



EUROPE

Quinzième Comité permanent du Comité régional de l'Europe Quatrième session

Copenhague, 31 mars-1^{er} avril 2008

EUR/RC57/SC(4)/REP
18 mai 2008
80978
ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport sur la quatrième session

Ouverture de la session par la présidente du CPRC et le directeur régional

1. La présidente du Comité permanent du Comité régional (CPCR) a accueilli le docteur Marat Mambetov, remplaçant le docteur Tuygunali Abdraïmov comme membre kirghiz du CPRC, ainsi que son conseiller, le docteur Boris Dimitrov.

2. Le directeur régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a présenté le docteur Enis Bariş, le tout nouveau directeur de la Division des systèmes de santé des pays au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Depuis la dernière session, le personnel du Bureau régional a mené des activités intenses dans un grand nombre de domaines, en particulier : a) le développement des systèmes de santé, en préparation de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé (Tallinn, 25-27 juin 2008) ; b) la planification et la mise en œuvre du budget programme de l'Organisation pour 2008-2009 ; c) le renforcement des activités menées dans les pays (visite officielle en Azerbaïdjan avec le directeur général ; visite officielle au Tadjikistan en réponse à la crise énergétique) ; et d) la migration du personnel de santé, en marge du premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé (Kampala, Ouganda, 2-7 mars 2008). Parmi les autres questions techniques importantes à l'ordre du jour, il convenait de mentionner le Règlement sanitaire international (2005), la santé et l'environnement (dans le cadre de la Journée mondiale de la santé 2008, consacrée à la protection de la santé face au changement climatique, et en préparation de la Conférence ministérielle de 2009), l'initiative Bloomberg sur la lutte antitabac et les politiques relatives à l'alcool. Le Bureau régional entretenait une coopération étroite avec les institutions de l'Union européenne (UE) par le biais de la présidence slovène actuelle (soutien à la préparation de la Conférence européenne « Le poids du cancer – Comment l'alléger ? », Brdo, 7 et 8 février 2008, réunion des directeurs généraux de la santé, Brdo, 13 et 14 mars), et de la prochaine présidence française.

3. Le directeur régional venait de rentrer de Chine où il avait assisté à une réunion du Groupe de politique mondiale de l'OMS qui réunissait le directeur général, le directeur général adjoint et les directeurs régionaux. La réunion avait permis d'orienter l'OMS sur la voie d'une plus grande cohérence politique, bénéficiant de l'appui unanime et de la détermination des hauts responsables de l'Organisation afin d'en améliorer la performance. Une attention particulière avait été accordée à cette occasion à la promotion de l'éthique professionnelle et du code de bonne conduite chez les employés de l'OMS. Une décision politique avait été prise quant à la stratégie adoptée pour l'élaboration du budget programme pour 2010-2011, et la révision (à la hausse) du principe de délégation des responsabilités du directeur général aux directeurs régionaux a été approuvée, ce transfert d'autorité devant ensuite se poursuivre, et notamment au niveau des directeurs des bureaux de pays (c'était déjà le cas au Bureau régional de l'Europe).

Adoption de l'ordre du jour et du programme provisoires et du rapport sur la troisième session (Copenhague, 14 janvier 2008)

4. Le CPRC a décidé d'aborder le point de l'ordre du jour consacré au bureau géographiquement dispersé d'Athènes au début de l'après-midi du 31 mars, plutôt que le jour suivant. Il a adopté l'ordre du jour et le programme provisoires de la quatrième session avec cet amendement.

5. En ce qui concerne la section du rapport sur la troisième session du quinzième CPRC et relative aux suggestions régionales pour des postes électifs à la Soixante et unième Assemblée mondiale de la santé, notamment les membres permanents au Bureau de l'Assemblée, la présidente a informé le CPRC qu'elle n'avait pu se réunir avec des représentants des trois pays concernés (Fédération de Russie, France et Royaume-Uni) pendant la cent vingt-deuxième session du Conseil exécutif à la fin de janvier 2008. Le système habituel serait encore appliqué lors de la Soixante et unième Assemblée mondiale de la santé, et la présidente essaierait de se réunir avec des responsables de ces trois pays durant la prochaine Assemblée mondiale de la santé.

6. En réponse à une question posée par l'un des membres, la présidente a confirmé que la pratique de la semi-permanence avait des répercussions à la fois sur le Bureau de l'Assemblée et sur le Conseil

exécutif de l'Organisation. À la lumière de ces explications, le rapport sur la troisième session du quinzième CPCR a été adopté.

Questions découlant de la cent vingt-deuxième session du Conseil exécutif, dont une meilleure coordination des points de vue de l'UE et des États membres n'appartenant pas à l'UE

7. Le membre européen du Conseil exécutif assistant à la session du CPCR en tant qu'observateur a déclaré que la cent vingt-deuxième session du Conseil avait été une réunion active, durant laquelle le tout nouveau directeur général avait émis des recommandations particulièrement convaincantes. En réponse aux revers inattendus dans la lutte mondiale contre la poliomyélite, le Conseil avait adopté une résolution (EB122.R1) priant instamment les États membres de renforcer les efforts de vaccination et de surveillance. Avec l'aide des États membres européens, le Conseil avait aussi convenu, aux termes de la résolution EB122.R2, de présenter à l'Assemblée mondiale de la santé une résolution qui demanderait au directeur général « de préparer un projet de stratégie mondiale visant à réduire les méfaits de la consommation d'alcool ». Ladite résolution serait présentée à la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé de 2010. D'autres résolutions d'intérêt régional adoptées par le Conseil portaient sur l'application du Règlement sanitaire international (2005), le changement climatique et la santé, et la santé des migrants.

8. Le CPCR a remarqué que la réunion informelle des membres européens du Conseil exécutif la veille de la cent vingt-deuxième session, et à l'invitation de la présidente, avait été gratifiante. Pareillement, cette réunion traditionnellement organisée le jour précédant l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la santé était une bonne occasion de partager des informations et des données d'expérience, et une ou plusieurs réunions de cette nature pourraient peut-être être organisées durant la session de l'Assemblée. Si ces réunions pouvaient aborder un nombre limité de questions intéressant particulièrement les États membres européens, et définies au préalable par les membres du CPCR, le Comité permanent ne recommandait cependant pas qu'une position européenne commune soit systématiquement élaborée sur chacun de ces thèmes. En revanche, les États membres européens pouvaient sensibiliser la Région en prenant un rôle plus actif dans la description des succès rencontrés chez eux et en profitant davantage de leur position unique dans différents domaines de la santé publique.

Examen de l'ordre du jour et du programme provisoires de la cinquante-huitième session du Comité régional, y compris la lettre d'invitation aux États membres

9. Le directeur régional a informé le CPCR qu'à la demande du directeur général, les comités régionaux de l'Organisation examineraient en 2008 le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et le *Rapport sur la santé dans le monde* de 2008, sur le thème des soins de santé primaires. Ce premier rapport serait abordé dans le cadre d'une séance d'information technique organisée pendant la cinquante-huitième session du Comité régional, tandis que le *Rapport sur la santé dans le monde* (publié le 12 septembre 2008) serait évoqué lors de l'examen du point de l'ordre du jour consacré à la fonction de direction/gouvernance des systèmes de santé, ainsi d'ailleurs que la question relative à la migration du personnel de santé.

10. Le directeur régional adjoint a confirmé que le programme provisoire de la cinquante-huitième session du Comité régional avait été amendé à la demande du CPCR lors de sa précédente session. En outre, la question des modalités de nomination du directeur général avait été inscrite à l'ordre du jour à la demande du Conseil exécutif.

11. Le CPCR a décidé que, pour permettre un examen approprié des questions du programme, le rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé serait présenté uniquement sous forme écrite et pourrait être abordé lors du débat général. Le point à l'ordre du jour consacré à

la « Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional » serait par conséquent limité à deux sujets (stratégies pour la santé des enfants et des adolescents, dont la vaccination ; et prévention et lutte contre les maladies non transmissibles, dont la prévention des traumatismes et les problèmes et politiques relatifs à l'alcool). Ceux-ci feraient chacun l'objet d'un exposé oral de 10 minutes, suivi d'un débat de 20 minutes. Un rapport écrit sur ces questions serait inclus dans le rapport du directeur régional. Le Comité permanent souhaitait également accroître la durée prévue pour le débat de la fin de la matinée du lundi qui passerait à 1,5 heure, et élargir le débat afin qu'il devienne plus général. Ainsi les débats suivants sur les questions techniques auraient-ils l'avantage d'être plus ciblés.

12. En ce qui concerne la lettre d'invitation à la cinquante-huitième session du Comité régional, le CPRC a conseillé au directeur régional de faire référence à la nouvelle initiative de consacrer une partie du temps de la session à un débat général. Si les représentants des pays souhaitaient présenter des déclarations générales (qui ne devraient pas durer plus de trois minutes), c'est à ce stade du programme qu'ils devraient le faire. En outre, la lettre d'invitation devrait préciser que l'élection de membres et de suppléants pour le Groupe de prospection régional était en fait un processus spécifique, et non pas systématique.

Examen des projets de documents et de résolutions pour la cinquante-huitième session du Comité régional

Stratégies de modification des comportements dans la Région européenne de l'OMS

13. Le directeur de la Division des systèmes de santé des pays a présenté un projet de document s'inspirant des points de vue exprimés par le CPRC lors de sa précédente session. Le document visait les objectifs suivants :

- consolider les informations factuelles en incluant les interventions qui, dans des conditions bien déterminées, s'étaient avérées efficaces et rentables en termes de modification des comportements ayant un impact sur la santé ;
- mettre en lumière les facteurs critiques de réussite et évaluer la possibilité de les reproduire de part et d'autre de la Région européenne et dans différents contextes ;
- étudier l'impact pour les systèmes de santé et une intervention des pouvoirs publics de plus grande ampleur.

14. Le document commençait par une description des raisons expliquant cet intérêt pour une évolution des comportements, étant donné qu'une très large part de la charge régionale de morbidité et de mortalité était imputable à des facteurs de risque liés au comportement, que ceux-ci pouvaient tous être modifiés, et qu'un investissement en amont dans les interventions suscitant un changement à ce niveau était économiquement justifié. Les facteurs influençant les comportements seraient ensuite examinés, s'agissant des facteurs internes (comme les attributs, les connaissances, les attitudes, les valeurs, la perception de soi et la motivation) et externes (environnement physique, socioculturel et économique), ainsi que le modèle de « Marketing Mix » (« produit », prix, personnes et promotion).

15. Lors de l'analyse des bases factuelles sous-tendant l'efficacité théorique des interventions, les aspects « causaux » des facteurs en question (les risques élevés pouvant être non seulement relatifs, mais aussi excédentaires et évitables) ainsi que les caractéristiques des actions en elles-mêmes (facteurs internes et externes visés, contexte, moment d'intervention, cible, séquence) seraient pris en compte. L'efficacité et la performance des interventions se définiraient comme le résultat de l'efficacité théorique, de l'exactitude du diagnostic, de la couverture, et de l'adhésion des prestataires et des patients. Le document analyserait les concepts à la base de chacun de ces termes. Par exemple, l'exactitude du diagnostic ferait référence à la mesure selon laquelle une intervention ciblait les populations à très haut risque et les moins à même de modifier leur comportement, malgré le fait que ces populations étaient aussi celles qui en bénéficieraient le plus.

16. La troisième section de ce document examinerait en détail la manière dont les systèmes de santé pouvaient influencer sur les comportements sanitaires, en étudiant le rapport existant entre, d'une part, les quatre fonctions du système (direction, création de ressources, prestation de services et financement) et, d'autre part, les objectifs intermédiaires des interventions portant sur le comportement (exactitude du diagnostic, couverture, et adhésion des prestataires et des patients). L'accent serait mis sur le rôle du ministère de la Santé dans la formulation de stratégies intersectorielles et multiniveau (portant sur les politiques, les programmes, l'organisation et les informations exploitables), dans la préparation d'interventions intégrées (législation, incitants, soutien, mobilisation sociale, etc.), dans la promotion d'une appropriation plus large par les intervenants, dans la garantie d'un financement adéquat et dans la mise en œuvre d'une surveillance et d'une évaluation.

17. En conclusion, il était proposé que le Bureau régional emboîte le pas en sélectionnant tout un ensemble d'interventions (personnelles, populationnelles, liées à la prévention primaire ou secondaire, etc.) comme indicateurs ; en examinant la littérature disponible en Europe et ailleurs à ce sujet ; en recensant les déterminants de l'efficacité (du point de vue de l'offre et de la demande) et en démontrant leur importance relative dans la prévision des résultats en matière de comportement ; en décrivant les interventions proposées ou utilisées au niveau des systèmes de santé ; et en évaluant leur capacité d'induire des changements ainsi que leur reproductibilité et viabilité dans divers contextes. Il s'agissait là d'une thématique extrêmement intéressante pour les systèmes de santé et la manière dont ceux-ci s'attaquaient aux principales causes des décès et des maladies dans la Région européenne de l'OMS. Elle serait donc examinée lors de la prochaine Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé à Tallinn.

18. Le CPRC s'est félicité de cet exposé et a convenu que l'on pourrait s'en inspirer pour rédiger une version révisée et abrégée du document du Comité régional, dans lequel la transition d'une approche théorique à une approche fondée sur des bases factuelles serait intensifiée. Il a particulièrement apprécié l'accent mis sur les facteurs externes influençant à la fois les comportements et les interventions. Il faudrait peut-être trouver un meilleur équilibre entre la responsabilité des personnes et celle de la société : les déterminants sociaux de la santé teintaient les maladies d'une coloration sociale, et exigeaient la prise de mesures sociétales (législation, fiscalité). Néanmoins, il ne fallait pas sous-estimer l'importance de la responsabilité des personnes.

19. Le CPRC a insisté sur le fait que les ministères de la Santé devaient se préparer à assumer une fonction de direction essentielle dans la mise en œuvre d'initiatives multisectorielles en matière de comportements. Or, le document devait aussi reconnaître qu'il existait plusieurs domaines (tels que le changement climatique et l'environnement) pour lesquels les ministères de la Santé ne pouvaient jouer ce rôle de chef de file, mais profiteraient de la synergie suscitée par les autres secteurs et l'intérêt qu'ils portent à ces questions. D'autres observations du CPRC faisaient référence à la démarche axée sur « les contextes favorables à la santé » ; à la prise en compte des différents acteurs de l'environnement à risque ; à la définition plus explicite des liens entre prévention et soins/guérison ; à l'intégration des aspects tarifaires et du rapport coût-efficacité ; et au fait d'éviter le recours à des formules mathématiques. Finalement, le CPRC a convenu qu'il serait prématuré de présenter un projet de résolution sur ce thème au Comité régional en 2008. D'autres approches, comme une décision du Comité régional, pourraient être envisagées.

Projet de budget programme 2010-2011

20. Le directeur de la Division de l'administration et des finances a informé le CPRC des préparatifs pour le projet de budget programme de l'Organisation pour 2010-2011. Celui-ci serait élaboré dans le cadre mis en place par le Plan stratégique à moyen-terme 2008-2013. Ses principales orientations étaient déjà évidentes, bien que le Plan stratégique soit réexaminé et ses indicateurs et objectifs soient adaptés le cas échéant. Comme il en a été décidé lors de la dernière réunion du Groupe de politique mondiale, l'accent serait mis sur l'amélioration de la performance et la mise en œuvre efficace, plutôt que sur l'expansion ou l'élargissement. Il était probable que l'enveloppe budgétaire globale de l'Organisation pour 2010-2011 reste similaire à celle de 2008-2009, soit environ 300 millions de dollars des États-Unis

(USD) pour la Région européenne. Un changement important devait être cependant mentionné : pour maintenir l'orientation stratégique sur les priorités fixées par le Bureau régional, les enveloppes budgétaires correspondantes seraient tout d'abord définies pour chacun de ces objectifs avant de soumettre des propositions détaillées.

21. Le directeur de la Division de l'administration et des finances en a profité pour informer les membres du CPRC des défis financiers auxquels le Bureau régional devait faire face. En effet, la quote-part du budget ordinaire dans l'enveloppe budgétaire globale était en régression constante dans l'ensemble de l'Organisation, pour atteindre aujourd'hui seulement près de 20 %. En même temps, les contributions des États membres de la Région européenne, lorsqu'exprimées en devises nationales, avaient en fait diminué entre 2002 et 2008 à cause de la dépréciation du dollar des États-Unis, permettant ainsi aux États membres de réaliser une « économie » d'environ 70 millions d'USD par an. D'autre part, les États membres européens contribuaient à quelque 75 % des contributions volontaires de l'Organisation au niveau mondial, et les bailleurs de fonds adoptaient de plus en plus le principe d'une « OMS unifiée », ce qui se traduisait par des contributions au budget mondial de l'OMS. Le Bureau régional devait faire face à un défi supplémentaire dans la mesure où cette situation limitait ses possibilités d'obtention de ressources auprès de bailleurs de fonds européens pour répondre aux besoins des États membres de la Région. Par conséquent, les membres du CPRC ont été priés de persuader les ministères nationaux des Finances et du Développement de s'engager dans un financement supplémentaire à l'adresse du Bureau régional.

22. Les membres du Comité permanent croyaient que les pays envisageraient à contrecœur toute augmentation supplémentaire de leur contribution au budget ordinaire, après la hausse de 4 % l'année précédente. Le directeur régional a laissé entendre que le directeur général voulait maintenir une bonne adéquation entre les capacités de l'Organisation et ses ressources (et donc, entre son budget ordinaire et d'autres sources, pas soucieux de bonne gouvernance). Il était aussi peu probable que l'on exige plus qu'une augmentation nominale du budget global.

23. Le CPRC attendait avec intérêt de recevoir des informations à jour sur ce sujet lors des sessions suivantes. En septembre 2008, le Comité régional aurait l'occasion d'émettre ses observations sur le projet de budget programme proposé pour 2010-2011, d'examiner un document présentant le point de vue de la Région, et d'aborder plus en détail la question des fluctuations monétaires.

Fonction de direction/gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS

24. Le directeur régional adjoint a présenté un projet de document sur la fonction de direction et la gouvernance destiné au Comité régional. L'introduction décrirait les principales caractéristiques de la situation sanitaire de la Région européenne de l'OMS et rappellerait la nécessité de mener une analyse plus approfondie des deux constatations suivantes : a) l'amélioration de la santé des populations était en partie tributaire d'un certain nombre de facteurs non directement liés aux soins de santé (comme le développement économique ou une meilleure information et une meilleure nutrition) ; et b) la dispensation de soins efficaces avait un impact plus prononcé sur les indicateurs de santé que prévu.

25. Des concepts et des définitions clés seraient ensuite présentés. Une distinction serait établie entre la fonction de direction (administration générale ou « *stewardship* ») définie dans le monde de la santé comme « la prise en charge consciencieuse et avisée du bien-être de la population »¹, et la gouvernance au sens large, soit « l'exercice de l'autorité politique, économique et administrative dans la gestion des affaires d'un pays à tous les niveaux »². Le document laisserait entendre que la fonction de direction des systèmes de santé avait trois grandes composantes : la capacité de formuler une orientation stratégique, de garantir une bonne réglementation et la disponibilité des outils pour l'appliquer, et de fournir les informations utilisables nécessaires sur la performance des systèmes de

¹ *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.

² *Glossary of statistical terms*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007 (<http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=7236>, accessed 11 April 2008).

santé afin d'assurer responsabilité et transparence³. L'autorité du système de santé reposait donc sur trois piliers : orientation (accent sur la vision générale plutôt que sur les opérations ou la prestation de services) ; direction (transparente et équitable, bonne utilisation des ressources) et responsabilité en ce qui concerne les résultats. Les trois composantes de la fonction de direction des systèmes de santé s'appliquaient tout aussi bien aux services de santé personnels et non personnels, ainsi qu'aux actions intersectorielles. En termes de fonction de direction, le document sortirait du cadre du système de santé pour reconnaître l'importance de facteurs secondaires et favorables à la santé tels que l'éducation, l'emploi ou le commerce, et le rôle de facteurs tertiaires plus généraux tels que le système financier mondial, les mass médias et les niveaux de capital social.

26. Alors que chaque modèle de fonction de direction devrait reposer sur des valeurs de solidarité, d'équité et de participation du citoyen, la configuration précise de cette fonction pourrait varier selon les circonstances politiques, économiques, sociales et culturelles de chaque pays. Néanmoins, le document recenserait un certain nombre de rôles communs pour l'administrateur du système de santé (définir la vision, appliquer les informations utilisables, assurer une gouvernance éthique du système de santé basée sur des valeurs, promouvoir l'amélioration de la santé dans d'autres secteurs, etc.) et agencerait ces rôles dans un cadre allant de la compréhension des facteurs contextuels à l'évaluation de la performance du système de santé. Il mettrait en lumière plusieurs outils et techniques disponibles pour assurer une bonne fonction de direction : analyse épidémiologique revue et planification stratégique et opérationnelle ; fourniture d'informations de haut niveau aux parties intéressées ; sensibilisation et négociation ; adoption de normes et de lois visant à protéger les moins nantis sans entraver le progrès économique ; initiatives visant le changement des comportements, etc. À cet égard, il déterminerait et étudierait certains des défis à la mise en œuvre effective de la fonction de direction (roulement important du personnel, pénurie d'informations sur la performance et de bases factuelles pour la prise de décisions, et participation des ministères de la Santé à la prestation et à la gestion directes des services de soins, plutôt qu'à un contrôle stratégique).

27. En guise de conclusion, le document résumerait les priorités de l'OMS en termes de fonction de direction des systèmes de santé. Il s'agirait notamment de soutenir une plus grande prise de responsabilités du système de santé par une évaluation de sa performance ; de générer et d'interpréter des informations utilisables et des activités de recherche sur les options politiques ; d'établir des coalitions interministérielles, ainsi qu'avec le secteur privé et d'autres entités afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé ; et de collaborer avec les partenaires externes et les parties prenantes. Un projet de résolution serait présenté à la cinquante-huitième session du Comité régional, définissant un certain nombre de mesures susceptibles d'être prises par les États membres et le directeur régional, et visant l'approbation de la Charte de Tallinn qui serait adoptée lors de la Conférence ministérielle.

28. Le CPRC a reconnu que le document était encore « en chantier » et devrait être très probablement révisé pour prendre en compte les conclusions de la Conférence de Tallinn. Il devrait notamment faire référence à la Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, adoptée lors d'une conférence organisée par le Bureau régional en 1996. Il devrait envisager la meilleure manière de continuer d'appliquer ses principes fondamentaux d'équité et de solidarité étant donné l'importance croissante accordée au respect des droits de la personne et le défi ainsi posé à la santé publique. Parmi les autres domaines qui pouvaient être développés davantage dans le document, il convenait de mentionner les aspects économiques de la fonction de direction des systèmes de santé et les questions liées à la qualité des soins. Le CPRC a recommandé que le document évite de suggérer de manière implicite qu'un système de santé administré par l'État constituait la meilleure approche. Il admettait néanmoins que la fonction de direction était une fonction qui revenait aux pouvoirs publics et ce, quelles que soient les dispositions prises pour la prestation des services de santé à la fois par le secteur public et le secteur privé. Il s'est félicité de la souplesse du cadre proposé et des efforts consentis pour clarifier les principaux concepts dans ce domaine. Le Comité permanent a reconnu que le document et l'accent ainsi mis sur les systèmes de santé devaient être envisagés dans le contexte plus large des activités de

³ Stewardship [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/healthsystems/Stewardship/20061004_1, accessed 11 April 2008).

recherche menées sur le lien existant entre les systèmes de santé, la santé et la prospérité en vue de la Conférence de Tallinn.

29. En ce qui concerne le projet de résolution, le CPRC a recommandé que l'on rajoute une section demandant au directeur régional de mettre au point des outils permettant d'évaluer l'efficacité de la fonction de direction des systèmes de santé, de faciliter la collaboration au niveau international sur les déterminants sociaux de la santé, et de coopérer avec d'autres organismes internationaux, notamment l'Organisation de coopération et de développement économiques. En outre, le projet de résolution devrait faire référence aux principes éthiques motivant la migration du personnel de santé, qui étaient en cours d'élaboration pour être finalement présentés à la Conférence de Tallinn.

Autres projets de résolution

30. Après avoir examiné les versions préliminaires des autres projets de résolution pour la cinquante-huitième session du Comité régional, le CPRC a reconnu que celui sur le « Rapport du quinzième Comité permanent du Comité régional » était nécessaire pour légitimer les travaux du Comité permanent et exprimer un vote de confiance à ce sujet. Il a recommandé que le paragraphe 2 b) du projet de résolution relatif à l'« Examen du processus de communication de rapports au Comité régional sur les résolutions adoptées lors des sessions précédentes » devait être amendé de sorte qu'il soit demandé au directeur régional de « proposer, pour chaque résolution, une date butoir précise pour faire rapport au Comité régional ».

Membres sélectionnés pour présenter les points de vue du CPRC à la cinquante-huitième session du Comité régional

31. Le CPRC a convenu que ses points de vue sur les quatre principales questions examinées lors de la cinquante-huitième session du Comité régional seraient présentés par les membres suivants :

Projet de budget programme 2010-2011	Dr Bjørn-Inge Larsen (Norvège)
Fonction de direction/gouvernance des systèmes de santé	Dr Vladimir Lazarevik (ex-République yougoslave de Macédoine)
Stratégies de santé publique visant le comportement	Dr Gaudenz Silberschmidt (Suisse)
Processus de communication de rapports au Comité régional sur les résolutions adoptées lors des sessions précédentes	Professeur Nikoloz Pruidze (Géorgie)

Composition d'organes et de comités de l'OMS

Représentation de la Région européenne de l'OMS au Conseil exécutif : attribution des sièges

32. Le CPRC a examiné un rapport rédigé par le petit groupe de travail qu'il a lui-même institué afin de s'enquérir sur les groupes géographiques et, notamment, sur la représentation au Conseil exécutif étant donné que la Région européenne a reçu un siège supplémentaire à la fin de 2005. Le Comité permanent a recommandé que, par souci d'équité et de continuité, les huit sièges actuellement disponibles devaient être attribués de la manière suivante : deux sièges chacun pour les groupes « Nord », « Sud » et « Communauté des États indépendants », et un siège pour le groupe « Sud-Est »⁴. L'attribution du huitième siège ne devrait pas tenir compte de critères géographiques mais être principalement motivée par les qualifications et l'expérience du candidat.

⁴ Groupes géographiques tels que spécifiés dans la résolution EUR/RC53/R1.

Conseil exécutif et CPR

33. Eu égard à la recommandation mentionnée ci-dessus, le CPR a suggéré que, durant la période de transition préalable à la nouvelle répartition des sièges proposée, deux des quatre sièges du Conseil exécutif vacants dès mai 2009 devraient être attribués à des candidats du « Nord ». Ce groupe géographique recevrait ainsi un total de trois sièges au Conseil exécutif. Le Conseil permanent examinerait davantage des candidatures spécifiques pour le Conseil et le Comité permanent lors de sa prochaine session de mai 2008.

Groupe de prospection régional

34. La présidente du CPR a rappelé que le Groupe de prospection régional était composé de trois membres et de trois suppléants. Le Comité régional avait proposé, en sa précédente session, que les trois membres et le premier des suppléants soient issus des quatre groupes géographiques. Le directeur régional, en sa lettre du 11 janvier 2008, avait demandé que des candidatures soient présentées pour siéger dans plusieurs organes, faisant remarquer qu'aux termes de l'article 47 paragraphe 2 a) du règlement intérieur du Comité régional et du Comité permanent, aucun représentant d'un État membre au Comité permanent ne serait éligible pour occuper un siège au Groupe de prospection régional. En outre, le conseiller juridique de l'Organisation avait confirmé en janvier 2008 que dans l'interprétation de l'article 47 paragraphe 2 a), il fallait inclure suppléants et conseillers, ainsi que membres de droit et membres sortants.

35. Par conséquent, le CPR a reconnu qu'il devrait atteindre un consensus quant aux nouveaux membres du Comité permanent qu'il recommanderait et ce, avant d'examiner les candidatures au Groupe de prospection régional. Il a donc demandé au secrétariat de procéder à un établissement des correspondances afin de recenser tout chevauchement entre, d'une part, les membres actuels et potentiels du CPR et, d'autre part, les candidats au Groupe de prospection régional. Il examinerait en sa prochaine session les résultats de cette analyse, ainsi d'ailleurs que les curriculum vitae des candidats.

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

36. Le président de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURSA) a déclaré que l'EURSA visait le même objectif que la direction, à savoir la réussite des activités de l'Organisation qui devait faire progresser la santé publique et servir ses États membres. Le Bureau régional venait de procéder à une restructuration majeure, avec un remaniement de son organigramme, l'abolition de programmes, et une modification du fonctionnement du Bureau, dont la mise en place d'un nouveau Système mondial de gestion. Étant donné l'impact important de ces changements, la communication avec le personnel et la participation de celui-ci revêtaient une importance primordiale, et l'EURSA avait par conséquent proposé à la direction qu'une équipe spéciale mixte soit créée pour superviser et orienter le processus de changement.

37. Tout en se félicitant de la création de l'unité de Développement organisationnel (OD), l'EURSA était consciente du fait que le personnel devait faire face à une charge de travail de plus en plus lourde, et des cas de maladies liées au stress avaient été signalés. Il importait d'examiner la charge de travail existante et de procéder autant que possible à un rééquilibrage aux différents niveaux de personnel afin de gérer cette charge et de répondre aux besoins croissants des États membres et des partenaires.

38. Eu égard à la réforme des contrats réalisée l'année précédente, l'Association du personnel avait noté avec satisfaction que le processus s'était déroulé sans problème majeur. Néanmoins, la situation restait largement inchangée en ce qui concerne les administrateurs nationaux qui étaient directeurs des bureaux de pays dans la Région. Avec leurs responsabilités accrues, il était même plus important de reconnaître leur situation et de s'assurer que leurs contrats en tiennent compte au sein de la fonction publique internationale. Le plan sur les ressources humaines du Bureau régional, publié en décembre 2007, serait une pierre angulaire du processus de réforme. Il garantirait la transparence et

servirait de guide à venir pour le personnel. Cependant, la séparation entre le budget ordinaire et les emplois pourvus avait été la source d'incertitudes chez une bonne partie du personnel. Il importait maintenant d'assurer une mise en œuvre efficace du plan, et une fois encore les représentants du personnel devaient jouer un rôle actif à cet égard.

39. Le Bureau régional s'était alloué les services d'un médiateur par intérim pendant plus d'un an, tandis que le mandat avait été révisé pour incorporer une série de points s'inspirant de propositions émises lors d'une réunion des médiateurs de l'OMS. L'Association du personnel a continué à exprimer ses préférences pour la création d'un poste, comme au Siège de l'OMS et à l'Organisation panaméricaine de la santé, plutôt que pour l'élection d'un nouveau médiateur parmi les membres du personnel actuels.

40. L'Association du personnel participait activement aux discussions sur la réforme du système des Nations Unies par le biais de la Fédération des associations de fonctionnaires internationaux (FICSA), en s'informant ainsi des initiatives et des bonnes pratiques mises en place dans d'autres organisations dans des domaines tels les conditions du personnel de terrain, les politiques en matière de rotation du personnel, les programmes d'incitants, les partenariats personnel/direction, et la santé et la sécurité sur le lieu de travail. L'Association du personnel s'est félicitée de la création récente au Bureau régional du Comité pour la promotion d'un environnement sûr et sain sur le lieu de travail, tenant compte des dispositions en matière de santé et de sécurité au travail contenues dans des conventions de l'Organisation internationale du travail, ainsi que des normes internationales sur l'hygiène au travail et la sécurité.

41. En conclusion, le président de l'EURSA a répété qu'il était important d'impliquer autant que possible le personnel dans la préparation de l'avenir du Bureau régional, et qu'un environnement professionnel à la fois créatif et respectueux était des plus profitables pour l'OMS comme pour ses États membres. Une communication efficace et la participation à tous les niveaux de l'Organisation étaient la clé de la réussite future et aideraient le personnel à servir les États membres de la meilleure manière possible.

42. Les membres du Comité permanent ont pris acte des questions soulevées par l'EURSA en ce qui concerne les changements et les préoccupations exprimées au sujet de la charge de travail, mais ont rendu hommage à la collaboration étroite entre le personnel et la direction. Leur dévouement et leur engagement étaient manifestes par leur niveau de performance qui avait augmenté d'année en année. Le CPRC soutenait fortement et appréciait hautement le travail qu'ils effectuaient. Le directeur régional a fait remarquer que les nouvelles méthodes de travail du Bureau étaient la conséquence de l'adoption par les États membres du Plan stratégique à moyen terme de l'Organisation. Celui-ci mettait aussi en lumière la nécessité de promouvoir des méthodes plus intégrées afin d'atteindre les objectifs communs et ce, comparé à l'ancien modèle qui prévoyait 36 domaines verticaux d'activités. Il a aussi reconnu le besoin d'acquérir de nouvelles compétences dans des domaines tels que la gestion, l'obtention de fonds et la négociation politique. Il a admiré la façon dont le Bureau s'adaptait aux changements nécessaires sous l'égide de l'équipe de direction et était confiant que les résultats escomptés seraient atteints.

Dates et lieux des sessions du seizième CPRC

43. Le Comité permanent a convenu de tenir les sessions suivantes en 2008-2009 :

Tbilissi (Géorgie)	18 septembre 2008
Oslo (Norvège)	10 et 11 novembre 2008
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague	12 janvier 2009
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague	30 et 31 mars 2009
Genève (Suisse)	Mai 2009 (veille de l'ouverture de la Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé)
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague	13 septembre 2009

Autres questions à l'ordre du jour

Bureau géographiquement dispersé d'Athènes – rapport d'avancement sur les discussions

44. Le directeur régional adjoint a déclaré que, depuis la précédente session du CPCR, le projet d'accord avait été amendé et envoyé au gouvernement grec. Son approbation avait été reçue le 28 mars 2008.

45. Le vice-président du CPCR a demandé que le bureau d'Athènes pour le soutien à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles ne s'engage pas dans un processus indépendant de fixation de priorités. Le directeur régional adjoint lui a d'ailleurs reconfirmé que cela ne serait pas le cas. Le bureau d'Athènes ferait partie intégrante de l'unité des maladies non transmissibles au sein de la Division des programmes sanitaires du Bureau régional, et serait placé sous la responsabilité du chef d'unité et du directeur de la Division. Par souci de clarté, il a été demandé au directeur régional de réitérer ce point à toutes fins utiles dans son rapport à la cinquante-huitième session du Comité régional, et il a été convenu que le premier point de l'énumération à l'article 2, paragraphe 4, du projet d'accord avec le pays d'accueil devrait être amendé comme suit : « Activités visant le développement des connaissances, des informations et des bases factuelles pour étayer la responsabilité du Bureau régional en matière de prise de décisions, l'évaluation des besoins sanitaires et la définition des priorités, l'élaboration des politiques, la mise en œuvre et l'analyse, les interventions rentables ainsi que le suivi et l'évaluation des résultats ».

46. À la lumière de ces changements, le CPCR a accepté que le directeur régional signe l'accord, faisant rapport des progrès à cet égard au Comité permanent et au Comité régional.

Premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, Kampala (Ouganda), du 2 au 7 mars 2008

47. Le vice-président a déclaré qu'il avait assisté, avec des membres du secrétariat, au premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé. Le directeur régional a rappelé que les débats engagés lors de la cinquante-septième session du Comité régional avaient notamment permis d'émettre une recommandation selon laquelle le Bureau régional devait contribuer davantage à l'Alliance mondiale du personnel de santé. Il s'était par conséquent entretenu avec des ministres de la Santé lors d'une réunion ministérielle tenue en marge du Forum, alors que des membres du personnel du Bureau régional s'étaient chargés d'organiser une table ronde. Le message de la Région européenne était celui-ci : si l'on avait incontestablement le droit de s'expatrier pour améliorer sa situation professionnelle, il fallait faire appel à la solidarité internationale pour aider les pays à conserver leur personnel par toute une série de moyens. De telles mesures pourraient inclure la création d'un fonds pour la conservation des professionnels de santé et la promulgation d'un code d'éthique pour les pays ayant besoin d'effectifs. Les participants au Forum s'étaient félicités de l'honnêteté de la Région qui a reconnu le problème et désirait trouver des solutions.

48. Le Comité permanent attendait avec impatience la tenue d'une séance sur la migration des professionnels de santé lors de la Conférence de Tallinn, et de recevoir un rapport d'avancement lors de la cinquante-huitième session du Comité régional, étant donné que ce thème serait abordé par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la santé en 2009.

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, Tallinn (Estonie), juin 2008 – rapport d'avancement sur les préparatifs

49. Le conseiller auprès du ministre estonien des Affaires sociales a informé le CPCR que les préparatifs en vue de la Conférence étaient en bonne voie. Le gouvernement s'était fortement engagé à l'organisation de cet événement auquel le premier ministre assisterait. Un protocole d'accord avait été conclu et mis à jour, et des lettres d'invitation avaient été envoyées, la plupart d'entre elles signées

conjointement par les ministres des Affaires sociales et des Finances, ainsi que par le directeur régional. Le lieu et les hôtels de la Conférence avaient été décidés et réservés, et deux dîners officiels, un programme d'activités sociales et un programme à l'adresse des personnes accompagnant les délégués étaient planifiés.

50. Le directeur régional adjoint avait déclaré qu'une réunion du Groupe de rédaction de la Charte avait été organisée à Valence (Espagne) les 8 et 9 février 2008, à la suite de laquelle une version révisée du document avait été envoyée aux États membres pour y apporter des commentaires. La troisième et toute dernière réunion préalable à la Conférence se tiendrait à Rome les 3 et 4 avril 2008, et la dernière réunion du Groupe de rédaction de la Charte serait organisée à Moscou à la mi-mai. La Conférence serait aussi l'occasion d'utiliser des innovations technologiques. Il était notamment prévu d'organiser une webdiffusion des séances et des entretiens par des journalistes de personnalités importantes. Les membres du CPR ont exprimé leur satisfaction quant au haut niveau des préparatifs.

Conseil de l'Europe et transfusion sanguine/greffes d'organes – évolution récente

51. Le vice-président a fait remarquer que le Bureau régional avait l'obligation de s'assurer que tous les États membres de la Région européenne de l'OMS (et surtout les États de la partie orientale de la Région) reçoivent les meilleurs conseils techniques possibles eu égard à la transfusion sanguine et aux greffes d'organes. Le secrétariat avait tenté de conclure un accord avec le Conseil de l'Europe afin d'éviter, d'une part, tout chevauchement des activités et, d'autre part, toute lacune à ce niveau. Toutefois, cela s'est avéré plus difficile qu'initialement prévu. Le secrétariat continuerait à s'entretenir avec le Conseil, et à un niveau politique plus élevé, afin d'aboutir à un accord sur le partage des responsabilités, en termes techniques et en termes de couverture des États membres, avant de poursuivre la collaboration au niveau technique. Les membres du Comité permanent ont soutenu cette initiative et étaient disposés à aider le secrétariat le cas échéant.

Préparations de la Soixante et unième Assemblée mondiale de la santé et de la cent vingt-troisième session du Conseil exécutif

52. Le directeur régional a fait remarquer que tous les points inscrits à l'ordre du jour de la Soixante et unième Assemblée mondiale de la santé intéressaient la Région européenne, et seraient examinés plus en détail lors de la réunion des États membres européens organisée le 18 mai 2008, immédiatement après la prochaine session du CPR.

53. Comme précédemment convenu (voir paragraphe 8 ci-dessus), le CPR a confirmé qu'il serait prématuré d'essayer d'identifier (pour la prochaine Assemblée de la santé) un ou deux points à l'ordre du jour sur lesquels une déclaration commune pour l'ensemble de la Région pourrait être effectuée.

Ordre du jour provisoire pour la cinquième session (Genève, dimanche 18 mai 2008)

54. Un projet d'ordre du jour provisoire de la cinquième session du CPR a été distribué pour information. Le CPR a convenu d'y ajouter un point supplémentaire relatif à la préparation d'un rapport d'avancement sur la création du bureau géographiquement dispersé d'Athènes. Un rapport d'avancement sur les discussions avec le Conseil de l'Europe serait examiné lors la session organisée juste avant la cinquante-huitième session du Comité régional.