cité des exemples positifs de mesures prises dans certains pays de la Région européenne en vue d'atteindre ces objectifs, il évoque les cinq orientations stratégiques sous-tendant les cadres d'action aux niveaux des pays, des partenaires et de l'OMS dans le contexte des trois stratégies, à savoir : l'information pour les priorités et la responsabilisation ; les interventions pour l'impact ; la mise en œuvre à des fins de qualité et d'équité ; le financement pour la durabilité ; et l'innovation pour l'accélération.

Des objectifs ont été fixés pour 2030 concernant la prévention et le traitement du VIH ainsi que la réduction de la mortalité, et concernant l'incidence de l'hépatite virale et la mortalité, et l'incidence et la prévention des IST.

Le Comité régional est invité à examiner les répercussions des stratégies mondiales du secteur de la santé pour la Région européenne ; à envisager la meilleure manière d'assurer le soutien des États membres, des partenaires et des acteurs concernés au niveau régional à la mise en œuvre de ces stratégies en Europe ; et à considérer le besoin éventuel d'élaborer des plans d'action régionaux afin que ces stratégies puissent être appliquées dans les meilleurs délais. Il remercie les États membres pour leur participation active à l'élaboration des stratégies et pour les contributions qu'ils ont déjà apportées dans le cadre des consultations.

Un représentant évoque l'ampleur et la rapidité des interventions nécessaires pour éradiquer le sida d'ici 2030 et, eu égard à l'évolution inquiétante de l'épidémie chez les principales populations à risque de la Région européenne, salue en particulier les recommandations relatives à ces populations formulées dans le rapport de la Commission ONUSIDA-Lancet sur le thème « Vaincre le sida ». L'OMS doit poursuivre sa participation active à la formulation d'un cadre de surveillance solide et indispensable à la collecte d'informations et à la prise de décisions fondées sur des bases factuelles et ce, afin de garantir l'accès aux services des personnes vivant avec le sida et de lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

Des déclarations sont prononcées par les représentants de l'Alliance mondiale contre l'hépatite et d'AIDS Healthcare Foundation Europe.

En réponse à ces observations, le directeur, Programme de lutte contre le VIH/sida et Programme mondial de lutte contre l'hépatite, souligne la similitude des modes de transmission des maladies couvertes par ces trois stratégies, et auxquelles les populations clés mentionnées sont particulièrement vulnérables. Il est à espérer que les stratégies contribueront à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, un domaine dans lequel il reste encore beaucoup à faire, et s'aligneront sur les activités menées dans le domaine du renforcement des systèmes de santé.

La directrice adjointe, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, ajoute que les cas de VIH/sida non diagnostiqués et diagnostiqués tardivement ont un impact majeur sur les résultats, ainsi d'ailleurs que l'administration d'un traitement qui n'est pas toujours approprié. La cascade du traitement du VIH joue un rôle utile, tandis que le Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 montre la voie à suivre en matière d'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles, qui plaident en faveur d'un engagement et d'efforts concertés pour atteindre les populations vulnérables.

Règlement sanitaire international, l'évaluation et le suivi des principales capacités

(EUR/RC65/Inf.Doc/4)

Le coordinateur, Soutien à l'évaluation, au développement et au maintien des capacités du RSI, souligne le caractère essentiel du renforcement des principales capacités du RSI en raison du rôle important joué par ce dernier dans la sécurité sanitaire mondiale. Le Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI a conclu que les données collectées via le Cadre de suivi actuel du RSI fournissent peu d'indications sur la fonctionnalité des systèmes au niveau des pays. Parmi les

diverses approches qu'il a ensuite recommandées afin de procéder à une évaluation à court et à long termes des principales capacités du RSI, il convient de mentionner le renforcement du système d'auto-évaluation, la mise en œuvre d'examens approfondis des flambées importantes de maladies et, finalement, la réalisation conjointe d'auto-évaluations, d'évaluations par les pairs et d'évaluations externes volontaires par plusieurs experts nationaux et indépendants.

Le document EUR/RC65/Inf.Doc/4 évoque les principes du programme de suivi du RSI pour l'après-2016. Ces derniers feront l'objet d'une définition plus approfondie, laquelle sera soumise à l'approbation du Conseil exécutif en sa 138^e session de janvier 2016, ainsi que les outils et de protocoles élaborés à cette fin. Une fois ces derniers finalisés et mis à l'essai, le projet de cadre de suivi et d'évaluation du RSI sera présenté à la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé pour approbation.

Le directeur, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, se référant au processus régional de consultation en ligne, demande aux États membres de faire parvenir leurs commentaires au plus tard à la mi-octobre 2015 (nouvelle date butoir), et de participer à un atelier technique à ce sujet à la fin octobre. Dans l'ensemble, les capacités de la Région sont en progression, bien que la collecte de données doive être améliorée. La Région européenne dispose aussi d'un réseau actif de points focaux nationaux pour le RSI. Cependant, de nombreux gouvernements ignorent le caractère juridiquement contraignant du RSI ou ne savent pas que son application exige un renforcement de l'action intersectorielle. Dix États membres ont demandé une prolongation des délais en 2014. Compte tenu de l'engagement des États membres et du Bureau régional envers le RSI, la Région européenne est bien placée pour encadrer de nouvelles approches en matière de suivi et d'évaluation du RSI.

Un représentant, s'exprimant nom de l'UE et de ses pays membres, se félicite des propositions en vue d'améliorer l'application du RSI et de mettre en œuvre les recommandations du Comité d'examen, ajoutant que les pays membres de l'UE souhaitent participer à l'élaboration ou à l'expérimentation pilote d'instruments normalisés, transparents et fiables pour l'évaluation du RSI, et se prononcent aussi en faveur de la réalisation d'exercices en temps réel au niveau régional. En outre, la décision n° 1082/2013/UE de l'UE relative aux menaces transfrontières graves sur la santé jouera un rôle important dans la coordination de la préparation. Les bureaux régionaux de l'OMS doivent contribuer à l'application du RSI en encourageant les évaluations indépendantes proposées et davantage orientées sur des fonctions qui, grâce aux recommandations et au soutien continu du Siège de l'OMS, aideront les pays à recenser les lacunes et à planifier en conséquence. Le recours à des experts externes peut également être envisagé dans le cas des évaluations régionales. Les États membres se réjouissent d'en apprendre davantage sur les plans formulés par la directrice régionale dans le domaine crucial de l'évaluation du RSI.

De nombreux intervenants approuvent ces commentaires, et insistent sur la poursuite des activités de coopération en vue de renforcer les principales capacités du RSI, notamment par l'échange d'informations et de meilleures pratiques. Il importe de développer la collaboration intersectorielle à tous les niveaux afin d'intervenir efficacement en cas de catastrophe, notamment dans le cadre du système des Nations Unies, moyennant des exercices de préparation conjointes, régionales et mondiales. Le renforcement des systèmes de santé est également une composante indispensable à cet égard.

Un membre de la délégation française de la France attire l'attention sur l'organisation d'une conférence internationale sur le RSI, suivi et notification, à Lyon (France) en mars 2016, en collaboration avec l'OMS et d'autres partenaires, tandis qu'un représentant de la Finlande évoque les résultats encourageants de l'essai d'un modèle d'évaluation nationale externe et volontaire, sur la base d'un examen par les pairs, qui a été élaboré afin d'obtenir un aperçu des capacités de préparation. Conjointement avec des objectifs mesurables, les informations de base collectées grâce à ces méthodes permettront de formuler des plans nationaux, en collaboration avec les bureaux de pays de l'OMS et les partenaires au développement. Il est souligné que les évaluations effectuées dans le cadre du Global Health Security Agenda ne doivent pas remplacer les notifications en vertu du RSI.

Un représentant de l'Italie met en évidence le rôle important joué par le RSI lors des situations d'urgence sanitaire, comme celle provoquée par l'actuelle crise migratoire, qui servira de laboratoire pour tester l'application du RSI et pour le suivi des principales capacités. Son pays est pleinement résolu à améliorer la santé des migrants, et donc prêt à accueillir la conférence sur la migration et la santé que l'on se propose d'organiser avant la fin de 2015. Un représentant de la Suisse explique que son pays est également prêt à aider les États membres à renforcer leurs principales capacités, et demande à l'OMS de formuler et de coordonner des plans d'action régionaux et mondiaux à cette fin. Dans ce contexte, les évaluations externes permettront de promouvoir la normalisation des capacités à ces deux niveaux. La Suisse encourage les États membres à participer à l'accord de collaboration pour la prévention et la gestion des événements de santé publique dans l'aviation civile et à concourir à son financement. Dans le cadre de sa contribution au Global Health Security Agenda, elle a également élaboré un programme de renforcement des capacités à l'adresse des experts gouvernementaux dans le domaine de la gestion des crises sanitaires.

Un représentant, s'exprimant au nom des pays du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, déclare qu'en ce qui concerne les migrants et la santé, des lacunes ont été recensées dans les politiques de santé publique de ces pays. Par conséquent, ces derniers cherchent à normaliser les protocoles et à renforcer leurs activités de coordination et leur système d'information sanitaire dans ce domaine. La contribution de l'OMS à cet égard serait la bienvenue, de même que l'aide de donateurs supplémentaires à la lumière des récents événements relatifs à la migration.

Le coordinateur, Soutien à l'évaluation, au développement et au maintien des capacités du RSI, remercie les intervenants pour leurs commentaires qui, d'ailleurs, font bien écho aux efforts collectifs actuellement déployés afin de faire avancer ce dossier. Le Bureau régional se félicite du renforcement de la coopération multisectorielle avec toutes les parties prenantes en vue d'améliorer l'application du RSI, et reconnaît le rôle important des réseaux nationaux et des initiatives de santé transfrontalières à cet égard. Il se félicite également des bonnes intentions manifestées afin d'améliorer les pratiques de notification.

Le directeur, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, explique que l'on s'emploie actuellement à trouver un équilibre entre l'évaluation par les pairs et d'autres modes d'évaluation, et à encourager la notification. L'OMS collabore déjà avec des organismes de l'aviation civile concernant les opérations aux points d'entrée. Il demande aux États membres ayant de l'expérience dans ce domaine de mettre leurs compétences au service des exercices de préparation mentionnés, ajoutant que le Global Health Security Agenda fournit aussi des outils utiles et que ces derniers devraient faire l'objet d'essais plus approfondis dans la Région.

La directrice régionale explique que la Région européenne ferait preuve d'innovation en expérimentant les outils et les protocoles actuellement en cours d'élaboration. Elle remercie la France de bien vouloir organiser une conférence internationale sur le RSI, suivi et notification, en mars 2016, et d'une autre réunion dans ce domaine en juin 2016. De même, elle remercie l'Italie pour son offre d'accueillir une conférence internationale sur la santé des migrants en 2015.

Stratégies mondiales relatives aux services de santé intégrés et centrés sur la personne et aux ressources humaines pour la santé

(EUR/RC65/Inf.Doc.5)

Le directeur exécutif de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé au Siège de l'OMS présente les projets de Stratégie mondiale relative aux services de santé intégrés et centrés sur la personne et de Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030, qui ont tous deux été élaborés dans le cadre d'un vaste processus de consultation dans lequel la Région européenne a joué un rôle majeur. Ces deux stratégies entrent dans le cadre d'une nouvelle démarche de renforcement des systèmes de santé, fondée sur la santé centrée sur la personne et sur la couverture sanitaire universelle.

Le projet de Stratégie mondiale relative aux services de santé intégrés et centrés sur la personne a été aligné sur la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, avec des objectifs stratégiques visant à réexaminer les différentes manières de dispenser des soins et à insuffler un renouveau dans les soins de santé primaires.

La Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 a été formulée au cours de ces deux dernières années, en prenant en considération les principes d'obtention de soins de santé de qualité lorsque cela est nécessaire. Cette stratégie a tenu compte du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé et de sa mise en œuvre, ainsi que de l'Action conjointe de l'Union européenne relative à la planification et à la prévision des besoins en personnels de santé. Cette stratégie mondiale souligne l'importance des politiques et pratiques fondées sur des données et des bases factuelles. La Région européenne est déjà un chef de file en matière d'information sur les personnels de santé pour le Code de pratique. Cette stratégie s'articule également autour du constat que les secteurs de la santé et de la protection sociale représentent une proportion de plus en plus importante de la croissance économique et des emplois, et inclut des références aux opérations essentielles de santé publique ; en particulier au renforcement et à la préparation des systèmes de santé.

Les États membres n'ayant pas présenté leur rapport sur la mise en œuvre du Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé sont exhortés à le faire, puisque les informations reprises dans ces rapports fourniront une matière qui sera employée dans la prochaine version de la stratégie mondiale. Les États membres seront tenus informés des commentaires et suggestions reçus au sujet du projet de document et des remaniements apportés à la stratégie mondiale en conséquence.

Dans le débat qui suit, les États membres saluent les progrès accomplis dans la rédaction de ces deux projets de stratégies. D'aucuns s'inquiètent du fait que les objectifs de ces deux stratégies ne soient pas alignés : tandis que la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 reprend des objectifs assortis d'échéances, la Stratégie mondiale relative aux

services de santé intégrés et centrés sur la personne ne le fait pas. Une méthodologie claire pour la mesure des progrès réalisés sera requise. Il faut un ensemble intégré et équilibré d'indicateurs pour ces deux stratégies, élaborées dans la perspective d'une couverture sanitaire universelle. Une représentante déclare que son gouvernement convient que des ressources adéquates doivent être affectées à la formation, au développement et au maintien en poste des ressources humaines pour la santé, mais que les objectifs requérant qu'un certain pourcentage du produit intérieur brut soit alloué à la production, au recrutement, au déploiement et au maintien en poste de travailleurs de la santé sont trop détaillés. Les moyens proviendront de tout un éventail de sources financières et de lignes budgétaires et seront difficilement mesurables. Elle émet aussi des doutes quant à l'objectif consistant à allouer aux ressources humaines 25 % de l'assistance au développement dans le domaine de la santé.

D'autres intervenants ajoutent qu'il conviendrait d'accorder plus d'attention au profil des futurs personnels de santé, et à la manière dont ils satisferont les besoins changeants de la population. Il faudrait établir un lien plus étroit avec le code de pratique sur le recrutement international de personnels de santé. Il conviendrait de mettre davantage l'accent sur la coordination avec d'autres organisations actives dans le domaine de l'information sanitaire, telles que l'Organisation de coopération et de développement économiques et Eurostat.

Le directeur exécutif de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé au Siège de l'OMS déclare que les préoccupations des États membres concernant les objectifs seront prises en considération. Des travaux sont entrepris avec la Banque mondiale pour étudier les données relatives aux comptes de la santé et estimer les dépenses requises pour parvenir à une couverture sanitaire universelle. L'OMS travaille déjà en étroite collaboration avec l'Organisation de coopération et de développement économiques et Eurostat, et cette coopération sera renforcée. L'objectif relatif aux contributions à l'aide au développement en matière d'emploi dans les services de santé est un objectif existant, tiré d'un document de la Banque mondiale sur des systèmes de financement innovateurs.

Allocution du commissaire européen à la santé et à la sécurité alimentaire

Souhaitant la bienvenue au Commissaire européen à la santé et à la sécurité alimentaire, la directrice régionale explique que, depuis qu'ils ont signé une déclaration conjointe en 2010, le Bureau régional et la Commission européenne ont étendu leur collaboration concernant toute une série de dossiers, dont la sécurité sanitaire, la résistance aux antimicrobiens, l'échange de données, les maladies non transmissibles et les conséquences des inégalités sociales et économiques pour la santé publique. Dans le cadre de leur collaboration, ils se sont surtout attachés à éviter les doubles notifications et à unir leurs forces pour soutenir les États membres avec plus d'efficacité ; cette coopération a débouché sur la mise en place d'une synergie efficace dans des domaines d'une importance cruciale.

La directrice régionale est heureuse d'annoncer que le commissaire et elle-même ont signé une nouvelle déclaration conjointe (document EUR/RC65/Inf.Doc/7), par laquelle le Bureau régional et la Commission européenne s'engagent à collaborer dans six domaines prioritaires : l'innovation et la santé ; la sécurité sanitaire ; la modernisation et l'intégration du système d'information en matière de santé publique ; les inégalités dans le domaine sanitaire ; le renforcement des systèmes de santé et les maladies chroniques. La flambée épidémique de

maladie à virus Ebola a souligné l'importance de systèmes de santé efficaces, efficaces et résilients, ainsi que la nécessité de garantir que les États membres disposent des capacités de base définies dans le cadre du RSI (2005), sans lesquelles il n'est pas possible de parvenir à une réelle sécurité sanitaire. Le Bureau régional et la Commission doivent unir leurs efforts à cette fin.

Ils ont également le devoir commun de veiller à l'application de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. La Commission européenne a un rôle clé à jouer en matière de gestion des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé par des mesures intersectorielles et des politiques intégrées. Le programme de développement durable à l'horizon 2030 est universel et pertinent pour tous les pays de la Région européenne. La collaboration avec la Commission européenne est également essentielle à sa mise en œuvre. En effet, les événements récents ont clairement montré que la pauvreté n'est pas confinée à quelques pays et que les pays développés, tout autant que les pays en développement, sont confrontés à la tâche de protéger leur population des effets négatifs des turbulences économiques. Ensemble, le Bureau régional et la Commission européenne doivent veiller à ce que le nouveau programme de développement durable traite des maladies non transmissibles, de la santé et des droits sexuels et génésiques, de la couverture sanitaire universelle et du programme inachevé des OMD. La directrice régionale est convaincue que la nouvelle déclaration conjointe renforcera encore le partenariat entre le Bureau régional et la Commission européenne et contribuera à l'obtention d'un meilleur état de santé pour tous dans la Région européenne.

Le commissaire européen à la santé et à la sécurité alimentaire déclare qu'il se réjouit que la Commission européenne et le Bureau régional aient l'occasion de renouveler et de renforcer leur collaboration pour atteindre leur objectif commun d'une meilleure situation sanitaire en Europe. La Commission européenne, le Bureau régional et les pays de la Région européenne ont tous adopté une série de stratégies et de programmes pour contribuer à la réalisation de cet objectif. Ces stratégies et programmes doivent se renforcer mutuellement.

En matière de santé, beaucoup de disparités inacceptables persistent dans toute la Région européenne ; celles-ci doivent être corrigées par des efforts conjoints visant l'échange d'informations et d'expériences et par des initiatives menées pour répondre aux préoccupations communes. Les inégalités sur le plan social et économique s'aggravent dans et entre les pays, au détriment de la cohésion sociale et du développement économique. Ces écarts doivent être gommés. Des mesures sont nécessaires de toute urgence pour remédier aux taux de consommation de tabac et d'alcool particulièrement élevés en Europe, qui contribuent pour une part importante aux dépenses des services de santé et à la charge des maladies chroniques dans la société européenne.

L'heure est venue de réitérer et de renforcer les principes et modalités de la collaboration entre la Commission européenne et le Bureau régional pour l'Europe : les problématiques de santé figurent en bonne place à l'ordre du jour international. En raison de la mondialisation, la vigilance doit être augmentée pour protéger contre la circulation accrue des maladies transmissibles : la réintroduction de la poliomyélite en Europe montre que les démarches internationales et intersectorielles sont essentielles. La collaboration permettra de fournir de meilleurs soins à des millions de personnes, et ce de manière plus efficace. Dès lors, la Commission européenne et l'OMS doivent optimiser leur collaboration, notamment en se

servant de la structure intersectorielle de la Commission européenne en vue de mettre l'accent sur l'importance collective de la santé des populations pour la santé globale de l'économie.

Il convient d'intensifier la collaboration en matière d'information sanitaire. La Commission européenne et l'OMS travailleront ensemble pour recueillir, de manière harmonisée, des données, des statistiques et des informations afin de générer des comparaisons qui pourront guider l'élaboration de politiques au niveau national. Les indicateurs de la santé doivent être harmonisés et incorporés dans des stratégies nationales et régionales, puisque ces stratégies ne peuvent être mises en œuvre efficacement sans données comparatives.

Des domaines clés, dans lesquels une collaboration renforcée pourrait être particulièrement bénéfique pour les citoyens de la Région européenne, ont été répertoriés : les maladies non transmissibles et les déterminants sociaux de la santé, dont la consommation d'alcool et de tabac et le mode de vie sédentaire ; les maladies transmissibles, l'accent étant mis sur le VIH/sida, la tuberculose, l'hépatite, la rougeole et la rubéole – des efforts concertés doivent être accomplis pour contrer le mouvement anti-vaccination et les informations erronées qu'il diffuse ; la résistance aux antimicrobiens ; et les performances et le renforcement des systèmes de santé.

Aux termes de la nouvelle déclaration conjointe, le personnel de la Commission européenne et du Bureau régional pour l'Europe se rencontreront régulièrement afin d'œuvrer pour les objectifs communs. Un plan de travail sera établi pour l'année à venir ; celui-ci inclura des mesures précises en vue de la collaboration, ainsi que des échéances claires. Grâce à l'approche systématique ainsi adoptée, les progrès pourront être mesurés et l'on pourra apporter à tous un maximum de bienfaits pour la santé, dans toute la Région européenne et au-delà.

Saluant cette réitération des accords de partenariat entre le Bureau régional pour l'Europe et la Commission européenne, les intervenants insistent sur le rôle important de la collaboration pour une amélioration de l'information sanitaire et des systèmes d'information sanitaire. La participation de la Commission européenne à l'Initiative européenne d'information sanitaire est particulièrement saluée et doit être renforcée. Dans ce contexte, les indicateurs de l'OMS et de la Commission européenne doivent être harmonisés pour faciliter le recueil de données fiables et comparables ; un État membre exhorte la Commission européenne à aligner ses indicateurs sur ceux de Santé 2020, qui ont été adoptés par tous les États membres d'Europe, y compris par les pays membres de l'UE. Une intervenante déclare qu'elle espère que la réitération de ces accords de collaboration stimulera aussi la collaboration entre le Bureau régional et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Un autre intervenant ajoute qu'il est essentiel de redoubler d'efforts pour faire baisser les taux de consommation d'alcool dans la Région européenne.

Rapports de situation

Catégorie 1 : maladies transmissibles

La tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC61/R7 – rapport final)

(EUR/RC65/12 Partie A)

Le Comité régional prend note du rapport de situation sur la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS.

Catégorie 3 : promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

Les objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC57/R2 ; pour la communication de rapports, voir également la résolution EUR/RC58/R5)

(EUR/RC65/12 Partie B)

Le Comité régional prend note du rapport de situation sur les objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région européenne de l'OMS.

L'avenir du processus européen Environnement et santé (résolution EUR/RC60/R7)

(EUR/RC65/11, EUR/RC65/18)

Le Comité régional prend note du rapport de situation sur l'avenir du processus européen Environnement et santé.

Catégorie 4 : systèmes de santé

Stratégies de modification des comportements et santé : le rôle des systèmes de santé (résolution EUR/RC58/R8 ; voir également les résolutions EUR/RC58/R4, EUR/RC61/R3 et EUR/RC62/R5)

(EUR/RC65/12 Partie C)

Le Comité régional prend note du rapport de situation intitulé « Stratégies de modification des comportements et santé : le rôle des systèmes de santé ».

Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC58/R4)

(EUR/RC65/8, EUR/RC65/12 Partie E)

Un représentant d'un État membre remercie le secrétariat pour son travail sur le rapport final concernant la mise en œuvre de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. La Charte de Tallinn a largement contribué à la solidarité, à l'équité et à la participation dans les systèmes de santé de toute l'Europe. L'évaluation des performances des systèmes de santé est utile pour déceler les lacunes et améliorer l'efficacité des systèmes de santé et les résultats obtenus par ces derniers. Le financement durable des systèmes de santé reste

un important défi pour de nombreux pays, et le double objectif qui vise à assurer une viabilité à long terme et à réduire les dépenses à charge du patient ne peut être atteint qu'en augmentant l'efficacité. La santé publique continue de faire partie intégrante du système de santé, et un système de santé optimal doit se concentrer sur la prestation de services à la population et à la personne. Malgré les progrès réalisés pour le renforcement des systèmes de santé, il faut en faire plus, et la Charte de Tallinn restera pertinente pendant de nombreuses années encore.

Le directeur de la division des systèmes de santé et de la santé publique déclare que la préparation du rapport final sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn a été une tâche enrichissante et productive et un exercice de récapitulation des progrès accomplis ; elle a aussi ouvert une fenêtre sur l'avenir, pour orienter le mouvement en faveur d'un centrage sur la personne. Il se félicite des progrès accomplis par les États membres grâce à leur mise en œuvre de cette Charte, qui reste pertinente et étaye Santé 2020, la politique-cadre de la Région européenne.

Catégorie 5 : préparation, surveillance et intervention

Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC59/R5)

(EUR/RC65/12 Partie D)

Le Comité régional prend note du rapport de situation sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS.

Confirmation des dates et lieux des futures sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

(EUR/RC65/R7)

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC65/R7, par laquelle il confirme que sa 66^e session se tiendra à Copenhague (Danemark) du 12 au 15 septembre 2016, et décide que la 67^e session se tiendra à Budapest (Hongrie) du 11 au 14 septembre 2017, que la 68^e session se tiendra du 17 au 20 septembre 2018 en un lieu à déterminer, et que la 69^e session se déroulera à Copenhague (Danemark), à des dates qui devront être décidées.

Clôture de la session

Un représentant d'un État membre, s'exprimant au nom de toutes les personnes présentes, remercie le gouvernement lituanien d'avoir accueilli la 65^e session du Comité régional dans la belle ville de Vilnius, accueillante et riche en histoire. L'organisation efficace des débats, la bonne conduite des travaux, la participation de la société civile, le leadership de la directrice régionale et ses relations étroites avec le directeur général sont autant d'éléments qui ont facilité une session productive, lors de laquelle des questions de santé essentielles ont été examinées et des progrès tangibles ont été faits pour assurer une meilleure santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS.

Résolutions et décisions

EUR/RC65/R1. Rapport intérimaire de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2014-2015

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport intérimaire de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2014-2015 (document EUR/RC65/5 Rev.1) et l'aperçu de l'exécution du budget programme 2014-2015 (document EUR/RC65/Inf.Doc./2) ;

1. REMERCIE la directrice régionale pour son rapport ;
2. EXPRIME sa satisfaction devant les travaux accomplis par le Bureau régional au cours de la période biennale 2014-2015 ;
3. DEMANDE à la directrice régionale de prendre en considération les suggestions formulées au cours des débats tenus à la soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe et de s'en inspirer pour élaborer les programmes de l'Organisation et mettre en œuvre les activités du Bureau régional.

EUR/RC65/R2. Rapport du vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (documents EUR/RC65/4 Rev.1 et EUR/RC65/4 Rev.1 Add.1) ;

1. REMERCIE, au nom du Comité régional, le président et les membres du Comité permanent pour leur travail ;
2. ADOPTE les amendements à la première partie du document relatif aux Règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional repris en annexe de cette résolution ;
3. INVITE le Comité permanent à poursuivre ses travaux sur la base des discussions tenues et des résolutions adoptées par le Comité régional à sa soixante-cinquième session ;
4. PRIE la directrice régionale de donner les suites voulues aux conclusions et aux propositions figurant dans le rapport du Comité permanent, en tenant pleinement compte des propositions et suggestions formulées par le Comité régional à sa soixante-cinquième session telles qu'elles ont été consignées dans le rapport de la session.

Annexe. Amendements proposés à la première partie du document relatif aux Règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional

Première partie : Règlement intérieur du Comité régional de l'Europe

...

Article 14

...

14.2.2 Les dispositions énoncées ci-après déterminent la composition du Comité permanent.

- a) Au moins huit mois avant la date fixée pour l'ouverture de la session annuelle suivante du Comité régional, le directeur régional informe chaque État membre de la Région qu'il ou elle recevra des présentations de candidature à un siège au Comité permanent. Les candidatures sont présentées par les États membres, qui informent le directeur régional, six mois avant la date fixée pour l'ouverture de la session du Comité régional, de leur désir d'avoir un représentant au Comité permanent du Comité régional. Les États membres joignent à leurs présentations de candidature 1) un curriculum vitae, établi selon un modèle type, des représentants qu'ils ont l'intention de nommer s'ils sont élus au Comité permanent, et 2) une déclaration d'intention expliquant la relation de l'État membre avec l'OMS, son engagement en faveur des priorités de l'OMS à l'échelle mondiale et régionale, et ce qu'il apporterait en tant que membre du Comité permanent. Le directeur régional informe tous les États membres de la Région, avant le début de l'Assemblée mondiale de la santé, des candidatures reçues et communique à tous les États membres les curriculum vitae des représentants dont la candidature est présentée et les déclarations d'intention.

...

Article 47

...

47.1 À la session du Comité régional précédant celle où le directeur régional doit être désigné, le Comité régional forme, sur la base d'une représentation géographique équitable, un Groupe d'évaluation régional composé de ~~trois~~ six membres choisis parmi les délégations des États membres qui participent à la session du Comité régional, qui est chargé de procéder à une évaluation préliminaire des candidats à ce poste, compte tenu des critères adoptés par le Comité régional, et d'assumer les fonctions relatives à cette procédure telles qu'elles sont définies dans le présent article. ~~Le Comité régional nomme également trois membres suppléants du Groupe d'évaluation régional. Le quorum exigé pour que le Groupe d'évaluation régional puisse mener ses travaux est constitué de quatre membres.~~

47.2 Les dispositions énoncées ci-après sont applicables à la détermination de la composition du Groupe d'évaluation régional.

- a) La sélection des membres ~~et des suppléants~~ du Groupe d'évaluation régional doit être effectuée, *mutatis mutandis*, conformément à la procédure décrite à l'article 14, alinéa 2.2. Compte tenu du rôle de supervision du Comité permanent vis-à-vis du Bureau régional, ~~un des deux~~ deux membres du Groupe d'évaluation régional doivent normalement être ~~une des~~ des personnes ayant récemment servi au Comité permanent ou représentant actuellement ~~son~~ leur pays audit Comité. Dans le cas d'une élection ayant

lieu en application de l'article 43, l'attribution des sièges aux membres ~~puis aux suppléants~~ s'effectuera en fonction de l'ordre dans lequel les candidats auront obtenu la majorité.

- b) Les membres ~~et les suppléants~~ cessent de siéger au Groupe d'évaluation régional si un candidat est présenté par l'État membre dans la délégation duquel ils siégeaient au Comité régional lorsqu'ils ont été nommés. ~~Les suppléants nommés au Groupe d'évaluation régional remplacent les membres lorsque ceux-ci ne peuvent plus s'acquitter de leur mandat pour une raison quelconque.~~

47.3 Onze mois au moins avant la date fixée pour l'ouverture d'une session du Comité régional au cours de laquelle le directeur régional doit être désigné, le directeur général informe chacun des membres de la Région qu'il ou elle est prêt(e) à recevoir les noms des candidats proposés en vue de la désignation du directeur régional par le Comité régional. Des copies sont envoyées aux contacts officiels repris sur la liste du Bureau régional, ainsi qu'au président du Groupe d'évaluation régional.

47.4 Tout membre de la Région peut proposer le nom d'une ou plusieurs personnes, dont chacune s'est déclarée prête à assumer les fonctions de directeur régional ; cette proposition doit être accompagnée de renseignements concernant les qualifications et l'expérience de ces personnes. Les États membres seront attentifs au Code de conduite adopté par le Comité régional et le porteront à l'attention desdites personnes. Ces propositions sont adressées au directeur général, de façon à lui parvenir sept mois au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session. Ce délai peut être prolongé par le président du Comité régional, sur proposition du Groupe d'évaluation régional. Dans ce cas, le président du Groupe d'évaluation régional en informe le directeur général qui, à son tour, le fait savoir sans délai aux États membres de la Région.

47.5 Le directeur régional en fonction dans la Région peut, s'il ou elle est éligible et en a formulé la demande dans le délai spécifié au paragraphe 3, présenter sa candidature sans avoir à être proposé selon la procédure prévue dans le paragraphe 3.

47.6 [effacé]

47.7 Au plus tard deux semaines après l'expiration du délai spécifié au paragraphe 3, le directeur général transmet au président du Groupe d'évaluation régional les dossiers de candidatures reçus.

47.8 À moins d'en décider autrement dans des circonstances exceptionnelles, Le Groupe d'évaluation régional peut, s'il l'estime nécessaire, prendre des dispositions pour que tous les candidats présentent un exposé de durée limitée dans le cadre d'une réunion à laquelle tous les États membres de la Région auront été invités. Pour le bon ordre et la transparence, cette disposition s'appliquera dans tous les cas, même lorsqu'il n'y a qu'un candidat. Afin de donner à tous les États membres une possibilité égale d'assister à une telle réunion, celle-ci doit être normalement convoquée conjointement avec le Comité permanent pendant la session que le Comité organise juste avant l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la santé.

47.9 Six mois au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session, le directeur général fait parvenir à chacun des membres de la Région une copie de toutes les candidatures qu'il ou elle a reçues dans les délais spécifiés (avec les renseignements relatifs aux qualifications et à l'expérience des intéressés) et fait savoir à chaque membre si le titulaire du poste est candidat ou non. Ces copies et informations doivent en outre être envoyées aux personnes figurant sur la liste de contacts officiels du Bureau régional, ainsi qu'au président du Groupe d'évaluation régional.

47.9 bis Avant la publication, par le Groupe d'évaluation régional, du rapport d'évaluation sur l'ensemble des candidats visé à l'article 47.10 ci-dessous, la/les personne(s) proposée(s) pour le poste de directeur régional et/ou la personne assumant les fonctions de directeur régional pour la Région ayant demandé à être candidate, comme stipulé à l'article 47.5 ci-dessus, sera/seront invitée(s) à subir un examen médical et à faire en sorte qu'un formulaire dûment rempli, attestant cet examen médical, soit porté à l'attention du directeur du service médical et de santé du Siège de l'OMS. Ce dernier fera savoir au président du Groupe

d'évaluation régional si la/les personne(s) proposée(s) pour le poste de directeur régional et/ou la personne assumant les fonctions de directeur régional pour la Région ayant demandé à être candidate, comme stipulé à l'article 47.5, est/sont physiquement apte(s) à exercer ses/leurs fonctions comme tout autre membre du personnel de l'Organisation et répond(ent) au critère prévu au paragraphe 2 f) de la résolution EUR/RC47/R5.

47.10 Dix semaines au moins avant la date fixée pour l'ouverture d'une session, le président du Groupe d'évaluation régional envoie, sous pli confidentiel, le rapport d'évaluation du Groupe concernant chaque candidat ainsi qu'une première sélection sans ordre de préférence de cinq candidats au plus qui, selon lui, répondent le mieux aux critères énoncés, au président, au président exécutif et au vice-président exécutif du Comité régional, à chaque État membre de la Région conformément à la liste de contacts officiels du Bureau régional, ainsi qu'au directeur général.

47.11 Dans l'éventualité où le poste de directeur régional devient vacant inopinément, le directeur général :

- a) désigne une personne pour assurer les fonctions de directeur régional en attendant qu'un nouveau titulaire soit nommé ;
- b) consulte le président du Comité régional pour décider s'il convient de convoquer une réunion spéciale du Comité régional conformément à l'article 5.

47.12 La désignation du directeur régional a lieu au cours d'une séance privée du Comité régional, à laquelle participeront uniquement des représentants, suppléants et conseillers des membres du Comité régional ainsi que des membres essentiels du secrétariat établi par le directeur général. Le Comité régional effectue, au scrutin secret, une sélection parmi les personnes ayant présenté leur candidature conformément au présent article, en procédant comme suit :

- a) lors de chaque scrutin, tout représentant habilité à voter inscrit sur son bulletin le nom d'un seul candidat choisi parmi ceux présentés conformément au présent article ;
- b) le candidat ayant obtenu, lors d'un scrutin, la majorité requise aux termes de l'article 39, est déclaré désigné ;
- c) si, lors d'un scrutin, aucun candidat n'obtient la majorité requise et si un candidat recueille un nombre de voix moindre que celui de tout autre candidat, ce candidat est éliminé et il est procédé à un nouveau scrutin ;
- d) si, lors d'un scrutin, aucun candidat n'obtient la majorité requise et si deux ou plus de deux candidats se trouvent à égalité avec un nombre de voix inférieur à celui des autres candidats, le Comité régional décide par un vote lequel de ces candidats doit être éliminé, et il est procédé à un nouveau scrutin.

47.13 Dans le cas où le nombre des candidats demeurés en présence est ramené à deux et si ces deux candidats ont toujours un nombre égal de voix après trois nouveaux tours de scrutin, leurs noms sont transmis pour sélection au Conseil exécutif.

47.14 Le nom de la personne ou des personnes désignées conformément aux dispositions ci-dessus est annoncé au cours d'une séance publique du Comité régional et soumis au Conseil exécutif.

47.15 ~~[effacé]Le Comité régional peut également faire connaître au Conseil exécutif le nom d'un autre candidat qui a été considéré comme réunissant les conditions désirées pour le cas où la personne désignée en premier ne serait pas disponible.~~

47.16 Le directeur régional est nommé pour un mandat de cinq années et il ou elle est rééligible pour un seul second mandat

EUR/RC65/R3. Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025

Le Comité régional,

Ayant examiné la Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 (document EUR/RC65/9) ;

Rappelant la résolution WHA57.17, qui approuve la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ;

Rappelant la résolution WHA66.10, qui approuve le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ;

Reconnaissant qu'il est important de s'attaquer aux maladies non transmissibles à la lumière des priorités stratégiques définies dans Santé 2020, le cadre politique européen de la santé et du bien-être élaboré par l'OMS ;

Prenant note de la résolution EUR/RC61/R3, relative au Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 en tant que cadre d'action stratégique pour les États membres de la Région européenne ;

Prenant note de la résolution EUR/RC63/R4, portant approbation de la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 ;

Rappelant les documents finals de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition ;

1. ADOPTE la Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 ;
2. PRIE INSTAMMENT les États membres³ :
 - a) d'appliquer les priorités politiques présentées dans la Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 en vue d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des politiques nationales dans le domaine de l'activité physique bénéfique pour la santé en complément, le cas échéant, aux initiatives et actions régionales existantes ;
 - b) de promouvoir l'activité physique tout au long de la vie et, en appliquant des politiques fondées sur des bases factuelles à tous les niveaux, de viser à réduire les inégalités en favorisant les occasions abordables et accessibles d'accroître l'activité physique ;
 - c) de mettre en place, le cas échéant, des mécanismes de gouvernance appropriés pour la mise en œuvre d'interventions multisectorielles visant à promouvoir l'activité physique favorable à la santé et à prévenir les maladies liées au manque d'activité physique et aux comportements sédentaires ;
 - d) de forger des alliances et des réseaux intersectoriels en mobilisant les acteurs concernés et en favorisant la prise en charge citoyenne ;
 - e) de soutenir les interventions menées en procédant régulièrement à un suivi, à une surveillance, à une évaluation et à des activités de recherche ;

³ et, si applicable, les organisations régionales d'intégration économique.

3. DEMANDE à la directrice régionale :

- a) d'aider les États membres à mettre en œuvre la Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 en complément aux initiatives régionales existantes en évitant le chevauchement et la répétition inutile des tâches ;
- b) de poursuivre les objectifs de la Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 et les objectifs apparentés de la Déclaration de Vienne, en partenariat avec des organisations internationales et intergouvernementales, ainsi qu'avec des acteurs non étatiques ;
- c) d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025, d'en faire rapport au Comité régional, en ses soixante-huitième, soixante-douzième et soixante-quinzième sessions de 2018, 2022 et 2025 respectivement, et de faire rapport sur l'évaluation à mi-parcours de la stratégie en 2020.

EUR/RC65/R4. Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025

Le Comité régional,

Ayant examiné la Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025 : dire adieu pour toujours au tabac (document EUR/RC65/10) ;

Relevant que plus de dix ans se sont écoulés depuis l'entrée en vigueur de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, le 27 février 2005 ;

Prenant note de la décision de la sixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac « Mesures destinées à renforcer la contribution de la Conférence des Parties à la réalisation de la cible mondiale pour les maladies non transmissibles concernant la réduction du tabagisme »⁴ ;

Rappelant le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, approuvé par la résolution WHA66.10 et prenant note des cibles volontaires mondiales d'une réduction relative de 25 % du risque de mortalité prématurée imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques et d'une réduction relative de 30 % de la prévalence actuelle du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans et plus ;

Reconnaissant l'importance accordée à la lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre des priorités stratégiques de Santé 2020⁵ le cadre politique européen de l'OMS pour la santé et le bien-être ;

⁴ Décision FCTC/COP6(16). Mesures destinées à renforcer la contribution de la Conférence des Parties à la réalisation de la cible mondiale pour les maladies non transmissibles concernant la réduction du tabagisme. Sixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, 13-18 octobre 2014. Genève : Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ; 2014 ([http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6\(16\)-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6(16)-fr.pdf), consulté le 31 juillet 2015).

⁵ Santé 2020 : une stratégie et un cadre politiques européens pour le XXI^e siècle. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/media-centre/events/events/2015/04/ehp-mid-term-review/publications/improving-environment-and-health-in-europe-how-far-have-we-gotten>, consulté le 31 juillet 2015).

Prenant note de la résolution EUR/RC61/R3, concernant le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 en tant que cadre d'action stratégique pour les États membres de la Région européenne ;

Prenant note de la résolution EUR/RC64/R6, portant adoption du document Investir dans les enfants : stratégie pour la santé des enfants et des adolescents en Europe 2015-2020 ;

Prenant note de la résolution EUR/RC64/R4, portant approbation de la Déclaration d'Achgabat sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 ;

1. ADOPTE la Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne de l'OMS 2015-2025 : dire adieu pour toujours au tabac ;

2. PRIE INSTAMMENT les États membres⁶ :

a) de prendre dûment en considération les recommandations présentées dans cette feuille de route lors de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques nationales de lutte contre le tabagisme fondées sur des bases factuelles, dans le respect de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, de ses principes directeurs, du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, et en fonction du contexte national ;

b) de mettre en place et de renforcer, le cas échéant, des mécanismes de gouvernance appropriés pour la mise en œuvre de politiques multisectorielles de lutte contre le tabagisme ;

c) de forger des alliances et des réseaux intersectoriels en mobilisant les acteurs concernés et en favorisant la prise en charge citoyenne afin d'atteindre les cibles de la feuille de route ;

d) de financer et de renforcer de manière durable les capacités nationales pour la mise en œuvre de programmes et mesures efficaces en vue de la lutte contre le tabagisme ;

3. EXHORTE les organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales à soutenir la feuille de route, et à coopérer avec les États membres le secrétariat de la convention et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe afin de renforcer les politiques nationales de lutte contre le tabagisme ;

4. DEMANDE à la directrice régionale en coopération avec le chef du secrétariat de la convention :

a) d'aider les États membres, à leur demande, à mettre en œuvre la Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne de l'OMS 2015-2025 ;

b) de poursuivre les objectifs de cette feuille de route et les objectifs pertinents de la Déclaration d'Achgabat, en partenariat avec des organisations internationales et intergouvernementales, ainsi qu'avec des acteurs non étatiques ;

c) d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route, et d'en faire rapport au Comité régional en ses soixante-huitième, soixante-douzième et soixante-quinzième sessions de 2018, 2022 et 2025 respectivement, en fonction des impératifs existants de communication de rapports de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

⁶ et, si applicable, les organisations régionales d'intégration économique.

EUR/RC65/R5. Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne

Le Comité régional,

Rappelant la résolution WHA60.27 relative au renforcement des systèmes d'information sanitaire ;

Rappelant les résolutions WHA63.16 relative au Code de pratique mondial de l'OMS sur le recrutement international des personnels de santé et WHA64.7 relative au renforcement des soins infirmiers et obstétricaux ;

Rappelant la résolution WHA64.9 relative aux structures durables de financement de la santé et à la couverture universelle ;

Rappelant la résolution WHA66.23 relative à la transformation de la formation des personnels de santé à l'appui de la couverture sanitaire universelle ;

Rappelant les résolutions WHA67.20 relative au renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux, WHA67.21 sur l'accès aux produits biothérapeutiques, y compris aux produits biothérapeutiques similaires, et les garanties concernant leur qualité, leur innocuité et leur efficacité, WHA67.22 sur l'accès aux médicaments essentiels et WHA67.23 sur l'évaluation des technologies et des interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle ;

Rappelant la Charte de Ljubljana relative à la réforme des systèmes de santé en Europe, adoptée lors de la Conférence européenne de l'OMS sur la réforme des systèmes de santé (Ljubljana, Slovénie, 18 et 19 juin 1996) ;

Rappelant la résolution EUR/RC58/R4, par laquelle il a ratifié la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, adoptée lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé (Tallinn, Estonie, 25-27 juin 2008) ;

Gardant à l'esprit que le cadre politique européen de l'OMS pour la santé et le bien-être, Santé 2020, adopté en 2012 lors de la soixante-deuxième session du Comité régional dans sa résolution EUR/RC62/R4, souligne la nécessité d'interventions intersectorielles pour améliorer les résultats obtenus en matière de santé et les rendre plus équitables ;

Rappelant les résolutions EUR/RC59/R3 et EUR/RC63/R5 sur les enseignements et les recommandations inspirés par l'impact de la crise économique sur la santé et la performance des systèmes de santé après les réunions de haut niveau sur les systèmes de santé en temps de crise économique mondiale (Oslo, Norvège, 1^{er} et 2 avril 2009, et 17 et 18 avril 2013) ;

Rappelant la résolution EUR/RC62/R5, par laquelle il a approuvé le Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique comme composante nécessaire de l'amélioration de la santé dans la Région européenne de l'OMS ;

Notant que pour s'acheminer vers une couverture sanitaire universelle, il faut des politiques qui élargissent l'accès à des services de santé de qualité, y compris à la santé publique, à des médicaments sûrs et à un personnel compétent pour tous, et assurent une protection financière, notamment contre le risque d'appauvrissement dû aux dépenses consenties par les patients pour des soins de santé ;

Ayant examiné « Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la

personne » (document EUR/RC65/13) et la synthèse du rapport final sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn (document EUR/RC65/8) ;

1. SE FÉLICITE des progrès accomplis par les États membres dans le cadre du suivi de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé organisée du 25 au 27 juin 2008 à Tallinn (Estonie) ;

2. RÉITÈRE son engagement en faveur des valeurs de solidarité, d'équité et de participation, telles qu'elles sont inscrites dans la Charte de Ljubljana, la Charte de Tallinn et Santé 2020, le cadre politique européen de l'OMS, comme fondements du renforcement des systèmes de santé ;

3. SE FÉLICITE des priorités stratégiques du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe dans le domaine du renforcement des systèmes de santé pour 2015-2020 ;

4. INVITE les États membres⁷ :

a) à transformer les services de santé pour relever les défis du XXI^e siècle, de manière à évoluer vers une approche proactive et centrée sur la personne assurant une meilleure coordination et une meilleure réalisation de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, des soins de santé et de la prise en charge des affections à toutes les étapes de la vie, en vue d'améliorer la qualité et les résultats sanitaires et de réduire les inégalités de santé dans une continuité complète de services de santé axés sur la personne et la population ;

b) à s'employer à garantir et à maintenir une couverture sanitaire universelle pour une Europe exempte de paiements directs appauvrissant les patients ;

c) à noter que les activités de consolidation des systèmes de santé exigent également des politiques appropriées pour garantir un personnel de santé adéquat, assurer un accès équitable aux services et interventions, notamment les services de santé publique au niveau de la population, ainsi qu'à des médicaments et à des technologies présentant un bon rapport coût/efficacité, et renforcer l'information sanitaire de qualité et les systèmes d'information sanitaire, en tant que fondements essentiels pour les évaluer et les étayer davantage ;

d) à promouvoir la transparence et la responsabilisation envers le renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne notamment par la promotion et l'utilisation de la performance des systèmes de santé et d'autres informations et de données pertinentes dans le processus décisionnel, afin de mieux répondre aux besoins des populations et de réaliser les objectifs des systèmes de santé en veillant à établir un lien entre, d'une part, des stratégies efficaces sur les systèmes de santé et, d'autre part, des attentes précises en matière de performance ;

e) à faciliter et à accélérer la surveillance du degré de protection des populations face au risque financier auquel celles-ci sont exposées en recourant aux services de santé, et de recenser et de mettre en œuvre les politiques visant à améliorer la protection financière, en particulier chez les groupes vulnérables ;

5. DEMANDE à la directrice régionale :

a) de continuer à assumer un rôle de chef de file dans le domaine du renforcement des systèmes de santé fondés sur des valeurs, et ce en collaboration avec les partenaires ;

⁷ Et, le cas échéant, les organisations régionales d'intégration économique.

- b) d'aider les États membres à renforcer leur système de santé conformément aux priorités stratégiques du Bureau régional de l'OMS telles qu'énoncées dans le document EUR/RC65/13 et d'honorer les engagements convenus dans la Charte de Tallinn concernant le renforcement des systèmes de santé, en partenariat avec les acteurs internationaux, intergouvernementaux et non étatiques ;
- c) de fournir aux États membres des outils et un soutien pour les activités décrites au paragraphe 4, en particulier pour le suivi de la protection financière et l'analyse, la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques ;
- d) d'élaborer, en tenant compte des besoins spécifiques de la Région européenne et en réduisant autant que possible tout coût supplémentaire, un cadre d'action pour mettre en œuvre la stratégie mondiale de l'OMS sur les services de santé intégrés et centrés sur la personne qui sera adoptée à la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, ledit cadre d'action sera présenté lors de la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, en 2016 ;
- e) de faire rapport, lors de la soixante-huitième session du Comité régional en 2018, sur la mise en œuvre de cette résolution, la priorité étant principalement accordée à l'envergure de la protection financière à l'échelon régional et aux options stratégiques pour une amélioration de cette protection ;
- f) de présenter un rapport final à la soixante et onzième session du Comité régional en 2021

EUR/RC65/R6. Plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne de l'OMS 2016-2020

Le Comité régional,

Ayant examiné le Plan d'action pour la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2016-2020 (document EUR/RC65/17 Rev.1) ;

Reconnaissant l'importance de la lutte contre la tuberculose dans le cadre de la politique Santé 2020, le cadre politique européen de l'OMS, en vue d'améliorer la santé et le bien-être des populations et de réduire les inégalités de santé ;

Notant l'engagement de la Région européenne de l'OMS à intervenir de toute urgence face à la menace que pose la tuberculose pour la santé publique et chez les États membres participants, dans le cadre de la Déclaration de Berlin sur la tuberculose adoptée en 2007 par le Forum ministériel européen de l'OMS « Tous contre la tuberculose » et la Conférence ministérielle du Partenariat oriental sur la tuberculose et la tuberculose multirésistante ; et à mettre fin à la tuberculose dans la Région européenne dans le cadre de la Déclaration conjointe de Riga de 2015 sur la tuberculose et sa multirésistance ;

Rappelant la résolution WHA62.15 de l'Assemblée mondiale de la santé relative à la prévention et à la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (MR et UR) dans le cadre de la transition vers la couverture sanitaire universelle, et « l'Appel à l'action » de Beijing sur la lutte et les soins antituberculeux de 2009 ;

⁸ Santé 2020 : une stratégie et un cadre politique européens pour le XXI^e siècle. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/media-centre/events/events/2015/04/ehp-mid-term-review/publications/improving-environment-and-health-in-europe-how-far-have-we-gotten>, consulté le 31 juillet 2015).

Rappelant la résolution EUR/RC61/R7 qui approuve le Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015, comme cadre stratégique pour l'action menée par les États membres de la Région européenne ;

Rappelant les résolutions EUR/RC61/R6 et WHA68.7 sur la résistance aux antibiotiques en tant que politiques visant à prévenir et à atténuer la résistance aux antimicrobiens, qui contribuent également à la prévention et à la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante ;

Reconnaissant que la plupart des étapes importantes permettant aux États membres, au secrétariat et aux partenaires d'intensifier les interventions intégrées de prévention et de lutte contre la tuberculose et la tuberculose-MR et UR dans le cadre du plan d'action consolidé ont été franchies, notamment une augmentation significative du dépistage des cas et de la couverture du traitement, et que l'objectif du Millénaire pour le développement 6 sur l'inversion de la tendance en matière d'incidence de la tuberculose a été atteint ;

Préoccupé par le fait que, malgré ces progrès, la transmission primaire de la tuberculose-MR se poursuit et les taux de réussite du traitement chez les patients atteints de tuberculose-MR et UR diminuent dans plusieurs États membres ;

Préoccupé par la prévalence croissante du VIH chez les patients tuberculeux et les inégalités croissantes mises en exergue par le tableau épidémiologique contrasté de la tuberculose dans la Région et au sein des pays, en particulier chez les groupes vulnérables et conscient que la tuberculose et la tuberculose multirésistante constituent également des menaces transfrontalières pour la santé en raison de la mobilité accrue de la population ;

Reconnaissant la nécessité d'accroître l'engagement politique afin d'assurer une prévention de la tuberculose efficace et fondée sur des bases factuelles et d'élargir l'accès à de nouveaux modèles de soins, de nouveaux médicaments, des outils ainsi que des approches et stratégies sociales pour la prise en charge de la tuberculose dans le cadre du renforcement des systèmes de santé ;

Notant que la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose après 2015 pour mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose d'ici 2035, approuvée par la résolution WHA67.1, plaide en faveur d'un soutien régional à la mise en œuvre de la stratégie ; et reconnaissant l'alignement du Plan d'action pour la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2016-2020 sur la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose ;

Conscient que cette résolution couvre la période 2016-2020 et succède ainsi à la résolution EUR/RC61/R7 qui approuve le plan d'action consolidé 2011-2015 ;

1. ADOPTE le Plan d'action pour la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2016-2020 ainsi que ses cibles ;

2. PRIE INSTAMMENT les États membres⁹ :

a) d'aligner, le cas échéant, leur stratégie sanitaire nationale et/ou leurs interventions nationales de lutte contre la tuberculose et la tuberculose-MR et UR sur le Plan d'action pour la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2016-2020, ainsi que de surveiller de près et d'évaluer la mise en œuvre tel qu'énoncé dans le Plan d'action ;

⁹ et, si applicable, les organisations régionales d'intégration économique.

- b) de faciliter l'accès équitable à un diagnostic précoce et à un traitement efficace, poursuivi jusqu'à la fin, de toutes les formes de tuberculose, notamment l'usage rationnel et adéquat des nouveaux médicaments ;
 - c) de recenser et de relever les défis confrontés par les systèmes de santé en matière de prévention et de soins de toutes les formes de tuberculose, notamment pour intégrer les services de lutte antituberculeuse au niveau des soins de santé primaires et pour intensifier les initiatives et les approches de soins centrés sur le patient, et d'améliorer l'accès des populations vulnérables et difficiles à atteindre à la prévention et aux soins antituberculeux ;
 - d) d'agir sur les déterminants sociaux de la tuberculose, et d'examiner la prévention des coûts insurmontables pour les patients et leur famille à cause de cette maladie ainsi que l'apport d'une aide sociale aux patients, y compris la collaboration multisectorielle et avec la société civile, le cas échéant ;
 - e) d'adopter des mécanismes financiers durables et de renforcer les capacités des ressources humaines pour la prévention et les soins antituberculeux, en particulier dans les pays connaissant une baisse du financement externe et de passer du financement externe à l'autofinancement : en collaborant avec tous les intervenants concernés, notamment les ministères de la Santé et des Finances, les parlements, les acteurs intergouvernementaux et non étatiques, afin de garantir la durabilité des programmes à long terme, notamment les services destinés aux populations vulnérables et difficiles à atteindre, à l'aide de ressources nationales ;
3. DEMANDE à la directrice régionale :
- a) d'aider les États membres à mettre en œuvre le Plan d'action pour la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2016-2020 en apportant, sur demande, son leadership, une orientation stratégique et un soutien technique aux États membres ;
 - b) de continuer à collaborer en partenariat avec les acteurs internationaux, intergouvernementaux et non étatiques ;
 - c) de procéder au suivi de la mise en œuvre du Plan d'action pour la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2016-2020, et d'en faire rapport au Comité régional en ses soixante-huitième et soixante-dixième sessions de 2018 et de 2020, respectivement.

EUR/RC65/R7. Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 2016-2019

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution EUR/RC64/R8 adoptée à sa soixante-quatrième session ;

1. RECONFIRME que la soixante-sixième session se tiendra à Copenhague (Danemark) du 12 au 15 septembre 2016 ;
2. DÉCIDE que la soixante-septième session se tiendra à Budapest (Hongrie) du 11 au 14 septembre 2017 ;
3. DÉCIDE que la soixante-huitième session se tiendra du 17 au 20 septembre 2018, lieu exact à confirmer ;

4. DÉCIDE ÉGALEMENT que la soixante-neuvième session se tiendra à Copenhague (Danemark), dates exactes à confirmer.

EUR/RC65(1). Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la Région européenne de l'OMS : la santé est un choix politique

Le Comité régional,

1. ACCUEILLE AVEC SATISFACTION et soutient Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la Région européenne de l'OMS : la santé est un choix politique (document EUR/RC65/16), qui est au cœur de Santé 2020, le cadre politique européen de l'OMS, et souligne la nécessité d'encourager la mise au point de mécanismes durables permettant une collaboration entre secteurs, en vue d'assurer la santé, l'équité et le bien-être de l'ensemble de la population par une action sur la cohérence des politiques et des mécanismes de responsabilisation, ainsi qu'une synergie et une coordination ;

2. DEMANDE à la directrice régionale :

a) de prendre l'initiative en vue de la tenue de réunions dans la Région européenne pour la promotion du travail intersectoriel afin de soutenir la mise en œuvre de Santé 2020, le cadre politique européen de l'OMS, et ce en étroite collaboration avec le Comité permanent du Comité régional de l'Europe, sous la direction du Comité régional et en consultation avec les États membres ;

b) de faire rapport à la soixante-sixième session du Comité régional de 2016 sur les conclusions de l'évaluation à mi-parcours des progrès accomplis eu égard à l'adoption et à la mise en œuvre de Santé 2020, le cadre politique européen de l'OMS (résolution EUR/RC62/R4).

Annexe 1. Ordre du jour

1. Ouverture de la session

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

2. Allocutions

- a) Allocution de la directrice régionale et rapport intérimaire sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne depuis la soixante-quatrième session du Comité régional (RC)
- b) Allocution du directeur général
- c) Allocution du commissaire européen à la santé et à la sécurité alimentaire
- d) Allocution de Son Altesse Royale la Princesse Mary de Danemark
- e) Allocution de la Présidente de la République de Lituanie

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

4. Rapport du vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

5. Questions de politique et questions techniques

- a) Promouvoir les mesures intersectorielles et interagences pour la santé et le bien-être dans la Région européenne de l'OMS, avec notamment des débats sur les sujets suivants :
 - l'environnement et la santé dans la Région européenne de l'OMS : progrès, défis et enseignements tirés
 - la santé dans le développement durable et la politique étrangère
 - les déterminants sociaux de la santé et l'instruction en santé : liens et cohérence entre la santé, l'éducation et la politique sociale
- b) Le Rapport sur la santé en Europe 2015 : les cibles et au-delà – atteindre les nouvelles frontières des bases factuelles
- c) Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne
- d) Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025
- e) Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025 : dire adieu pour toujours au tabac

- f) Rapport final sur la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 et examen du projet de Plan d'action sur la tuberculose pour la Région européenne 2016-2020
- g) Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS
- h) Réforme de l'OMS : état d'avancement et incidences pour le Bureau régional de l'Europe
 - L'action de l'OMS en cas de flambées épidémiques et d'urgences ayant des conséquences sanitaires et humanitaires
 - Aperçu de la réforme de la gouvernance au niveau mondial
 - Responsabilisation et conformité
- i) Plan d'exécution régional du budget programme 2016-2017
- j) Rapports de situation

Catégorie 1 : maladies transmissibles

- La tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC61/R7) – rapport final

Catégorie 3 : promotion de la santé à toutes les étapes de la vie

- Les objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC57/R2 ; voir également la résolution EUR/RC58/R5)
- L'avenir du processus européen Environnement et santé (résolution EUR/RC60/R7)

Catégorie 4 : systèmes de santé

- Stratégies de modification des comportements et santé : le rôle des systèmes de santé (résolution EUR/RC58/R8 ; voir également les résolutions EUR/RC58/R4, EUR/RC61/R3 et EUR/RC62/R5)
- Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC58/R4)

Catégorie 5 : préparation, surveillance et intervention

- Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC59/R5)

6. Séance privée : élections et désignations

- a) Désignation de deux membres du Conseil exécutif
- b) Élection de quatre membres du Comité permanent du Comité régional
- c) Élection de deux membres du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé

7. Confirmation des dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional

8. Autres questions à l'ordre du jour

9. Approbation du rapport et clôture de la session

Séances d'information technique

- La santé de la femme dans la Région européenne de l'OMS
- Avancer sur la voie de la pérennité des personnels de santé dans la Région européenne de l'OMS
- L'élaboration de politiques inspirées de bases factuelles dans la Région européenne de l'OMS
- La migration et la santé dans la Région européenne de l'OMS

Déjeuners ministériels

- La migration et la santé dans la Région européenne de l'OMS
- La mise en œuvre de Santé 2020 : l'expérience de la Lituanie et ses réalisations dans ce domaine

Annexe 2. Liste des documents

Documents de travail

EUR/RC65/1 Rev.2	Liste provisoire des documents
EUR/RC65/2 Rev.2	Ordre du jour provisoire
EUR/RC65/2 Rev.2 Add.1	Ordre du jour provisoire (annoté)
EUR/RC65/3 Rev.2	Programme provisoire
EUR/RC65/4 Rev.1	Rapport du vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC65/4 Rev.1 Add.1	Vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe : Rapport de la cinquième session
EUR/RC65/5 Rev.1	Rapport intérimaire de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2014-2015
EUR/RC65/6	Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
EUR/RC65/7	Composition des organes et comités de l'OMS
EUR/RC65/7 Add.1 Rev.1	Composition des organes et comités de l'OMS
EUR/RC65/7 Add.2	Composition des organes et comités de l'OMS
EUR/RC65/8	Rapport final sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn – synthèse
EUR/RC65/9	Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025
EUR/RC65/9 Add.1 Rev.1	Incidences financières et administratives, pour le secrétariat, du projet de résolution du Comité régional relatif à la Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025
EUR/RC65/10	Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025 : dire adieu pour toujours au tabac
EUR/RC65/10 Add.1 Rev.1	Incidences financières et administratives, pour le secrétariat, du projet de résolution du Comité régional relatif à la feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025 : dire adieu pour toujours au tabac
EUR/RC65/11	L'environnement et la santé dans la Région européenne de l'OMS : progrès, défis et enseignements tirés

EUR/RC65/12	Rapports de situation
EUR/RC65/13	Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne
EUR/RC65/13 Add.1	Incidences financières et administratives, pour le secrétariat, du projet de résolution du Comité régional intitulé « Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne »
EUR/RC65/14	Plan d'exécution régional du budget programme 2016-2017 dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC65/15	Réforme de l'OMS : état d'avancement et incidences pour la Région européenne
EUR/RC65/16	Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la Région européenne de l'OMS : la santé est un choix politique
EUR/RC65/17 Rev.1	Plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne de l'OMS 2016-2020
EUR/RC65/17 Add.1 Rev.2	Incidences financières et administratives, pour le secrétariat, du projet de résolution du Comité régional sur le Plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne de l'OMS 2016-2020
EUR/RC65/18	Rapport de situation sur le processus européen Environnement et santé
Projets de résolution	
EUR/RC65/Conf.Doc./1 Rev.1	Rapport intérimaire de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2014-2015
EUR/RC65/Conf.Doc./2 Rev.1	Rapport du vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC65/Conf.Doc./3 Rev.2	Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 2016-2019
EUR/RC65/Conf.Doc./4 Rev.1	Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025
EUR/RC65/Conf.Doc./5 Rev.2	Plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne de l'OMS 2016-2020
EUR/RC65/Conf.Doc./6 Rev.1	Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de

	l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025
EUR/RC65/Conf.Doc./7 Rev.1	Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne
EUR/RC65/Conf.Doc./8 Rev.1	Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la Région européenne de l'OMS : la santé est un choix politique

Documents d'information

EUR/RC65/Inf.Doc./1	Regional plan for implementation of programme budget 2016–2017 by category in the WHO European Region
EUR/RC65/Inf.Doc./2	Overview of implementation of programme budget 2014–2015 in the WHO European Region
EUR/RC65/Inf.Doc./3	Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections (2016–2021)
EUR/RC65/Inf.Doc./4	Development, monitoring and evaluation of functional core capacity for implementing the International Health Regulations (2005)
EUR/RC65/Inf.Doc./5	Global Strategy on Integrated, People-centred Health Services and Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030
EUR/RC65/Inf.Doc./6	Public Health Aspects of Migration in Europe (PHAME): Project implementation 2012–2015
EUR/RC65/Inf.Doc./7	The objectives, principles and modalities for continued cooperation between the European Commission and the WHO Regional Office for Europe

Annexe 3. Liste des représentants et autres participants

. États membres

Albanie

Représentant

M. Ilir Beqaj
Ministre de la Santé

Conseiller

M. Klodian Rjepaj
Vice-ministre de la Santé

Conseillers

M. Thanas Goga
Conseiller auprès du ministre de la Santé

M. Eltar Deda
Inspecteur en chef, Inspection sanitaire de l'État, ministère de la Santé

Allemagne

Représentants

Mme Annette Widmann-Mauz
Secrétaire d'État parlementaire, ministère fédéral de la Santé

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

Suppléant

M. Björn Kümmel
Conseiller technique, Politique mondiale de la santé, ministère fédéral de la Santé

Conseillers

Mme Barbara Gerlach
Assistante personnelle du secrétaire d'État parlementaire

Mme Andrea Beck
Chef de division, Département du protocole, des services linguistiques, du service des visiteurs, des relations avec les représentations nationales et étrangères, ministère fédéral de la Santé

Mme Sylvia Heuser

Conseillère, Département du protocole, des services linguistiques, du service des visiteurs, des relations avec les représentations nationales et étrangères, ministère fédéral de la Santé

M. Thomas Ifland

Conseiller, Politique sanitaire mondiale, ministère fédéral de la Santé

Mme Cornelia Jarasch

Attachée aux affaires sanitaires, Mission permanente de la République fédérale d'Allemagne auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Parissa Parsa

Interprète, ministère fédéral de la Santé

Andorre

Représentants

S. E. M. Eric Jover Comas

Ministre de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

Dr Josep M. Casals Alís

Directeur général, Département de la santé, ministère de la Santé, des Affaires sociales et de l'Emploi

Arménie

Représentant

Dr Sergey Khachatryan

Vice-ministre de la Santé

Conseiller

Dr Arman Melkonyan

Conseiller principal auprès du ministre de la Santé

Autriche

Représentant

M. Martin Mühlbacher

Chef adjoint, Service de la coordination internationale de la politique sanitaire et de l'OMS, ministère fédéral de la Santé

Suppléante

Mme Aziza Haas

Service de la coordination internationale de la politique sanitaire et de l'OMS, ministère fédéral de la Santé

Conseillers

Dr Flora Haderer

Coordination de projet pour le directeur général de la santé publique et des affaires médicales, ministère fédéral de la Santé

Dr Ilana Ventura

Service de la promotion de la santé et de la promotion des maladies, ministère fédéral de la Santé

M. Lukas Bauer

Stagiaire, ambassade d'Autriche à Vilnius (Lituanie)

Azerbaïdjan

Représentant

Dr Gulsum Gurbanovas

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

Bélarus

Représentants

Dr Vasily Zharko

Ministre de la Santé

M. Maksim Yermolovich

Premier vice-ministre des Finances

Suppléants

M. Anatoli Hrushkousky

Chef, Service des relations étrangères, ministère de la Santé

S. E. M. Aleksandr Korol

Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire, ambassade de la République de Bélarus en République de Lituanie

Belgique

Représentant

Dr Daniel Reynders
Chef, Service des relations internationales, Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Suppléants

M. Lieven De Raedt
Attaché, Service des relations internationales, Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

M. Loïc Ledent
Attaché, Cellule Relations extérieures, Direction générale opérationnelle Pouvoirs locaux, action sociale et santé, Service public de Wallonie

Bosnie-Herzégovine

Représentant

Dr Vjekoslav Mandić
Ministre de la Santé

Suppléants

Dr Anđa Nikolić
Chef, Département de la santé et autres services, Gouvernement du district de Brčko

Dr Goran Čerkez
Vice-ministre de la Collaboration internationale et de la Coordination du développement stratégique, ministère fédéral de la Santé

Bulgarie

Représentants

Dr Adam Persensky
Vice-ministre de la Santé

Dr Angel Kunchev
Inspecteur de la santé en chef de l'État, ministère de la Santé

Suppléante

Mme Katya Ivkova
Chef d'unité, Direction des activités, projets et programmes internationaux, ministère de la Santé

Chypre

Représentant

S. E. M. George Pamboridis
Ministre de la Santé

Suppléante

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

Conseiller

M. Anastasios Ioannou
Chargé des services de santé, ministère de la Santé

Croatie

Représentants

M. Marijan Cesarik
Vice-ministre de la Santé

Dr Ranko Stevanović
Directeur, professeur assistant, Institut national croate de santé publique

Suppléante

Mme Ingrid Szabó
Chef de bureau, ambassade de la République de Croatie en République de Lituanie

Danemark

Représentants

Dr Jakob Cold
Directeur général, Autorité danoise de la santé et des médicaments

S. E. M. Dan E. Frederiksen
Ambassadeur, ambassade du Royaume de Danemark en Lituanie

Suppléantes

Mme Hanne Charlotte Findsen
Conseillère principale, Service international, ministère de la Santé

Mme Marianne Kristensen
Conseillère principale, Autorité danoise de la santé et des médicaments

Conseiller

M. Mads Petersen

Chef de section, homologue national pour l'OMS, ministère de la Santé

Espagne

Représentants

M. Emilio Fernandez-Castaño

Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire, ambassade d'Espagne en République de Lituanie

Dr Elena Andradas

Sous-directrice générale, Promotion de la santé et épidémiologie, Direction générale de la santé publique, de la qualité et de l'innovation, ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité

Suppléantes

Dr Pilar Campos

Chef de service, Sous-direction générale de la promotion de la santé et de l'épidémiologie, ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité

Mme Esther Rodriguez-Machado

Chef de service, Sous-direction générale des relations internationales, ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité

Estonie

Représentantes

Dr Ivi Normet

Secrétaire générale adjointe pour la politique de la santé, ministère des Affaires sociales

Dr Liis Rooväli

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

Suppléants

Mme Maris Jesse

Directrice, Institut national de développement sanitaire

M. Jürgen Ojalo

Spécialiste en chef, Service de l'information et de l'analyse sanitaires, ministère des Affaires sociales

M. Taavo Lumiste

Troisième secrétaire, Mission permanente de l'Estonie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

S. E. M. Toomas Kukk

Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire, ambassade de la République d'Estonie en République de Lituanie

Mme Tiia Miller

Conseillère principale, ambassade de la République d'Estonie en République de Lituanie

Conseiller

M. Menno Stellingwerff

Service de l'information et de l'analyse sanitaires, ministère des Affaires sociales

Ex-République yougoslave de Macédoine

Représentant

M. Jovan Grpovski

Conseiller d'État, cabinet du ministre de la Santé, ministère de la Santé

Fédération de Russie

Représentante

Dr Svetlana Axelrod

Directrice adjointe, Département de la coopération internationale et des relations publiques, ministère de la Santé

Conseillers

Dr Elena Baybarina

Directrice, Département des soins de santé maternelle et infantile, ministère de la Santé

M. Pavel Esin

Conseiller, Département de la coopération internationale et des relations publiques, ministère de la Santé

M. Aleksey Novozhilov

Troisième secrétaire, Mission permanente de la Fédération de Russie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Oleg Sonin

Deuxième secrétaire, Mission permanente de la Fédération de Russie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Anastasia Smirnova

Chef, Division de la coopération internationale, Service fédéral pour la surveillance de la protection des droits des consommateurs et du bien-être humain

Dr Olga Novoselova

Experte en chef, Département de surveillance épidémiologique, Service fédéral de surveillance de la protection des droits des consommateurs et du bien-être humain

Dr Anna Korotkova

Directrice adjointe des affaires internationales, Institut de recherche fédéral pour l'organisation et l'informatisation de la santé, ministère de la Santé

Pr Mark Tseshkovsky

Chef, Département de la collaboration internationale, Institut de recherche fédéral pour l'organisation et l'informatisation de la santé, ministère de la Santé

Dr Galina Maslennikova

Chercheuse principale, Département de la prévention des comorbidités, Centre national de recherche sur la médecine préventive (Institution publique fédérale), ministère de la Santé

Mme Olga Zhiteneva

Experte en chef, Département de l'approvisionnement en médicaments et de la réglementation des dispositifs médicaux, ministère de la Santé

Dr Marina Popovich

Chef, Département des programmes de prévention intégrés, Centre national de recherche sur la médecine préventive (Institution publique fédérale), ministère de la Santé

Finlande

Représentant

M. Veli-Mikko Niemi

Directeur général, Service de la promotion du bien-être et de la santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Suppléantes

Mme Taru Koivisto

Directrice, Groupe de la promotion de la santé, Service de la promotion de la protection sociale et de la santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Outi Kuivasniemi

Conseillère ministérielle, chef de la collaboration multilatérale, Bureau des affaires internationales, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Conseillers

M. Pasi Mustonen
Conseiller ministériel, ministère des Affaires sociales et de la Santé

M. Eero Lahtinen
Conseiller ministériel, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Satu Leino
Chargée principale, ministère des Affaires sociales et de la Santé

France

Représentants

Pr Benoît Vallet
Directeur général de la santé, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Mme Amélie Schmitt
Chef, bureau international Santé et protection sociale, Délégation aux affaires européennes et internationales, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Suppléants

M. Marc Boisnel
Conseiller pour la santé, Mission permanente de la France auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Emmanuelle Jouy
Chargée de mission, bureau international Santé et protection sociale, Délégation aux affaires européennes et internationales, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Conseillers

Mme Katell Daniault
Chargée de mission, bureau international Santé et protection sociale, Délégation aux affaires européennes et internationales, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

M. Philippe Douste-Blazy
Ex-ministre

S. E. M. Philippe Jeantaud
Ambassadeur de France à Vilnius, Lituanie

Mme Aurélie Durand
Chargée de mission, ambassade de France à Vilnius, Lituanie

Mme Ruta Kisielyte
Interprète

Géorgie

Représentant

Pr Amiran Gamkrelidze
Directeur général, Centre national pour la lutte contre les maladies et la santé publique

Conseillers

S. E. Mme Khatuna Salukvadze
Ambassadrice extraordinaire et plénipotentiaire, ambassade de Géorgie en République de Lituanie

M. George Paniashvili
Conseiller principal, ambassade de Géorgie en République de Lituanie

Mme Mariam Kasradze
Conseillère, ambassade de Géorgie en République de Lituanie

Grèce

Représentants

M. Ioannis Baskozos
Secrétaire général de la santé publique, ministère de la Santé

S. E. M. Iraklis Asteriadis
Ambassadeur, ambassade de Grèce à Vilnius

Conseillère

Mme Efthymia Karava
Experte, Affaire sanitaires, Mission permanente de la Grèce auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Hongrie

Représentant

S. E. Dr István Mikola
Ministre d'État à la Politique sécuritaire et à la Coopération internationale, ministère des Affaires étrangères et du Commerce

Suppléants

Dr Attila Beneda
Ministre d'État à la Santé par intérim, ministère des Capacités humaines

Dr Hanna Páva
Présidente, Centre d'enregistrement et de formation sanitaires, ministère de la Santé

Dr Bálint Tombor
Chef de cabinet, ministère des Affaires étrangères et du Commerce

Conseillers

Dr Árpád Mészáros
Chef adjoint, Service des affaires européennes et des organisations internationales, Unité de l'UE, de la santé internationale et des affaires sociales, ministère des Capacités humaines

Mme Zsófia Nógrádi-Barkaszi
Première secrétaire, chef de mission adjointe, ambassade de Hongrie en Lituanie

Irlande

Représentant

M. Ronan Toomey
Administrateur principal adjoint, Programme de la santé et du bien-être, Département de la santé

Islande

Représentant

Dr Sveinn Magnússon
Directeur général, Département des services de santé, ministère de la Protection sociale

Suppléante

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

Israël

Représentante

Dr Isabella Karakis
Chef, Service d'épidémiologie environnementale, ministère de la Santé

Italie

Représentants

Dr Raniero Guerra
Directeur général de la prévention, ministère de la Santé

Dr Francesco Cicogna
Directeur, Bureau III, Direction générale pour les relations européennes et internationales,
ministère de la Santé

Suppléants

M. Alberto Bertoni
Premier conseiller pour la santé, Mission permanente de l'Italie auprès de l'Office des
Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Dr Daniela Galeone
Conseillère technique principale au ministère de la Santé

Conseillère

Mme Cecilia Prezioso
Administratrice, Direction générale de la communication et des relations européennes et
internationales, ministère de la Santé

Kazakhstan

Représentants

S. E. Dr Alexey Tsoy
Vice-ministre de la Santé

S. E. M. Baurzhan A. Mukhamejanov
Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire, ambassade de la République de Kazakhstan
en République de Lituanie (non résident en République de Lettonie, en République d'Estonie
et en République de Finlande)

Suppléants

M. Olzhas Toguzbayev
Ministre-conseiller, ambassade de la République de Kazakhstan en République de Lituanie

M. Kanat Turubayev
Consul, ambassade de la République de Kazakhstan en République de Lituanie

Conseillers

M. Daniyar Amirzhanov
Deuxième secrétaire, ambassade de la République de Kazakhstan en République de Lituanie

Pr Maksut Kulzhanov

Conseiller auprès du ministère des Soins de santé et du Développement social, École de santé publique du Kazakhstan

Kirghizistan

Représentant

Pr Talantbek Batyraliev
Ministre de la Santé

Lettonie

Représentante

Mme Līga Šerna
Directrice adjointe, Affaires européennes et de la coopération internationale, ministère de la Santé

Lituanie

Représentantes

Mme Rimantė Šalaševičiūtė
Ministre de la Santé

Mme Laimutė Vaidelienė
Vice-ministre de la Santé

Suppléants

S. E. M. Rytis Paulauskas
Ambassadeur, Mission permanente de la Lituanie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Antanas Matulas
Vice-président, Comité des affaires sanitaires, Parlement de la République de Lituanie

Mme Alma Monkauskaitė
Membre du Comité des affaires sanitaires, Parlement de la République de Lituanie

M. Juras Požela
Membre du Comité des affaires sanitaires, Parlement de la République de Lituanie

Pr Juozas Pundzius
Président, Conseil national de la santé

M. Valentin Gavrilov
Vice-ministre de la Santé

Mme Jadvyga Zinkevičiūtė
Vice-ministre de la Santé

Mme Aira Mečėjienė
Conseillère en matière de politique de la santé auprès de la présidente, Bureau de la présidente lituanienne

M. Antanas Vinkus
Conseiller en matière de politique de la santé auprès du premier ministre, gouvernement lituanien

Mme Sandra Matulienė
Attachée aux soins de santé, Mission permanente de la Lituanie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Justina Januševičienė
Directrice, Service des ressources des soins de santé et de la gestion des innovations, ministère de la Santé

Dr Audrius Ščeponavičius
Directeur, Département des soins de santé publique, ministère de la Santé

Dr Audrone Astrauskienė
Directeur adjoint, Département des soins de santé publique, ministère de la Santé

Mme Romalda Baranauskienė
Directrice adjointe, Département des soins de santé publique, ministère de la Santé

Mme Rima Vaitkiene
Chef, Division du développement sanitaire stratégique, ministère de la Santé

Conseillers

M. Gedeminas Aleksonis
Chancelier de la ministre, ministère de la Santé

Mme Birutė Abraitienė
Ministre-conseillère, Mission permanente de la Lituanie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Dalia Guobužienė
Conseillère auprès de la ministre, ministère de la Santé

Mme Jurgita Kinderienė
Conseillère auprès de la ministre, ministère de la Santé

Mme Janina Kumpienė
Conseillère auprès de la ministre, ministère de la Santé

M. Arvydas Skorupskas
Conseillère auprès de la ministre, ministère de la Santé

Mme Aurelija Urbonienė
Conseillère, Bureau de l'aide sociale et des soins de santé, Service d'administration publique et d'environnement social, Cabinet du gouvernement de la République de Lituanie

Mme Giedrė Maksimaitytė
Chef, Division des relations publiques, ministère de la Santé

Mme Radvilė Jakaitienė
Spécialiste en chef, chef par intérim de la Division de la coopération internationale, Division de la coopération internationale, ministère de la Santé

Mme Odeta Vitkūnienė
Spécialiste en chef, Division des soins médicaux spécialisés, Département des soins de santé personnels, ministère de la Santé

Mme Jurgita Bilinskaitė
Spécialiste en chef, Division de la coopération internationale, ministère de la Santé

Mme Almina Blažienė
Spécialiste en chef, Division des relations publiques, ministère de la Santé

Mme Daiva Dudutienė
Spécialiste en chef, Division de la planification stratégique de la santé, ministère de la Santé

M. Aurimas Valys
Spécialiste en chef, Division de la coopération internationale, ministère de la Santé

M. Mindaugas Simonaitis
Deuxième secrétaire, Nations Unies, Organisations internationales et droits de l'homme, ministère des Affaires étrangères

M. Rimantas Zagrebajev
Spécialiste en chef, Division des relations publiques, ministère de la Santé

Pr Renaldas Jurkevičius
Directeur général, Hôpital de l'Université des sciences de la santé de la Lituanie

Pr Kęstutis Strupas
Directeur général, Hôpital universitaire de Vilnius

Pr Algirdas Utkus
Doyen, Faculté de médecine, Université de Vilnius

Mme Elena Jurevičienė
Directrice de la gestion, Hôpital universitaire de Vilnius

Mme Danguolė Jankauskienė
Conseillère auprès du directeur général, Hôpital universitaire de Vilnius

M. Gintautas Barcys
Directeur, Agence d'État du contrôle des médicaments

M. Saulius Čaplinskas
Directeur, Centre des maladies transmissibles et du sida

M. Remigijus Jankauskas
Directeur, Institut d'hygiène

Mme Nora Ribokienė
Directrice, Agence d'État d'accréditation des soins de santé, ministère de la Santé

Dr Romualdas Sabaliauskas
Directeur, Centre pour l'éducation sanitaire et la prévention des maladies, ministère de la Santé

M. Gintaras Kacevičius
Directeur adjoint, Caisse nationale d'assurance maladie, ministère de la Santé

Mme Auksė Bankauskaitė-Miliauskienė
Chef de division, Division de la prévention d'urgence, ministère de la Santé

Mme Dalia Meiduvienė
Interprète, ministère de la Santé

Mme Ramunė Latypovienė
Interprète, ministère de la Santé

Luxembourg

Représentants

Dr Robert Goerens
Médecin chef de service, division Santé au travail, Direction de la santé, ministère de la Santé

Mme Tatjana Konieczny
Attachée, Mission permanente du Grand-Duché de Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Malte

Représentant

L'Honorable Chris Fearne
Secrétaire parlementaire pour la santé, ministère de l'Énergie et de la Santé

Suppléant

Dr Raymond Busuttill
Consultant en santé publique, Direction de la promotion de la santé et de la prévention des maladies

Conseillère

Mme Marthese Johnson
Secrétaire privée, secrétaire parlementaire pour la santé, ministère de l'Énergie et de la Santé

Monaco

Représentants

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

Mme Elisabeth Lanteri-Minet
Directeur, Direction des affaires internationales, Département des relations extérieures et de la coopération

Monténégro

Représentant

Dr Boban Mugosa
Directeur, Institut de santé publique

Norvège

Représentant

Dr Bjørn Dagfinn Guldvog
Directeur général, médecin conseiller technique, Direction de la santé

Suppléants

Mme Nina Horg Thoresen
Directrice générale adjointe par intérim, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Thor Erik Lindgren

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

Mme Linda Granlund

Directrice de division, Direction de la santé

Ouzbékistan

Représentant

Dr Anvar Alimov

Ministre de la Santé

Suppléant

Dr Abdunomon Sidikov

Directeur, Service des relations internationales, ministère de la Santé

Pays-Bas

Représentant

M. Herbert Barnard

Directeur, Service des affaires internationales, ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

Suppléants

M. Gert-Jan Rietveld

Attaché aux affaires sanitaires, Mission permanente des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Dr Pieter de Coninck

Conseiller principal, Service des affaires internationales, ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

Conseillers

Mme Seriana van den Berg

Conseillère politique, OMS et ONUSIDA, Service des organisations multilatérales et des droits de l'homme, ministère des Affaires étrangères

Pr Hans van Oers

Conseiller scientifique, Institut national pour la santé publique et l'environnement

M. Arne-Petter Sanne

Directeur de division, Direction de la santé

M. Anders Lamark Tysse
Conseiller principal, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Kjetil Bordvik
Conseiller principal, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Eivind Berg Weibust
Conseiller, Service de la santé mondiale, Direction de la santé

Pologne

Représentante

Mme Katarzyna Rutkowska
Directrice adjointe, Service de la coopération internationale, ministère de la santé

Suppléants

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

Mme Justyna Tyburska-Malina
Experte en chef, Service de la coopération internationale, ministère de la Santé

Mme Ewa Piasecka
Experte principale, Service de la coopération internationale, ministère de la Santé

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

Portugal

Représentants

Dr Fernando Leal da Costa
Secrétaire d'État, assistant du ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Francisco George
Directeur général de la santé, Direction générale de la santé

Suppléants

Dr Fernando Almeida
Président, Institut national de santé

Mme Eva Sofia Moço Falcão
Directrice, Coordination des relations internationales, ministère de la Santé

Conseillère

Dr Catarina Sena
Directrice générale adjointe de la santé, Direction générale de la santé

République de Moldova

Représentante

Mme Ruxanda Glavan
Ministre de la Santé

Suppléants

Dr Victor Savin
Chef du Cabinet de la ministre, ministère de la Santé

M. Victor Palii
Chargé d'Affaires, ambassade de la République de Moldova en Lituanie

Conseillère

Mme Tatiana Păduraru
Consultante en assistance externe, ministère de la Santé

République tchèque

Représentants

Dr Svatopluk Němeček
Ministre de la Santé

Dr Tom Philipp
Vice-ministre de l'Assurance maladie, ministère de la Santé

Suppléants

Mme Katerina Bathová
Directrice de service, Relations internationales et Union européenne, ministère de la Santé

S. E. M. Bohumil Mazánek
Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire, ambassade de la République tchèque à
Vilnius

M. Daniel Míč
Conseiller, chef adjoint, Mission permanente de la République tchèque auprès de l'Office des
Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Conseillers

Mme Marcela Kubicová

Chef, Unité de la coopération bilatérale et des organisations internationales, ministère de la Santé

M. Petr Vávra

Conseiller, chef de mission adjoint, ambassade de la République tchèque à Vilnius

Mme Dana Lupačová

Administratrice, Unité de la coopération bilatérale et des organisations internationales, ministère de la Santé

Roumanie

Représentants

Dr Teohari-Răzvan Vulcănescu

Sous-secrétaire d'État, ministère de la Santé

Dr Alexandru Rafila

Conseiller personnel auprès du ministre de la Santé, ministère de la Santé

Suppléante

Mme Oana Cătălina Grigore

Directrice, Relations avec les médias, Affaires européennes et relations internationales, ministère de la Santé

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

Représentants

Mme Kathryn Tyson

Directrice, Politique internationale de la santé et de la santé publique, Département de la santé

M. Andrew Black

Directeur de la collaboration multilatérale, Département de la santé

Suppléante

Mme Nicky Shipton-Yates

Gestionnaire responsable des politiques de l'OMS, Département de la santé

Saint-Marin

Représentant

S. E. M. Francesco Mussoni
Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, de la Famille, de la Prévoyance et de la
Planification économique

Suppléante

Mme Bianca Caruso
Directrice générale, Institut de la sécurité sociale

Conseiller

Dr Andrea Gualtieri
Directeur, Autorité pour l'autorisation, l'accréditation et la qualité des services sanitaires,
Secrétariat d'État pour la santé et la sécurité sociale

Serbie

Représentant

Pr Predrag Sazdanović
Vice-ministre, Secteur de l'intégration européenne et de la coopération internationale,
ministère de la Santé

Slovaquie

Représentants

Dr Mario Mikloši
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

M. Peter Bak
Directeur, Service des affaires européennes et des relations internationales, ministère de la
Santé

Suppléante

Mme Elena Jablonická
Chargée principale, Service des affaires européennes et des relations internationales, ministère
de la Santé

Conseiller

Pr Ivan Solovič
Chef, Pneumologie et phthisiologie, Institut national de la tuberculose, des maladies
pulmonaires et de la chirurgie thoracique

Slovénie

Représentantes

Mme Milojka Kolar Celarc
Ministre de la Santé

Dr Vesna-Kerstin Petrič
Chef, Division de la promotion de la santé et de la prévention des maladies non transmissibles, ministère de la Santé

Suppléantes

Mme Liza Zorman
Conseillère, Direction de la santé publique, ministère de la Santé

Mme Majda Hostnik
Secrétaire, ministère de la Santé

Suède

Représentant

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

Suppléants

Mme Anna Halén
Conseillère, Mission permanente de la Suède auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Anna Hedin
Directrice adjointe, ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. Bosse Pettersson
Conseiller principal, Conseil national de la santé et de la protection sociale

Mme Kerstin Carlsson
Administratrice de programmes, Coordination avec l'UE, Conseil national de la santé et de la protection sociale

Mme Cristina Mattsson Lundberg
Analyste internationale, Bureau d'analyse stratégique du directeur général, Agence suédoise de santé publique

Mme Anna-ChuChu Schindele
Analyste, Agence suédoise de santé publique

M. Gabriel Andreasson
Chef de section, ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. Erik Svanfeldt
Coordinateur international, Association suédoise des autorités locales et des régions

Suisse

Représentante

Mme Tania Dussey-Cavassini
Vice-directrice, ambassadrice pour la santé globale, division Affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

Suppléant

Mr Leo Karrer
Conseiller diplomatique, Département fédéral des affaires étrangères, Mission permanente de la Suisse auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Conseillers

M. Alexandre von Kessel
Conseiller scientifique, division Affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

Mme Caroline Clarinval
Conseillère scientifique, division Affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

Mme Enrichetta Placella
Conseillère à la santé, Division Communauté des États Indépendants, Direction suisse du développement et de la coopération

Tadjikistan

Représentante

Dr Lola Bobohojieva
Première vice-ministre de la Santé et de la Protection sociale des populations

Suppléante

Dr Rano Rahimova
Chef, Relations internationales, ministère de la Santé et de la Protection sociale des populations

Turkménistan

Représentante

Dr Guzaliya Gazizova
Chef, Département du contrôle sanitaire, Service sanitaire et épidémiologique de l'État

Suppléant

M. Begmyrat Gutlyyev
Chef de service par intérim, expertise médicosociale, ministère de la Santé et de l'Industrie médicale

Conseiller

Dr Gylychnepes Annanepesov
Directeur, Centre international de traitement des maladies oculaires

Turquie

Représentants

Dr İrfan Şencan
Sous-secrétaire adjoint, ministère de la Santé

S. E. Mme Aydan Yamancan
Ambassadrice, ambassade de la République de Turquie en République de Lituanie

Suppléants

Dr Öner Güner
Directeur général, Direction générale des affaires étrangères et européennes, ministère de la Santé

Dr Bekir Keskinliç
Vice-président, Agence turque de santé publique, ministère de la Santé

Dr Seher Musaonbaşıoğlu
Vice-président, Agence turque de santé publique, ministère de la Santé

Dr Hakkı Gürsöz
Vice-président, Direction générale des produits pharmaceutiques et de la pharmacie, ministère de la Santé

Conseillers

Dr Ahmet Metin
Conseiller auprès du ministre de la Santé, ministère de la Santé

Mme Özlem Kural

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

M. Yusuf Irmak

Chef de service, ministère de la Santé

M. Erdem Karal

Premier secrétaire, ambassade de la République de Turquie en République de Lituanie

M. Çetin Doğan Dikmen

Expert de l'Union européenne, Direction générale des relations étrangères et avec l'UE, ministère de la Santé

Dr Canan Yılmaz

Médecin, Direction générale des relations étrangères et avec l'UE, ministère de la Santé

Mme Asude Güler

Experte, Direction générale des relations étrangères et avec l'UE, ministère de la Santé

Ukraine

Représentants

M. Alexander Kvitashvili

Ministre de la Santé

Dr Ihor Perehinets

Vice-ministre de la Santé

Suppléants

Mme Anastasiia Ostrovska

Chef, Service des relations internationales, ministère de la Santé

M. Mykola Prodanchuk

Chef, Institut Medved d'hygiène écologique et de toxicologie, ministère de la Santé

II. Observateurs des États membres d'autres régions

États-Unis d'Amérique

Représentant

M. Jimmy Kolker

Secrétaire adjoint aux affaires mondiales, Département américain de la santé et des services sociaux, Siège

Suppléant

Dr Peter Schmeissner

Directeur du bureau pour l'Europe et l'Eurasie du Nord, Cabinet du secrétaire adjoint aux affaires mondiales, Département américain de la santé et des services sociaux, Siège

III. Représentants de l'Organisation des Nations Unies et d'institutions apparentées

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture

M. Tony Alonzi

Représentant régional adjoint, Bureau régional pour l'Europe et l'Asie centrale

Agence internationale de l'énergie atomique

Mme Joanna Izewska

Chef de laboratoire

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

M. Vinay Patrick Saldanha

Directeur, Équipe d'appui régional pour l'Europe orientale et l'Asie centrale

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Dr Octavian Bivol

Conseiller régional, Santé et nutrition

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

Programme des Nations Unies pour le développement

Dr Christoph Hamelmann

Chef d'équipe régional, VIH, santé et développement

Centre régional pour l'Europe et la Communauté des États indépendants

Fonds des Nations Unies pour la population

M. Heimo Laakkonen

Directeur, Bureau régional pour l'Europe orientale et l'Asie centrale

IV. Représentants d'autres organisations intergouvernementales

Union européenne

Dr Vytenis Andriukaitis
Commissaire à la santé et à la sécurité alimentaire

M. Arunas Vinciunas
Chef du cabinet du commissaire Andriukaitis

Mme Vilija Sysaite
Membre du cabinet du commissaire Andriukaitis

Dr Isabel de la Mata
Conseillère principale avec un intérêt particulier pour la santé, Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire, Commission européenne

M. Sylvain Giraud
Chef d'unité, Stratégie et affaires internationales, Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire, Commission européenne

Dr Canice Nolan
Chef d'unité adjointe, Stratégie et affaires internationales, Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire, Commission européenne

Mme Maya Matthews
Première secrétaire, Délégation permanente de l'Union européenne auprès des Nations Unies à Genève

M. Jean-Baptiste Le Bras
Chargé de mission, Stratégie et affaires internationales, Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire, Commission européenne

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

Alzheimer's Disease International

Mme Vanessa Challinor

Framework Convention Alliance for Tobacco Control

M. Nonguebzanga Maxime Compaoré

Alliance internationale des organisations de patients

M. Kawaldip Sehmi

M. U Hla Htay

Mme Ziede Mesonyte

Association internationale de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence et des professions associées

Dr Sigita Lesinskienė

International Association for Hospice & Palliative Care

Dr Rita Kabašinskienė

Confédération internationale des sages-femmes

Dr Rita Borg-Xuereb

Conseil international des infirmières

Mme Danutė Margelienė

Mme Aušra Volodkaitė

Fédération internationale du diabète

Mme Sandra Bršec Rolih

Fédération internationale des associations des étudiants en médecine

M. Alberto Abreu da Silva

M. Diogo Fernandes da Silva

Mme Kornelija Macevičiūtė

Mme Michalina Anna Drejza

M. Andrej Martin Vujkovic

Mme Krista Svilāne

Fédération internationale des hôpitaux

Dr Risto Miettunen

Fédération internationale pharmaceutique

Dr Theodorus F. J. Tromp

Medicus Mundi International

Mme Linda Mans
Dr Julian Eckl

Fédération mondiale des ergothérapeutes

Mme Samantha Shann
Mme Stephanie Saenger
Mme Giedre Kavaliauskiene

Fédération mondiale des anesthésiologistes

Dr Daniela Filipescu
Pr Jūratė Šipylaitė

Alliance mondiale contre l'hépatite

M. Charles Gore

Organisation mondiale des médecins de famille

Pr Job Metsemakers
Dr Anna Stavdal

VI. Observateurs

AIDS Healthcare Foundation

Mme Zoya Shabarova
Mme Anna Żakowicz

Centre pour la politique et l'analyse en santé

M. Viorel Soltan
Dr Stela Bivol

EuroHealthNet

Mme Caroline Costongs

Forum européen des soins primaires

Dr Arnoldas Jurgutis

Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes

Mme Valentina Sarkisova
Mme Natalia Serebrennikova
Mme Mervi Jokinen

Forum européen de la santé Gastein

M. Helmut Brand
Mme Dorli Kahr-Gottlieb

Jeunes médecins européens

Dr Martynas Gedminas
Dr Rokas Laurinaitis

Forum des patients européens

Mme Nicola Bedlington

Alliance européenne de santé publique

M. Sascha Marschang

Société européenne de pneumologie

Dr Giovanni Sotgiu

Alliance GAVI

Mme Anuradha Gupta
Mme Colette Selman

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Dr Lasha Gogvadze

Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de la santé

Dr Thor Bern Jensen

Institut des sciences sportives et du sport, Université Friedrich-Alexander à Erlangen-Nuremberg

Dr Alfred Ruetten

Réseau des Régions-santé

Mme Elisabeth Bengtsson

Partenariat sans tabac

Mme Florence Berteletti

Comité permanent des médecins européens

Mme Birgit Beger

Partenariat Halte à la tuberculose

Dr Lucica Ditiu

Coalition TB Europe

Mme Fanny Voitzwinkler

M. Sergey Filippovych

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

M. Mark Dybul

M. Nicolas Cantau

Hôtes et conseillers temporaires

Pr Róza Ádány
Dr Elena Azzolini
Pr Aurelija Blaževičienė
Pr James Buchan
Dr Yves Charpak
Dr Marc Danzon
Pr Vilius Grabauskas
Pr Michel Kazatchkine
Pr Ilona Kickbusch
Dr Mihály Kökény
M. Helge K. Larsen
Pr Jūratė Macijauskienė
M. David McDaid
Pr Martin McKee
Dr Robertas Petkevičius
Pr Walter Ricciardi
Dr Yvonne Robb
Mme Aušra Šačkutė
Pr Walter Sermeus
Dr Jolanta Toliušienė
Pr Tomris Türmen
Pr Jean White

Annexe 4. Allocution de la directrice régionale

Votre Altesse Royale, Madame le directeur général, M. le directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, M. l'envoyé spécial des Nations Unies pour le VIH/sida en Europe orientale et en Asie centrale,

Mesdames et Messieurs les Ministres, Excellences, chers collègues, Mesdames et Messieurs,

Améliorer la santé en Europe, plus durablement, avec plus d'équité, c'est la tâche que nous avons convenu d'effectuer.

L'année écoulée a été difficile. Nous avons lutté contre le virus Ebola ; nous avons vu des enfants mourir de rougeole et de diphtérie ; nous sommes maintenant confrontés à des cas de poliomyélite dans la Région ; et il y a un afflux massif de réfugiés et de migrants, avec de nombreuses personnes qui demandent de l'aide.

Nous avons bien progressé dans de nombreux domaines, mais nous devons faire plus et mieux.

À propos des principaux indicateurs de Santé 2020, comme l'espérance de vie, les Européens vivent plus longtemps et il y a moins de différences entre les pays concernant les résultats sanitaires obtenus : c'est un signe clair du recul des inégalités et de l'efficacité de Santé 2020. Mais l'écart entre les pays ayant la plus courte et la plus longue espérance de vie est toujours de 11 ans.

La Région est en bonne voie de faire baisser la mortalité prématurée, en raison du recul des maladies cardiovasculaires, et les Européens adoptent moins de comportements à risque pour leur santé. Mais les Européens fument et boivent toujours plus que partout ailleurs, et sont aussi parmi les plus obèses.

La plupart des décideurs adoptent des politiques publiques cohérentes et interconnectées, avec une importante composante intersectorielle, et s'appuient sur Santé 2020 pour déterminer la marche à suivre. Entre 2010 et 2013, le pourcentage de pays ayant instauré des politiques sanitaires nationales alignées sur Santé 2020 a presque doublé, passant de 38 % à 70 %. Et j'en suis fier.

Ces progrès démontrent ce que nous pouvons faire si nous sommes déterminés et travaillons ensemble, mais ils montrent également que de nombreuses difficultés nous attendent, ce qui confirme que les orientations stratégiques clés de Santé 2020 restent plus que jamais d'actualité.

Tous les déterminants de la santé – les défis sociaux, économiques, environnementaux et les bouleversements démographiques – influencent à la fois la santé des populations et les systèmes de santé. Les migrations, le vieillissement de la population et la mobilité des personnels de santé ne sont que quelques exemples.

Seuls les gouvernements qui accordent une place de choix à la santé et au bien-être dans leur programme social et économique et leur programme de développement seront en mesure de surmonter ces difficultés. La santé est un choix politique.

Essentiellement, Santé 2020 incite à faire les bons choix politiques pour la santé. Notre rôle principal est de protéger la santé en tant que valeur universelle et d'en faire la promotion en tant qu'objectif social et politique pour les pouvoirs publics et la société dans leur ensemble.

Les arguments économiques en faveur d'un investissement dans la santé sont convaincants. Investir dans la santé génère des résultats d'un bon rapport qualité-prix, ainsi que des retombées positives sur le plan économique, social et environnemental. L'appel à investir dans la santé, lancé par le secteur de la santé à l'adresse des pouvoirs publics, induira ce changement. Nous devons faire passer ce message avec force.

Par exemple, d'après les connaissances actuelles, un investissement dans la santé génésique et la santé de la mère et de l'enfant produit un rendement potentiel de plus de 20 dollars des États-Unis pour chaque dollar dépensé. En ce qui concerne la lutte contre les maladies non transmissibles, l'argument en faveur d'un investissement dans les interventions les plus rentables pour leur prix est tout aussi percutant.

Nous sommes fiers de lancer demain l'étude sur les aspects économiques de la prévention, l'une des études de Santé 2020 préparées par le Bureau régional, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Je voudrais remercier le gouvernement belge, qui héberge l'Observatoire.

Les investissements actuels dans la santé et la santé publique ne sont pas suffisants. Nous devons investir davantage. Il est alarmant de constater que dans 24 pays d'Europe, la part des dépenses publiques consacrées à la santé a reculé entre 2007 et 2011. En dégagant de nouvelles ressources, en améliorant l'efficacité et en accordant une priorité élevée à la santé, tous les pays peuvent trouver des moyens de réunir des fonds suffisants pour la santé.

Mais ils ne peuvent le faire seuls et doivent travailler en partenariat, surtout avec les responsables des politiques sociales et fiscales.

Sans une meilleure santé, le développement est impossible. La lutte contre la pauvreté passe par la santé, qui est un indicateur et un résultat des progrès accomplis sur la voie d'une société viable à long terme.

Nous vivons une année formidable. Dans dix jours, les dirigeants du monde se réuniront au Sommet des Nations-Unies en vue d'adopter l'*Agenda pour le développement durable*, afin de mettre fin à la pauvreté pour 2030. Cet Agenda poursuit des buts universels qui s'appliqueront à toutes les nations, et non pas seulement aux pays en développement.

L'objectif de la santé occupe une place centrale parmi les 17 objectifs de développement durable. Il vise à « assurer les conditions d'une vie en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges ». Il est de plus en plus admis que dans le cadre de ce nouvel objectif de santé, il faut aussi tendre à la mise en place d'une couverture sanitaire universelle au sein de chaque communauté, dans tous les pays du monde.

La formulation de l'objectif de santé est en parfaite conformité avec Santé 2020. Cela a été confirmé lors de la consultation régionale concernant le programme de développement pour l'après-2015, lors de laquelle Santé 2020 a été définie comme le cadre régional de cette nouvelle vision pour la santé.

En se concentrant exclusivement sur le but de la santé, on passerait à côté d'une occasion. Tous les objectifs de développement durable influenceront la santé, car ils portent tous sur les déterminants de cette dernière. L'Agenda 2030 fera le lien entre toutes les dimensions du développement – y compris la santé – et l'environnement, la prospérité et toutes les interventions et politiques nécessaires pour la population.

Nous avons désormais la responsabilité politique historique de tendre à l'intégration de la santé et du bien-être dans chacun des objectifs. Nous avons l'occasion de mettre en pratique les démarches pangouvernementales et pansociétales auxquelles nous avons souscrit par le biais de Santé 2020.

Le nouveau programme de développement devra être transposé dans les plans nationaux de développement, avec la santé comme élément central. Nous nous engageons totalement à vous soutenir pour la mise en œuvre des plans de développement nationaux.

Santé 2020 est essentiel dans ce nouvel environnement politique, et les attentes que nous avons nourries en 2011 deviennent réalité. Tous les États membres ont épousé les principes de Santé 2020 avec un incroyable enthousiasme.

Vous nous montrez que nous pouvons obtenir de réelles améliorations de la situation sanitaire si nous travaillons dans tous les secteurs publics à la fois. L'action intersectorielle revêt une importance capitale pour la cohérence des politiques, et constitue le fondement d'une responsabilisation en matière de santé. C'est pourquoi elle est le thème principal du Comité régional de cette année.

L'action intersectorielle en faveur de la santé requiert un engagement politique. Elle doit se concentrer sur les principales priorités de la santé publique et sur les interventions menées en amont en ciblant les déterminants de la santé et l'équité en santé ; et viser un impact maximal en créant des partenariats dans lesquels tout le monde est gagnant.

Notre Région possède une grande expérience de l'action intersectorielle, par exemple dans le domaine du Règlement sanitaire international, de la résistance aux antimicrobiens et du financement des systèmes de santé (en collaboration avec les ministères des Finances).

Prenons comme exemple concret le processus européen Environnement et santé. Avec ses 26 années d'expérience en matière de travail intersectoriel, il s'agit d'un modèle éprouvé.

Il réunit différents secteurs sur un pied d'égalité, et le Conseil ministériel de l'environnement et de la santé illustre l'importance d'un processus politique bien construit. Le Groupe de travail européen Environnement et santé veille à une responsabilisation et établit un lien solide avec la mise en œuvre à l'échelle nationale.

Avec le généreux soutien du gouvernement allemand, notre bureau de Bonn fournit des bases factuelles et une assistance technique pour relever les défis de la Région en matière d'environnement et de santé.

Nous sommes reconnaissants envers Israël d'avoir accueilli à Haïfa l'évaluation à mi-parcours, qui a été une réussite. Elle a montré clairement la voie à suivre pour parvenir à la Sixième

Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, prévue en 2017. Je vous invite tous à participer activement aux préparatifs.

Santé 2020 donne la priorité aux déterminants sociaux de la santé et à l'éducation sanitaire. Il convient d'accorder une priorité stratégique aux politiques sociales – depuis l'emploi jusqu'à l'éducation, en passant par le logement. Nous en avons discuté lors des réunions de l'Initiative des petits pays, en avril à Paris et en juin en Andorre.

La santé revêt une grande importance dans les processus de la politique étrangère et de la coopération pour le développement. Nous en avons discuté à Berlin en avril et lors du Forum international sur la santé d'Achgabat, en juillet, et nous continuerons à soutenir les États membres l'année prochaine. Nous attendons avec impatience de tirer des enseignements de vos expériences pendant la table ronde ministérielle de demain.

Prendre les commandes des processus intersectoriels requiert une nouvelle mentalité et de nouvelles capacités au sein des ministères de la Santé. Ces processus sont en cours et donnent des résultats positifs. Nous soutenons la mise en place de comités intersectoriels dans les pays. Nous avons élaboré des synthèses sectorielles et thématiques pour contribuer à la structuration de leur programme et à de bons résultats.

Les processus consultatifs européens pour la participation des États membres intéressés aideront à encourager le travail intersectoriel dans toute la Région européenne afin de soutenir sa mise en œuvre nationale. Ces processus permettront le dialogue, l'échange d'expériences et la prise de mesures conjointes par plusieurs pays, institutions ou secteurs. Nous proposons qu'ils mettent initialement l'accent sur les secteurs de l'éducation et de la finance, ainsi que sur le secteur social, pour promouvoir les déterminants sociaux et l'éducation sanitaire.

Nous avons travaillé intensivement – et avec succès – à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques sanitaires nationales harmonisées avec Santé 2020. Les réseaux sont devenus une plate-forme plus puissante pour l'échange d'expériences pratiques de mise en œuvre de Santé 2020 dans les pays.

Par exemple, les pays du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est s'engagent à mener des interventions intergouvernementales et intersectorielles, et ont convenu d'accélérer encore la mise en œuvre de Santé 2020, ce qui est conforme à leur Stratégie 2020 pour l'Europe du Sud-Est.

L'Initiative des petits pays est un autre réseau efficace. Inspirés par Santé 2020, ses membres sont déterminés à aligner leur politique nationale de santé et à mettre en œuvre la vision de Santé 2020, comme l'ont montré le manifeste de Saint-Marin et la déclaration d'Andorre.

J'ai eu l'honneur de me voir décerner par Saint-Marin l'*Ordre de sainte Agathe* le mois dernier pour avoir amélioré la situation sanitaire à Saint-Marin et dans toute la Région. Cette distinction constitue clairement une marque de reconnaissance de la valeur de Santé 2020 et du travail de l'OMS.

Le leadership local en matière d'action intersectorielle est très important et peut être innovateur. Les réseaux des Villes-santé et des Régions-santé soutiennent la mise en œuvre de Santé 2020 au niveau sous-national et l'échange de bonnes pratiques. Nous y reviendrons plus en détail demain.

Merci au gouvernement italien de soutenir notre bureau de Venise pour l'investissement en faveur de la santé et du développement, qui contribue à notre travail dans ce domaine important.

Abordons maintenant les maladies transmissibles. Bien que la Région ait fait beaucoup de progrès, ces maladies continuent de défier la santé publique en Europe.

Des progrès majeurs ont été accomplis au cours de ces cinq dernières années dans le domaine de la lutte contre la tuberculose. Plus de 1 million de patients ont été guéris, quelque 200 000 cas de tuberculose multirésistante ont été évités et plus de 2,6 millions de vies ont été sauvées.

L'incidence de la tuberculose a chuté de 6 % par an ces cinq dernières années. Il s'agit du recul le plus rapide de toutes les régions de l'OMS. Tous les patients chez lesquels une tuberculose multirésistante a été détectée ont bénéficié d'un traitement, contre seulement 63 % en 2011.

Cela a été rendu possible grâce à des interventions de grande envergure et à des initiatives menées en partenariat, avec votre leadership et votre engagement. Vous avez réaffirmé votre engagement en mars, dans la Déclaration de Riga, lors de la première Conférence du Partenariat oriental. Merci à la présidence lettone de l'Union européenne (UE) pour son leadership.

Pourtant, c'est insuffisant si l'on veut mettre fin à l'épidémie de tuberculose pour 2035 et éliminer cette maladie pour 2050. Grâce au projet de plan d'action européen contre la tuberculose, nous estimons que plus de 1,4 million de patients seront guéris, que 1,7 million de nouveaux cas seront évités et que plus de 3 millions de vies et 48 milliards de dollars des États-Unis seront économisés. Ce projet sera présenté mercredi et je vous exhorte à maintenir votre engagement, pour que notre rêve d'éliminer la tuberculose de notre vivant devienne une réalité.

Malheureusement, nous ne progressons pas aussi bien dans la lutte contre le VIH. L'année 2014, avec ses 136 000 nouvelles infections, est celle où le nombre de nouveaux cas de VIH a été le plus élevé, puisque cela représente une augmentation hallucinante de 80 % depuis 2004.

Depuis 2010, j'ai souvent attiré votre attention sur cette situation alarmante, en exhortant à intervenir de manière concertée. Les bases factuelles existent ; nous savons ce qui fonctionne. Seules des mesures audacieuses en vue de la mise en œuvre des politiques fondées sur des bases factuelles nous mettront sur la voie d'une élimination de cette épidémie pour 2030.

L'hépatite virale est un problème sans réponse dans toute la Région. On estime que treize millions de personnes vivent avec l'hépatite B chronique et 15 millions de personnes avec l'hépatite C chronique. Chaque jour, l'hépatite virale entraîne 400 décès.

Quoique des traitements soient désormais disponibles pour l'hépatite B et C, l'accès et le prix continuent à poser des difficultés à la plupart des pays. Nous devons adopter une approche globale pour lutter contre ce tueur silencieux, en utilisant les outils disponibles et en mettant l'accent sur la prévention.

J'attends avec impatience vos idées afin de définir comment le Bureau régional peut vous aider à triompher de ces menaces pour la santé publique. Nous discuterons de la Stratégie mondiale du secteur de la santé jeudi.

Nous sommes très proches d'un exploit historique : l'élimination du paludisme pour la fin 2015. Aujourd'hui, la Région ne compte aucun cas de paludisme contracté localement. Permettez-moi

de vous féliciter tous pour votre engagement et votre dévouement, en partenariat avec tous les acteurs concernés.

Les succès sont énormes, mais la situation est précaire, et nous devons rester vigilants. Je vous demande à tous de maintenir un engagement politique aussi ferme que possible. Ce sera l'objet d'une consultation de haut niveau qui aura lieu en février de l'année prochaine au Turkménistan.

Les maladies évitables par la vaccination restent un fardeau pour notre Région. La perte d'un enfant à cause de la diphtérie, les décès d'enfants dus aux complications de la rougeole, en plus des milliers de cas de cette maladie, sont autant de rappels solennels que notre tâche n'est pas terminée. Il n'est pas possible d'accepter le statu quo.

Il n'est pas de rappel plus impérieux de la nécessité de faire preuve de vigilance que le retour de la poliomyélite. Le fait que deux cas aient été signalés en Ukraine le 28 août est alarmant, surtout en raison des vastes poches de populations sensibles qui pourraient être exposées à cette maladie invalidante, mortelle.

Nous avons immédiatement déployé une équipe d'intervention rapide pour commencer à enquêter sur ces cas et à évaluer les risques. Nous aidons le ministère de la Santé à organiser trois campagnes nationales de vaccination supplémentaires. La première de ces campagnes débutera cette semaine.

Je félicite les autorités ukrainiennes qui se sont attachées à prendre toutes les mesures nécessaires pour une réaction rapide. Je remercie également, pour leur soutien, nos partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Il est impératif que l'Ukraine et tous les pays d'Europe continuent à limiter les risques posés par la poliomyélite en maintenant une couverture vaccinale élevée et une haute surveillance.

En adoptant le Plan d'action européen pour les vaccins, vous vous êtes engagés à éliminer la rougeole et la rubéole pour 2015. Alors que de nombreux pays sont en passe d'y réussir pour la fin de cette année, l'objectif régional reste hors de notre portée faute d'un engagement politique ferme dans certains pays. Il faut que vous, les dirigeants, respectiez vos engagements d'éliminer la rougeole et la rubéole.

Les projets menés pour promouvoir la vaccination lors du dixième anniversaire de la Semaine européenne de la vaccination, célébrée dans toute la Région en avril, sont parmi les plus interactifs que nous ayons vus jusqu'ici, et les plus prestigieux.

J'ai eu l'honneur de visiter le Tadjikistan avec Son Altesse Royale la Princesse héritière de Danemark en octobre, afin de plaider pour une meilleure vaccination et un investissement accru dans les services de santé maternelle et infantile.

Dans le domaine des maladies non transmissibles, nous continuons à constater des progrès significatifs concernant la mise en application du plan d'action pour la prévention et le contrôle de ces maladies.

Nous continuons de constater une baisse de la mortalité par maladies cardiovasculaires dans presque tous les pays. Le recul des facteurs de risque comportementaux, dont le tabagisme, et

des facteurs de risque biologiques, comme l'hypertension artérielle et le cholestérol sérique élevé, contribue à cette baisse.

La consommation globale d'alcool baisse d'environ 2 % par an, et le tabagisme continue de diminuer chez les adultes. Néanmoins, notre Région reste celle qui enregistre le pourcentage total le plus élevé de tabagisme chez les adultes.

Je suis fière que nos pays emmènent le mouvement à l'échelle mondiale, en introduisant l'emballage neutre pour les produits du tabac. La France, l'Irlande et le Royaume-Uni ont été des pionniers, et plusieurs autres pays ont annoncé leur intention de les suivre. Félicitations, pour dix années d'action, à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Depuis mon dernier rapport, quatre nouveaux pays de notre Région sont devenus parties au protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Je les félicite et invite d'autres pays à les rejoindre.

Mercredi, nous discuterons de la feuille de route proposée pour la lutte antitabac et fixerons l'objectif ambitieux d'une mise en œuvre intégrale de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Nous sommes reconnaissants au Turkménistan pour son engagement à soutenir la mise en œuvre de cette feuille de route dans les prochaines années.

Nous allons également discuter de la stratégie sur l'activité physique pour la Région, un complément au plan d'action sur l'alimentation et la nutrition adopté l'année dernière. Depuis lors, nous sommes notamment parvenus à atteindre le chiffre de 30 pays participant à l'Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile.

Certains États membres m'ont contactée pour exprimer leur préoccupation au sujet du délaissement et de la maltraitance des adultes ayant une déficience intellectuelle et vivant en établissement spécialisé. C'est un problème qui requiert une intervention intersectorielle, et que notre Région ne peut ignorer. J'ai entrepris une étude et ferai rapport, en présentant la voie à suivre.

Il existe beaucoup de données probantes indiquant que l'amélioration des soins médicaux est l'un des facteurs qui contribuent le plus au recul de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies cardiovasculaires. Nous allons examiner de nouvelles bases factuelles sur ce thème lors d'une conférence internationale qui aura lieu à Saint-Pétersbourg en novembre.

Je plaide spécialement pour que l'Europe accorde plus d'attention à la gestion des maladies non transmissibles, tout en reconsidérant ses programmes de détection et de dépistage précoces. Nous avons mis au point un programme de 15 interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles, mis en œuvre dans 23 pays. Toutes celles-ci sont des éléments fondamentaux de ce programme.

Cette année, notre capacité à opposer une riposte aux maladies non transmissibles s'est accrue avec l'ouverture, à Moscou, du nouveau bureau géographiquement dispersé (GDO) pour les maladies non transmissibles. Nous sommes reconnaissants à la Fédération de Russie pour son aide.

Pour l'élaboration de leurs politiques nationales ou l'amélioration de la collaboration entre secteurs, de nombreux pays adoptent la démarche portant sur toute la durée de vie, qui est une orientation stratégique clé de Santé 2020.

La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020, qui se tiendra à Minsk en octobre, sera le premier événement qui fera le lien entre les objectifs de développement durable et Santé 2020, et qui se concentrera sur la santé maternelle et infantile, ainsi que sur la santé et les droits génésiques. J'aimerais remercier le Bélarus qui accueille cette importante conférence.

Nous progressons dans l'amélioration de la situation sanitaire des femmes, mais il subsiste d'énormes écarts entre les pays et au sein d'un même pays. Dans beaucoup de pays, l'usage de méthodes de contraception modernes et efficaces est peu répandu, à un point alarmant. Certains pays ont les taux d'avortement les plus élevés au monde.

Des soins périnataux efficaces ont entraîné le recul du phénomène le plus fatal pour les mères – les hémorragies graves du post-partum. L'heure est venue, à présent, de nous concentrer sur les problèmes médicaux préexistants, tels que le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires et les troubles mentaux, qui sont aggravés par la grossesse.

Il convient d'en faire plus dans le domaine de la santé et des droits sexuels et génésiques, un domaine sur lequel nous projetons d'attirer votre attention à l'avenir. Lors de la réunion d'information technique d'aujourd'hui, nous exposerons les grandes lignes du rapport sur la santé de la femme en Europe, qui sera publié en 2016.

Notre travail en matière de renforcement des systèmes de santé et des capacités de la santé publique vise à améliorer équitablement les résultats obtenus dans le domaine de la santé, en veillant à la protection financière, à la réactivité et à l'efficacité.

La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, a donné une orientation à ce travail, et nous présenterons le rapport final sur sa mise en œuvre mercredi. Ce rapport a été directement intégré dans la nouvelle vision pour le renforcement des systèmes de santé pour les cinq prochaines années.

La priorité stratégique de notre nouveau projet est de transformer les services de santé pour répondre aux besoins du XXI^e siècle. Cette nouvelle vision est à l'écoute de *la voix de la population*. Elle proposera aux dirigeants de la santé une démarche inclusive tenant compte des commentaires et suggestions des citoyens pour l'organisation de systèmes de santé qui répondent mieux à leurs besoins.

La prestation coordonnée et intégrée de services de santé visant des soins centrés sur la personne est la voie à suivre. Nous avons intensifié nos efforts et préparons un cadre orienté sur l'action, qui sera présenté au Comité régional l'année prochaine.

En allant plus loin avec la nouvelle vision de la Déclaration d'Alma-Ata et l'intégration des fonctions essentielles de santé publique, nous aidons les pays à repenser leur manière de fournir des soins de santé primaires, en mettant l'accent sur la qualité.

L'inauguration du GDO sur les soins de santé primaires à Almaty, en février, a permis d'élargir nos capacités. Merci au gouvernement du Kazakhstan pour son soutien.

Selon les estimations du rapport sur la santé dans le monde, 19 millions de personnes ont été confrontées à des paiements catastrophiques dans la Région en 2010, et 7 millions ont dû faire face à des dépenses qui les ont appauvris. La couverture sanitaire universelle est essentielle pour remédier à cette problématique. Nous nous attachons à mettre à jour ces estimations, et nous apportons plus rapidement un soutien aux pays.

Les cours de formation annuels dispensés par le bureau de Barcelone ont remporté un succès qui ne s'est jamais démenti. En 2015, de nombreux hauts fonctionnaires de 33 États membres ont profité de l'un de ces deux cours. Permettez-moi de remercier le gouvernement espagnol pour son soutien sans faille à notre bureau de Barcelone pour le renforcement des systèmes de santé.

Nous tentons de lever les obstacles présents dans les systèmes de santé pour certaines maladies et affections, dont les maladies transmissibles et non transmissibles. Nous transposons ensuite cela dans des décisions et mesures stratégiques. Nous élargissons désormais notre rayon d'action pour inclure les systèmes de santé durables sur le plan environnemental.

Nos investissements collectifs dans l'information sanitaire, les bases factuelles et la recherche, en tant que fondements de l'élaboration des politiques, sont payants. Depuis son lancement en 2012, l'Initiative européenne d'information sanitaire est le projet regroupant toutes les activités relatives à l'information sanitaire, et je vous encourage à vous y joindre. Permettez-moi maintenant de braquer les projecteurs sur certaines des grandes réalisations accomplies dans le cadre de cette Initiative.

Nous avons poursuivi nos travaux sur l'élaboration d'informations relatives à la santé et au bien-être, en mettant l'accent sur les indicateurs. Cette année, nous avons examiné de nouvelles bases factuelles sur les déterminants culturels, ce qui nous aidera à examiner l'impact de la culture sur la santé et le bien-être dans une Région européenne aux diverses facettes.

Nous avons fourni un large éventail de ressources d'information et d'analyse, dont le nouveau portail Web d'information sanitaire. Celui-ci est largement utilisé par les décideurs, et permettra bientôt l'analyse simultanée d'indicateurs dans toutes les bases de données.

Outre les outils pour des stratégies d'information sanitaire et des stratégies nationales de cybersanté, nous avons soutenu activement la conférence sur la cybersanté qui s'est tenue à Riga durant la Semaine de la cybersanté, en mai.

Nous avons lancé une nouvelle revue bilingue, *Public Health Panorama* [Panorama de la santé publique], afin de braquer les projecteurs sur les exemples de réussite dans les pays. Nous publions le deuxième numéro, avec un dossier spécial sur les politiques intersectorielles, lors de ce Comité régional.

L'annuelle Université d'automne sur l'information et les bases factuelles en santé pour l'élaboration de politiques, accueillie par la Pologne en octobre 2014, a été un succès. Comme vous l'aviez demandé, nous avons organisé un atelier de perfectionnement sur l'information sanitaire et l'évaluation de données à Moscou, en juillet 2015, pour assurer une formation plus approfondie.

Le Réseau d'information sanitaire des républiques d'Asie centrale (CARINFONET) est une plate-forme pour l'amélioration des systèmes d'information sanitaire. Le Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles (EVIPNet) européen vise à renforcer les capacités des pays. Nous en discuterons lors de la séance d'information technique de mercredi, lors de laquelle nous présenterons une feuille de route accélérée pour des politiques inspirées de bases factuelles.

Le Réseau des bases factuelles en santé (HEN) propose des synthèses des meilleures bases factuelles disponibles pour les décideurs. Nous avons publié deux rapports l'année dernière ; lors du déjeuner ministériel de tout à l'heure, nous en présenterons trois autres, sur la migration et la santé.

La récente flambée épidémique de fièvre à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a démontré que la communauté internationale n'est pas suffisamment préparée à faire face à d'importants risques sanitaires. Notre contribution aux efforts de lutte s'est traduite par le déploiement de 25 membres de notre personnel dans le cadre de 36 missions. Nous sommes reconnaissants à tous nos partenaires et à tous nos États membres pour le soutien qu'ils ont apporté aux interventions mises en œuvre.

Il s'agit là d'un changement décisif. Nous devons en effet nous assurer que le monde est bien préparé pour détecter efficacement toute situation d'urgence aux conséquences sanitaires et mener les interventions qui s'imposent, partout et chaque fois qu'un tel événement se produit.

Nous nous engageons totalement à prendre toutes les mesures nécessaires. La déclaration publiée en mars par le directeur général et les six directeurs régionaux ne laisse planer aucun doute à ce sujet. Nous allons de l'avant dans les six domaines d'activité évoqués par le directeur général, et nous examinerons les progrès accomplis à cet égard ainsi que les prochaines étapes plus tard dans la journée.

Au Bureau régional, la préparation aux situations d'urgence humanitaire et de santé publique s'effectue selon une approche intégrée, générique, multisectorielle et tous risques. La communication sur les risques fait d'ailleurs partie intégrante de ce processus.

En 2010, j'ai fusionné trois domaines d'activité, à savoir l'alerte et l'action en cas d'épidémie, le Règlement sanitaire international (RSI) et la préparation des pays en cas d'urgence, dans le cadre d'une structure de commandement et de contrôle transparente. Nous examinons en permanence les signes et manifestations de menaces à la santé publique. Nous avons révisé nos procédures d'urgence, et le centre des opérations d'urgence du Bureau régional sert aussi de centre régional.

Le respect des obligations du RSI est déterminant pour la sécurité sanitaire nationale et mondiale. De nombreux États membres ont indiqué que l'auto-évaluation des principales capacités de base devait s'accompagner d'une évaluation indépendante. Vos commentaires et suggestions concernant le projet d'approche mondiale pour le suivi et l'évaluation du RSI revêtent une importance capitale, et j'attends avec impatience le débat organisé ce jeudi à ce sujet.

« De meilleurs laboratoires pour une meilleure santé » est une nouvelle initiative que nous avons lancée pour améliorer la capacité des laboratoires à détecter les maladies et les flambées épidémiques, et d'y riposter. Il s'agit là d'une composante majeure des capacités de base du RSI,

et j'invite les États membres et toutes les parties prenantes à participer à cette initiative afin de la mener à bien.

Nous signerons sous peu l'accord de siège avec le gouvernement turc afin d'implanter un bureau géographiquement dispersé (GDO) à Istanbul pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire, et renforcer ainsi les capacités régionales et mondiales dans ce domaine.

Abordons maintenant la migration et la santé, un dossier prioritaire dans l'ensemble de la Région. La situation devient plus difficile, avec l'afflux croissant de réfugiés et de migrants dans de nombreux pays européens. Des mesures doivent être prises d'urgence pour répondre à leurs besoins en matière de santé.

J'ai publié une déclaration sur notre site Web, mettant en exergue les incidences sur la santé publique, qui sont autant de défis pour les réfugiés que pour les pays d'accueil. Le lien fréquemment établi entre migration et importation de maladies infectieuses n'a aucune raison d'être. Les pays doivent mettre en œuvre des politiques qui permettent aux migrants d'accéder à tout un ensemble de services de santé, notamment dans le domaine de la prévention et des soins. La population des pays d'accueil en profiteront également.

Nous avons continué à répondre à une demande croissante à cet égard, et à apporter notre soutien aux pays concernés. Nous avons livré des kits d'urgence afin de répondre aux besoins des réfugiés et des migrants en matière de santé. Nous avons mené de nouvelles études et collecté de nouvelles données factuelles afin d'aider les décideurs à élaborer des politiques sur la santé des migrants.

Je tiens à remercier le gouvernement italien pour son soutien dans ce domaine. Le déjeuner ministériel organisé aujourd'hui est consacré à la migration, et nous attendons avec impatience vos conseils et recommandations afin de faire avancer les initiatives sur ce dossier important.

Le conflit en République arabe syrienne a provoqué l'afflux de 2 millions de réfugiés en Turquie. Nous collaborons actuellement avec le gouvernement turc, qui gère les interventions menées face à cet afflux de réfugiés avec une efficacité remarquable.

Nous sommes le chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé dans l'aide apportée aux réfugiés syriens en Turquie. Nous contribuons à « l'approche pansyrienne » suite à la résolution 2165 (2014) du Conseil de sécurité des Nations Unies, en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale.

En réponse à la crise humanitaire sévissant en Ukraine et touchant plus de 5 millions de personnes, nous dirigeons le groupe de responsabilité sectorielle Santé et nutrition afin de coordonner les interventions ciblant les personnes déplacées ainsi que les communautés affectées. Les équipes de l'OMS dans les bureaux locaux des Nations Unies facilitent la livraison des kits médicaux, des fournitures et des médicaments permettant de traiter des centaines de milliers de personnes.

Le réseau d'unités mobiles de soins primaires d'urgence et de spécialistes de l'impact sanitaire joue un rôle crucial dans l'évaluation des menaces sanitaires et la prestation de services de santé dans les zones difficiles d'accès.

En ce qui concerne nos activités sur la résistance aux antimicrobiens, cette année a été passionnante. Un plan d'action mondial a d'ailleurs été adopté dans ce domaine. L'Europe montre la voie. Près de la moitié de nos États membres disposent d'un mécanisme de coordination intersectorielle et d'un plan d'action national.

Le réseau de Surveillance de la résistance aux antimicrobiens en Asie centrale et en Europe orientale (CAESAR), qui comprend maintenant environ 250 laboratoires, complète les données de surveillance de l'UE. Je suis heureuse de vous informer que le réseau CAESAR a publié son premier rapport le mois dernier.

Le réseau AMC nous permet de surveiller la consommation des antimicrobiens dans 17 pays non membres de l'UE, en fournissant des éléments de preuve provenant de 45 pays.

S'appuyant sur le succès de la Journée européenne d'information sur les antibiotiques, nous préparons actuellement une campagne mondiale pour lancer la Semaine mondiale d'information sur les antibiotiques en novembre. Cette année, nous espérons que l'ensemble des 53 États membres participeront à cet événement.

Nous effectuons tout ce travail avec vous, les États membres, et avec nos partenaires pour atteindre notre objectif : une meilleure santé pour tous à des fins d'équité et de durabilité.

Nous avons collaboré avec tous les États membres, en adaptant notre aide à leurs priorités, à leurs besoins et à leur contexte. Nous disposons désormais d'un réseau entièrement fonctionnel d'homologues nationaux, qui simplifie l'ensemble de la correspondance et améliore le flux de connaissances et d'informations.

J'ai eu le privilège de me rendre dans de nombreux pays et de m'entretenir avec des chefs d'État, des premiers ministres et des ministres afin de sensibiliser à la santé et de promouvoir le travail intersectoriel.

Avec le directeur général, j'ai eu l'honneur de recevoir le prix de l'État du Turkménistan de S. E. le Président du Turkménistan, au nom de l'OMS, en reconnaissance de notre collaboration au cours de ces deux dernières décennies. Au nom de l'Organisation, j'ai également eu l'honneur de recevoir la Médaille d'or du ministre portugais de la Santé qui récompense les éminents services que nous avons rendus lors de l'élaboration de la politique multisectorielle de la santé au Portugal.

Nous avons accueilli des ministres et des hautes délégations au Bureau régional, et avons permis aux États membres de mieux se faire entendre grâce à l'initiative des « country days », ou journées consacrées à un pays particulier. Elles se sont avérées utiles à la définition des priorités de notre collaboration.

Pour que le Bureau régional soit une organisation robuste, fondée sur des bases factuelles, pertinente pour l'ensemble de la Région, nous avons continué à renforcer les capacités techniques. Nous avons conféré davantage de pouvoirs et de responsabilités aux bureaux de pays. Je remercie tous les membres de mon personnel pour leur dévouement et leur travail acharné.

Nous investissons dans les partenariats afin d'accroître la cohérence des politiques, d'améliorer la santé dans notre Région et de mieux servir les États membres. Je suis ravie que bon nombre de nos partenaires, y compris des organisations de la société civile, soient présentes ici avec nous.

Cette année, la séance sur les partenariats, avec la participation du Fonds mondial et l'Alliance GAVI, mettra l'accent sur les opportunités et les défis liés à la transition réussie d'un financement international à un financement national.

Dans l'optique de « l'Unité d'action » des Nations Unies, permettez-moi de souligner un élément important de nos activités à cet égard. Nous coordonnons un groupe thématique régional des Nations Unies sur les maladies non transmissibles et les déterminants sociaux de la santé, en vue d'appuyer la mise en œuvre de la déclaration politique des Nations Unies sur la maîtrise des maladies non transmissibles ainsi que de Santé 2020. Nous sommes heureux de l'importance accordée à la santé et à la lutte contre les maladies non transmissibles dans les nouveaux Plans-cadres des Nations Unies pour le développement (UNDAF), et nous attendons avec impatience leur mise en œuvre conjointe.

La réforme de l'OMS reste une priorité. Plus tard dans la journée, nous examinerons les initiatives en cours en matière de réforme de la gouvernance, et évoquerons également les efforts que nous menons afin de renforcer la responsabilisation et la transparence du Bureau régional. Permettez-moi ici de souligner deux points.

Nous poursuivons la période biennale sur une base financière solide, avec davantage de fonds flexibles faisant désormais l'objet d'une répartition stratégique. Je tiens d'ailleurs à remercier les États membres et le directeur général sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

L'adoption par l'Assemblée mondiale de la santé du budget programme pour 2016-17, majoré de 8 %, a été un moment historique, démontrant ainsi la confiance des États membres.

Le plan d'exécution régional du budget programme 2016-17, présenté ce jeudi, sera le principal instrument de responsabilisation au niveau institutionnel dans la Région, et fera office de contrat entre vous et moi.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Nous assumons une importante responsabilité à l'égard de la santé et du bien-être de nos populations. La semaine prochaine, nous approuverons le programme de développement durable d'ici 2030. Assurons-nous que nous sommes prêts, et que nous n'oublions personne.

Merci de votre attention.

Annexe 5. Allocution du directeur général

Monsieur le Président, Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres, Mesdames et Messieurs les délégués, ma chère collègue Zsuzsanna Jakab, Mesdames et Messieurs,

Je tiens tout d'abord à remercier le gouvernement lituanien de bien vouloir accueillir la soixante-cinquième session du Comité régional.

Le monde a profondément changé depuis qu'au début du siècle, les objectifs du Millénaire pour le développement sont devenus la priorité des efforts internationaux visant à réduire la misère humaine.

On pensait alors que celle-ci était due à un ensemble bien délimité de grandes causes comme la pauvreté, la faim, la mauvaise qualité de l'eau et des moyens d'assainissement, plusieurs maladies infectieuses et le manque de soins essentiels pendant l'enfance, la grossesse et l'accouchement.

Le fruit des efforts déployés sur ces grands axes, l'énergie et les ressources qui y ont été consacrées et les innovations en découlant ont dépassé les rêves les plus fous de bien des gens. Cette action a démontré le pouvoir de la solidarité et a révélé ce qu'il y a de meilleur dans la nature humaine.

Je n'étais personnellement pas très optimiste quant à la possibilité d'atteindre les objectifs 4 et 5, jusqu'au lancement de la stratégie « Chaque femme, chaque enfant », qui a obtenu des résultats spectaculaires. Certains des plus ardents défenseurs de cette stratégie sont présents aujourd'hui.

Je ne vois aucun signe d'affaiblissement de la dynamique d'amélioration de la situation sanitaire portée par les engagements en faveur des OMD. Au contraire, un des meilleurs signes de succès des objectifs liés à la santé est que les États Membres sont en train d'adopter de nouveaux plans d'action et stratégies aux objectifs plus ambitieux encore : arrêter l'épidémie de VIH et de tuberculose, éliminer le paludisme dans de nombreux pays, et mettre un terme aux décès évitables chez les mères, les nouveau-nés et les enfants.

À la fin de ce mois, l'Assemblée générale des Nations Unies devrait avoir arrêté le nouveau programme de développement durable. Il comporte à ce jour 17 objectifs, dont un sur la santé, et 169 cibles. Les facteurs qui déterminent aujourd'hui le bien-être du genre humain et la condition de la planète qui rend possible son existence ne sont plus aussi faciles à cerner qu'auparavant. Ce programme va s'efforcer de remodeler un monde très différent de celui que nous avons connu.

De plus en plus souvent, c'est le pire de la nature humaine qui se donne à voir : terrorisme international, fusillades de masse absurdes, attentats à la bombe sur les marchés et les lieux de culte, réduction en cendres de sites archéologiques inestimables, et conflits armés interminables qui alimentent la plus grave crise de réfugiés depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale.

Votre Directeur régional a fait une déclaration sur les besoins de santé des réfugiés et des migrants. Je rejoins pleinement son point de vue. Je suis convaincue que la question des migrations et de la santé va continuer d'être débattue au sein de l'OMS.

Depuis le début du siècle, de nouvelles menaces pour la santé ont gagné du terrain. Comme les autres problèmes qui obscurcissent les perspectives d'avenir durable de l'humanité, elles sont d'une ampleur et d'une complexité bien plus grande que celles des enjeux qui dominaient le programme d'action sanitaire il y a 15 ans de cela.

Ce sont désormais les maladies non transmissibles chroniques, et non les maladies infectieuses, qui causent le plus de décès dans le monde. Peu de systèmes de santé ont été conçus pour pouvoir prendre en charge les affections chroniques ou incurables. Plus rares encore sont les médecins formés à les prévenir. Et encore moins de gouvernements possèdent les moyens financiers nécessaires pour les traiter.

À titre d'exemple, chaque nouveau médicament anticancéreux approuvé en 2014 par la Food and Drug Administration des États-Unis coûte plus de 120 000 USD par patient et par an. Nombre d'entre eux ne prolongent la vie que de quelques mois.

Le climat change. Les estimations de l'OMS sur la mortalité due à la pollution de l'air, principal risque environnemental dans la Région, ont enfin permis à la santé de se faire une place dans les débats sur les conséquences des changements climatiques.

Partout dans le monde, juillet dernier a été le mois le plus chaud depuis au moins 1880, date des premiers relevés scientifiques. Les milliers de décès qu'ont entraînés cette année les vagues de chaleur en Inde et au Pakistan illustrent également de manière flagrante les effets sanitaires des événements climatiques extrêmes.

En décembre, Paris accueillera la Vingt et Unième Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques. Aux yeux de beaucoup, cette Conférence est la meilleure occasion qui nous sera jamais donnée d'éviter que la prochaine génération hérite d'une planète en ruine.

La médecine perd de plus en plus d'antimicrobiens de base à mesure que la résistance des agents pathogènes se renforce. En Europe aussi, les hôpitaux et les unités de soins intensifs sont confrontés aux superbactéries. La gonorrhée résiste désormais à de multiples classes de médicaments.

Une épidémie de fièvre typhoïde multirésistante se propage actuellement dans plusieurs régions d'Asie et d'Afrique. En Europe comme ailleurs, seule la moitié des cas de tuberculose multirésistante est soignée avec succès.

Je me réjouis du rôle directeur joué par les gouvernements représentés aujourd'hui pour combattre la crise de la résistance aux antimicrobiens, dans l'urgence qui s'impose, en tenant compte de la nécessité d'innover. Par l'intermédiaire de la Commission européenne, la Région agit également face à la nécessité d'instaurer des mesures d'incitation à la recherche développement en vue de remplacer les produits qui ne fonctionnent plus.

Ne sous-estimons pas les défis qui sont devant nous. Il est plus difficile de protéger nos enfants de la commercialisation d'aliments et de boissons nocifs pour la santé que de les mettre à l'abri des maladies évitables par la vaccination. Plus difficile de persuader les pays de réduire les gaz à effet de serre que de creuser des puits ou de construire des latrines. Plus difficile d'obtenir de

l'industrie agroalimentaire qu'elle réduise son usage massif d'antibiotiques que d'inciter les entreprises à donner des médicaments contre la lèpre ou la cécité des rivières.

Tous ces nouveaux efforts se heurtent à l'opposition farouche d'opérateurs économiques puissants et de lobbies qui le sont tout autant. Le pouvoir économique se transforme aisément en pouvoir politique.

Ces nouvelles menaces ne rentrent pas dans le modèle biomédical qui a historiquement guidé l'action de santé publique. Leurs causes profondes se trouvent en dehors du champ généralement couvert par la santé publique.

Elles échappent également au domaine d'action traditionnel des nations souveraines, habituées à gouverner au sein de leur territoire. Dans un monde d'interdépendance radicalement accrue, toutes ces menaces sont transfrontalières.

Mondialisée, la commercialisation de produits nocifs pour la santé ne respecte aucune frontière. Par définition, l'évolution du climat touche toute la planète. Comme le paludisme, la tuberculose et les bactéries porteuses de l'enzyme NDM-1 le montrent de manière saisissante, les agents pathogènes résistants se déplacent facilement à l'échelle internationale.

Un grand nombre de facteurs de risque des MNT découlent des comportements des multinationales. Dans l'intérêt de la prévention, on demande maintenant aux ministères de la santé – sous-financés, comme chacun sait – de modifier ces comportements. Voilà une tâche pour le moins difficile !

Les données de la Banque mondiale montrent qu'en 2011, plus de 60 % des 175 principales entités économiques du monde étaient non des pays, mais des entreprises. Et cette concentration du pouvoir ne cesse de croître.

Cette nouvelle répartition du pouvoir soulève une question absolument décisive pour la santé à l'ère du développement durable : qui gouverne réellement les politiques qui façonnent notre santé ? Les représentants démocratiquement élus agissant dans l'intérêt public ? Les entreprises multinationales agissant dans leur propre intérêt ? Ou s'agit-il d'une situation intermédiaire, dans laquelle les gouvernements élaborent des politiques lourdement influencées par les lobbies industriels ?

Je vous exhorte à continuer de mettre l'accent sur la cohérence des politiques publiques. Les ministres de la santé se fondent sur les données médicales et scientifiques. Mais d'autres voix parlent souvent à l'oreille des ministres des finances et du commerce.

Vous entendez renforcer l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Les pays qui veulent protéger leurs citoyens en augmentant la taille des mises en garde illustrées sur les paquets ou en instaurant un conditionnement neutre subissent les intimidations des fabricants de tabac, qui menacent d'engager des procédures judiciaires dont on sait qu'elles seront longues et coûteuses.

Les mécanismes de règlement des différends entre États et investisseurs sont mis à profit par l'industrie du tabac afin de poursuivre les gouvernements qui ont adopté des lois qui diminuent

ses bénéfiques. L'Australie a déjà dépensé près de 50 millions d'USD pour défendre son droit à mettre en place un conditionnement neutre.

Nous devons suivre tout cela très attentivement. Ce qui est en jeu, ce n'est rien de moins que le droit souverain d'une nation à adopter des lois qui protègent ses citoyens.

Du côté positif, il se pourrait bien que la tolérance du public et de la presse à l'égard du comportement de certaines entreprises ait atteint une limite. Le mois dernier, le New York Times a publié en première page un article relatant comment un géant du secteur des sodas finance des scientifiques afin qu'ils disculpent les boissons sucrées de leur responsabilité dans l'obésité.

Si l'on en croit le Global Energy Balance Network, la cause réelle de l'obésité serait le manque d'exercice physique. Le réseau est financé par le fabricant de sodas.

Ce groupe cite des « données solides » selon lesquelles le secret pour empêcher la prise de poids ne serait pas de réduire les apports caloriques, mais « d'avoir un mode vie actif et d'augmenter sa ration calorique ». Ces « données solides » sont en fait deux études financées par le fabricant de sodas.

Vous allez débattre d'une stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne pour les 10 prochaines années. Comme il est rappelé dans la stratégie, l'exercice physique a de multiples bienfaits qui vont bien au-delà de la prévention du gain de poids.

Il est judicieux de votre part d'ajouter une telle stratégie à votre panoplie d'outils préventifs. Comme celle-ci le constate, dans 47 pays, soit 87 % de la population de la Région, plus de 50 % des adultes sont en surpoids ou obèses et, dans plusieurs de ces pays, ce taux frôle les 70 % de la population adulte.

Mais l'activité physique à elle seule ne sera pas suffisante pour faire reculer l'épidémie d'obésité qui sévit dans cette Région. Comme la Commission de l'OMS sur les moyens de mettre fin à l'obésité de l'enfant l'a constaté en début d'année : « Il ne suffit pas de lutter contre l'environnement obésogène, mais aucune approche ne peut réussir si elle ne s'intéresse pas à cet aspect ».

La Commission a recensé de nombreux facteurs qui contribuent à expliquer pourquoi la prévalence de l'obésité chez l'enfant augmente dans tous les pays. Mais elle a aussi mis en évidence un élément moteur particulièrement insidieux : la commercialisation mondialisée d'aliments et de boissons nocifs pour la santé. De fait, les membres de la Commission ont décrit son impact sur l'obésité de l'enfant comme « sans équivoque ».

Cet exemple soulève une question essentielle. La science peut-elle être achetée pour conférer aux tactiques de l'industrie un vernis de respectabilité, pour fausser les éléments de preuve, induire le public en erreur, et faire taire ses craintes ?

Les recommandations en matière de santé découlent-elles des éléments de preuve à disposition, ou leur contenu peut-il être modelé par le plus offrant ? L'industrie du tabac a sans nul doute utilisé cette tactique avec succès pendant de nombreuses années. Mais j'ose croire que le monde a changé.

Le lancement du « Global Energy Balance Network » a suscité un tollé dans la presse écrite comme sur les réseaux sociaux. Il faudra que le poids de l'opinion publique, parfois même son indignation, soit de notre côté dans le combat que nous menons pour aider chacun à faire les bons choix de mode de vie.

Pour l'OMS, l'Europe a toujours été une région pionnière. Bon nombre des premières pierres que vous avez posées constituent les fondations de la riposte aux nouveaux défis sanitaires de l'ère du développement durable. Comme il est indiqué dans l'un de vos documents : « Aujourd'hui, aucun problème de santé ne saurait être correctement résolu sans une action multisectorielle ».

Vous avez été les premiers à vous intéresser aux maladies liées au mode de vie, les premiers à étudier les moyens de modifier les comportements humains, et les premiers à vous soucier des déterminants sociaux de la santé.

Très tôt, cette Région a reconnu les risques environnementaux comme une cause en amont de la mauvaise santé et a commencé à lutter contre ceux-ci de manière systématique. Avec la Charte historique de Tallinn, les États Membres de la Région européenne ont été les premiers à formuler des arguments économiques convaincants en faveur de l'investissement dans les systèmes de santé.

Cette Région a apporté des expressions telles que « la santé dans toutes les politiques » ou une « approche mobilisant tous les secteurs du gouvernement » au vocabulaire des politiques de santé. Santé 2020 s'inspire de ces avancées. Elles soulignent l'engagement en faveur de l'équité et de la solidarité comme les valeurs déterminantes de la Région.

Et vous avez d'autres atouts. Le premier laboratoire mobile déployé en Guinée au début de la flambée Ebola venait de cette Région. Vos pays ont apporté leur contribution en envoyant des professionnels de la santé, logisticiens, ingénieurs et gestionnaires, des véhicules, motocycles et fournitures, du personnel militaire, et des fonds en quantité importante.

Ce sont les organisations non gouvernementales et les institutions philanthropiques de vos pays qui ont fourni la plus grosse part des soins cliniques, du réconfort et de la compassion apportés aux populations. Les responsables de cette Région ont permis de résoudre le problème de l'évacuation médicale, qui a dissuadé tant de pays d'envoyer des équipes médicales.

Nous ne sommes pas encore venus à bout de l'épidémie mais nous n'en sommes pas loin. Nous sommes désormais dans une phase où nous pouvons traquer les dernières chaînes de transmission et les interrompre. Pour y parvenir, l'OMS a déployé plus de 1 000 membres de son personnel sur 68 sites sur le terrain dans les trois pays. Il s'agit dans la plupart des cas de personnel à court terme recruté en Afrique.

Alors que le rythme de la riposte ralentit et que les faits apparaissent plus clairement, l'image du rôle de chef de file joué par l'OMS au cours de la flambée diffère notablement du récit qui en a été fait dans la plupart des médias. Lors d'un atelier sur Ebola organisé par l'Institute of Medicine des États-Unis d'Amérique au début du mois, l'OMS a été décrite comme un bouc émissaire de choix au cours de la flambée. Il était si facile de blâmer l'Organisation.

Puisque je suis à la tête de cette institution, il me faut exprimer ma position. Cela est d'autant plus important que certains de nos résultats viennent appuyer les réformes en cours dans l'ensemble de l'Organisation pour renforcer le rôle directeur de l'OMS au cours des futures flambées et d'autres situations d'urgence sanitaire.

Au cours de cette flambée déjà, les personnels de toutes les Régions et du Siège de l'OMS chargés des flambées et des crises humanitaires ont travaillé ensemble. Cette collaboration est la démonstration de la faisabilité du nouveau programme unique que j'ai annoncé lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai.

Au niveau de la gestion et de l'administration, la riposte a été lente au départ. Mais nous avons trouvé un moyen de rationaliser les procédures administratives et d'accélérer les choses. Les enseignements tirés dans ce domaine seront utiles pour l'élaboration des procédures accélérées de recrutement et de déploiement dans le cadre du programme, de manière distincte par rapport au reste de l'Organisation.

Avant la flambée en Afrique de l'Ouest, la maladie à virus Ebola était une maladie rare. Tous les intervenants ont eu du mal à trouver des cliniciens et épidémiologistes expérimentés en nombre suffisant. De nombreuses institutions et organisations ont endossé, dans le souci d'apporter leur aide, des rôles qui allaient bien au-delà de leur mission et de leur expérience antérieure. Il a fallu plusieurs mois à celles qui n'avaient aucune expérience de la prise en charge clinique d'Ebola pour devenir opérationnelles.

Aucune procédure internationalement reconnue n'était en place pour coordonner les activités des multiples équipes d'intervention qui ont fini par arriver. Pour limiter en partie le chaos engendré par le manque de coordination de l'aide et son caractère parfois inapproprié, l'OMS a procédé à un inventaire des qualifications et compétences des équipes médicales étrangères et mis au point un registre. À nouveau, celui-ci sera utile au projet de mise en place d'une réserve mondiale de personnels pour l'action sanitaire d'urgence.

À cet égard, je souhaite remercier la Commission européenne pour les discussions que vous avez eues avec l'OMS afin de mettre sur pied un corps d'intervention d'urgence européen. Je travaillerai avec vous, aussi, pour garantir que ce corps d'intervention d'urgence soit intégré à la réserve mondiale de personnels pour l'action sanitaire d'urgence.

L'OMS a utilisé deux réseaux pour déployer 32 laboratoires dans les trois pays touchés et le Nigéria. Avec ces partenaires, nous avons mis au point la logistique du transport d'échantillons nécessaire pour garantir que chaque district, comté et préfecture des trois pays ait accès à des services de laboratoire dans un délai de 24 heures. Au dernier trimestre de 2014, la vitesse et la qualité des tests pratiqués étaient proches de celles des pays riches. Nous voyons là l'équité et la solidarité sous leur meilleur jour.

Nous sommes tout proches d'un vaccin sûr et efficace. À la demande du gouvernement de la Sierra Leone, l'essai clinique du nouveau vaccin par l'OMS, qui se déroule en Guinée, est désormais étendu à ce deuxième pays. Être en mesure de vacciner les contacts les plus proches des cas confirmés nous offre une nouvelle ceinture de protection.

Nous avons préqualifié quatre tests de diagnostic rapide pouvant être réalisés sur le lieu des soins. Nous élaborons actuellement un modèle pour la recherche-développement, avec des

protocoles généraux d'essais cliniques et des dispositions pour une homologation réglementaire accélérée, afin de rendre plus rapide la mise au point de nouveaux produits médicaux lors de la prochaine situation d'urgence.

C'est le soutien et la collaboration sans précédent de multiples partenaires qui ont rendu possibles toutes ces réalisations. Par exemple, l'appui aux laboratoires a impliqué la collaboration de 19 institutions au sein de deux grands réseaux.

Comme tous les autres intervenants, nous avons été lents au départ, mais nous avons rapidement corrigé le tir. Ces modifications ont créé les conditions qui permettront à de multiples intervenants, au niveau national et international, de travailler au maximum de leurs capacités lors des épidémies et pandémies futures.

Il s'agit bien là de leadership.

Je vous remercie.