



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

**Dix-neuvième Comité permanent
du Comité régional de l'Europe**

Deuxième session

Stockholm (Suède), 14 et 15 novembre 2011

EUR/RC61/SC(2)/REP
113303

19 mars 2012

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport sur la deuxième session

Sommaire

page

Introduction	1
Discours d'ouverture de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe	1
Rapport sur la première session du dix-neuvième CPCR	2
Suivi de la soixante et unième session du Comité régional.....	2
Échos de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.....	2
Ordre du jour provisoire de la soixante-deuxième session du Comité régional :	
examen des principales questions techniques et de politique générale	3
Santé 2020 – la nouvelle politique européenne de la santé.....	4
Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique.....	4
Stratégie et plan d'action pour le vieillissement en bonne santé en Europe	5
Cadre pour une stratégie européenne de l'information sanitaire	6
Stratégie et plan d'action européens sur la santé mentale.....	7
Poursuite de l'élaboration d'une nouvelle stratégie de communication pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe	7
Postes électifs à la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé	8
Composition des organes et comités de l'OMS	8
Écho de la session spéciale du Conseil exécutif.....	9
Ordre du jour provisoire de la soixante-deuxième session du Comité régional :	
examen des principales questions techniques et de politique générale (<i>suite</i>).....	11
Poursuite de l'élaboration d'une Stratégie de pays pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe	11
Renforcement du rôle des bureaux géographiquement dispersés du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : une stratégie renouvelée pour l'Europe	11
Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS	12
Rapport du secrétariat au CPCR sur les questions budgétaires et financières	13
Questions à aborder avec les membres européens du Conseil exécutif	14
Autres questions à l'ordre du jour	14

Introduction

1. Le dix-neuvième Comité permanent du Comité régional de l'Europe (CPCR) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a tenu sa deuxième session au Münchenbryggeriet à Stockholm (Suède), les 14 et 15 novembre 2011. Le professeur Ogtay Shiraliyev (Azerbaïdjan), le professeur Veronika Skvortsova (Fédération de Russie, remplacée par son suppléant, le docteur Oleg Chestnov), le docteur Carmen Amela Heras (Espagne, remplacée par sa suppléante, le docteur Karoline Fernández de la Hoy) et le docteur Josep Casals (président du dix-huitième CPCR) ont fait parvenir leurs excuses pour leur absence.

Discours d'ouverture de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe

2. Dans son discours d'ouverture, Zsuzsanna Jakab, directrice régionale de l'OMS pour l'Europe, présente Noemi Kondorosi, la toute nouvelle conseillère technique pour la gouvernance régionale au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, et informe le CPCR que le rapport de la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR61) est désormais disponible sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int>) dans sa version anglaise, et qu'il le sera bientôt dans les autres langues de travail de la Région.

3. La directrice régionale a participé à une réunion du Groupe de politique mondiale de l'Organisation les 17 et 18 septembre 2011 à New York (États-Unis), au cours de laquelle le sujet de la réforme de l'OMS a été examiné en préparation d'une session extraordinaire du Conseil exécutif (Genève, 1^{er}-3 novembre). Parmi les autres événements internationaux auxquels la directrice régionale et des membres du personnel du Bureau régional ont participé, il convient de mentionner notamment la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles (New York, 19 et 20 septembre), l'inauguration d'un nouveau centre du Bureau régional sur les maladies non transmissibles à Athènes le 23 septembre, la Troisième Conférence islamique des ministres de la Santé (Astana, Kazakhstan, 29 septembre-1^{er} octobre) et le Forum européen de la santé Gastein (Bad Hofgastein, Autriche, 5-8 octobre). Des réunions des directeurs généraux de la santé et des soins infirmiers des pays membres de l'Union européenne (UE) ont été organisées le 6 octobre à Varsovie, dans le cadre de la présidence polonaise du Conseil de l'UE, suivies par une réunion des directeurs généraux des soins infirmiers de tous les États membres de la Région européenne de l'OMS les 7 et 8 octobre. La « feuille de route » en vue de prévenir et de combattre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans les 53 pays de la Région européenne de l'OMS a été lancée lors du Forum international sur l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations Unies n° 6 (OMD relatif à la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) en Europe de l'Est et en Asie centrale (Moscou, Fédération de Russie, 10 et 11 octobre), en présence de John Dalli, commissaire européen à la santé et à la protection des consommateurs, et du professeur Michel Kazatchkine, directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Parmi les autres événements importants organisés en octobre, on mentionnera le Troisième Forum des ministres de la Santé des dix pays du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est (Banja Luka, Bosnie-Herzégovine, 13 et 14 octobre) et le Sommet mondial de la santé (Berlin, 23-26 octobre). Une conférence a été organisée à Poznan (Pologne) les 7 et 8 novembre (« La solidarité en matière de santé – réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne ») dans le cadre de la présidence du Conseil de l'UE, et la directrice régionale a reçu la médaille Andrija Štampar lors de la Conférence de l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne (ASPHER) le 10 novembre à Copenhague.

4. Des membres du CPRC indiquent que la Convention du Conseil de l'Europe sur la contrefaçon des produits médicaux et les infractions similaires menaçant la santé publique (Convention « Médicrime ») a été finalisée lors d'une conférence internationale de haut niveau organisée à Moscou du 26 au 28 octobre, alors que la première réunion du Groupe de travail Environnement et santé s'est déroulée à Bled (Slovénie) les 27 et 28 octobre. Préalablement à la Conférence de la présidence du Conseil de l'UE, une réunion de directeurs d'instituts nationaux de santé publique a été organisée à Poznan les 5 et 6 novembre. Lors de la Huitième Conférence annuelle du Partenariat pour la santé publique et le bien-être social de la Dimension septentrionale (Saint-Pétersbourg, 24 et 25 novembre), un accord doit être conclu quant à la nécessité, pour le secrétariat, de disposer de ses propres capacités juridiques.

Rapport sur la première session du dix-neuvième CPRC

5. Le rapport sur la première session du dix-neuvième CPRC (Bakou, Azerbaïdjan, 15 septembre 2011) est adopté sans amendement.

Suivi de la soixante et unième session du Comité régional

6. Outre le document habituel déterminant les domaines pour lesquels des mesures de suivi sont requises dans les résolutions adoptées et les débats tenus lors du CR61, le secrétariat a préparé un document mentionnant les enseignements pratiques tirés de l'organisation de la session, ainsi qu'un « programme de roulement » des points à l'ordre du jour des prochaines sessions du Comité régional, jusqu'en 2020. Les recommandations du CPRC sont sollicitées sur un certain nombre de questions : le meilleur moyen de faire participer les ministres au Comité régional ; le rôle que le CPRC peut jouer s'agissant d'organiser davantage de consultations stratégiques avec les États membres sur les plans d'action et d'autres documents politiques ; la poursuite éventuelle de l'organisation de groupes parallèles lors des sessions du Comité régional ; et la participation potentielle des États membres à l'examen des incidences financières des résolutions adoptées (ou limiter celui-ci au Bureau régional).

7. Le CPRC se félicite du programme de roulement des points de l'ordre du jour, et propose que la participation ministérielle aux sessions puisse être promue en organisant des cérémonies ou des activités pour le lancement de documents politiques importants, tels que la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020. Néanmoins, de tels documents continueront d'être adoptés ou approuvés de manière officielle dans le cadre des résolutions prises par le Comité régional. La consultation stratégique menée par le Forum européen sur la politique de la santé pour hauts responsables de gouvernement sera évaluée vers la fin de 2012, après l'adoption de Santé 2020, la nouvelle politique européenne de la santé. Des groupes de travail parallèles pourront être organisés de manière utile à des fins de réflexion collective lors des premiers stades de discussion d'un sujet donné. L'examen des incidences financières des résolutions du Comité régional doit se concentrer sur le coût (et l'avantage) estimé(s) des mesures prises par le secrétariat.

Échos de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

8. Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé qualifie l'année 2011 « d'année des maladies non transmissibles ». À la suite d'une consultation régionale de haut niveau tenue à Oslo (Norvège) en novembre 2010, la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles a été organisée à Moscou en avril 2011. En mai 2011, la Soixante-quatrième

Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA64.11, approuvant ainsi la Déclaration de Moscou. Le Comité régional a, quant à lui, adopté un plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles en septembre 2011 (à la veille de la réunion de haut niveau des Nations Unies). Tous ces événements ont donné lieu à un grand nombre de produits officiels d'information, tels que des déclarations et des résolutions, ainsi qu'à des documents techniques.

9. La Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies a été adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution A/RES/66/2. Le Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles permet d'anticiper les éléments tangibles de la Déclaration politique de manière à ce que ces documents fassent tous deux échos des questions suivantes : la réduction des facteurs de risque et l'édification d'environnements favorables à la santé ; le renforcement des politiques et des systèmes de santé nationaux ; la coopération et les partenariats internationaux ; et la recherche-développement, le suivi et l'évaluation.

10. La suite donnée à la Déclaration politique peut s'articuler autour de trois domaines fondamentaux, et l'application du Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles peut être envisagée de la même manière. En premier lieu, un cadre de suivi complet, comprenant des indicateurs et des cibles volontaires, doit être élaboré d'ici la fin de 2012 (une consultation régionale sur le cadre de suivi mondial et les options de surveillance, de suivi et d'évaluation du Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles est provisoirement prévue pour février 2012 à Oslo, et des cibles et indicateurs volontaires au niveau mondial seront présentés à la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé en mai 2012 pour adoption ; les indicateurs et cibles régionaux en matière de maladies non transmissibles seront dès lors « synchronisés » avec les indicateurs et cibles mondiaux, et incorporés à Santé 2020 d'ailleurs présentée au CR62 lors de sa session de septembre 2012 à Malte). Ensuite, des options de partenariats efficaces afin de mener des actions multisectorielles doivent être définies à la fin de 2012 (une réunion régionale de l'OMS des homologues techniques des États membres, d'organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG) et d'experts est provisoirement prévue pour le printemps 2012). Enfin, les politiques et plans nationaux multisectoriels pour la prévention et le traitement des maladies non transmissibles doivent être renforcés et mis en œuvre en 2013 (la réunion du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est a principalement porté sur les maladies non transmissibles, et le Bureau régional apporte une aide technique aux pays dans le cadre des accords de collaboration biennaux 2012-2013 pour leurs plans et politiques nationaux de prévention et de traitement des maladies non transmissibles).

Ordre du jour provisoire de la soixante-deuxième session du Comité régional : examen des principales questions techniques et de politique générale

11. Le Comité permanent procède à un premier examen des points à inscrire à l'ordre du jour du CR62 tels que définis dans le « programme de roulement » des prochaines sessions du Comité régional. L'ordre du jour provisoire étant généralement considéré comme trop fourni, le CPRC insiste sur la nécessité de prioriser les dossiers abordés. Il fait remarquer que le Rapport de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2010-2011 et le document habituel sur l'exécution du budget programme ne doivent pas nécessairement être présentés au titre de points inscrits officiellement à l'ordre du jour. Il propose que ce dernier, comme c'est le cas avec le Conseil exécutif, soit séparé en points pour décision/adoption et questions soumises pour information. Il recommande également que les participants limitent strictement leurs interventions à trois minutes. Enfin, il reconnaît que l'organisation potentielle de groupes de travail parallèles dépend en fait de la superficie des locaux requis et disponibles.

Santé 2020 – la nouvelle politique européenne de la santé

12. Le chef de l'unité Programmes stratégiques et interdisciplinaires et projets spéciaux de la directrice régionale énonce les étapes de la deuxième phase de préparation de Santé 2020, qui s'étend de septembre 2011 à septembre 2012, et décrit « l'ensemble » de base des documents de travail et d'information qui seront présentés au CR62. D'un point de vue général, Santé 2020 doit promouvoir les stratégies et les interventions susceptibles d'exercer la plus grande influence sur le niveau de santé des populations, avec la priorité accordée à l'action sur les inégalités sanitaires et les déterminants sociaux de la santé ainsi qu'à la prévention systématique. Lors de cette deuxième phase de préparation, il importe notamment de définir un nombre limité d'objectifs au niveau européen qui tiennent compte des principales visions stratégiques de Santé 2020.

13. La directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation indique qu'à la suite des discussions techniques engagées au CR61 sur la définition des objectifs de Santé 2020, il a été demandé aux chefs de programme du Bureau régional de proposer des objectifs dans leur domaine respectif. Le groupe de travail du CPRC a tenu une quatrième téléconférence le 11 novembre en vue d'examiner les critères à appliquer afin de dresser une liste restreinte ; des exemples d'objectifs, ainsi que la méthodologie employée et le mécanisme de consultation avec les États membres, seront abordés lors de la prochaine réunion du Forum européen sur la politique de la santé et la Première Conférence sur Santé 2020 (Jérusalem, Israël, 27-29 novembre).

14. Le Comité permanent demande que la « version concise » du document politique Santé 2020 constitue un document distinct destiné à un public politique (plutôt que technique), comme les Premiers ministres ou les ministres d'autres secteurs que celui de la santé. Cette version concise se baserait sur des études de cas d'approches innovatrices afin d'examiner l'économie de la prévention, de présenter des informations factuelles précises mettant en valeur les avantages sociaux de l'investissement dans la santé, et d'établir des orientations stratégiques. Le « document-mère », plus technique, doit s'adresser aux experts de la santé publique et examiner les moyens de mener à bien la politique souhaitée.

15. Le CPRC propose également que les groupes cibles spécifiques mentionnés dans Santé 2020 incluent aussi les populations autochtones, et pas uniquement les Roms, et que la migration soit considérée comme un déterminant de la santé. En outre, le CPRC insiste sur la nécessité de développer davantage cette section du document et de la rendre généralement plus pertinente en englobant les groupes de population défavorisés.

16. Enfin, le Comité permanent indique que Santé 2020 est complémentaire d'Europe 2020, la stratégie de l'UE en matière de croissance pour la prochaine décennie, bien que cette dernière n'inclue pas formellement de composante santé. Même s'il ne souhaite pas officialiser la participation de la Commission européenne à l'élaboration de Santé 2020, le CPRC laisse entendre que la nouvelle politique européenne de la santé pourrait être inscrite à l'ordre du jour de la réunion du Groupe de travail de haut niveau sur la santé publique prévue en mars 2012 dans le cadre de la présidence danoise du Conseil de l'UE.

Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique

17. Le directeur de la Division des systèmes de santé explique que, conformément à la résolution EUR/RC61/R2 du Comité régional, le secrétariat formule actuellement un plan d'action européen sur la santé publique. Une évaluation des services de santé publique dans plusieurs pays d'Europe occidentale a été lancée, ainsi d'ailleurs qu'une étude sur les outils et instruments politiques de la santé publique, alors qu'un processus consultatif est désormais en

marche : outre la Réunion du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et des conférences de l'ASPHER et de la présidence du Conseil de l'UE, une première consultation sur les ressources humaines pour la santé publique a été organisée à Copenhague les 4 et 5 octobre. D'autres échanges de points de vue auront lieu lors du Forum européen sur la politique de la santé et la Conférence sur Santé 2020. Il est demandé au CPRC d'émettre des recommandations sur l'approche et le calendrier proposés préalablement au CR62, le public cible et la participation des États membres.

18. Les membres du CPRC attirent l'attention sur le fait que les résultats préliminaires d'une étude des capacités de santé publique des pays de l'UE viennent d'être présentés, et qu'un rapport complet sera bientôt disponible sur le site Web de l'Université de Maastricht (<http://www.inthealth.eu>). Ils proposent de prendre en compte ces résultats lors de l'élaboration du plan d'action. Le processus consultatif actuellement engagé avec les États membres (dans le cadre d'autres réunions et par courrier électronique), ainsi qu'au niveau infranational et avec les ONG et la Commission européenne, est important pour stimuler l'adhésion la plus massive possible au plan. Plusieurs membres demandent une plus grande clarification de certains concepts tels que « capacités de santé publique », « compétences de santé publique » et « instruction en santé ».

19. Le Comité permanent reconnaît que le plan d'action jouera un rôle important dans la mise en œuvre de Santé 2020, et attend avec impatience d'examiner un projet du plan lors de sa prochaine session.

Stratégie et plan d'action pour le vieillissement en bonne santé en Europe

20. Le coordinateur de l'unité Vieillissement en bonne santé, incapacités et soins de longue durée présente un résumé de la stratégie et du plan d'action, ainsi qu'un premier avant-projet du document complet. Ce dernier n'a d'ailleurs pas encore fait l'objet d'une consultation avec les États membres. La stratégie doit inclure quatre composantes : vieillissement en bonne santé durant toute la vie ; édification d'environnements favorables ; renforcement des systèmes de santé pour les populations vieillissantes ; et comblement des lacunes en matière de recherche et d'informations factuelles. À l'instar du Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles, un ensemble de critères ont été appliqués afin de sélectionner un nombre limité d'interventions prioritaires (telles que la prévention des chutes, la vaccination des personnes âgées et la formation améliorée du personnel) et d'interventions de soutien (telles que la prévention de la maltraitance et de l'isolement social des personnes âgées, et l'élaboration de stratégies en vue d'assurer la qualité des soins dispensés aux personnes âgées).

21. Il est proposé de préparer un deuxième projet de document complet à la fin de janvier 2012 et d'organiser une consultation régionale à ce sujet avec les points focaux nationaux à la fin de février. Cette version pourrait aussi être examinée par le Comité permanent lors de sa prochaine session. En outre, une consultation en ligne pourrait avoir lieu entre février et la mi-avril, à la suite de laquelle un troisième projet révisé serait présenté au CPRC en mai.

22. Le Comité permanent estime que quatre domaines du plan d'action méritent davantage d'attention : des liens permanents doivent être maintenus entre le système de santé et l'aide sociale ; l'édification d'environnements favorables doit être aussi promue au niveau national, et pas seulement au niveau de la municipalité ; des mesures secondaires liées aux chutes des personnes âgées doivent être prises en compte (par exemple, le traitement de l'ostéoporose) ; et des interventions visant à promouvoir la santé mentale (telles que le diagnostic de la dépression) doivent être prévues dans le plan. Pour faire face au problème de la démence, cependant, la dimension sociale (soutien familial) est importante. De même, le plan doit aborder le diagnostic précoce des maladies non transmissibles et la promotion de la santé en général. La responsabilisation ou l'autonomisation des personnes âgées doit prévoir une participation de ces

derniers à la planification du reste de leur existence. D'une manière plus générale, les interventions peuvent être classées en plusieurs catégories : celles liées à la collecte de données, celles ciblant les individus et celles à mener au niveau national. Les questions soulevées par la formation adéquate des ressources humaines pour le vieillissement en bonne santé pourraient aussi être prises en considération.

23. Le CPRC exprime son appui résolu à ce qu'une stratégie et un plan d'action sur le vieillissement en bonne santé en Europe soient inscrits à l'ordre du jour du CR62. Selon le CPRC, il existe des liens étroits entre le plan d'action sur le vieillissement en bonne santé et un grand nombre d'autres documents examinés lors de la session, tels que la stratégie de communication et le Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles : une approche intégrée portant sur l'ensemble de l'existence de l'individu doit être adoptée. Finalement, les domaines d'interventions prioritaires font partie intégrante de la vision d'ensemble de Santé 2020.

Cadre pour une stratégie européenne de l'information sanitaire

24. La directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation explique qu'une stratégie de l'information sanitaire est nécessaire afin de surmonter la barrière entre les bases factuelles et les politiques. En réponse à la résolution WHA60.27 de l'Assemblée mondiale de la santé, elle doit aider l'OMS à aplanir les inégalités existant entre les États membres en matière d'information sanitaire, à prévenir la multiplication des demandes et à alléger le fardeau de l'établissement des rapports. Elle peut aussi conduire à l'élaboration d'une stratégie commune avec d'autres agences. Une « feuille de route », et il s'agit là d'une première étape, a été convenue avec la Commission européenne, et son application conjointe a commencé (cartographie des bases de données, description de l'architecture des systèmes et évaluation de la qualité).

25. Le cadre de la proposition de stratégie consiste en quatre sections :

- vision, mandat, public cible et généralités,
- mission, objectifs stratégiques (OS), produits et résultats escomptés,
- éléments nécessaires pour la mise en œuvre, partenariats, et suivi et évaluation,
- conclusions, plan d'application et définitions/références.

26. L'accord du CPRC et des partenaires est sollicité quant à la structure, au contenu et à la faisabilité du cadre, et quant au plan d'application.

27. Le Comité permanent adopte l'objectif de la stratégie, qui est de permettre aux États membres d'utiliser plus efficacement l'information existante à des fins de décision et d'élaboration de politiques, plutôt que de leur demander de collecter un volume encore plus important de données. De même, le CPRC accueille favorablement l'idée d'instaurer un groupe de travail afin de poursuivre l'élaboration de la stratégie, faisant remarquer que de telles dispositions constituent un moyen efficace d'atteindre les objectifs de Santé 2020. La mise en place d'un système unique d'information sanitaire couvrant l'ensemble de la Région européenne de l'OMS serait cependant un processus de longue haleine, continu et itératif. Afin que l'ensemble des parties intéressées, dont la Commission européenne, puissent y apporter leur soutien, le Comité permanent propose en conséquence que le groupe de travail, une fois créé, puisse émettre des recommandations au CPRC en ses sessions de mars ou mai 2012 sur la meilleure manière d'aborder ce sujet au CR62 (présentation d'un rapport d'avancement, séance de réflexion collective ou de *brainstorming*, etc.).

Stratégie et plan d'action européens sur la santé mentale

28. Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé fait remarquer que, dû à leur prévalence et à la charge de morbidité et aux incapacités imposées par les troubles mentaux, ceux-ci constituent l'un des principaux défis de santé publique de la Région européenne de l'OMS. Il existe désormais d'importantes disparités en matière de traitement, ainsi qu'une énorme diversité en ce qui concerne la dispensation des services. S'appuyant sur une déclaration et un plan d'action pour l'Europe d'ailleurs adoptés par le Comité régional en 2005, une nouvelle stratégie peut être élaborée afin d'améliorer le bien-être mental des populations, de respecter les droits des personnes souffrant de problèmes mentaux et de mettre en place des services accessibles, sûrs et efficaces. La stratégie comprendrait quatre objectifs fondamentaux et trois objectifs transversaux, et l'on propose l'organisation de consultations approfondies sur une période de deux ans, jusqu'au CR63 de 2013.

29. Le CPR se félicite de pouvoir participer aux tous premiers stades de formulation de la stratégie, et reconnaît que le projet porte sur la plupart des domaines nécessaires. Tout en mettant en garde contre l'assimilation du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques ou les services hospitaliers de santé mentale de proximité à la qualité des soins dispensés, il demande que davantage d'attention soit accordée au dépistage précoce et au traitement de proximité. En outre, la stratégie doit prendre en compte le besoin des personnes atteintes de problèmes mentaux d'être protégées face aux abus, tels que la détention non justifiée ou la mise sous séquestre des biens.

Poursuite de l'élaboration d'une nouvelle stratégie de communication pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

30. Le directeur exécutif de l'unité Relations avec les pays et communication globale rappelle qu'en sa quatrième session de mai 2011, le dix-huitième CPR a recommandé de ne pas inscrire la nouvelle stratégie de communication à l'ordre du jour du CR61, étant donné que celui-ci était déjà bien chargé. Depuis lors, l'élaboration de la stratégie a été poursuivie : sa vision, sa mission et ses objectifs ont été affinés dans une note d'orientation, qui propose également des sections sur la stratégie de la marque et de l'image et sur les messages ; la communication des risques et en cas de crise ; les problèmes d'ordre structurel et fonctionnel ; les voies de communication et les outils ; les publics cibles ; les partenariats ; le développement des capacités et la mise en place d'un réseau de communication ; les liens ; et l'évaluation des impacts de la communication. Un projet complet de la nouvelle stratégie fera l'objet de trois consultations sous-régionales avec les États membres en janvier et en février 2012, avant la présentation d'une version révisée au CPR en sa prochaine session.

31. Le CPR demande que la nouvelle stratégie établisse une distinction entre la communication générale ou « normale », la communication des risques et la communication en cas de crise. En effet, chacune d'entre elles vise des groupes cibles particuliers et utilise des outils différents. Le réseau des communicateurs dans le domaine du risque, établi par la Commission européenne sous l'égide du Comité de sécurité sanitaire de l'UE, joue déjà un rôle très spécifique à cet égard. Le Comité permanent reconnaît que le Bureau régional devra probablement communiquer avec, d'une part, des responsables politiques et des experts techniques et, d'autre part, avec le grand public. Cependant, les groupes cibles doivent toujours être clairement définis, et les États membres doivent être mis au courant des messages transmis par l'OMS au grand public. Les capacités de communication doivent être évaluées tant à l'OMS que dans les États membres. La répétition des tâches entreprises par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) doit être évitée, et les informations provenant des réseaux techniques et axés sur le contexte de l'OMS doivent être coordonnées. La stratégie doit aussi expliquer davantage comment le Bureau régional a l'intention de renforcer les capacités de communication de la Région, ainsi que les ressources nécessaires à cette fin.

Postes électifs à la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé

32. La Région européenne étant appelée à présenter des candidats aux postes de vice-président de la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé et de vice-président de sa Commission A, la directrice régionale demande aux membres du Comité permanent de lui soumettre, s'ils le souhaitent, des propositions, et propose qu'une consultation du CPR soit organisée en janvier 2012 sous forme électronique.

33. En outre, la Région européenne doit, comme à l'accoutumée, désigner cinq membres du Bureau de l'Assemblée (c'est-à-dire, des trois pays qui sont membres permanents du Conseil de sécurité des Nations Unies et deux autres) et trois membres du Comité des pouvoirs. Avant Noël, elle fera parvenir aux membres du CPR une liste reprenant les membres ayant précédemment siégé à ces comités, ainsi que ses propositions pour 2012.

Composition des organes et comités de l'OMS

34. La directrice régionale informe le CPR que les désignations et élections habituelles aux organes ou comités de l'OMS mentionnés ci-dessous auront lieu lors du CR62 :

- Conseil exécutif 2 sièges
- Comité permanent du Comité régional 4 sièges
- Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé 4 sièges

35. Elle propose d'échelonner le mandat des membres du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé de manière à en assurer une meilleure rotation. La correspondance relative à la demande de désignations pour ces organes et comités sera envoyée aux États membres au début de 2012.

36. Le directeur exécutif de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement informe le CPR qu'en mai 2011, la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé a adopté (dans sa résolution WHA64.5) le Cadre de préparation en cas de pandémie de grippe (tel que repris dans le document A64/8). Le mécanisme de supervision établi aux termes de ce cadre est constitué de l'Assemblée mondiale de la santé, du directeur général de l'OMS et d'un groupe consultatif indépendant de 18 membres (trois experts de chacune des Régions de l'OMS). Chaque membre doit servir un mandat de trois ans, renouvelable une seule fois, en sa capacité personnelle d'expert(e). Un tiers des membres sera renouvelé chaque année.

37. En l'absence de toute recommandation officielle en ce qui concerne la consultation avec les États membres, et de liste d'experts déjà établie, le secrétariat du Bureau régional a fait parvenir au Siège de l'OMS, à la date butoir du 2 septembre 2011, la proposition de trois candidats, sélectionnés de manière à garantir une répartition géographique équilibrée, un large spectre de compétences ainsi que diverses expériences avec le processus de préparation en cas de pandémie de grippe. Les candidats ainsi désignés sont le professeur Didier Houssin (France), le docteur Silvi Bini (Albanie) et le professeur Oleg Kiselev (Fédération de Russie). Le directeur général doit désigner des membres plus tard dans la semaine, et la première réunion du Groupe consultatif est prévue du 21 au 23 novembre 2011.

38. Tout en approuvant les candidatures proposées, le Comité permanent exprime ses inquiétudes quant au processus de suivi : en effet, il n'a jamais eu l'occasion, ni le Comité régional d'ailleurs, d'examiner ces candidatures, et il est en outre peu probable que les membres

sélectionnés soient à même d'assister à une réunion dans un délai aussi court. Le Comité régional recommande qu'à l'avenir, une liste d'experts soit établie de façon claire et transparente, en consultation avec le Comité régional.

Écho de la session spéciale du Conseil exécutif

39. La directrice régionale explique qu'une session extraordinaire du Conseil exécutif a été organisée du 1^{er} au 3 novembre 2011. Celle-ci a permis de réunir non seulement les 34 membres du Conseil, mais aussi des délégations de 82 États membres. Trois décisions officielles ont été adoptées sur les programmes et la définition des priorités, la gouvernance et les réformes gestionnaires¹.

40. Sur ce premier sujet, le Conseil a décidé d'établir un processus dirigé par les États membres qui sera mis en place après la 130^e session du Conseil exécutif en janvier 2012, visant à fournir des recommandations sur les méthodes d'élaboration des programmes et de définition des priorités à soumettre pour examen à la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé en mai 2012. Afin de soutenir ce processus, il a demandé au secrétariat d'élaborer un document de fond pour la 130^e session du Conseil exécutif.

41. En ce qui concerne la gouvernance, le Conseil exécutif est convenu (entre autres) des principes suivants :

- les organes directeurs de l'OMS assument un rôle clé dans la définition des priorités, l'Assemblée de la santé jouant un rôle politique et stratégique et le Conseil exécutif un rôle consultatif, exécutif et de surveillance renforcé ;
- le Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif devrait être renforcé. Son rôle devrait aussi consister à superviser le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre programmatique et financière aux trois niveaux de l'Organisation ;
- la durée, la programmation et la succession des sessions du Conseil exécutif et des réunions du Comité du programme, du budget et de l'administration devraient être optimisées ;
- les liens entre les travaux des Comités régionaux et ceux du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la santé devraient être améliorés et renforcés ;
- le Conseil exécutif devrait intervenir pour limiter le nombre de projets de résolution sur la base de l'évaluation de leur valeur stratégique, de leurs incidences financières et administratives, etc. ;
- les débats devraient être plus ordonnés, notamment par l'instauration d'un système sur le modèle des « feux de circulation ».

42. Le directeur général est priée de soumettre, à la 130^e session du Conseil exécutif, les modalités d'amélioration de la participation des États membres à des partenariats et de la surveillance de ces derniers.

43. En ce qui concerne le troisième sujet, le Conseil exécutif a reconnu que plusieurs domaines des réformes gestionnaires sont en fait du ressort des fonctions exécutives du directeur général, et que les actions à cet égard peuvent donc aller de l'avant. Il a néanmoins demandé que l'on fasse rapport sur les points suivants :

¹ Cf. *Les décisions de la session extraordinaire du Conseil exécutif sur la réforme de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011 (document EBSS/2/DIV/2, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_DIV2-fr.pdf).

- au Conseil, en janvier 2012 :
 - une proposition détaillée concernant des mécanismes visant à accroître la prévisibilité du financement et la flexibilité des recettes ;
 - une proposition détaillée visant à établir un fonds de réserve pour les urgences de santé publique ;
 - un projet de politique d'évaluation formelle, incluant un mécanisme de surveillance par les organes directeurs ;
 - des propositions fermes pour la première étape d'une évaluation indépendante de l'OMS qui en compte deux et sera élaborée en consultation avec le Corps commun d'inspection des Nations Unies, le Commissaire aux comptes et le Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance ;
- à l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2012 :
 - un rapport sur la première étape de l'évaluation indépendante externe, dont une feuille de route pour la deuxième étape, portant particulièrement sur le fonctionnement des trois niveaux de l'Organisation ;
 - des propositions pour un nouveau calendrier d'élaboration des budgets programmes et des programmes généraux de travail, assorties d'une analyse des avantages et des inconvénients de la modification de la périodicité du budget programme pour le porter à trois ans ;
 - des propositions de nouveau mécanisme d'allocation des ressources en vue de son examen par le Comité du programme, du budget et de l'administration à sa réunion de mai 2012.

44. Lors de sa troisième session de mars 2012, le dix-neuvième CPRC pourra apporter une contribution importante à plusieurs questions fondamentales relatives à la réforme et ce, préalablement à la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé. Entre-temps, les membres peuvent télécharger des documents et partager leurs points de vue sur le site sharefile du Bureau régional, dossier du Comité permanent (<https://euro.sharefile.com>). Le membre du Conseil exécutif originaire de la Région européenne et assistant à la session actuelle du CPRC en qualité d'observateur se propose de présenter les points de vue du Comité permanent à l'attention de la 130^e session du Conseil exécutif. En outre, le président rappelle que les représentants des États membres européens seront invités à une réunion d'information à Genève la veille de l'ouverture de la 130^e session du Conseil exécutif, et qu'une téléconférence sera organisée durant la semaine du 9 au 13 janvier avec les membres européens du Conseil. Des réunions informatives avec les États membres européens pourront se tenir tous les jours à midi au cours de la session du Conseil.

45. Les membres du CPRC attirent l'attention sur le problème du déséquilibre entre les contributions volontaires et les contributions fixées. Ces premières devraient être davantage octroyées sur une base non spécifique afin qu'elles puissent être appliquées aux priorités définies pour l'Organisation. En effet, si une grande partie des contributions volontaires continuent d'être affectées au financement d'actions spécifiques, dans ce cas l'OMS sera reléguée au rang de sous-traitante, une situation qui aurait également des conséquences sur la définition des priorités. Ils font également remarquer que la structure décentralisée de l'OMS nécessite davantage d'efforts de coordination. Si l'on ne peut opérer des bureaux de pays de l'OMS dans l'ensemble des 53 États membres de la Région européenne, il serait avantageux d'établir des « centres » sous-régionaux dans plusieurs bureaux de pays à cette fin.

Ordre du jour provisoire de la soixante-deuxième session du Comité régional : examen des principales questions techniques et de politique générale (suite)

Poursuite de l'élaboration d'une Stratégie de pays pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

46. Le directeur exécutif de l'unité Relations avec les pays et communication globale rappelle qu'une nouvelle Stratégie de pays a été préparée afin d'être présentée au CR61. Cependant, les représentants des États membres ont demandé que l'examen de cette stratégie soit reporté au CR62, étant donné que les discussions sur la réforme de l'OMS (y compris la gestion et la structure de l'Organisation) ne sont encore qu'à leurs premiers balbutiements, et qu'elles doivent se poursuivre lors de la session extraordinaire du Conseil exécutif.

47. La nouvelle Stratégie de pays est en cours de révision afin de prendre en compte les questions soulevées lors du CR61 et les commentaires présentés par écrit au secrétariat. Elle doit en outre être alignée sur les résultats des discussions relatives à la réforme de l'OMS. Des préparatifs sont également en cours en vue d'élaborer un plan d'action et une feuille de route pour la mise en œuvre de la stratégie. Des dispositions sont actuellement prises afin d'organiser trois consultations sous-régionales (un élément non encore inclus dans le processus à ce jour) qui permettront d'examiner à la fois la Stratégie de pays et celle relative à la communication (voir paragraphe 30).

48. Le Comité permanent estime que les États membres accueilleront favorablement la classification de la présence de l'OMS dans les pays en trois catégories : bureau de pays dirigé par un représentant de l'OMS, bureau de pays dirigé par un administrateur national, et dispositions afférentes aux pays ne disposant pas d'un tel bureau. Cependant, les critères sous-tendant cette répartition en catégories doivent être prédéterminés (à la suite d'une consultation) et clairement précisés. Une analyse des coûts et des avantages doit être réalisée pour chaque catégorie, ainsi que pour tout changement de catégorie. La valeur ajoutée des trois consultations sous-régionales (comparées à une seule au niveau régional) est remise en question, surtout à la lumière des difficultés susceptibles d'être rencontrées en conciliant les divergences de vues entre groupes sous-régionaux homogènes. Le membre de l'Ukraine déclare que le bureau de son pays est disposé à jouer le rôle de centre sous-régional pour les ressources humaines pour la santé.

49. Le CPRC attend avec impatience d'examiner la version révisée de la stratégie lors de sa session suivante.

Renforcement du rôle des bureaux géographiquement dispersés du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : une stratégie renouvelée pour l'Europe

50. Le conseiller stratégique auprès de la directrice régionale rappelle que, si la nouvelle stratégie sur les bureaux géographiquement dispersés a été soumise au CR61, il a été décidé de représenter le document au CR62 étant donné le dépassement du temps accordé au point de l'ordre du jour consacré à la réforme de l'OMS, ainsi que les démarches informelles entreprises auprès de la directrice régionale afin d'attirer l'attention sur la nécessité d'organiser une consultation supplémentaire à ce sujet. Les observations et commentaires reçus à ce jour de la majorité des États membres indiquent d'ailleurs que la nouvelle stratégie évolue « dans la bonne direction ». Des questions ont été cependant soulevées concernant certains détails, comme la nationalité du directeur du bureau géographiquement dispersé, le financement requis pour établir un nouveau bureau, et l'insistance sur le fait que les politiques et les stratégies sont élaborées uniquement au siège du Bureau régional de Copenhague.

51. Afin de garantir la consultation la plus large possible sur la nouvelle stratégie, l'approche suivante est proposée :

- mener une consultation spéciale par écrit avec tous les États membres au début de 2012 ;
- rédiger une nouvelle version de la stratégie proposée et la présenter au dix-neuvième CPCR en sa troisième session de mars 2012 ;
- présenter une version « préfinale » de la stratégie au CPCR lors de sa session de mai 2012 (ouverte à tous les États membres) ;
- soumettre une version finale au CPCR en juin 2012 (si aucune réunion effective des membres n'est organisée, une téléconférence sera mise en place) préalablement à sa présentation pour examen au CR62.

52. Comme l'a recommandé le groupe d'examen externe l'année passée, une analyse complète du besoin d'établir de nouveaux bureaux géographiquement dispersés pourrait également être réalisée d'ici le CR62. On pourrait adhérer au principe de base prévoyant la mise en place d'un bureau géographiquement dispersé pour chaque domaine stratégique (financement de la santé ; renforcement des systèmes de santé ; maladies non transmissibles ; environnement et santé ; politiques et déterminants de la santé ; et information sanitaire), avec un maximum de six à la fois.

53. Le Comité permanent convient que la nouvelle stratégie s'avère adéquate et précise, et que les bureaux géographiquement dispersés constituent une partie importante du réseau du Bureau régional dans les pays. L'un des membres fait néanmoins part de ses inquiétudes quant à la possibilité d'ouvrir de nouveaux bureaux géographiquement dispersés en période de crise économique, et à l'accapuration éventuelle des ressources du Bureau régional par de telles démarches. En guise de réponse, le conseiller stratégique rappelle que l'accord régissant l'installation d'un bureau géographiquement dispersé sur les maladies non transmissibles à Athènes a été ratifié par le parlement grec, et un calendrier de paiements a été convenu. Il assure cependant le Comité permanent que l'établissement ne serait pas ouvert avant la réception effective des fonds requis. La condition selon laquelle tout pays désireux d'héberger un bureau géographiquement dispersé doit accepter de détacher un membre du personnel au siège du Bureau régional de Copenhague est aussi incluse afin de dissiper la deuxième crainte ainsi exprimée.

54. Le Comité permanent convient qu'une analyse de la nécessité d'établir de nouveaux bureaux géographiquement dispersés pourra être réalisée, et attend avec impatience d'examiner les conclusions de la consultation écrite lors de sa prochaine session.

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

55. Le directeur exécutif de l'unité Partenariats stratégiques présente un document sur les efforts accomplis (en vertu de la résolution EUR/RC60/R4 du Comité régional) en vue d'améliorer les relations et de stimuler la coopération avec un large ensemble de partenaires : l'UE et ses institutions, le système des Nations Unies, les réseaux sous-régionaux, les partenariats mondiaux pour la santé, le secteur privé et les fondations philanthropiques, ainsi que les organisations de la société civile. Comme la plupart des problématiques à prendre en compte dans une nouvelle stratégie relative aux partenariats dépendent en fait des résultats de l'initiative de réforme entreprise à l'OMS, il est proposé de soumettre au CR62 un document d'information présentant une vision stratégique des partenariats et fournissant des exemples d'application d'une telle vision.

56. Le Comité permanent demande au Bureau régional de continuer à favoriser sa relation avec la Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne qui, selon lui, constitue le partenariat fondamental de l'OMS dans la Région européenne. D'une

manière plus générale, le CPRC propose de classer les partenariats de la manière suivante : ceux liés au rôle de leadership de l'OMS, ceux liés à l'exécution (mise en œuvre conjointe) et ceux nécessitant un investissement de l'OMS en termes d'efforts (comme assurer le secrétariat) afin de garantir la continuation du partenariat en question. Le CPRC convient qu'une stratégie officielle sur les partenariats doit être élaborée une fois le processus de réforme de l'OMS achevé.

Rapport du secrétariat au CPRC sur les questions budgétaires et financières

57. Afin que le CPRC puisse exercer sa fonction de surveillance ou de supervision, le directeur de l'unité Gestion des programmes fait état de l'utilisation des ressources au titre du budget programme de l'Organisation pour 2010-2011. Dans leur ensemble, les ressources actuellement disponibles au niveau régional s'élèvent à 85 % du budget approuvé. Pour la mise en œuvre des activités visant les OS d'ordre « technique » (OS1 à OS11), le chiffre correspondant s'élève à 71 %, avec une répartition très inégale entre les OS (la plupart des contributions volontaires étant utilisées à des fins hautement spécifiées). Étant donné la situation en matière de ressources, on peut prévoir qu'entre 10 et 20 % des indicateurs des progrès en vue de la réalisation des résultats escomptés par bureau mentionnent « compromis » ou « sérieusement compromis ». Bien que toutes les informations n'aient pas encore été communiquées à ce sujet, des mesures sont actuellement prises pour renforcer les systèmes de contrôle de routine, et ceux-ci doivent être pleinement opérationnels lors de la période biennale 2012-2013. Néanmoins, malgré plusieurs défis (pénurie de personnel, financement rigide, obstacles externes et contexte politique), une intervention rapide est mise en œuvre au niveau managérial afin de garantir l'exécution la plus complète possible du budget programme.

58. En ce qui concerne la période biennale 2012-2013, le Conseil exécutif a demandé que le budget programme proposé à l'origine soit ramené à un niveau « réaliste ». Pour la Région européenne, il est probable que le budget prévu ne se situe pas seulement en deçà du niveau requis, mais il serait aussi inférieur au montant potentiel des ressources susceptible d'être rassemblé. On a assuré au Bureau régional qu'en cas de besoin, et si les ressources sont disponibles, les plafonds budgétaires peuvent être relevés pendant la période biennale. Étant donné la difficulté croissante d'intégrer le financement de l'UE (par exemple, les importantes subventions octroyées à des pays spécifiques) aux programmes de base du bureau, il sera proposé que ces ressources, comme celles de l'Alliance GAVI et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, soient de plus en plus incorporées au segment du budget programme relatif aux programmes spéciaux et dispositifs de collaboration. Le budget programme d'ensemble proposé pour la Région européenne en 2012-2013 (pour les trois segments) se chiffre à 213 millions de dollars des États-Unis. Un nombre total de 27 résultats clés prioritaires ont été définis afin de faire l'objet d'un suivi spécifique dans le cadre du « Budget programme comme outil stratégique de responsabilisation ».

59. Si le CPRC se félicite de cette présentation régulière des informations financières, par souci de transparence, il fait état de ses préoccupations quant au faible pourcentage des résultats escomptés par bureau dont le progrès fait l'objet d'un suivi, et quant à la persistance des obstacles à l'exécution depuis le dernier rapport de supervision de mai 2011. Il attend avec impatience d'examiner (en sa prochaine session) un plan d'action visant à réduire ou à éliminer ces obstacles, une fois que l'évaluation de fin de période biennale aura été réalisée.

60. La directrice régionale rappelle que lors du CR61, les États membres ont demandé à l'Organisation dans son ensemble de convenir de critères de répartition des contributions volontaires entre le niveau mondial et le niveau régional/national. Elle propose également, pour résoudre le problème de cloisonnement, qu'il soit demandé au Comité du programme, du budget

et de l'administration du Conseil exécutif d'examiner la possibilité de consacrer une seule section aux OS1-OS11, et d'en consacrer une autre pour le restant du programme de l'Organisation.

Questions à aborder avec les membres européens du Conseil exécutif

61. La directrice régionale informe le CPR de l'intention du secrétariat de préparer un document d'informations de référence sur les points inscrits à l'ordre du jour de la 130^e session du Conseil exécutif revêtant un intérêt particulier pour la Région européenne, et de le rendre disponible sur le site sharefile du Bureau régional.

Autres questions à l'ordre du jour

62. Le directeur de la Division des systèmes de santé et de la santé publique explique qu'un poste supplémentaire de la catégorie professionnelle a été établi au Bureau régional dans le domaine des ressources humaines pour la santé, que l'on doit procéder à la nomination d'un conseiller principal en matière de soins infirmiers et obstétricaux, et qu'une feuille de route pour l'application du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé a été mise au point. Un rapport d'avancement pourrait être présenté pendant le CR62 lors d'un déjeuner ministériel ou d'une séance d'information technique.