

Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2008-2009



© WHO



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Comité régional de l'Europe
Soixantième session

Moscou, 13-16 septembre 2010



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Soixantième session**

Moscou, 13-16 septembre 2010

Point 3 de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC60/4
(+EUR/RC60/Conf.Doc./1)
10 mai 2010
101181
ORIGINAL : ANGLAIS

**Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS
dans la Région européenne en 2008-2009**

Sommaire

page

Avant-propos.....	1
Introduction.....	1
Les principaux événements de 2008-2009.....	2
Activités visant à améliorer la santé par le renforcement des systèmes de santé.....	2
La Conférence et la Charte.....	2
Journée mondiale de la santé 2009.....	3
Migration du personnel de santé.....	3
Trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata.....	4
Informations pour renforcer les systèmes de santé.....	4
Santé familiale et communautaire.....	5
La crise financière et économique.....	6
La grippe pandémique H1N1 2009.....	6
Activités dans divers domaines de la santé publique.....	7
Maladies transmissibles.....	7
Semaine européenne de la vaccination.....	7
Rougeole et rubéole.....	8
VIH/sida.....	9
Tuberculose.....	9
Paludisme.....	10
Maladies non transmissibles.....	11
Nouveau bureau pour les maladies non transmissibles.....	11
Santé mentale.....	11
Alcool.....	11
Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé.....	11
Changement climatique.....	12
Prévention des traumatismes et sécurité.....	12
Nutrition.....	13
Les déterminants sociaux de la santé.....	13
Rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé.....	13
La santé en prison.....	14
Collaboration avec les pays.....	14
Azerbaïdjan.....	14
Espagne.....	15
Tadjikistan.....	15
Turkménistan.....	15
Turquie.....	16
Ukraine.....	16
Partenariats.....	16
Réforme des Nations Unies.....	17
Vie interne du Bureau.....	18
Réunions régulières entre le directeur général et les directeurs régionaux.....	18
Développement organisationnel.....	18
Système mondial de gestion.....	19
Politiques relatives aux ressources humaines.....	19
Délégation des responsabilités.....	20

Communication et diffusion des connaissances	21
Organes directeurs	21
Références	22
Annexe. Mise en œuvre du projet de budget programme 2008-2009	27

Avant-propos

La période biennale 2008-2009 a parfaitement illustré les activités et les problèmes de la Région européenne de l'OMS à l'aube de ce nouveau siècle, c'est-à-dire quand a débuté mon mandat. Ce fut une période caractérisée non seulement par des menaces pour la santé publique, mais aussi par des événements majeurs dans son évolution. Le présent rapport n'a pas pour objet de décrire en détail la mise en œuvre des programmes techniques dans la Région. Il se concentre sur certaines des principales interventions menées par le Bureau régional et sur quelques-uns des événements qui ont marqué l'Europe.

La grippe pandémique H1N1 2009 a posé un important défi à l'Organisation dans son ensemble dans la mesure où il s'agissait du premier grand test pour le Règlement sanitaire international (2005) en vigueur depuis la mi-2007. En outre, si la crise financière a posé une grave menace aux systèmes de santé, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a examiné et diffusé des mesures d'intervention qui peuvent aider les États membres de la Région à faire face aux difficultés économiques et à en atténuer l'impact sur la santé des populations.

La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », tenue à Tallinn (Estonie) en juin 2008, a constitué un jalon important pour la santé publique qui a abouti à l'adoption de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Les soins de santé primaires dans le contexte du renforcement des systèmes de santé restent une préoccupation majeure pour la Région européenne de l'OMS. En octobre 2008, une conférence mondiale a été organisée à Almaty, au Kazakhstan, afin de célébrer le trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata. Les préparations en vue de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, organisée à Parme (Italie) en mars 2010, ont commencé tôt, dès 2008. Elles ont aussi revêtu une importance particulière à la lumière des négociations entamées au niveau mondial à l'occasion de la Conférence des Nations Unies sur les changements climatiques (Copenhague, Danemark, décembre 2009), et qui sont d'ailleurs restées inachevées. Lorsque les premières secousses de la récession économique et de la crise financière internationales se sont fait ressentir, le Bureau régional a organisé une réunion en avril 2009 à Oslo, en Norvège, afin d'énoncer des stratégies et des recommandations qui permettront d'en contrecarrer l'impact sanitaire.

Le Bureau régional a continué à accorder la priorité aux activités dans les pays tout en soulignant les avantages conférés par les partenariats et la collaboration dans un monde de plus en plus complexe, sans parler de la nécessité de s'engager dans ce type d'efforts en commun. Par exemple, le Bureau régional a coordonné des interventions visant à répondre aux besoins sanitaires de plus de 100 000 personnes déplacées pour des raisons d'insécurité en 2008, en Ossétie du Sud (pour la majorité des femmes et des enfants).

Le 31 janvier 2010, j'ai confié à mon successeur, Mme Zsuzsanna Jakab, les responsabilités qui m'ont été accordées il y a dix ans. Je tiens à remercier les États membres de leur confiance, de leur aide, et de l'occasion qu'ils m'ont donnée de guider et de soutenir les activités du Bureau dans la Région. Il est évident que le véritable travail a été mené par le personnel dévoué du Bureau régional, sur l'ensemble du continent, qui veille sans relâche à l'amélioration continue de la santé en Europe.

Dr Marc Danzon
Directeur émérite du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Introduction

Au cours de la période biennale 2008-2009, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a orienté ses activités vers l'application de la Stratégie de pays « Adapter les services aux nouveaux besoins ». Celle-ci a été entérinée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 2000 et révisée en 2005, dans le cadre du renforcement des systèmes de santé préconisé dans la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité (adoptée par le Comité régional en 2008).

Le Bureau régional a déployé des efforts particuliers afin d'affiner sa collaboration avec les pays. Dans les États membres ayant conclu des accords de collaboration et dotés d'un bureau de pays de l'OMS, la mise en œuvre des activités planifiées s'est améliorée par rapport à l'exercice biennal précédent et, au terme d'intenses négociations, un certain nombre de priorités très précises ont été retenues pour la prochaine période biennale. Le renforcement des bureaux de pays, notamment par le développement de leurs capacités et de leur pouvoir décisionnel, a été bénéfique à cet égard. Le Bureau régional a également collaboré avec des nations ne disposant pas de bureau de pays, leur permettant d'accéder à des bases factuelles et des informations, et de profiter de l'échange de compétences sur demande ainsi que d'une aide personnalisée.

Au cours de la période biennale, le Bureau régional a continué à développer son partenariat avec plusieurs organisations, tout en cherchant à en tisser de nouveaux, à élaborer des activités spécifiques menées en collaboration, et à procéder à des synergies pour maximaliser l'efficacité et l'efficience. Le Bureau régional a approfondi davantage ses relations avec la Commission européenne (CE), en coopérant étroitement avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et en apportant son soutien aux pays qui assurent la présidence de l'Union européenne (UE). Le Bureau régional a également renforcé sa collaboration avec le Siège et avec les autres Régions de l'OMS, dans un esprit de transparence et de confiance, afin d'évoluer vers une organisation unique capable de fournir des services adaptés à la diversité des besoins de ses États membres. Le Bureau régional a participé au processus de réforme des Nations Unies dans le même esprit.

En outre, les efforts ont été poursuivis afin d'améliorer le mode de fonctionnement du Bureau. Ils ont notamment pris la forme de mesures en vue de renforcer les bureaux de pays et la politique du personnel de l'OMS, ainsi que d'une consultation approfondie avec le Siège et des activités entreprises au sein du Bureau régional afin de l'intégrer au Système de gestion mondiale (GSM, pour *Global Management System*) en janvier 2010. Enfin, on a rationalisé les procédures administratives dans le but de faciliter le soutien aux activités de pays et proposé des formations aux membres du personnel en poste au Bureau régional et dans les pays afin de les préparer à ces changements.

Le présent rapport n'a pas pour objet de décrire en détail la mise en œuvre des programmes techniques dans la Région. Ces informations sont en fait disponibles auprès du secrétariat sur demande. Le rapport porte particulièrement sur les principales interventions et les grands changements menés au Bureau régional au cours de la période biennale. Des exemples d'activités sont dès lors analysés dans cinq domaines : renforcement des systèmes de santé, santé publique, collaboration avec les pays, partenariats et vie interne du Bureau régional. Ce rapport aborde en outre certains aspects techniques afin d'illustrer quelques-unes des principales activités menées eu égard aux priorités mondiales et à des résolutions adoptées par les organes directeurs, ou encore dans le cadre de plans d'action ou de conférences de grande ampleur à l'échelle européenne.

Les principaux événements de 2008-2009

Lors de la période biennale, les principales initiatives du Bureau régional ont porté sur l'amélioration de la santé par le renforcement des systèmes de santé, et ses interventions face à deux menaces émergentes en 2009, à savoir la crise financière mondiale et la grippe pandémique H1N1 2009.

Activités visant à améliorer la santé par le renforcement des systèmes de santé

La Conférence et la Charte

Après un processus préparatoire ayant fait intervenir des experts de 26 États membres et un comité consultatif issu de ministères de la Santé, d'universités et d'organisations partenaires, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a organisé la Conférence ministérielle européenne sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité » à Tallinn, en Estonie, du 25 au 27 juin 2008, accueillie par le gouvernement estonien. Les participants à la Conférence, qui se sont concentrés sur la relation dynamique entre les systèmes de santé, la santé et la prospérité :

- ont analysé comment des systèmes de santé performants contribuent non seulement à la santé, mais aussi à la prospérité et au développement économique (via, par exemple, une main-d'œuvre plus nombreuse, une productivité accrue, l'abaissement du coût de la maladie et la diminution du nombre de personnes cherchant à prendre une retraite anticipée) ;
- ont étudié dans quelles circonstances une bonne gouvernance garantit que la prospérité (le développement économique) amène des améliorations en matière de santé, et vice-versa ;
- ont examiné comment un investissement productif dans les systèmes de santé peut contribuer à la fois au développement économique et au bien-être collectif.

En particulier, les objectifs de la Conférence ministérielle étaient les suivants : obtenir une meilleure compréhension de l'impact des systèmes de santé sur la santé des populations et, donc, sur la croissance économique ; faire l'inventaire des récentes bases factuelles sur des stratégies efficaces pour améliorer la performance des systèmes de santé, vu les contraintes de plus en plus lourdes pour garantir leur durabilité et le principe de solidarité ; et avoir pour temps fort l'adoption d'une charte sur les systèmes de santé qui servira de cadre stratégique pour le renforcement des systèmes de santé dans toute la Région et qui favorisera l'engagement et l'action politiques, tout en reconnaissant la diversité des systèmes de santé et des contextes politiques dans la Région (1).

Plus de 500 participants ont assisté à la Conférence, dont des ministres responsables de la santé, des affaires civiles, ainsi que des finances et des affaires économiques de 52 des 53 États membres de la Région, des experts de renommée internationale spécialisés en systèmes de santé, des observateurs, des représentants d'organismes internationaux ou d'associations de la société civile et des médias. Les participants ont étudié la philosophie sur laquelle repose la notion de système de santé et sa relation dynamique avec la santé et la prospérité. Ils ont évoqué les dossiers techniques liés aux quatre fonctions des systèmes de santé (la prestation de services, le financement, la mise en place du personnel de santé et d'autres ressources ainsi que la direction/*stewardship* et la gouvernance), tenu des débats politiques sur les systèmes de santé, et pris l'engagement politique de donner un prolongement à la Conférence en entérinant la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité (2). Adoptée lors de la session de 2008 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (résolution EUR/RC58/R4) (3) et par tout un ensemble de partenaires de l'OMS représentés à la Conférence (1), la Charte de Tallinn présente des recommandations et un cadre stratégique pour le renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS. Elle met en place une instance qui permet un dialogue sur les politiques, un engagement politique et une action dans une Région empreinte d'une grande diversité. Cette charte souligne l'importance des systèmes de santé en ce qui concerne la production de santé et de prospérité, en accordant une attention particulière à la mesure de la performance pour garantir la responsabilité des pouvoirs

publics et à l'utilisation des bases factuelles spécifiques aux pays pour adapter les politiques. Les outils qui permettront d'y parvenir sont en cours d'élaboration, et leur réalisation comme leur utilisation généralisée constituent les phases actuelles et futures de ce long processus. La Conférence a représenté un tournant dans l'évolution de la santé publique.

Elle a bénéficié d'une couverture médiatique sans précédent, notamment par les principales revues des sciences de la santé (comme le *BMJ* et *The Lancet*), sans compter les centaines d'articles publiés dans les médias estoniens et internationaux. C'était aussi la première fois que le Bureau régional diffusait un événement ministériel sur Internet, attirant ainsi 18 035 visiteurs de 65 pays lors de l'été 2008.

Le Bureau régional a organisé sa première réunion officielle de suivi sur l'application de la Charte de Tallinn en février 2009 (4). Les représentants des pays membres ont conclu que la plupart des pays de la Région avaient d'ailleurs commencé cette phase de mise en œuvre. Ils ont échangé des points de vue sur la manière d'appliquer la Charte dans le nouveau climat économique et mis en exergue un argument important, à savoir que des systèmes de santé bien financés et performants permettent de protéger la santé et de maintenir la justice sociale, et contribuent par conséquent à la reprise économique. Ils ont demandé au Bureau régional d'apporter une aide technique, notamment d'élaborer un ensemble d'indicateurs, un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé, ainsi qu'une plateforme pour partager les données d'expérience dans la mise en œuvre de la Charte et l'amélioration de la performance des systèmes de santé.

Pour sa part, le Bureau régional s'est engagé à continuer d'aider les États membres à mettre en œuvre la Charte. Si les pays vont jouer un rôle pilote dans ce processus, le Bureau régional utilisera un ensemble d'outils et de méthodes afin de faciliter les progrès aux niveaux national et international. En ce qui concerne les mesures prises aux niveaux national et régional, le Bureau régional a accordé une attention particulière à l'évaluation de la performance et au renforcement de la fonction de direction, ou *stewardship*, en mettant en place des activités dans ces domaines au niveau régional et ce, avec l'aide du ministère britannique de la Santé. En même temps, il s'est joint à plusieurs États membres (notamment l'Estonie, la Géorgie, le Kirghizistan, la Lettonie, le Portugal et le Tadjikistan) dans leurs efforts visant à évaluer la performance de leur système de santé et à analyser les effets de certaines réformes. Dans un but similaire, le Bureau régional a encouragé la formation en organisant des séances qui ont permis de réunir plusieurs pays, comme les États baltes et la Pologne.

Journée mondiale de la santé 2009

Lors de la Journée mondiale de la santé organisée le 7 avril, l'OMS a insisté sur l'importance de veiller à ce que les hôpitaux soient mieux conçus et construits, et à ce que les travailleurs de la santé soient bien formés pour répondre aux urgences telles que les tremblements de terre, les inondations et les conflits (5). Cet événement a suscité un grand nombre d'activités dans beaucoup de pays de la Région, y compris un test grandeur réelle en République de Moldova avec des participants de plusieurs secteurs.

Migration du personnel de santé

Encouragé par les États membres, en particulier la Norvège, et la résolution EUR/RC57/R1 du Comité régional, qui prie le Bureau régional de faciliter l'élaboration d'un guide ou de principes déontologiques concernant le recrutement international de personnel sanitaire issu de la Région européenne et d'autres Régions, le Bureau régional a renforcé ses activités aux niveaux européen et mondial. Lors du premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé (Kampala, Ouganda, mars 2008), le directeur régional a prononcé un discours-programme sur l'approche régionale européenne en ce qui concerne l'élaboration de politiques relatives au défi de la migration du personnel de santé. Le Bureau régional a convoqué une table ronde à l'occasion de

laquelle les pays d'origine des migrants et les pays d'accueil ont débattu des options politiques efficaces sur le recrutement éthique et le maintien à leur poste des agents de santé et ce, en vue d'une solidarité mondiale à cet égard (6).

Outre la surveillance de la migration du personnel de santé, l'apport de recommandations aux pays sur certaines interventions spécifiques en matière de migration et la formation d'un groupe régional d'experts techniques sur la question, le Bureau régional a préparé trois synthèses sur les politiques relatives au personnel de santé (avec l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé) à l'occasion de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé (7-9), et organisé une séance satellite durant la Conférence sur les considérations éthiques en matière de migration du personnel de santé (1). La Charte stipule que le recrutement international de travailleurs de la santé devrait obéir à des considérations éthiques et à la solidarité internationale, et être garanti par un code de pratique. Les débats se sont poursuivis lors de la réunion régionale de suivi sur la Charte de Tallinn (4).

En 2009, les efforts se sont concentrés sur les contributions de la Région européenne à la rédaction d'un projet de code de pratique mondial sur le recrutement du personnel de santé (10). De par sa participation au Conseil mondial sur ce sujet, la Région a stimulé et harmonisé l'engagement de toutes les Régions envers ce processus. Le secrétariat de l'OMS a conçu le projet de code afin qu'il alimente les débats en 2008 et ce, à la demande de l'Assemblée mondiale de la santé. En janvier 2009, le Conseil exécutif de l'OMS a proposé que les sessions des Comités régionaux servent à intensifier les consultations régionales avec les États membres sur ce sujet, afin de soumettre leurs réactions au Conseil exécutif. Les débats de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe ont mis en évidence les conséquences de la crise financière mondiale sur les marchés du travail. On a souligné la nécessité d'atténuer les effets négatifs de la migration sur les systèmes de santé dans les pays en développement, et de garantir un accès équitable aux services de soins de santé tout en limitant autant que possible la dépendance vis-à-vis de la migration du personnel sanitaire en provenance d'autres pays (11). Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC59/R4, exhortant les États membres à intensifier leurs efforts en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques, des stratégies et des plans durables en matière de personnel de santé, une composante particulièrement importante du renforcement des systèmes de santé, et à préconiser l'adoption d'un code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé (11). En décembre 2009, le Bureau régional a tenu une consultation ouverte pour les membres européens du Conseil exécutif, les Missions permanentes à l'office des Nations Unies à Genève et les partenaires afin d'obtenir leur avis sur le projet révisé. Dressant le bilan des délibérations, des suggestions et des résolutions des six Comités régionaux, le secrétariat de l'OMS a révisé le projet de code de pratique afin de le présenter au Conseil exécutif en janvier 2010 pour analyse plus approfondie, et de soumettre un projet final à la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé en mai 2010.

Trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata

Les soins de santé primaires dans le cadre du renforcement des systèmes de santé (résolution EB124.R8 du Conseil exécutif) restaient un problème important pour la Région européenne de l'OMS, et le personnel du Bureau régional a aidé à l'organisation d'une conférence mondiale à Almaty (Kazakhstan), en octobre 2008, pour célébrer le trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata. À cette occasion, le directeur général de l'OMS, le docteur Margaret Chan, a lancé le *Rapport sur la santé dans le monde 2008* (12). Ainsi l'OMS a-t-elle pu réaffirmer l'importance vitale des soins de santé primaires pour les systèmes de santé.

Informations pour renforcer les systèmes de santé

Le travail de haute qualité réalisé par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a joué un rôle essentiel dans les efforts du Bureau régional visant à renforcer les systèmes de

santé. L'Observatoire constitue en effet un excellent exemple d'une structure coopérative (le Bureau régional étant l'un de ses partenaires membres), et il a apporté un soutien déterminant à la Conférence de Tallinn. L'Observatoire, par ses publications, son université d'été et son soutien au programme de réformes entrepris dans de nombreux pays (tels que la Belgique, la Lettonie, la Pologne, la République de Moldova et le Royaume-Uni) a très largement permis d'assurer la continuité et les progrès soutenus de l'après-Conférence (13). L'une de ses publications (14) a été primée lors du concours des publications médicales 2009 de la British Medical Association.

Pendant toute la période biennale, le Bureau régional a continué à aider les ministères de la Santé et les gouvernements de la Région européenne de l'OMS à améliorer les processus de collecte, d'analyse et de diffusion des indicateurs sanitaires, et à utiliser de meilleures informations sur la santé publique et la performance des systèmes de santé afin de conduire des réformes efficaces dans un environnement complexe. À titre d'exemple, le *Rapport sur la santé en Europe 2009* (15) examine et évalue les indicateurs et les tendances en matière de santé publique sur les quatre dernières années. Depuis 2005, les gouvernements européens ont adopté une conception du rôle des systèmes de santé centrée sur la lutte contre les problèmes de santé, la promotion de modes de vie sains et la réduction des inégalités sanitaires. Ce rapport montre que la Région européenne connaît de profonds changements aussi bien internes, avec les réformes des systèmes de santé, qu'externes, du fait des crises mondiales, qui suscitent de grandes incertitudes en ce qui concerne les systèmes de santé et les bilans sanitaires.

Ce rapport résume la situation et les tendances observées en matière de santé publique dans la Région européenne, et traite du renforcement des systèmes de santé sur le plan de chacune de leurs fonctions, à savoir la prestation de services, la production de ressources, le financement et le *stewardship*. L'annexe présente certaines des données utilisées dans l'analyse et des conclusions relatives aux défis actuels et futurs que doit et devra relever la Région européenne dans le domaine de la santé. Les bases factuelles portent sur les dossiers suivants : la charge de morbidité, les effets de certains facteurs de risque sur des maladies et problèmes sanitaires spécifiques, certaines interventions de santé publique susceptibles d'améliorer la santé si les facteurs contextuels en faveur d'une mise en œuvre efficace sont pris en compte, et le rôle des systèmes de santé vis-à-vis de la multitude de problèmes sanitaires auxquels est confrontée la Région.

Le Bureau régional a continué d'avoir comme objectif principal d'aider les pays à choisir les investissements dans la santé les mieux adaptés en fonction des connaissances actuelles. Le rapport présente les meilleures données scientifiques disponibles au moment de l'élaboration des politiques, afin de garantir un accès universel à des soins de grande qualité. Il est une ressource utile non seulement aux ministères de la Santé, mais aussi à tous les partenaires, à l'intérieur ou à l'extérieur des gouvernements, qui œuvrent en faveur de la santé.

Santé familiale et communautaire

Le Bureau régional a organisé d'importantes réunions sur la santé familiale et communautaire à Malte en 2008 (à l'intention des points focaux) et au Royaume-Uni en septembre 2009 (sur les politiques et services de santé favorables à la jeunesse). Lors de cette première réunion, les participants ont émis des recommandations sur la manière d'améliorer la santé familiale et communautaire en renforçant les fonctions du système de santé, et de promouvoir les progrès en l'intégrant aux soins de santé primaires à travers les systèmes de santé de la Région européenne de l'OMS. Au Royaume-Uni, plus de 130 participants, représentant 35 États membres et des organisations partenaires, ont échangé des données d'expérience et fait part des enseignements tirés. Ils ont contribué à l'avancement des efforts déployés par les pouvoirs publics afin de permettre à tous les jeunes de jouir de leur droit à la santé et au développement en bonne santé.

La crise financière et économique

À peine a-t-on ressenti, au cours de cette période biennale, les premières secousses de la crise financière et économique mondiale que l'OMS a formé un groupe de travail en vue de mettre régulièrement les États membres au courant des risques sanitaires découlant de la récession pour les systèmes de santé et des interventions envisageables, en particulier par les pays confrontés à la fois à des difficultés économiques et à leur impact sanitaire bien connu. L'OMS a rédigé un document en vue de la Consultation de haut niveau sur la crise financière et économique et la santé mondiale, tenue avant l'ouverture de la session du Conseil exécutif en janvier 2009. Le rapport de la Consultation a été aussi largement diffusé (16).

Dans la Région européenne, le Bureau régional, avec l'aide du gouvernement norvégien, a tenu une réunion sur la santé en période de crise économique mondiale et les implications pour la Région européenne de l'OMS, à Oslo (Norvège), en avril 2009 (17). Les 168 participants représentaient 39 des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS, notamment des ministres, des vice-ministres et des directeurs généraux de la santé. Les participants ont examiné l'impact de la récession économique sur les systèmes de santé, les résultats au niveau de la santé et les déterminants sociaux de la santé dans les pays de la Région. Ils ont abordé les effets potentiels de cette situation sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, les ressources financières et humaines pour la santé et la migration du personnel de santé. Finalement, les participants ont présenté des stratégies afin de contrecarrer les conséquences sanitaires de la crise et émis des recommandations, expliquant que les pays doivent investir dans la santé afin d'améliorer la santé et promouvoir la santé dans toutes les politiques.

La grippe pandémique H1N1 2009

Le virus de la grippe pandémique H1N1 2009 a été dépisté pour la première fois à la fin avril 2009 ; l'OMS a déclaré une pandémie en juin 2009, compte tenu de la propagation géographique du virus et non de la gravité de l'infection.

Le nouveau virus de la grippe A (H1N1) est différent de tous les autres virus de la grippe saisonnière actuels ou antérieurs. En d'autres termes, les populations humaines n'ont aucune immunité naturelle à cette infection. Si la plupart des cas étaient bénins et n'ont exigé aucune hospitalisation, des formes graves et des décès ont été plus fréquemment signalés chez les groupes d'âge plus jeunes (les 24-45 ans et les enfants de moins de 15 ans) que dans les cas de grippe saisonnière normalement observés, cette dernière étant souvent plus mortelle chez les personnes âgées (de plus de 65 ans) et les nourrissons. Malgré le niveau de gravité généralement faible à modéré de la plupart des cas, le système de prestation de soins de santé de beaucoup d'États membres a été soumis à d'importantes contraintes face à la brusque augmentation de la demande de services. L'expérience acquise par la communauté internationale en ce qui concerne cette pandémie, notamment dans l'hémisphère Sud, a démontré que l'obtention de résultats cliniques peu encourageants à cet égard était due à un recours tardif aux services médicaux et à un accès insuffisant à des soins appropriés. En outre, ce virus a parfois provoqué des maladies pulmonaires graves d'évolution rapide qui étaient très difficiles à soigner. L'OMS a recommandé que l'on utilise sans tarder des antiviraux pour le traitement des personnes risquant de contracter une maladie grave ou mortelle liée à l'infection par le virus de la grippe pandémique H1N1 2009, et que l'on en fasse une priorité.

À la fin décembre 2009, la quasi totalité des pays de la Région européenne avaient signalé une intensité élevée ou très élevée d'activité grippale en automne ou au début de l'hiver, en particulier chez les enfants âgés jusqu'à 15 ans, et 2 789 décès ont été rapportés depuis avril 2009 chez des cas confirmés en laboratoire (18). L'activité grippale a cependant culminé avant la fin de l'année. Des campagnes de vaccination ont été menées dans 31 pays. Des huit pays éligibles pour obtenir des vaccins remis en donation à l'OMS, six étaient préparés à en recevoir.

La pandémie a mis pour la première fois à l'épreuve le Règlement sanitaire international (2005) (19) dans une situation d'urgence de santé publique touchant de très nombreux pays. Elle a permis de tirer des enseignements décisifs sur l'importance de la préparation des personnes et des institutions à de telles crises. Parmi les principales mesures prises à l'égard de cette pandémie figuraient un échange d'informations en temps réel et une démarche incluant toutes les parties intéressées. Bon nombre des pays touchés ont souligné l'importance de l'accès universel aux soins de santé et de la nécessité de mettre en place des soins de santé primaires performants.

L'OMS se devait de renforcer et de garantir la surveillance, de déployer des fournitures et de l'équipement de laboratoire ainsi que des médicaments antiviraux là où cela était nécessaire, de fournir des informations précises et de rassurer les populations, tout en les exhortant à suivre les recommandations sanitaires émises, et de préparer la phase initiale de la vaccination. Il s'agissait notamment de déterminer les groupes prioritaires pour recevoir les premières doses de vaccin, y compris les agents de santé, les femmes enceintes, les personnes souffrant de maladies chroniques, notamment de maladies respiratoires. Le Bureau régional a organisé des ateliers en août et en octobre 2009 sur le déploiement du vaccin contre la grippe pandémique H1N1 2009, à l'adresse des responsables de programmes nationaux de vaccination, des logisticiens en chef et des points focaux pour la grippe pandémique de l'ensemble des 53 États membres (18).

Le Bureau régional a collaboré directement avec les États membres, par l'intermédiaire des points focaux nationaux pour le Règlement sanitaire international et du réseau qui a contribué au site Web de surveillance de la grippe, en apportant matériel, fournitures, formation, outils et aide technique aux plans de préparation. Il a collaboré étroitement avec la Direction générale de la CE pour la santé et les consommateurs et l'ECDC. De même, l'OMS était en étroite consultation avec les agences des Nations Unies et autres organisations internationales (dont celles qui sont actives dans le domaine du commerce et des voyages), ainsi qu'avec des fabricants de vaccins, de médicaments et d'équipements de diagnostics et de protection individuelle. Le site Web du Bureau régional a présenté des informations complémentaires et actualisées sur ce dossier (18).

Activités dans divers domaines de la santé publique

Les exemples d'activités menées par le Bureau régional dans le domaine de la santé publique concernaient les maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que les déterminants sociaux de la santé.

Maladies transmissibles

Semaine européenne de la vaccination

La Semaine européenne de la vaccination (20) est une initiative régionale, menée et coordonnée par le Bureau régional et mise en œuvre par les États membres afin de s'attaquer à leurs problèmes. Des organisations partenaires, dont le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Initiative contre la rougeole et l'ECDC, y contribuent aux niveaux régional et national. L'initiative vise à aider les États membres à progresser vers la vaccination universelle. Le Bureau régional a lancé cette campagne en 2005, et six pays s'y sont joints à l'époque.

Plus de la moitié des pays de la Région, soit 32 États membres, ont participé à la troisième Semaine européenne de la vaccination du 21 au 27 avril 2008 (20). Un ensemble particulièrement varié d'activités ont été menées dans la Région, allant de campagnes d'information et de sensibilisation par des concerts, des expositions et des événements musicaux, à la présentation de nouvelles recommandations en matière de vaccination, l'introduction de nouveaux vaccins et/ou

calendriers vaccinaux, et la préparation et la mise en œuvre de campagnes de vaccination supplémentaires. Les pays visaient des pathologies différentes (par exemple, rougeole, diphtérie, rubéole et poliomyélite) et divers groupes de populations (par exemple, professionnels de santé, responsables politiques et autres décideurs clés, parents, enseignants et jeunes adolescents, chefs militaires et religieux, groupes difficiles d'accès tels que les migrants et les minorités). Des activités de sensibilisation et de proximité, notamment des visites à domicile afin de vérifier la situation en matière de vaccination et de préconiser la vaccination, ainsi que des vaccinations proprement dites, ont été également organisées. Des conférences de presse, des interviews et des émissions de télévision et de radio ont permis de mettre largement en valeur cette initiative. À titre d'exemple de coopération interrégionale, la Semaine européenne de la vaccination 2008 a eu lieu en même temps que l'initiative sœur, la Semaine de la vaccination des Amériques, coordonnée par l'Organisation panaméricaine de la santé (PAHO).

À l'occasion de la quatrième Semaine européenne de la vaccination (du 20 au 26 avril 2009), à laquelle ont participé 36 pays, le Bureau régional a utilisé des techniques virales novatrices, basées sur Internet, ainsi que des médias sociaux comme outils de sensibilisation. En effet, un clip vidéo animé a été présenté sur YouTube afin de diffuser le message et d'attirer des internautes vers un site Web d'informations (20). Des sites de réseaux sociaux tels que Facebook, VKontakte et StudiVZ ont été utilisés pour renforcer le message. Visionné par plusieurs milliers de personnes, le film était disponible sur 16 sites de partage de vidéo et plus de 120 sites sociaux, weblogs et forums de discussions. Il est venu s'ajouter au large ensemble d'activités organisées et gérées par chaque pays participant.

Rougeole et rubéole

D'importants progrès ont été accomplis afin de réduire l'incidence de la rougeole dans la Région et d'atteindre la cible d'une couverture de 95 % avec la première dose de vaccin antirougeoleux. Après l'adoption, par les États membres, de l'objectif d'éradiquer la rougeole et la rubéole de la Région européenne de l'OMS en 2010 dans la résolution EUR/RC55/R7 du Comité régional, la plupart d'entre eux ont mis en œuvre des stratégies efficaces. Ces efforts se sont traduits par des niveaux d'incidence historiquement bas, avec moins de 10 cas par million d'habitants de part et d'autre de la Région en 2007-2009, et l'élimination virtuelle de la rougeole dans plusieurs pays.

Pendant la période biennale, le Bureau régional a effectué un suivi continu des indicateurs de surveillance de la rougeole et de la rubéole, émis des recommandations sur la surveillance et présenté un outil d'auto-évaluation de l'élimination aux pays. Il a soutenu la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de campagnes de vaccination supplémentaires en Géorgie, au Tadjikistan et en Ukraine. Cependant, et en raison de manifestations post-vaccinales indésirables suspectées, les campagnes menées en Géorgie et en Ukraine ont été suspendues. Ces campagnes n'ont jamais été reprises malgré les demandes urgentes du Bureau régional et de l'UNICEF.

Malgré une couverture vaccinale généralement élevée dans la Région, il est de plus en plus prouvé que la vaccination perd de son importance et de sa visibilité aux yeux des décideurs et des parents (19). La survenue de flambées épidémiques en Europe occidentale, liée à une couverture vaccinale systématique par endroit insuffisante et au refus des parents face à la vaccination, met en péril la réalisation de l'objectif d'éradication de la rougeole et de la rubéole de la Région d'ici 2010.

Cette situation est dans une large mesure imputable à l'absence même des maladies, grâce justement à la réalisation et au maintien d'une couverture vaccinale systématique élevée contre les maladies évitables par vaccin. L'absence de maladies a aussi encouragé la perception selon laquelle les effets secondaires graves, mais rares, liés à la vaccination posaient un risque encore plus grand que les maladies elles-mêmes. Le Bureau régional a préconisé la vaccination contre la

rougeole et la rubéole par le biais d'initiatives telles que la Semaine européenne de la vaccination (20). Il a fait état de progrès dans ce domaine aux pays dans le cadre d'un bulletin (21).

VIH/sida

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a continué à soutenir une stratégie axée sur les systèmes de santé afin de lutter contre l'épidémie de VIH/sida, conformément à la Déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale qui réclame un accès universel à une prévention, un traitement et des soins efficaces en matière de VIH et ce, de manière équitable et pour un prix abordable. En 2007-2008, le Bureau régional, sous les auspices du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), a mené une étude des progrès réalisés par les pays dans la mise en œuvre de la Déclaration. Plus de 100 experts de l'ensemble de la Région y ont d'ailleurs participé (22).

En 2008, le Bureau régional et l'ECDC ont débuté une collaboration sur la surveillance du VIH dans la Région européenne afin d'assurer la qualité et la ponctualité des données collectées dans l'ensemble des 53 États membres. Ils ont publié ces données (23) qui ont été utilisées pour inspirer et orienter les efforts des pays en vue d'amplifier la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH dans toute la Région. En outre, le Bureau régional, en collaboration avec l'ONUSIDA et l'UNICEF, a continué à procéder au suivi et à faire part des progrès réalisés dans le renforcement de la prévention, du traitement et des soins en matière de VIH dans le secteur de la santé (24).

En Europe de l'Est, l'épidémie de VIH concerne toujours principalement les toxicomanes par voie intraveineuse. En 2008, un guide technique OMS/Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)/ONUSIDA a été rédigé sous les auspices du Bureau régional à l'intention des pays pour que ces derniers fixent des objectifs en vue d'un accès universel des toxicomanes par voie intraveineuse à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH (25). Il devait faciliter l'élaboration de cadres, d'indicateurs et de cibles nationaux afin d'observer les progrès accomplis dans la mise en application d'interventions de lutte contre le VIH à l'adresse de ce groupe.

En 2008-2009, le Bureau régional a apporté une aide technique aux pays ayant introduit une demande de financement auprès du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, notamment en réexaminant les sections sur le traitement et les soins contre le VIH/sida et le renforcement des systèmes de santé, et en émettant des recommandations à ce sujet. Il a aussi poursuivi son assistance technique aux pays par le biais de missions d'évaluation sur place. La plupart des pays d'Europe de l'Est ont élaboré leur protocole clinique national s'inspirant des protocoles de l'OMS pour la Région européenne (26). Le Bureau régional a contribué à ce processus en veillant à la cohérence des recommandations nationales et régionales.

Tuberculose

L'engagement sérieux pris par les États membres et le Bureau régional lors du Forum ministériel européen de l'OMS de 2007 afin de lutter contre la tuberculose a été maintenu et renforcé (27). En décembre 2008, le Bureau régional et des représentants de l'ECDC, de la CE, de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), de la Fondation néerlandaise contre la tuberculose KNCV et de plusieurs États membres ont formulé un plan d'action pour assurer le suivi approprié de la mise en œuvre de la Déclaration de Berlin sur la tuberculose (27). Le Bureau régional a apporté son aide technique aux États membres dans leurs efforts visant à élaborer des politiques et stratégies nationales en matière de lutte antituberculeuse, de réexaminer et de mettre à jour les plans nationaux, de fournir un appui à l'analyse de laboratoire et de mener une lutte contre les infections, de préparer des recommandations, d'élargir le traitement et les soins contre la

tuberculose (également en co-infection avec le VIH), et de renforcer leur capacité de mise en œuvre de la stratégie Halte à la tuberculose (28).

Une attention particulière a été accordée à la tuberculose multirésistante dans les pays particulièrement touchés par ce problème, en particulier les 18 pays hautement prioritaires de la Région. Le Bureau régional a aidé les pays éligibles à obtenir des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, du Comité Feu Vert, du dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments et d'UNITAID.

Le projet visant à amplifier le traitement et les soins contre le VIH/sida et la tuberculose et d'accélérer la prévention dans les systèmes de santé estonien, letton et lituanien a constitué un autre exemple d'intervention par le Bureau régional (15). Son objectif était de réduire la transmission et l'impact du VIH et de la tuberculose, ainsi que la vulnérabilité à ces pathologies, en renforçant les interventions nationales, en développant la collaboration entre les programmes nationaux et en permettant aux systèmes de santé de s'adapter aux défis de combattre le VIH de manière durable. Des groupes de travail nationaux ont été formés pour la tuberculose, le VIH et le renforcement des systèmes de santé, et les politiques nationales de lutte contre le VIH et la tuberculose ont été réexaminées.

Lors de la période biennale 2008-2009, le Bureau régional s'est joint à l'ECDC pour collecter et publier des données sur la tuberculose dans la Région (29). Cette coopération a également porté sur des données relatives au VIH/sida et à la grippe.

Paludisme

Les pays ont réalisé de réels progrès en vue d'éliminer le paludisme de la Région : le nombre de cas notifiés est passé de 90 712 en 1995 à 593 en 2008, grâce à la mise en place d'interventions de lutte intensives (15,30). À cause de transmissions locales, le paludisme était encore observé dans 7 des 53 pays de la Région, à savoir : Azerbaïdjan, Fédération de Russie, Géorgie, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turquie. Depuis 2008, tous les pays touchés par le paludisme sont passés à la phase d'élimination et ont réexaminé leur stratégie nationale pour refléter ces nouvelles réalités. Quand un pays ne signale aucun cas de paludisme acquis localement pendant au moins trois années consécutives, il peut demander à l'OMS de certifier son statut « indemne de paludisme ». L'Arménie et le Turkménistan, où la transmission du paludisme a été interrompue en 2006, avaient déjà entamé le processus de certification d'élimination du paludisme. Le Bureau régional a coopéré étroitement avec eux afin qu'ils soient certifiés indemnes de paludisme.

En 2008, le Bureau régional a collaboré avec le ministère de la Santé et de l'Industrie médicale sur un plan d'éradication du paludisme au Turkménistan pour 2008-2010. Ce pays a ensuite demandé à être certifié indemne de paludisme, et l'Arménie devait faire pareil quelque temps plus tard. En outre, des partenaires externes, en particulier le Fonds mondial, ont accru leur soutien financier aux activités d'élimination du paludisme menées en Azerbaïdjan, en Géorgie, au Kirghizistan, en Ouzbékistan et au Tadjikistan. Les gouvernements de l'Arménie, du Turkménistan et de la Turquie, en collaboration avec le Bureau régional, étaient chargés d'apporter une aide technique et financière à grande échelle afin de réaliser leur programme d'éradication du paludisme. Tous les pays étaient confiants qu'ils pouvaient mettre en œuvre ces programmes comme prévu, arrêter la transmission du paludisme d'ici 2015 et, par conséquent, éliminer la maladie de la Région.

Une éradication réussie contribuerait au renforcement des systèmes de santé nationaux par l'intégration de programmes ciblés portant sur une maladie spécifique dans leurs structures et services existants. Comme plusieurs pays de la Région européenne et de la Région de la Méditerranée orientale ont connu des situations et des problèmes épidémiologiques similaires en ce qui concerne le paludisme, l'OMS a préconisé une coopération transfrontières plus étroite en organisant des réunions internationales, en améliorant le processus de notification des cas de

paludisme dans ces régions, en élaborant des projets conjoints et des cours de formation internationaux, et en organisant des visites des homologues des programmes antipaludiques nationaux et des experts de l'OMS.

Maladies non transmissibles

Nouveau bureau pour les maladies non transmissibles

Pendant la période biennale, le Bureau régional a signé comme prévu un accord avec le gouvernement grec afin d'ouvrir un nouveau bureau géographiquement dispersé à Athènes pour les maladies non transmissibles qui, d'ailleurs, représentent la plus grande part de la charge de morbidité dans la Région européenne. Le bureau d'Athènes ferait partie intégrante de la Division des programmes sanitaires, et permettrait de renforcer les capacités du Bureau régional et de stimuler la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) (31). Le bureau devait être opérationnel à la fin de 2009.

Santé mentale

En octobre 2008, le Bureau régional a lancé un rapport sur la santé mentale en Europe (32) à Londres (Royaume-Uni). Le rapport, publié conjointement avec la CE avec le soutien du ministère britannique de la Santé, présente des nouvelles données sur les politiques et les pratiques de santé mentale dans 42 des 53 pays de la Région européenne. L'ouvrage permet d'établir des comparaisons entre pays sur la base d'indicateurs tels que le nombre de psychiatres, le financement, les services de proximité, la formation du personnel de santé, la prescription d'antidépresseurs et la représentation des patients et des aidants. En outre, le Bureau régional a apporté son soutien à la formation de praticiens dispensant des soins primaires et au développement des services de proximité dans bon nombre de pays de la Région.

Alcool

En janvier 2008, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a commencé à collaborer avec la CE sur un projet visant les cinq grands objectifs suivants :

- mettre à jour le Système européen d'information sur l'alcool (EAIS) et garantir sa compatibilité avec la base de données de la Commission sur l'alcool ;
- déterminer les coûts sociaux et économiques de l'alcool ;
- compiler et diffuser les toutes dernières bases factuelles pour étayer le dialogue politique ;
- émettre des recommandations pour le plan national d'action sanitaire sur l'alcool et sa mise en œuvre ;
- apporter une aide technique en vue d'élaborer des initiatives multisectorielles.

Ce projet a permis la production de deux publications en 2009 (33,34).

Dans le cadre de la réponse de l'OMS à la demande de la Soixante et unième Assemblée mondiale de la santé en vue de formuler une stratégie mondiale en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool, le Bureau régional a organisé, en avril 2009, une consultation régionale à laquelle ont participé des représentants de 45 États membres européens.

Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé

Les préparatifs de la Conférence, tenue à Parme (Italie) en mars 2010 (35), se sont poursuivis pendant toute la période biennale 2008-2009. Le Bureau régional a organisé une série d'événements dans le but de formuler l'ordre du jour de la Conférence, avec le soutien de

l'Allemagne, de l'Andorre, de l'Autriche, de l'Espagne, du Kirghizistan, du Luxembourg, du Monténégro, de la Serbie et du Tadjikistan. Il s'agissait notamment de trois réunions préparatoires de haut niveau, d'une réunion thématique sur les environnements sains (36), de réunions sur les besoins des pays de l'est et du sud-est de la Région, d'un symposium sur la recherche en matière d'environnement et de santé (37), de réunions en vue d'examiner les données scientifiques sur l'influence et les effets des inégalités sociales sur les risques sanitaires liés à l'environnement (38,39), et d'une séance d'information technique sur les préparatifs de la Conférence lors de la session de 2009 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe. En outre, le Bureau régional a préparé à l'appui plusieurs documents et rapports, des documents de travail techniques, des synthèses, des documents de référence et des articles pour des revues scientifiques internationales évaluées par des pairs.

Le Bureau régional a orchestré un processus qui a abouti à la rédaction de la Déclaration finale de la Conférence (40), ayant pour but d'assurer que les pays et les organisations partenaires assument ses engagements visant à garantir des environnements sains pour les enfants. Le Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES) a dirigé le processus préparatoire de la Conférence.

Changement climatique

Pendant toute la période biennale, le Bureau régional s'est attelé à fournir des informations fondées sur des bases factuelles relatives au changement climatique et à la santé, et aux options politiques en vue de protéger la santé des effets négatifs éventuels. Parmi les activités mises en œuvre, il convient de mentionner des projets de recherche, l'élaboration de méthodes et d'outils pour la mise en œuvre d'évaluations au niveau national, des plans d'action sanitaire contre la chaleur (41), la collaboration avec d'autres agences et l'élaboration de systèmes intégrés de suivi et d'évaluation des changements sur le plan de l'environnement et de la santé des populations en Europe. Le Bureau régional a lancé sa publication sur la protection de la santé face aux effets du changement climatique (42) à l'occasion de la Journée mondiale de la santé 2008, qui était consacrée à ce thème et dans le cadre de laquelle plus de 20 pays ont organisé des activités. L'ouvrage a été primé lors du concours des publications médicales 2009 de la British Medical Association.

Début 2009, le Bureau régional, en coopération avec le gouvernement allemand, a lancé une initiative sur la protection de la santé face au changement climatique pour renforcer l'intervention du système de santé dans sept pays d'Europe de l'Est. Il a mené des expériences pilotes, allant du renforcement de la surveillance des maladies infectieuses à la formulation de plans de sécurité de l'eau. Tous les pays ont réalisé une évaluation de l'impact sanitaire et élaboré des stratégies nationales d'adaptation. En coopération avec la CE, le Bureau régional a commencé une évaluation d'impact d'options politiques afin de protéger la santé des populations de l'UE (43).

Prévention des traumatismes et sécurité

Dans ses efforts en vue de réduire la violence et les traumatismes non intentionnels, le Bureau régional a soutenu les États membres en leur fournissant des données sur la charge des traumatismes et les moyens efficaces de les éviter, les aidant ainsi à améliorer leurs capacités de prévention et facilitant l'échange de connaissances sur les stratégies préventives avérées. En 2008-2009, ces efforts ont notamment porté sur la publication de rapports régionaux relatifs à la prévention des traumatismes chez les enfants et à la sécurité routière en vue de compléter les rapports mondiaux de l'OMS (44,45). En outre, le Bureau régional a organisé la deuxième Conférence européenne sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité à Paris (France) en octobre 2008, conjointement avec l'Association européenne pour la prévention de la violence et la promotion de la sécurité (EuroSafe) et la Commission de la sécurité des consommateurs (France), sous les auspices de la présidence française du Conseil de l'UE.

Nutrition

Durant la période biennale, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a coordonné des efforts internationaux afin de mettre en œuvre les mesures préconisées dans la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité (46) et le Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012 (47). En même temps, il a aidé chacun des États membres à formuler, mettre en œuvre et évaluer un plan d'action national sur la nutrition et l'activité physique. Dans le cadre de son aide à la mise en œuvre, le Bureau régional a collaboré avec les États membres et d'autres parties prenantes afin de réduire la consommation de sel et d'améliorer l'information aux consommateurs. Il a soutenu la création de trois réseaux d'action, réunissant des groupes de pays qui se sont engagés à prendre des mesures visant à : réduire la consommation de sel chez les populations ; évaluer l'état nutritionnel des pays (la priorité étant spécifiquement accordée à la surveillance de l'obésité chez les enfants) et alléger les pressions exercées sur les enfants par le marché en ce qui concerne la consommation d'aliments à haute densité énergétique, pauvres en nutriments et à forte teneur en graisses, sucres et sel.

Les déterminants sociaux de la santé

Rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé

La Région européenne et le Bureau régional ont largement contribué au rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (48), qui a été examiné lors de la cinquante-huitième session du Comité régional en 2008. Le Bureau régional a soutenu l'élaboration de la stratégie mondiale pour l'activité dans les pays, et fait office de point focal pour les activités de la Commission dans les pays et sa stratégie de sensibilisation dans la Région européenne de l'OMS. Il a collaboré étroitement avec les États membres désireux de participer au processus entamé par la Commission et dont l'objectif est d'amplifier les interventions sur les causes sociales des problèmes de santé et d'aplanir les inégalités sociales. Le Bureau régional a présenté et examiné le rapport de la Commission à maintes occasions en 2009, lors de réunions auxquelles ont participé des universitaires, des responsables politiques et des représentants d'organisations internationales. Il a également apporté son soutien aux États membres désireux de faire traduire le rapport dans leurs langues.

Le rapport et les recommandations de la Commission ont, à leur tour, induit une accélération de la demande d'aide pour lutter contre les inégalités de santé déterminées par les facteurs sociaux dans la Région européenne. En 2009, l'Assemblée mondiale de la santé a fait un pas dans ce sens dans sa résolution WHA62.14, à savoir réduire les inégalités sanitaires en agissant sur les déterminants sociaux de la santé (49). Le type d'aide recherché par les pays a évolué dans la mesure où ils ne cherchent plus à fixer des cibles aspirationnelles pour garantir l'équité sanitaire, mais demandent une aide à la gestion de la performance en vue d'atteindre ces cibles. La lutte contre les inégalités de santé déterminées par les facteurs sociaux fait partie intégrante d'un système de santé et d'une gouvernance efficaces au niveau intersectoriel. En 2008-2009, le Bureau régional a aidé 15 États membres à combattre les inégalités de santé par le biais de services, dont notamment : le renforcement des capacités pour procéder au suivi des inégalités de santé, des interventions ciblant des groupes de population, des évaluations afin de déterminer les moyens de renforcer la capacité institutionnelle des pays, et l'intégration des actions visant à lutter contre les déterminants sociaux de la santé dans les programmes techniques. Le Bureau régional a aussi aidé les pays à s'attaquer aux inégalités sexospécifiques en tant que déterminant de la santé dans leurs politiques et programmes (50). Il a préconisé le recours aux données ventilées selon le sexe et à l'analyse sexospécifique en renforçant les capacités et en utilisant les bases factuelles existantes.

La demande d'aide dans ce domaine a augmenté pendant la période biennale, et 23 pays ont introduit ce genre de demande pour 2010-2011. Comme il a été souligné lors de la réunion de 2009 sur la santé et la crise financière, il importe d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour relever les défis sanitaires d'aujourd'hui (17).

La santé en prison

Le projet Santé en prison de l'OMS a consacré sa réunion annuelle de 2008 (tenue à Kyev, en Ukraine) sur la santé des femmes et les soins de santé en milieu carcéral. Les participants ont adopté la Déclaration de Kyev sur la santé des femmes en prison (51), d'ailleurs également entérinée par la dix-huitième session de la Commission pour la prévention du crime et la justice pénale de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. En octobre 2009, le Bureau régional fut le premier des 12 organisateurs de la Conférence internationale sur la protection sanitaire en prison, tenue à Madrid (Espagne) (52), qui a accordé la priorité à la prévention et à la lutte contre les maladies infectieuses en prison, comme le VIH, l'hépatite C, la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles. En novembre 2009, un membre du personnel du Bureau régional a reçu la citation présidentielle de l'American Public Health Association (APHA) pour ses travaux dans le cadre du projet Santé en prison.

Collaboration avec les pays

Les activités du Bureau régional ont trouvé leur expression suprême dans les efforts positifs et pratiques déployés au niveau national, dans le cadre de sa stratégie visant à adapter les services de l'OMS aux besoins des pays (53). Pour sa collaboration avec les États membres, le Bureau régional s'est inspiré d'évaluations des besoins sanitaires stratégiques de chacun d'eux. Ces rapports d'évaluation ont été particulièrement utiles dans la mesure où l'OMS a pu ainsi aligner ses activités de collaboration avec les stratégies et plan nationaux, et les harmoniser avec celles d'autres organisations des Nations Unies et partenaires au développement. Ces rapports ont aussi été déterminants dans le processus d'élaboration des accords de collaboration biennaux (ACB) signés entre le Bureau régional et les États membres. Les ACB utilisent les fonctions essentielles des systèmes de santé (direction ou *stewardship*, obtention de ressources, prestation de services et financement) comme cadre pour toutes les interventions. Cependant, et étant donné la diversité des systèmes de santé dans la Région européenne, les mesures visant à les renforcer ont été définies séparément pour chaque pays. En 2009, les rapports d'évaluation nationale ont été actualisés, et le Bureau régional a conclu des ACB avec 33 États membres pour 2010-2011.

Si la plupart des activités étaient planifiées, en particulier dans le cadre des ACB, le Bureau régional a aussi répondu aux demandes des pays désireux de recevoir une aide en cas de crise. Les exemples mentionnés ci-dessous sont représentatifs des deux types d'activités.

Azerbaïdjan

S'inspirant d'une analyse réalisée par le Bureau régional sur la situation de la santé génésique en Azerbaïdjan, l'OMS a aidé les responsables politiques et experts nationaux à formuler une stratégie nationale pour 2008-2015, d'ailleurs approuvée par le ministre de la Santé le 30 janvier 2008. L'aide apportée par l'OMS s'est traduite par des partenariats étroits, notamment avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'UNICEF et l'USAID. La stratégie a permis de déterminer les domaines d'action suivants : la santé de la mère et du nourrisson ; les choix en matière de reproduction par le planning familial et l'avortement en toute sécurité ; les maladies sexuellement transmissibles, notamment le cancer du col de l'utérus et le VIH/sida ; la santé génésique chez les adolescents ; la violence dirigée contre les femmes ; et l'exploitation sexuelle. La stratégie adoptée pour l'Azerbaïdjan prévoyait notamment un plan d'action de deux ans. À la demande du ministère de la Santé, le Bureau régional a procédé au suivi de la mise en œuvre du plan et coordonné l'aide internationale à cet égard.

Espagne

Conjointement avec la direction générale de la CE pour la recherche, le Bureau régional a réalisé une étude sur les conséquences du syndrome de l'huile frelatée. L'étude devait placer cette thématique dans le contexte plus large des politiques environnementales et sanitaires fondées sur des bases factuelles. Le Symposium international de santé publique sur la recherche en matière d'environnement et de santé, organisé en octobre 2008 (37) par le Bureau régional, avec le soutien de la direction générale, a mis en évidence la collaboration entre le gouvernement espagnol et le Bureau régional par le biais du Comité scientifique pour le syndrome de l'huile frelatée. Ces activités conjointes illustrent parfaitement la manière dont les décisions d'interventions de santé publique, fondées sur des bases factuelles certes limitées mais solides, peuvent être prises par l'adoption d'une démarche multidisciplinaire, et servir de modèle de gestion de la sécurité sanitaire des aliments, des futures catastrophes environnementales et des flambées de maladies précédemment inconnues.

Tadjikistan

Au cours de l'hiver 2007-2008, le Tadjikistan a dû faire face à des températures anormalement basses. Cette situation a mis en péril le système de santé, à un moment où celui-ci était plus indispensable que jamais, et cela non seulement à cause du froid, mais aussi à cause de ses conséquences telles les coupures de courant, les problèmes d'approvisionnement en eau, l'augmentation du nombre de brûlures dues aux appareils de chauffage et l'élévation du nombre de cas de maladies infectieuses. Faisant partie intégrante de l'équipe de pays des Nations Unies, le Bureau régional a mené une coordination étroite avec d'autres organisations internationales et les pouvoirs publics afin d'intervenir face à la crise. Il a fait parvenir des fournitures médicales d'urgence aux personnes les plus à risque, à savoir les personnes âgées, les enfants et les femmes enceintes. Le Bureau régional prit la direction des opérations en lançant un appel à une aide généreuse pour aider à consolider les services de santé pendant la vague de froid, et pour poursuivre ensuite leur rénovation à long terme afin d'éviter qu'une situation analogue ne se reproduise. Cette initiative amena la communauté internationale à donner 1,4 million de dollars des États-Unis pour parer aux besoins sanitaires urgents.

En 2009, le Bureau régional a dirigé l'une des deux composantes d'un projet d'un an financé par le gouvernement japonais. Il a aidé 16 hôpitaux du Tadjikistan dans les régions situées le long de la frontière de 1 200 km avec l'Afghanistan afin de faire face aux catastrophes et aux situations d'urgence et de continuer à dispenser des soins de santé.

Turkménistan

Comme cela a déjà été mentionné, le Turkménistan était l'un des six pays de la Région européenne de l'OMS encore confronté au défi du paludisme au cours de la période biennale. Dans le cadre d'un ensemble d'activités conjointes visant à réduire et à prévenir les maladies infectieuses dans le pays, le Bureau régional a aidé en 2008 le ministère de la Santé à élaborer et à lancer une nouvelle stratégie nationale et un nouveau plan d'action en vue d'éradiquer le paludisme d'ici 2013. Le gouvernement du Turkménistan et l'OMS ont collaboré aux efforts nationaux d'élimination de cette maladie ; en 2009, ils ont accordé une importance particulière à la coopération transfrontières entre le Turkménistan et l'Afghanistan, l'amélioration continue de la surveillance et la mise en place de mécanismes pour prédire, détecter rapidement et prévenir toute situation anormale en matière de paludisme, et mener des interventions rapides. Depuis 2009, l'on espère que le Turkménistan pourra bientôt demander que l'OMS certifie le pays comme indemne de paludisme.

Turquie

En 2008-2009, le Bureau régional a poursuivi son aide à la Turquie dans ses efforts visant à réduire le tabagisme. Pour faire face à ce fléau, le pays a très largement utilisé les instruments et outils de l'OMS. La Turquie a tout d'abord ratifié la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) (54) en 2004, puis élaboré un programme et un plan nationaux de lutte contre le tabagisme pour 2008-2012, conformément à la Convention-cadre et aux politiques et interventions du programme MPOWER (55), dans le but de projeter des activités futures, de s'attaquer à la consommation du tabac et, par conséquent, de protéger la santé publique, et en particulier la santé des jeunes. Le principal objectif est de réduire le tabagisme chez les adolescents de 15 ans et plus à un taux de 20 % et de l'éliminer carrément chez les plus jeunes. La prochaine étape fut, en 2008, l'adoption d'une législation interdisant de fumer dans les lieux publics. Avec l'aide technique et financière du Bureau régional, le ministère de la Santé a mis en œuvre une étude nationale des connaissances et des comportements des adultes par rapport à cette nouvelle législation et aux pratiques connexes. Les conclusions de l'étude devaient faciliter la planification d'interventions efficaces adaptées aux besoins de chaque province et/ou sous-région. À la fin de 2009, le Bureau régional a publié un rapport pour servir de base de référence quant à la situation en Turquie en ce qui concerne le tabac, le tabagisme et les activités connexes de lutte antitabac (56). Il peut aussi aider à suivre l'évolution à venir des activités de lutte contre le tabagisme dans le pays.

Ukraine

Comme la rougeole et la rubéole étaient particulièrement problématiques en Ukraine, le Bureau régional et l'UNICEF ont soutenu la décision du gouvernement ukrainien d'organiser une campagne de vaccination de masse au printemps 2008. Alors que la campagne venait de commencer, un jeune homme de 17 ans est mort 15 heures après avoir été vacciné. Son décès fut presque immédiatement attribué au vaccin, et le ministère ukrainien de la Santé décida de suspendre la campagne.

Après une réunion avec le directeur général de l'OMS, le docteur Margaret Chan, et le ministre ukrainien de la Santé, le directeur régional a accompagné Mme Maria Calivis, la directrice régionale de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale, pour une visite dans le pays. L'analyse des bases factuelles leur a permis de conclure que le vaccin n'était pas responsable du décès du jeune homme. Ils ont donc recommandé la poursuite de la campagne de vaccination. Malheureusement, la campagne n'a jamais été reprise. Ensuite, le Bureau régional s'est attelé à regagner la confiance du public et des médias envers la vaccination contre la rougeole et la rubéole.

Partenariats

En 2008-2009, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a continué à développer ses partenariats avec d'autres parties prenantes de la santé publique de la Région européenne, telles que les Nations Unies et des organisations intergouvernementales, des agences bilatérales de développement et des groupes de la société civile, dont des organisations non gouvernementales, et le secteur privé. Il a réexaminé sa stratégie des partenariats et rédigé une stratégie pour renforcer la fonction centralisée de l'obtention des ressources. Les sections précédentes de ce rapport fournissent de nombreux exemples de collaboration fructueuse avec un large éventail de partenaires.

En particulier, les relations entre le Bureau régional et les institutions de l'UE ont continué de se développer dans un esprit d'avantage mutuel. Selon l'évaluation annuelle réalisée lors de la réunion de haut niveau entre des responsables de l'OMS et de la CE, cette collaboration a été renforcée et approfondie, tant aux niveaux stratégique et technique que sur le terrain. Outre son partenaire principal, la direction générale de la CE pour la santé et les consommateurs, le

Bureau régional a tissé des liens avec d'autres directions générales, telles que l'emploi et les affaires sociales, l'agriculture, l'environnement et les régions, et collaboré avec six agences techniques en rapport avec la santé, et en particulier l'ECDC. Parmi les principaux domaines de collaboration, il convient de mentionner la sécurité sanitaire, la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, l'obésité et la propriété intellectuelle, le Règlement sanitaire international (19), l'hygiène au travail et les déterminants sociaux de la santé.

Lors de la préparation et de l'organisation de la Conférence de Tallinn en 2008 (1), le Bureau régional a renforcé ses liens et sa collaboration avec un grand nombre d'organisations gouvernementales et non gouvernementales. En particulier, la direction générale pour la santé et les consommateurs a contribué activement aux préparatifs et à la tenue de la Conférence. Le Bureau régional a, à son tour, contribué au processus consultatif organisé par la direction générale afin de rédiger la stratégie sur la santé de l'Union européenne (57). En outre, le Bureau régional a renforcé son soutien aux États membres en préparation de leur présidence de l'UE et durant celle-ci, que ce soit pour leur programme obligatoire ou pour des dossiers auxquels ils donnent la priorité : la santé dans toutes les politiques (Finlande) ; le cancer (Slovénie) ; la sécurité sanitaire et la maladie d'Alzheimer (France) ; la prévention des maladies non transmissibles, l'accès aux services de santé et l'efficacité de ceux-ci (République tchèque) ; et le changement climatique (Suède). Cette collaboration a été approfondie dans plusieurs domaines, notamment la lutte contre les dangers microbiologiques, le financement des systèmes de santé, les ressources humaines pour la santé, la prévention des accidents et de la violence, l'alcoolisme et la grippe pandémique H1N1 2009.

Le Bureau régional et l'ECDC ont convenu d'un plan de travail pour 2008-2009 en février 2008, et l'ECDC a participé à la Conférence de Tallinn en juin (1). Les partenaires se sont surtout penchés sur la surveillance et la mise en place d'un système de notification harmonisé, collaborant étroitement afin de mieux détecter les menaces émergentes, de mieux réagir conjointement aux événements survenant en Europe dans le domaine de la santé publique et de s'attaquer aux problématiques relatives à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (19). Au cours de la période biennale, leurs activités ont porté à la fois sur la grippe aviaire et la grippe pandémique H1N1 2009. Les partenaires ont commencé une coordination conjointe de la surveillance du VIH/sida et de la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS afin de garantir la haute qualité des données standardisées pour toute la Région (23,29).

Le Bureau régional a poursuivi sa coopération avec d'autres partenaires internationaux, notamment avec la Banque mondiale pour le renforcement des systèmes de santé ; l'UNICEF pour la vaccination, la nutrition, les accidents et la violence ; et le FNUAP pour la santé génésique. Il a collaboré avec l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur l'harmonisation et la diffusion des analyses et des données sanitaires, et aidé les pays à obtenir des fonds de l'alliance GAVI et du Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Réforme des Nations Unies

Au niveau national, les responsables des bureaux de pays de l'OMS ont collaboré à toutes les initiatives des Nations Unies en rapport avec la santé. Dans les pays du Plan-cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement (UNDAF), ils ont participé activement aux groupes thématiques des équipes de pays des Nations Unies, ou dirigé celles-ci, dans le domaine de la santé, de l'environnement et/ou des crises. Le Bureau régional a mis en place des structures de coordination à l'appui des partenariats au niveau national.

Il a participé à des discussions de groupe approfondies et d'autres efforts visant à améliorer la coordination des stratégies et interventions des Nations Unies, en général comme sur le terrain, en particulier en Albanie, l'un des pays pilotes du programme « Unité d'action » en 2008. S'inspirant de la Stratégie nationale pour le développement et l'intégration pour 2007-2013 et des objectifs du Millénaire pour le développement, le programme mis en place en Albanie se penche sur les priorités nationales : une gouvernance plus transparente et responsable, une plus grande participation à la prise de décisions et à l'élaboration de politiques, l'accès accru à des services essentiels de qualité, le développement régional et le développement environnemental durable. L'étude pilote révèle comment l'on peut améliorer les accomplissements de l'OMS par une meilleure coordination au sein du système des Nations Unies, ainsi que les défis rencontrés à cet égard.

En 2009, le Monténégro et le Kirghizistan ont été identifiés comme des participants volontaires et ont appliqué le programme « Unité d'action » ; toutes les agences de ces deux pays se sont jointes au programme. Au Kirghizistan, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a participé à l'élaboration de deux projets (sur l'énergie et sur la santé maternelle et infantile) dans le cadre du programme.

Vie interne du Bureau

En 2008-2009, le Bureau régional a poursuivi ses efforts afin d'accroître l'efficacité de l'OMS par une coopération renforcée au sein de l'Organisation, des procédures plus efficaces et une politique du personnel améliorée, sans oublier une collaboration plus étroite avec les organes directeurs. Il a constamment renforcé sa présence dans les pays en termes de ressources financières et humaines, en développant les capacités du personnel et en déléguant les responsabilités du niveau régional au niveau national.

Réunions régulières entre le directeur général et les directeurs régionaux

Les réunions régulières entre le directeur général de l'OMS et les directeurs régionaux se sont poursuivies pendant la période biennale ; elles ont abordé ouvertement et en toute franchise des grands dossiers en rapport avec les politiques de l'Organisation afin d'améliorer la gestion et l'efficacité de l'OMS. L'une de ces réunions s'est tenue en 2009 à Tirana (Albanie). Les participants ont pu se rendre compte des accomplissements du Bureau régional au niveau national. Le respect et la crédibilité suscités par sa présence sur le terrain ont pu ainsi être démontrés.

Développement organisationnel

Le Bureau régional a entièrement réexaminé ses fonctions, objectifs et ressources humaines et financières actuels afin d'aborder certains domaines techniques conformément aux priorités mondiales et régionales ainsi qu'aux mandats définis par les organes directeurs de l'OMS, et en réponse aux besoins et demandes des États membres. Ces ajustements organisationnels ont permis de mettre en place un mode de gestion à la fois souple et conciliant afin de soutenir et de faciliter la mise en œuvre, la coordination et l'intégration des activités au jour le jour au sein des unités et entre les divisions. L'équipe de direction a rigoureusement observé et examiné ces ajustements ainsi que le mécanisme permettant une évaluation précise de leur efficacité et de leur impact sur la production de résultats. Le Bureau régional est devenu, à maints égards, une organisation matricielle dans la mesure où il aide les États membres à élaborer leur système de santé, tout en œuvrant à la production de compétences techniques dans les programmes verticaux de santé publique.

L'équipe de direction a régulièrement observé la performance au niveau de l'organisation et pris des mesures correctrices lorsque cela s'imposait. L'équipe s'est attelée à faire avancer le développement organisationnel du Bureau régional par la tenue régulière de huit réunions publiques d'évaluation de la gestion en 2008-2009, dans le but de préciser les mandats et d'examiner les progrès accomplis afin de réaliser les objectifs stratégiques de l'OMS dans les activités menées aux niveaux national et international (annexe), et par 11 processus de développement interne.

Le personnel du Bureau régional a assisté régulièrement à des séances d'information technique approfondies et suivi toute une série de cours de formation afin d'actualiser leurs compétences dans des domaines tels que le renforcement des systèmes de santé et le financement durable, les déterminants sociaux de la santé et la réduction des inégalités sanitaires, les causes profondes des maladies non transmissibles et la manière de les combattre, la préparation aux pandémies, la vaccination contre la grippe et l'application du Règlement sanitaire international (19) dans la Région européenne. Pour renforcer la gestion des opérations dans les pays, le service d'assistance pour les activités de pays a été élargi. Une évaluation indépendante a été réalisée par les services de surveillance internes de l'OMS, et ceux-ci ont conclu que sa performance était efficace, et recommandé que des dispositions similaires soient prises dans l'ensemble de l'Organisation au niveau mondial.

Système mondial de gestion

Pendant la période biennale, le Bureau régional s'est préparé à emboîter le pas au Siège de l'OMS et d'autres Régions en vue d'adopter le Système mondial de gestion (GSM), qui permet de réunir tous les flux, processus et mécanismes de travail disparates en un système commun à travers l'Organisation. L'objectif est d'accroître l'efficacité (en simplifiant les procédures, en consolidant les services administratifs et en abandonnant le support papier pour un environnement plus automatisé), la transparence et la coopération au sein de l'OMS, et donc d'améliorer les activités de l'Organisation en faveur de la santé. Prenant note des problèmes rencontrés lors de la mise en place et l'application du système dans les autres Bureaux de l'OMS, le Bureau régional a tout mis en œuvre pour profiter des enseignements tirés et pour préparer ainsi son personnel à GSM afin qu'il puisse l'utiliser efficacement une fois déployé en 2010.

Le Bureau régional a constitué une équipe au sein de la Division de l'administration et des finances afin de gérer le processus de transition. En 2009, cette équipe s'est concentrée sur deux objectifs, à savoir la conversion des données et des procédures, et la formation du personnel de tous les sites du Bureau régional à l'utilisation de GSM. Dans le premier cas, il s'agissait de valider (ou de nettoyer) toutes les données internes avant leur transfert dans ce système, puis de les transférer et d'en vérifier l'exactitude ; parallèlement à cet exercice, les procédures du Bureau régional devaient être converties en rôles et responsabilités dans GSM. Lors de ce processus, certains membres du personnel ont dû travailler à la fois dans GSM et les systèmes existants. Les activités de formation consistaient notamment à montrer au personnel spécialisé comment préparer et financer les plans de travail pour 2010-2011 dans GSM, puis à en apprendre l'utilisation à quasiment tout le personnel du Bureau. Dans ce dernier cas, trois types de séances de formation ont été prévues selon le niveau d'utilisation de GSM par les participants. Outre ces initiatives, l'équipe a planifié des cours de formation et des activités de soutien et d'encadrement après la mise en application de GSM. Ils ont produit et affiché du matériel de sensibilisation dans les bureaux et sur Intranet.

Politiques relatives aux ressources humaines

En 2008-2009, la planification des ressources humaines, le premier cadre stratégique mis en place au Bureau régional dans ce domaine, s'est ensuite invitée dans les débats relatifs à la planification

stratégique à moyen terme. La direction a dû établir des exigences et des conditions concrètes afin d'aboutir aux résultats escomptés à l'échelle du Bureau régional. Quatre grandes catégories fonctionnelles ont pu ainsi être dégagées : orientation et stratégie, production de services techniques, relations extérieures et aide administrative, et de nouveaux postes de direction à haute responsabilité ont été établis afin de renforcer les capacités de gestion du Bureau dans sa recherche de résultats.

Cette approche stratégique en ce qui concerne l'utilisation des ressources humaines a stimulé la réforme des contrats, entreprise au niveau mondial lors des périodes biennales précédentes, afin d'améliorer les conditions d'emploi du personnel. Trois types de contrats ont d'ailleurs été introduits : à caractère continu, de durée déterminée et temporaires. Depuis 2006, on veille à ce que les postes soient occupés par des membres du personnel existants et ce, conformément aux orientations stratégiques, et 174 nouveaux postes ont été créés avec de nouveaux mandats ou des mandats révisés. Cette démarche ne s'est pas accompagnée d'une hausse générale des effectifs du Bureau régional. Les contrats de durée déterminée ont largement augmenté par rapport à 2005. À la mi-2009, le Bureau comptait 68 % de contrats de durée déterminée et 32 % de contrats pour une période de brève durée. Le pourcentage de postes de durée déterminée devait atteindre 70 % à la fin de l'année, ce qui réduirait les coûts administratifs de la gestion des contrats. Le plan a également abordé la question du déséquilibre en ce qui concerne le recrutement du personnel international au niveau des pays. Le personnel professionnel affecté aux bureaux de pays est passé de 16 à 23 % durant la période 2008-2009, soit une augmentation de 7 %. En outre, les procédures de recrutement ont été rendues plus efficaces grâce à une importante délégation des responsabilités et la participation des bureaux de pays et géographiquement dispersés.

Délégation des responsabilités

En 2008, le directeur général a procédé à une délégation des responsabilités en faveur des directeurs régionaux de manière à ce que ces derniers puissent désormais engager des procédures qui, auparavant, auraient nécessité l'approbation du Siège. En d'autres termes, pour les postes allant jusqu'à P.6/D.1, ces grades y compris, les décisions concernant les nominations, la création de nouveaux postes, la classification/reclassification, et l'élargissement ou l'abolition de postes pouvaient être prises au niveau régional.

Plus tard en 2008, l'équipe de direction du Bureau régional a convenu d'étendre cette délégation des responsabilités aux bureaux de pays de l'OMS en vue de faciliter la mise en œuvre des plans de travail en temps voulu et de renforcer davantage les bureaux. La responsabilité ultime de la gestion des budgets alloués aux pays incombait désormais aux chefs des bureaux de pays. En outre, les chefs des bureaux de pays et des bureaux géographiquement dispersés pouvaient présider les comités de sélection du personnel de durée déterminée et des services généraux dans ces bureaux, et approuver les documents contenant des engagements financiers.

En 2009, la délégation des responsabilités en ce qui concerne l'approbation de ces documents à un quatrième niveau s'est concrétisée dans GSM. Les catégories de personnel ci-après seraient désormais responsables des dépenses aux niveaux suivants :

- gestionnaires des tâches des projets (*project task managers*) (0-10 000 USD) ;
- chefs d'unités, de bureaux de pays et de bureaux géographiquement dispersés (10 001-25 000 USD) ;
- directeurs de division (25 001-70 000 USD) ;
- directeur de l'administration et des finances, sujet à approbation par le Comité d'examen des contrats ($\geq 70\,001$ USD).

Un audit interne du bureau de pays de l'OMS en Fédération de Russie a permis de conclure que cette délégation des responsabilités avait permis d'en accroître l'efficience et l'efficacité.

Communication et diffusion des connaissances

Le Bureau régional a élargi et approfondi sa fonction de dépositaire de connaissances au cours de la période biennale. Il a mis en œuvre des plans de communication pour tous les principaux événements de l'OMS observés, et fourni une aide à la communication pour des activités techniques par une diffusion à grande échelle de matériel de presse dans les langues officielles, en répondant à de nombreuses demandes des médias et à des contacts directs de la presse dans les pays. Le Bureau a mis notamment en exergue la mise en place d'un flux de communication clair sur la grippe aviaire et la grippe pandémique H1N1 2009, ce qui a suscité l'intérêt d'un plus grand nombre de journalistes pour les activités du Bureau régional.

En 2008-2009, près de 200 articles d'actualité ont été publiés sur le site Web de l'OMS (58) et 75 événements ont été couverts. Le site a également présenté 40 nouvelles publications et 30 reportages photo. Des mises à jour quotidiennes et hebdomadaires ont été réalisées sur la situation concernant la flambée de grippe pandémique (18) et le nombre de consultations du site a augmenté de cinq fois en avril et mai 2009. Le site Web consacré à la grippe a été rénové et restructuré dans les quatre langues officielles afin de répondre aux besoins des parties prenantes. Des pages spéciales ont été créées pour les principaux événements globaux et 15 bureaux de pays.

En 2009, le volume de traduction de matériel de presse et de contenu pour le Web a doublé en français et en allemand, et même triplé en russe par rapport à 2008. Un tiers des publications du Bureau sont disponibles dans deux des langues officielles. Deux mille documents ont été archivés pour permettre leur diffusion sur Internet. En 2008-2009, les publications du Bureau régional ont gagné en popularité ; les ventes et téléchargements à partir du site Web et les demandes de traduction ont augmenté au-delà des objectifs fixés, ce qui témoigne d'une augmentation de la demande de produits d'informations et de connaissances. Deux publications ont été primées par la prestigieuse British Medical Association (14,42).

Pendant toute la période biennale, la base de données européenne de la Santé pour tous (59) fut la source d'informations la plus populaire du Bureau régional. En décembre 2009, le Bureau a organisé la première réunion en cinq ans des homologues nationaux et des partenaires internationaux de la famille des bases de données européennes de la Santé pour tous ; la réunion s'est tenue à Ankara, avec le soutien du gouvernement turc. L'objectif était de renforcer les services d'information sanitaire du Bureau régional ; les débats ont principalement porté sur des exemples de bonne pratique dans les systèmes d'information sanitaire nationaux, les collectes de données conjointes avec Eurostat (l'Office statistique de l'UE) et l'OCDE, les bases de données intégrées de l'OMS, la qualité des données et l'évaluation de la performance des systèmes de santé.

Par l'intermédiaire de son bureau de Bruxelles, en Belgique, le Bureau régional a diffusé du matériel d'information auprès de nombreux partenaires clés de l'UE et intervenants liés à l'UE. L'augmentation rapide de la demande d'informations et d'opinions de la part de l'OMS témoigne du rôle de plus en plus important joué par le Bureau régional dans le débat sanitaire au niveau de l'UE.

Organes directeurs

Le Comité régional de l'OMS pour l'Europe s'est réuni à Tbilissi (Géorgie) en 2008 et à Copenhague (Danemark) en 2009 (3,11). Pendant les sessions du Comité régional, la gouvernance

de la santé dans la Région européenne de l'OMS était au centre de tous les débats techniques et politiques, et ce dossier sera à l'ordre du jour des sessions des années à venir. Un groupe de prospection régional a été formé en 2008 afin de trouver des candidats au poste de directeur régional, et a fait rapport au Comité régional en 2009. Outre l'adoption de résolutions sur les incidences de la crise économique mondiale pour la santé dans la Région, les politiques relatives au personnel de santé et l'application du Règlement sanitaire international (19), la cinquante-neuvième session du Comité régional a désigné Mme Zsuzsanna Jakab au poste de directrice régionale, et a remercié le docteur Marc Danzon pour ses dix années de service à la tête du Bureau (11).

Le Comité permanent du Comité régional (CPCR) sélectionne les thèmes débattus par le Comité régional (60). Les quinzième et seizième CPCR se sont réunis plusieurs fois pendant l'année. Le Comité permanent a collaboré plus étroitement avec le secrétariat du Bureau régional et le Comité régional, ce qui a permis à ce dernier d'organiser des sessions plus ciblées et pertinentes, et d'avancer dans un grand nombre de dossiers.

La première enquête de satisfaction des États membres envers les services du Bureau régional a été menée pendant la période biennale ; 91 % des répondants ont exprimé leur satisfaction générale à cet égard. Ces conclusions ont encouragé le Bureau régional à poursuivre son engagement avec et envers les pays. Les résultats ont également inspiré le développement des services à venir.

Références

1. *Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », Tallinn (Estonie), 25-27 juin 2008. Rapport.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/E92349.pdf>, consulté le 20 juillet 2010).
2. *Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/E91439.pdf>, consulté le 20 juillet 2010).
3. *Rapport sur la cinquante-huitième session du Comité régional de l'Europe.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/E91936.pdf>, consulté le 20 juillet 2010).
4. *First Regional Follow-up Meeting on the Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Copenhagen, Denmark, 5–6 February 2009.* Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e92397.pdf>, accessed 12 July 2010).
5. Journée mondiale de la santé, 7 avril 2009 [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/whd/past-themes-of-world-health-day/world-health-day-2009-save-lives.-make-hospitals-safe-in-emergencies>, consulté le 20 juillet 2010).
6. *Recruitment and retention of health workers: policy options towards global solidarity.* Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/E91417.pdf>, accessed 12 July 2010).
7. Buchan J. *Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe au nom de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e93681.pdf>, consulté le 20 juillet 2009).

8. Bourgeault IJ et al. *Comment et pourquoi mettre en place un éventail de qualifications optimal ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe au nom de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e93682.pdf>, consulté le 20 juillet 2009).
9. Merkur M et al. *Est-ce qu'un apprentissage permanent et la revalidation des compétences garantissent la capacité d'exercer des médecins ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe au nom de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e93683.pdf>, consulté le 20 juillet 2009).
10. Gérer les migrations des personnels de santé – vers un code de pratique mondial [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010 (<http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/fr/index.html>, consulté le 31 mai 2010).
11. *Rapport sur la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e93000.pdf>, consulté le 20 juillet 2010).
12. *Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (http://www.who.int/entity/whr/2008/08_report_fr.pdf, consulté le 31 mai 2009).
13. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/observatory>, consulté le 31 mai 2010).
14. Garrido MV et al. *Health technology assessment and health policy-making in Europe. Current status, challenges and potential*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe and WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91922.pdf>, accessed 12 July 2010).
15. *Rapport sur la santé en Europe 2009. Santé et systèmes de santé*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/117463/E94076.pdf, consulté le 20 juillet 2010).
16. Consultation sur la crise financière et économique et la santé dans le monde [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/financial_crisis_20090113/fr/index.html, consulté le 31 mai 2010).
17. *Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/117185/Oslo_report.pdf, accessed 12 July 2010).
18. Pandemic (H1N1) 2009 [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/influenza/ah1n1>, accessed 12 July 2010).
19. *International Health Regulations (2005)*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/ihr/9789241596664>, accessed 29 March 2010).
20. European Immunization Week [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/eiw>, accessed 12 July 2010).
21. EURO immunization monitor [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/vaccine/publications/20081030_3, accessed 12 July 2010).
22. Matic S et al., eds. *Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e92606.pdf>, accessed 12 July 2010).

23. ECDC, WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e93034.pdf>, accessed 12 July 2010).
24. OMS, ONUSIDA, UNICEF. *Vers un accès universel. Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/fr/>, consulté le 31 mai 2010).
25. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en>, accessed 28 April 2010).
26. Eramova I et al., eds. *HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e90840.pdf>, accessed 12 July 2010).
27. *Forum ministériel européen de l'OMS: « Tous contre la tuberculose »*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91485.pdf>, consulté le 20 juillet 2010).
28. Stratégie Halte à la tuberculose [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010 (<http://www.who.int/tb/strategy/fr/>, consulté le 31 mai 2010).
29. ECDC, WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2008*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2010 (<http://www.euro.who.int/document/e93600.pdf>, accessed 12 July 2010).
30. Global Health Atlas [online database]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>, accessed 30 March 2010).
31. *Améliorer la santé. Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89502.pdf>, consulté le 20 juillet 2010).
32. *Policies and practices for mental health in Europe. Meeting the challenges*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91732.pdf>, accessed 12 July 2010).
33. *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e92823.pdf>, accessed 12 July 2010).
34. *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e92820.pdf>, accessed 12 July 2010).
35. Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé [site Web]. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/fr/home/conferences/fifth-ministerial-conference-on-environment-and-health>, consulté le 20 juillet 2010).
36. *Rapport de la réunion thématique sur les environnements favorables à la santé. S'attaquer aux maladies respiratoires, à l'obésité et aux traumatismes grâce à des environnements favorisant la santé*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/116921/Theme_mtg_EH_Lux_frep.pdf, consulté le 20 juillet 2010).
37. *International Public Health Symposium on Environment and Health Research. Science for Policy, Policy for Science: Bridging the Gap. Madrid, Spain, 20–22 October 2008. Report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e92478.pdf>, accessed 12 July 2010).

38. *Environment and health risks: the influence and effects of social inequalities. Report of an expert group meeting Bonn, Germany, 9–10 September 2009.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/E93037.pdf>, accessed 12 July 2010).
39. Child and adolescent health – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/activities/adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc2.-who-collaborative-cross-national-study-of-children-aged-1115>, accessed 13 July 2010).
40. *Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/document/e93619.pdf>, consulté le 20 juillet 2010).
41. Matthies F et al. eds. *Heat–health action plans.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/95919/E91347.pdf, accessed 12 July 2010).
42. Menne B et al., eds. *Protecting health in Europe from climate change.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/74401/E91865.pdf, accessed 12 July 2010).
43. *Protecting health from climate change.* Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/95921/protect_health_climate.pdf, accessed 12 July 2010).
44. Sethi D et al. *European report on child injury prevention.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e92049.pdf>, accessed 12 July 2010).
45. *European status report on road safety. Towards safer roads and healthier transport choices.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e92789.pdf>, accessed 12 July 2010).
46. *Charte européenne sur la lutte contre l'obésité.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89568.pdf>, consulté le 20 juillet 2010).
47. *Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e91309.pdf>, consulté le 20 juillet 2010).
48. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html, consulté le 1^{er} juin 2010).
49. *Résolution WHA62.14 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la réduction des inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf, consulté le 1^{er} juin 2010).
50. Payne S. *How can gender equity be addressed through health systems?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e92846.pdf>, accessed 12 July 2010).
51. *La santé des femmes en milieu carcéral. Éliminer les disparités entre les sexes en matière de santé dans les prisons.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e92583.pdf>, consulté le 20 juillet 2010).

52. International Conference: Prison Health Protection [web site]. Madrid, Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, 2009 (<http://www.prisonhealthconference2009.com/>, accessed 7 April 2010).
53. *Stratégie de pays du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins »* Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/117197/fdoc10.pdf, consulté le 20 juillet 2010).
54. *Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (<http://www.who.int/fctc/fr/>, consulté le 1^{er} juin 2010).
55. *Rapport de l’OMS sur l’épidémie mondiale de tabagisme, 2008. Le programme MPOWER*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008.
56. Bilir N et al. Tobacco control in Turkey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e93038.pdf>, accessed 12 July 2010).
57. Health strategy [web site]. Brussels, European Commission, 2010 (http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_en.htm, accessed 9 April 2010).
58. Bureau régional de l’Europe de l’Organisation mondiale de la santé [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/fr/home>, consulté le 20 juillet 2010).
59. Base de données européenne de la Santé pour tous [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>, consulté le 20 juillet 2010).
60. Comité permanent du Comité régional [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/governance/standing-committee>, consulté le 20 juillet 2010).

Annexe. Mise en œuvre du projet de budget programme 2008-2009

Le processus d'évaluation de la performance du budget programme permet de sonder la performance du secrétariat dans ses efforts visant à atteindre les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation (REO) relevant de sa responsabilité. Il fait partie intégrante du cadre de gestion de l'OMS axé sur les résultats. Cet exercice biennal prévoit notamment un suivi périodique du plan de travail et un examen à mi-parcours des progrès accomplis en vue de réaliser les résultats escomptés. Les décisions quant à la reprogrammation et la préparation du projet de budget programme de la période biennale suivante s'inspirent des conclusions de l'évaluation. Celle-ci met en lumière les principaux accomplissements du secrétariat et détermine les facteurs de réussite, les contraintes et les enseignements tirés, ainsi que les mesures à prendre pour améliorer la performance. C'est une démarche ascendante, qui va du niveau national au niveau régional, et examine la réalisation des produits et des services dans le cadre des plans de travail, l'accomplissement des cibles indicatrices pour les résultats escomptés et la préparation d'un rapport sur l'aboutissement à ces résultats.

En 2008-2009, l'exercice a débuté par un examen minutieux et systématique de l'ensemble des indicateurs pour tous les REO du plan stratégique à moyen terme en vue d'en améliorer la précision et de faciliter l'évaluation et l'établissement de rapports. La plupart de ces indicateurs ont été perfectionnés, et certains ont été remplacés lorsque ceux-ci ne semblaient pas garantir une évaluation adéquate du résultat. Il fut admis que le suivi des progrès accomplis et l'évaluation des résultats nécessitaient le déploiement d'efforts supplémentaires afin de mettre en place un système plus cohérent de gestion des données liées aux indicateurs et aux objectifs et ce, à tous les niveaux de l'Organisation. Après la mise en place du nouveau Système de gestion mondial (GSM, pour *Global Management System*), le personnel s'est attelé à garantir la corrélation des résultats et des indicateurs du niveau national au niveau de l'Organisation. On a continué à valider et à collecter des données de référence pour les indicateurs et des valeurs cibles.

Le tableau 1 présente un aperçu de la réalisation financière (section A) et de la réalisation des résultats escomptés (section B) dans la Région européenne.

Pour chaque objectif stratégique, la section A détaille le budget programme ainsi que les ressources disponibles et les dépenses totales, le pourcentage de dépenses investies aux niveaux national et régional/international, ainsi que le taux de réalisation en pourcentage par rapport aux ressources disponibles. Les dépenses au niveau régional/international comprennent notamment le salaire du personnel basé à Copenhague ou dans les bureaux géographiquement dispersés, mais qui contribuent à la réalisation des résultats escomptés aux niveaux international et national.

Depuis l'approbation par le Comité régional, en septembre 2000, de la Stratégie de pays « Adapter les services aux nouveaux besoins » du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, et conformément à cette stratégie, le Bureau concentre de plus en plus ses efforts dans les pays, et en collaboration avec ceux-ci, afin de soutenir les plans de développement nationaux et les priorités nationales.

Le rapport entre les dépenses consenties au niveau national par rapport à celles consenties au niveau international en 2008-2009, soit 43 contre 57 % (contre 25 et 75 % respectivement lors de la période biennale précédente), témoigne de la réussite de cette nouvelle orientation des activités. On se rapproche donc davantage des proportions cibles fixées dans le budget programme, soit 54 et 46 % respectivement. En outre, afin de soutenir et de permettre la mise en œuvre technique au niveau national, les investissements consentis aux objectifs stratégiques n° 12 et 13 ont été majorés afin de garantir la plus forte présence nécessaire dans les pays.

La section B présente le pourcentage de résultats escomptés qui ont été entièrement ou partiellement réalisés aux niveaux national, international et régional, avec les résultats globaux par

objectif stratégique. Il existe un rapport de un à plusieurs entre, d'une part, un résultat escompté au niveau régional et, d'autre part, ceux escomptés aux niveaux national et international. En pratique, cela signifie qu'un résultat escompté au niveau régional se réalise par l'accomplissement de multiples résultats sous-jacents aux niveaux national et international. Les chiffres présentés proviennent des résultats globaux de l'évaluation de la performance du budget programme pour 2008-2009. On remarquera que le nombre de résultats non atteints est en forte baisse par rapport à ceux de 2006-2007.

Si l'on compare les structures des dépenses au budget programme, un certain nombre de facteurs doivent être pris en compte :

- l'affectation d'une bonne part du financement consenti à l'Organisation à une fin particulière et, par conséquent, le sous-financement de certains objectifs stratégiques malgré un financement globalement solide, et l'effet de la crise financière sur les efforts d'obtention des ressources (par exemple, le budget prévu pour l'objectif stratégique n° 4 correspondait presque au double des ressources disponibles, et était donc deux fois supérieur au niveau des dépenses du Bureau régional et du Siège de l'OMS) ;
- une dépendance accrue à l'égard des contributions volontaires, nécessitant un report important afin de garantir la mise en œuvre continue au cours de la période biennale suivante sans entraver la bonne marche des programmes ;
- les contributions arrivant tard dans la période biennale.

Ces facteurs influent également sur la réalisation des résultats escomptés, comme en témoigne le niveau des résultats escomptés partiellement accomplis présentés à la section B. Malgré ces difficultés, que l'on peut aussi clairement observer dans le budget mondial, le Bureau régional a atteint un taux élevé de réalisation des ressources (86 %).

Tableau 1. Réalisation par objectif stratégique, 2008-2009

Section A. Réalisation financière

Objectifs stratégiques (OS)	Budget programme (USD)	Total des ressources disponibles (USD)	Dépenses totales (USD)	Dépenses (%)	Ressources disponibles au budget (%)	Réalisation par rapport aux ressources disponibles (%)	Part des dépenses (%)	
							National	Régional, international
1	35 152 604	30 172 211	26 095 005	18	86	86	50	50
2	35 659 486	27 138 143	23 057 464	16	76	85	54	46
3	15 603 372	10 535 859	8 053 420	6	68	76	45	55
4	14 500 000	7 682 902	6 973 493	5	53	91	59	41
5	20 874 000	12 299 003	10 608 653	7	59	86	83	17
6	12 489 000	11 207 037	9 559 182	7	90	85	50	50
7	6 515 381	6 739 230	4 164 967	3	103	62	36	64
8	21 858 000	20 831 388	16 987 575	12	95	82	26	74
9	5 902 076	3 873 288	2 839 933	2	66	73	40	60
10	50 552 462	37 925 833	29 533 069	21	75	78	32	68
11	4 474 000	4 312 164	3 635 048	3	96	84	54	46
Sous-total (OS 1-11)	223 580 381	172 717 058	141 507 809	70	77	82	46	54
12	25 300 000	25 139 702	24 902 702	40	99	99	43	57
13	39 054 000	37 618 338	37 065 359	60	96	99	28	72
Sous-total (OS 12-13)	64 354 000	62 758 040	61 968 061	30	98	99	34	66
Total général	287 934 381	235 475 098	203 475 870	100	82	86	43	57

Section B. Accomplissement des résultats escomptés

Objectifs stratégiques (OS)	Résultats escomptés <u>entièrement</u> accomplis dans la catégorie (%)			Résultats escomptés <u>partiellement</u> accomplis dans la catégorie (%)			Résultats escomptés <u>entièrement et partiellement</u> accomplis dans la catégorie (%)		
	National	International	Régional	National	International	Régional	National	International	Régional
1	67	75	78	31	25	11	98	100	89
2	79	60	67	21	40	33	100	100	100
3	96	50	67	4	50	33	100	100	100
4	57	100	71	43		29	100	100	100
5	85	80	67	15	20	33	100	100	100
6	89	86	67	11	14	33	100	100	100
7	90	33	60	10	67	40	100	100	100
8	53	60	80	42	40	20	95	100	100
9	86	100	83	14		17	100	100	100
10	61	55	75	30	41	25	91	96	100
11	85	75	100	15	25		100	100	100
Sous-total (OS 1-11)	72	69	73	25	30	25	97	99	98
12	96	89	100	4	11		100	100	100
13		75	67		25	33		100	100
Sous-total (OS 12-13)	96	85	80	4	15	20	100	100	100
Total général	74	71	74	23	28	25	97	99	99