



EUROPE

Dixième Comité permanent du Comité régional de l'Europe Troisième session

Copenhague, 9–11 avril 2003

EUR/RC52/SC(3)/REP
18 mai 2003
31241
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT SUR LA TROISIÈME SESSION

Sommaire

	<i>Page</i>
Ouverture de la session.....	1
Adoption du projet de rapport sur la deuxième session	1
Examen définitif de l'ordre du jour provisoire du CR53.....	1
Questions soulevées par les débats lors de la cent onzième session du Conseil exécutif	1
Point sur le projet de budget programme 2004–2005	2
Examen des grandes lignes des documents de travail pour le CR53.....	2
Santé mentale	2
Santé des enfants et des adolescents en Europe	3
Mise à jour de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous	3
La stratégie pour les pays du Bureau régional	5
Orientations stratégiques de l'activité du Bureau régional avec des entités géographiquement dispersées, y compris les bureaux de liaison	6
Rapport sur le sous-groupe du CPRC sur l'évaluation des arrangements actuels concernant la composition du Conseil exécutif	7
Composition d'organes et de comités de l'OMS.....	8
Suites données à l'évaluation externe des programmes du Bureau régional ayant trait à la réforme des soins de santé	9
Bureau du CR53 et suggestions de la Région concernant les postes soumis à élection lors de la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé	9
Communication d'un représentant de l'Association du personnel du Bureau régional de l'Europe.....	9
Questions diverses	10
Incidence budgétaire du transfert de Chypre de la Région de la Méditerranée orientale à la Région européenne de l'OMS	10
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	10
Homologues et correspondants	11

Ouverture de la session

1. Le dixième Comité permanent du Comité régional (CPCR) a tenu sa troisième session au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à Copenhague, du 9 au 11 avril 2003. Le président a noté que le Tadjikistan avait désigné un nouveau représentant. Il a remercié le vice-président d'avoir présidé, en son nom, la réunion tenue en janvier 2003 avec les membres européens du Conseil exécutif.
2. Le directeur régional a indiqué que, depuis la précédente session du CPCR, le Bureau régional de l'Europe s'était employé activement à répondre aux attentes des États membres, en particulier dans le contexte de la guerre en Irak et de l'épidémie d'une nouvelle maladie, appelée le « syndrome respiratoire aigu sévère » (SRAS). Il y avait eu un échange permanent d'informations à la fois avec les États membres et avec le Siège de l'OMS, et il était clair que le concept d'« une seule OMS » se révélait efficace dans une situation d'urgence. Le directeur régional avait rencontré le candidat retenu pour le poste de directeur général, lequel avait confirmé son intention d'opérer un transfert de ressources du niveau mondial vers les régions et les pays.
3. Le thème de la Journée mondiale de la santé (7 avril) 2003 avait été « un environnement sain pour les enfants », question dont le Comité régional de l'Europe serait également saisi à sa cinquante-troisième session (CR53), en septembre, et qui serait également au centre de la Quatrième Conférence européenne sur l'environnement et la santé (Budapest, juin 2004). Les autres conférences dont les préparatifs étaient engagés portaient sur la santé mentale (2005) ainsi que sur la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments (2006).
4. Le CPCR a demandé au secrétariat de faire, au cours de la session, un compte rendu détaillé sur le SRAS.

Adoption du projet de rapport sur la deuxième session

5. Le projet de rapport sur la deuxième session a été adopté sans modification.

Examen définitif de l'ordre du jour provisoire du CR53

6. Le CPCR a approuvé l'ordre du jour provisoire du CR53, notant qu'il appartenait au secrétariat de trouver un accord avec le pays hôte sur la forme et le thème de la séance d'information spéciale.

Questions soulevées par les débats lors de la cent onzième session du Conseil exécutif

7. Le professeur Vilius Grabauskas, membre européen du Conseil exécutif, a fait un compte rendu sur la cent onzième session du Conseil exécutif. En termes politiques, le point le plus important avait été la désignation du nouveau directeur général ; les questions techniques et administratives complexes (comme, par exemple, le projet de budget programme de l'Organisation pour 2004–2005) avaient été examinées rapidement et sans heurt.
8. Le document à l'intention du CPCR se présentait sous une forme nouvelle, à savoir un tableau indiquant la cote des documents de référence pour chaque résolution, répertoriant les compte rendu des réunions au cours desquelles une résolution avait été examinée et incluant des observations sur le thème concerné. Il a été suggéré qu'un format similaire (peut-être avec une colonne supplémentaire décrivant les mesures prises par le Bureau régional) pourrait être adopté pour présenter au CR53 les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé.
9. Le CPCR a approuvé cette proposition et recommandé que deux colonnes supplémentaires soient prévues, pour accueillir un descriptif des mesures prises par les États membres et de celles prises par le secrétariat. En outre, il pourrait être intéressant que l'examen de ce point au CR53 se déroule sous la forme d'une séance de questions-réponses.

Point sur le projet de budget programme 2004–2005

10. Depuis le CR52, le directeur général avait décidé de présenter à l'Assemblée mondiale de la santé un projet de budget programme prévoyant une augmentation nominale de 3 % des ressources du budget ordinaire allouées aux opérations de fond, cela pour tenir compte d'une augmentation de 1 % des dépenses salariales et d'un taux d'inflation de 2 %. En outre, une partie des dépenses du Bureau du représentant spécial du directeur général à Moscou serait couverte par des ressources mondiales. D'autres évolutions positives étaient à noter, notamment le fait que l'on était tombé d'accord sur la nécessité d'avoir une répartition transparente des ressources extrabudgétaires en 2004–2005 et une présentation révisée de la répartition mondiale du budget où serait incluse la part allouée au Siège de l'OMS.

11. Par ailleurs, l'espoir que la Région européenne avait formulé au moment du CR52 de recevoir une partie des 5 millions de dollars des États-Unis de fonds non réservés ne s'était pas réalisé et, ce qui est plus important, les quatre régions « donatrices » exerçaient de fortes pressions pour mettre fin aux transferts interrégionaux prescrits par la résolution WHA51.31.

12. Le CPRC a souligné qu'une hausse de 3 % du budget ne constituait pas une augmentation en termes réels mais qu'elle assurait seulement le maintien du niveau actuel face à la hausse de l'inflation et à l'augmentation des coûts. Il a insisté sur le fait qu'il convenait d'évaluer de manière approfondie l'application de la résolution WHA51.31 avant de prendre toute décision de ne plus l'appliquer. Il faudrait qu'un document succinct soit soumis au CR53, avant que cette question ne soit examinée par l'Assemblée mondiale de la santé, en 2004. Enfin, le CPRC s'est déclaré préoccupé de la décision de n'affecter à la Région européenne aucune ressource non réservée et a recommandé qu'une politique claire soit mise en place sur la façon de répartir les donations volontaires, qui représentaient actuellement les deux tiers du budget de l'Organisation. Le CPRC a noté que la répartition des fonds extrabudgétaires constituait aussi une importante fonction de supervision exercée par les organes directeurs de l'Organisation.

Examen des grandes lignes des documents de travail pour le CR53

Santé mentale

13. Il était proposé que le document qui serait présenté au CR53 commence par une évaluation des besoins actuels dans les États membres de la Région européenne et des initiatives prises par l'OMS pour appuyer l'élaboration de politiques dans le domaine de la santé mentale. Le document exposerait ensuite les grandes lignes des principales stratégies suivies par l'Organisation et recenserait les réseaux, les groupes spéciaux et les partenaires avec lesquels elle menait ses activités. Il préciserait l'enjeu, à savoir qu'il ne saurait y avoir de santé publique sans santé mentale. Après une description des actions entreprises et de celles qui sont en cours ou en projet, le document examinerait les questions émergentes. Il se terminerait par une description détaillée des préparatifs en vue de la Conférence ministérielle européenne de 2005.

14. Les préparatifs de cette conférence étaient déjà commencés : le lieu et la date en avaient été décidés, un comité directeur avait été formé, lequel était constitué de représentants des États membres intéressés et d'organisations intergouvernementales et non gouvernementales co-organisatrices, et des manifestations d'avant conférence avaient eu lieu en février (sur le thème des droits humains et de la santé mentale, en coopération avec la Commission européenne) et en mars (sur les préjugés à l'égard de la santé mentale, en association avec la présidence grecque du Conseil de l'Europe). On avait bon espoir que d'autres manifestations seraient organisées sur la prévention du suicide, sur le stress social et sur la santé mentale des enfants et des adolescents, et que davantage de pays communiqueraient des études de cas sur les bonnes pratiques et les réformes.

15. Le CPRC a fait valoir que le document qui serait établi pour le CR53 et pour la conférence elle-même devrait couvrir à la fois les aspects sociétaux et les aspects individuels de la santé mentale : les premiers concernant la prévention de la maladie mentale et la promotion de la santé mentale, tandis que les seconds englobaient les traitements et la réadaptation. Il a également souligné qu'il était primordial

d'assurer la santé mentale des enfants et des adolescents, et a souhaité qu'une réunion soit organisée avant la conférence sur cette question.

16. D'autres questions ne devaient pas être négligées, et en particulier la nécessité d'améliorer la formation des généralistes et d'autres professionnels des soins primaires, et celle d'entreprendre un travail de recherche, notamment opérationnelle, sur les moyens d'impliquer davantage ces professionnels. Il conviendrait également d'examiner le rôle de la presse et des médias dans la présentation qui est faite de ces problèmes. Des études de cas sur l'expérience acquise par les pays seraient un bon moyen d'aborder ces questions.

17. Compte tenu des situations très diverses prévalant dans les différents pays, les objectifs de cette conférence devraient être d'aider les États membres à développer tous les aspects de leurs propres politiques en matière de santé mentale et de poser des jalons pour l'adoption d'un plan d'action européen dans ce domaine.

Santé des enfants et des adolescents en Europe

18. Ce thème avait été choisi par le CPRC lors de sa précédente session au vu de la dégradation alarmante de l'état de santé de certains groupes d'enfants et d'adolescents. Le document adressé au CR53 commencerait par réévaluer la situation et décrire les nombreuses initiatives prises ou planifiées. Il adopterait ensuite la structure du document de l'OMS exposant les orientations stratégiques de l'Organisation dans ce domaine (WHO/FCH/CAH/02.21 Rev.1), lequel désignait sept domaines d'action prioritaire : la santé de la mère et du nouveau-né ; la nutrition ; les maladies transmissibles ; les traumatismes et la violence ; l'environnement physique ; la santé de l'adolescent ; et le développement psychosocial et la santé mentale. Pour chacun de ces domaines, le document présenterait les tendances et l'évolution, la prévalence de l'incidence, les principales interventions et approches adoptées actuellement, et les liens avec les domaines prioritaires. Il se terminerait par une description de l'action qui pourrait être menée, en soulignant la nécessité de stratégies nationales globales. Ainsi, un débat serait-il lancé au CR53, qui se poursuivrait à la Conférence de Budapest, en 2004, et aboutirait à la présentation d'un plan d'action au Comité régional en 2005.

19. Le CPRC a accueilli favorablement la structure globale et l'orientation générale du document, mais il a fait observer que certains aspects semblaient avoir été négligés : les maladies non transmissibles, les infections sexuellement transmissibles, le rôle des mass médias et, de façon plus générale, les déterminants sociaux de la santé, tels que l'illettrisme, la pauvreté et le logement précaire. Le document devrait également appeler l'attention sur le caractère multisectoriel, par nature, du problème de la santé des enfants et présenter des données recueillies de l'évaluation de l'impact sur la santé des politiques menées. Enfin, il devrait être axé sur l'action ; à cet égard, le CPRC s'est dit préoccupé qu'aucun plan d'action ne soit présenté avant 2005 et a formulé l'espoir que des propositions spécifiques seraient élaborées d'ici là.

Mise à jour de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous

20. Le travail de mise à jour de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous était de la plus haute importance politique. Le directeur régional en faisait, par conséquent, sa responsabilité personnelle, tandis que la responsabilité opérationnelle relevait de la Division du soutien aux pays, étant donné que l'objectif était de fixer des valeurs éthiques et de les traduire dans des instruments ou des principes directeurs qui seraient utiles aux États membres pour concevoir et appliquer leurs propres politiques.

21. Le mouvement de la Santé pour tous avait vu le jour avec l'adoption de la résolution WHA30.43 par l'Assemblée mondiale de la santé, en 1977, et de la Déclaration d'Alma-Ata par la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, l'année suivante. La Région européenne de l'OMS avait adopté une stratégie régionale et des buts, en 1984 (résolution EUR/RC34/R5), puis des indicateurs, en 1985. Une mise à jour de la politique mondiale avait été décidée par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 1998. En septembre de cette année-là, le Comité régional avait approuvé la politique régionale de la

Santé pour tous pour le XXI^e siècle (résolution EUR/RC48/R5) et avait décidé que la prochaine mise à jour de cette politique devrait lui être soumise en 2005.

22. Des entretiens qu'il avait eus, le directeur régional avait appris que les États membres souhaitaient que la politique actualisée continue de comporter de fortes affirmations des valeurs inscrites dans les politiques de la Santé pour tous et de la SANTÉ 21. En revanche, la fixation d'objectifs était considérée comme un processus à mener au niveau des pays. Le directeur régional suggérait, par conséquent, que la politique mise à jour soit concentrée sur les principes éthiques des systèmes de santé, comme l'avait demandé le sous-groupe du CPRC chargé de la bioéthique, en étudiant les droits et les devoirs des diverses parties concernées, y compris le système lui-même.

23. Le contenu de la politique mise à jour pourrait ainsi se subdiviser en quatre sections : a) mise en œuvre de la SANTÉ 21 et enseignements qui en ont été tirés ; b) examen et actualisation des valeurs ; c) de l'éthique à la politique et à l'action : outils pour la prise de décisions et d) principes directeurs pour les États membres. La première section pourrait, elle-même, comporter trois éléments : un examen (mais non une évaluation formelle) de l'application de la Santé pour tous dans les politiques des États membres, une étude sur la fixation des objectifs et une présentation de données probantes sur le recours à des politiques multisectorielles. Le travail de recherche que suppose cette section était déjà en cours d'exécution par l'Observatoire européen des systèmes de santé. La deuxième section serait confiée à un groupe de réflexion composé d'une douzaine ou d'une quinzaine de chercheurs et de décideurs. Le centre de Barcelone se chargerait de la troisième section, qui supposerait notamment un travail de collecte et d'analyse d'études de cas. Le programme du Forum du futur et le Réseau HEN (Health Evidence Network) seraient également mis à contribution pour cette dernière tâche.

24. Étant donné que la politique actualisée devait être soumise au Comité régional en 2005, il était envisagé d'en faire une première présentation lors du CR53, et de mener ensuite des consultations avec les États membres sur un premier projet de mise à jour, courant 2004. Le document à élaborer pour le CR53 pourrait donc décrire le contexte, expliquer la raison d'être et présenter l'historique du mouvement de la Santé pour tous, comporter une évaluation préliminaire de la mise en œuvre de la SANTÉ 21 et des enseignements qui en ont été tirés, et exposer le plan de la politique mise à jour ainsi que la méthodologie à suivre pour son élaboration.

25. Le CPRC souscrirait pleinement aux valeurs sous-tendant la Santé pour tous et la SANTÉ 21, appelant en particulier l'attention sur la nécessité de réaffirmer les valeurs centrales que sont l'équité et la solidarité dans un contexte politico-économique en pleine évolution. Toutefois, il reconnaissait que la tâche consistant à traduire des valeurs en principes directeurs et en instruments pratiques serait complexe, compte tenu de la diversité des cultures et de la disparité des niveaux de développement dans les différentes parties de la Région.

26. Par ailleurs, le CPRC a émis des craintes à l'idée que l'on cherche à examiner ou à évaluer la mise en œuvre de la SANTÉ 21 sur la période relativement courte qui s'était écoulée depuis son adoption. De plus, un certain nombre de pays n'avaient que récemment élaboré leur propre politique à partir de ses principes, et certains membres estimaient qu'il serait donc inopportun d'introduire maintenant une nouvelle politique-cadre régionale.

27. En réponse, le directeur régional a répété que le Comité régional, lorsqu'il avait adopté la SANTÉ 21, avait décidé qu'une mise à jour (et non une nouvelle politique) lui serait soumise en 2005. La question était, par conséquent, de savoir si cette mise à jour devait consister seulement en un supplément ou une annexe à la politique-cadre existante (comblant les lacunes recensées au cours d'un travail d'évaluation), ou bien si elle devait redynamiser les valeurs fondamentales défendues par l'OMS et leur donner une place plus importante, en soulevant la grande question des principes éthiques et des systèmes de santé.

28. En conclusion, le CPRC a décidé qu'en principe il ne se contenterait pas d'une annexe à la SANTÉ 21. Il fallait élaborer un document distinct, mettant en évidence des valeurs fondamentales telles

que la solidarité, l'égalité entre les sexes et l'accès aux soins de santé, et des approches telles que l'intersectorialité, les soins de santé primaires et la santé publique. Toutefois, eu égard aux trois initiatives en cours sur les trois éléments liés à la mise en œuvre de la SANTÉ 21, ainsi qu'au travail qui serait réalisé par le groupe de réflexion, le CPRC a demandé au directeur régional de lui faire rapport, à sa prochaine session, sur les résultats préliminaires dans ces quatre domaines. Il serait ainsi en mesure de donner des conseils plus éclairés quant à la teneur de la politique mise à jour.

La stratégie pour les pays du Bureau régional

29. Un rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la stratégie pour les pays du Bureau régional depuis 2000 serait soumis au CR53. Il était proposé que ce rapport commence par rappeler le contexte et les principes fondamentaux de la stratégie pour les pays : servir tous les pays dans leur diversité ; renforcer les partenariats internationaux pour la santé ; participer à la stratégie pour les pays de l'OMS au niveau mondial ; et intégrer l'expérience du Bureau régional dans le travail en cours. Après quoi, le document passerait en revue les progrès réalisés, en donnant des exemples spécifiques pour chacun de ces quatre principes. Une description serait ensuite faite de la réorganisation du Bureau, réalisée pour renforcer la présence de l'OMS dans les pays et améliorer son système de gestion de l'activité dans les pays, et le document se terminerait en donnant un aperçu des perspectives et des besoins futurs.

30. Plus spécifiquement, le document serait concentré sur l'activité avec les pays de l'Europe du Sud-Est dans le cadre du Pacte de stabilité, sur l'appui apporté aux pays dits en transition rapide et sur la collaboration avec les pays d'Europe occidentale, et notamment dans le cadre des forums du futur. Dans la première catégorie, on trouvait des projets sous-régionaux en cours de mise en œuvre pour donner effet à l'Engagement de Dubrovnik (septembre 2001), avec l'appui du Conseil de l'Europe et de donateurs bilatéraux. Parmi les pays devant adhérer à l'Union européenne, une enquête sur les besoins sanitaires tels qu'ils étaient perçus avait été réalisée auprès de plus de 150 parties prenantes clés dans ces pays et auprès de la Commission européenne, ce qui avait conduit à recenser des domaines où l'OMS avait un avantage concurrentiel et où elle devait maximiser sa capacité opérationnelle. Trois forums du futur avaient été organisés en 2001–2002 ; le programme avait depuis fait l'objet d'un premier examen, et une nouvelle série avait commencé, axée sur les outils pour la prise de décisions dans le domaine de la santé publique.

31. En outre, l'OMS avait fourni une assistance humanitaire d'urgence dans des zones telles que le sud des Balkans, la Fédération de Russie, l'Ouzbékistan et le Tadjikistan. Elle avait également répondu aux besoins des pays pendant des crises sanitaires et leur avait apporté son appui pour mobiliser des fonds provenant de sources mondiales. Outre qu'il avait appelé l'attention sur les conséquences de la violence, en termes de santé publique, et qu'il contribuait à l'élaboration de stratégies visant à lutter contre la pauvreté, le Bureau régional avait mis sur pied un groupe d'experts sur les systèmes de santé et tenu des ateliers sur le financement des soins de santé. Dans toutes ces activités, de véritables partenariats se forgeaient avec des organismes intergouvernementaux et nationaux, tant sur le terrain qu'à un haut niveau.

32. La stratégie pour les pays du Bureau régional avait été pleinement intégrée dans l'initiative de l'Organisation en faveur des pays, lancée par le directeur général en 2002. L'une des six composantes de cette initiative, « Veiller à ce que les bureaux de l'OMS dans les pays disposent des moyens d'agir efficacement », avait été implicitement adoptée lors du CR52 lorsque les États membres européens avaient appuyé, dans le projet de budget programme pour 2004–2005, le transfert d'un volume conséquent de ressources pour assurer une présence accrue dans les pays. Des mesures étaient en train d'être prises pour intégrer au niveau des structures toutes les activités que menait le Bureau régional dans un État membre donné, et ce au sein d'un bureau local unique, dirigé par un chef de bureau recruté au plan international ou un chargé de liaison dont on réévaluerait les qualifications. En outre, un bureau d'information et un système de gestion de l'activité avec les pays, doté d'indicateurs de performance explicites, avaient été mis en place au Bureau régional.

33. Le CPRC était impressionné par le changement radical d'approche qui avait été opéré avec l'adoption de la nouvelle stratégie du Bureau régional en matière d'activité avec les pays. Les membres

du Comité permanent venant de pays où se trouvaient des bureaux de liaison témoignaient du fait que l'appui opérationnel de l'OMS s'en était trouvé amélioré et déclaraient apprécier particulièrement la façon dont les accords de coopération biennale étaient établis et décidés sur la base des besoins de chaque pays et des possibilités de l'OMS. Le coût accru de la présence de l'OMS dans les pays était jugé être un bon investissement.

34. Le Forum du futur était considéré comme une initiative très importante, notamment pour disséminer des informations probantes sur les moyens de gérer les changements technologiques dans le domaine de la santé, et un intérêt considérable a été exprimé pour en étendre le cadre, afin d'y inclure des participants ne faisant pas partie de l'Europe occidentale. Les membres actuels du Forum et le directeur régional ont été invités à se pencher sur cette question, qui serait examinée de façon plus approfondie lors de la prochaine session du CPR.

35. Il a été suggéré que le document pour le CR53 pourrait utilement inclure un examen plus détaillé des exemples de partenariats bilatéraux entre pays réalisés grâce à l'aide de l'OMS dans différentes parties de la Région. À part quoi, le CPR a adopté le projet de plan pour ce document ainsi que le processus à suivre pour sa soumission au Comité régional.

Orientations stratégiques de l'activité du Bureau régional avec des entités géographiquement dispersées, y compris les bureaux de liaison

36. L'idée de présenter un document sur ce sujet au CR53 avait pour objectifs de décrire l'état actuel des diverses formes que prenait la présence physique du Bureau régional en dehors de Copenhague, d'évaluer leurs points forts et leurs points faibles, et ce que l'on attendait d'eux, et de dégager quelques options ou orientations stratégiques pour les cinq années suivantes.

37. Deux questions générales devraient donc être abordées : quel était le degré de présence physique existant et qu'est-ce qui serait justifié à l'avenir ; quel équilibre faudrait-il trouver entre la conception d'un modèle « global » normalisé et l'intégration du degré de souplesse indispensable pour saisir des occasions et faire face à des demandes en évolution ? En outre, il existait un certain nombre de questions plus spécifiques auxquelles il fallait répondre, à propos des centres de l'OMS, d'une part, et des bureaux locaux, d'autre part.

38. La méthode employée pour élaborer ce document consisterait donc à examiner les principaux documents de politique et de stratégie établis par le Siège de l'OMS, le Bureau régional et certaines autres organisations ; examiner les informations financières, administratives et techniques et celles relatives au suivi/à l'évaluation ; à réaliser une enquête auprès du personnel et de parties prenantes extérieures (y compris des membres du CPR), en se concentrant sur certains exemples d'activité dans les pays ; et à organiser deux réunions de recherche d'idées, avec le personnel de l'OMS et avec certains utilisateurs ou utilisateurs potentiels du travail de l'OMS.

39. Ce document commencerait par une brève description de la présence actuelle dans les États membres et de la situation dans d'autres régions et organisations. Après quoi, il présenterait une analyse de la façon dont les parties intéressées perçoivent ces questions et de leurs propositions, et le document se terminerait par un ensemble d'orientations stratégiques et une liste de questions à débattre lors du CR53.

40. S'agissant des centres de l'OMS dans divers pays, le CPR s'est déclaré inquiet que ces centres se soient agrandis, sans guère d'analyse à propos de leur structure ni de dispositions concernant un compte rendu annuel officiel de leur activité. Au départ, ils s'étaient concentrés sur des questions techniques, mais s'étaient ensuite étendus dans le domaine du conseil en matière d'orientations, domaine où le CPR estimait que le Bureau régional devait tenir le rôle principal. En outre, on ne voyait pas bien s'ils amélioreraient la notoriété du Bureau régional dans la Région dans son ensemble, et il risquait d'y avoir déséquilibre, les pays d'Europe centrale et orientale pouvant ne pas être en mesure de contribuer aux frais de fonctionnement de la même façon que les pays d'Europe occidentale ne le faisaient.

41. Les membres du CPRC venant de pays dans lesquels l'OMS disposait d'un bureau local avaient le sentiment que cet arrangement était bénéfique, en ceci qu'il renforçait la capacité du pays à faire face à ses problèmes dans le domaine de la santé et servait de voie de communication pour l'échange d'informations avec d'autres pays et l'OMS. D'autres membres ont fait observer, toutefois, que les bureaux locaux n'étaient pas nécessaires dans chaque pays. Le CPRC a reconnu qu'il y avait une différence fondamentale entre un centre OMS et un bureau local, mais considérait que tous deux pouvaient également servir de lieu de représentation pour l'OMS.

42. Enfin, le CPRC a noté que les centres collaborateurs de l'Organisation n'étaient pas suffisamment bien intégrés dans les arrangements visant à appuyer l'activité dans les pays et a recommandé, en conséquence, que leur rôle soit redéfini et que des informations les concernant soient placées sur des sites Web administrés par des bureaux locaux.

43. Le CPRC a adopté le plan et la méthodologie à suivre pour élaborer le document à l'intention du CR53, et il a souhaité recevoir un rapport intérimaire à sa prochaine session.

Rapport sur le sous-groupe du CPRC sur l'évaluation des arrangements actuels concernant la composition du Conseil exécutif

44. Le sous-groupe du CPRC avait tenu trois réunions depuis la précédente session : à Copenhague, le 9 janvier 2003, pour décider des grandes lignes de ses méthodes de travail ; à Genève, le 21 février, pour examiner les divers aspects liés à la composition du Conseil exécutif (réunion à laquelle étaient également présents les représentants de la France, des Pays-Bas et du Royaume-Uni ainsi que le conseiller juridique de l'OMS, tandis que d'autres parties invitées n'avaient pu y assister) ; et à Copenhague, le 8 avril, pour finir de mettre au point son rapport.

45. Le sous-groupe avait commencé ses travaux par un examen de la question des membres « semi-permanents » du Conseil exécutif, à savoir l'arrangement selon lequel les membres permanents du Conseil de sécurité des Nations Unies avaient droit de siéger au Conseil pour un mandat de trois ans, suivi d'une interruption de un an avant un autre mandat, formule qui avait été modifiée par une mesure provisoire, prise par le Conseil régional, en 1999, portant la périodicité de représentation à trois ans sur cinq. Le sous-groupe a noté qu'il n'y avait aucune référence explicite à cette pratique dans les documents fondamentaux de l'OMS ou dans les règlements intérieurs d'aucuns de ses organes. En revanche, et conformément au principe d'équité applicable à tous les États membres inscrit dans la Constitution de l'OMS, tous les pays de la Région devaient avoir également droit à un siège au Conseil exécutif.

46. Le sous-groupe a ensuite présenté une analyse statistique des chances que possédait un État membre d'obtenir un siège au Conseil selon divers scénarios. Il a été observé que même l'abandon complet de la pratique de la représentation « semi-permanente » ne ramènerait pas les chances d'un pays au niveau qu'il avait atteint avant l'augmentation du nombre d'États membres de la Région, au début des années 1990. Les deux mesures qui auraient une incidence importante seraient : a) la ratification et l'entrée en vigueur des amendements des articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS, qui donneraient, entre autres choses, à la Région européenne un huitième siège au Conseil et b) l'augmentation de la périodicité de la représentation semi-permanente à trois ans sur six.

47. S'agissant des critères de désignation pour siéger au Conseil exécutif, le sous-groupe a recommandé que les critères suivants soient appliqués à la sélection d'un État membre :

- l'État membre devrait désigner une personne possédant des qualifications techniques dans le domaine de la santé, comme cela est énoncé à l'article 24 de la Constitution de l'OMS ;
- il ne devrait jamais avoir été représenté au Conseil (mais son appartenance à l'OMS devrait être antérieure à 1991) ou y avoir été représenté il y a plus de 20 ans ;
- il ne devrait pas être en même temps membre du Conseil et membre du CPRC ;
- avoir déjà été membre du CPRC serait un atout ;

- le fait d'avoir ratifié les amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS devrait être pris en considération.
48. Les principes directeurs suivants étaient proposés aux États membres pour la sélection de candidats :
- occuper un poste dans l'administration de la santé du pays (ou avoir occupé un tel poste dans le passé) à un niveau proche du niveau de prise de décisions politiques ;
 - expérience du travail avec les organisations internationales, l'OMS ou d'autres organisations du système des Nations Unies ;
 - aptitude à collaborer, coordonner l'action et communiquer avec les pays et entre les pays ;
 - expérience de la coordination de programmes politiques et/ou techniques de haut niveau, à l'échelon national (interrégional, interministériel) ou international (bilatéral ou inter pays) ;
 - disponibilité et engagement ;
 - sexe (les candidatures féminines étant encouragées).
49. Pour des raisons pratiques, et afin de faciliter la répartition géographique équitable des sièges au Conseil, le sous-groupe a préconisé les regroupements officiels volontaires suivants :
- membres de pays de l'Union européenne et de l'Association européenne de libre échange (32 pays au total), divisés en deux sous-groupes, « Nord » et « Sud », ayant trois et deux sièges, respectivement ;
 - membres de la Communauté des États indépendants et des pays de l'Europe du Sud-Est (un total de 20 pays, avec deux sièges, ou bien trois, si les amendements aux articles 24 et 25 prenaient effet).
50. Le sous-groupe estimait qu'il serait préférable d'adopter une formule consensuelle pour la sélection de candidats à l'intérieur de chaque groupe, même si un système de rotation alphabétique sur une base volontaire était également envisageable.
51. Enfin, le sous-groupe pensait que la pratique d'une représentation semi-permanente ne devrait pas s'appliquer à des postes qui font l'objet d'une élection lors de l'Assemblée mondiale de la santé (à savoir le Comité général et le Comité des désignations).
52. En conclusion, le sous-groupe a proposé que l'expérience tirée de l'application des recommandations susmentionnées soit évaluée à la fin du premier cycle de six années, et que les conclusions fassent l'objet d'un compte rendu au CR60, en 2010.
53. Le CPRC a chaleureusement félicité les membres du sous-groupe de leur travail très complet. Il a pleinement souscrit à l'ensemble des recommandations, qu'il souhaitait voir présenter au Comité régional comme un tout. Pour mieux les faire accepter et défendre la ratification des amendements aux articles 24 et 25, il faudrait mener des entretiens avec les représentants des États membres au cours de l'Assemblée mondiale de la santé. Compte tenu du temps considérable que le CPRC avait consacré à cette question durant les six précédentes années, on ne gagnerait rien de plus à lui renvoyer à nouveau cette question, si les propositions étaient jugées inacceptables par le Comité régional.

Composition d'organes et de comités de l'OMS

54. Le CPRC était saisi d'un document (EUR/RC53/5) présentant les curriculum vitae des candidats proposés pour siéger à divers organes et comités de l'OMS. D'autres entretiens auraient lieu au cours de la prochaine session du Comité permanent et durant l'Assemblée mondiale de la santé, et les recommandations du CPRC seraient élaborées lors de la session qui aurait lieu la veille du CR53.

Suites données à l'évaluation externe des programmes du Bureau régional ayant trait à la réforme des soins de santé

55. Comme l'avait demandé le dixième CPR lors de sa première session, le directeur régional et le président avaient, la veille de cette troisième session, rencontré les évaluateurs externes et dissipé tout malentendu qui aurait pu survenir.

56. Le document soumis au CPR contenait les observations du secrétariat sur les recommandations formulées par les évaluateurs externes. Pour en faciliter la présentation, ces observations pouvaient être regroupées en deux catégories : les neuf premières s'adressaient au Comité régional et au Bureau régional, et portaient sur les politiques, tandis que les autres se concentraient davantage sur des aspects organisationnels et opérationnels. La conclusion du secrétariat était que la plupart des recommandations concernaient des changements et des activités qui étaient déjà en cours de réalisation au Bureau régional, avec l'approbation des États membres, qui avaient accepté lors du Comité régional les politiques sous-jacentes et les impératifs budgétaires.

57. Le CPR a noté que la constatation essentielle dans le rapport des évaluateurs était que l'OMS jouissait d'un respect universel. Le rapport complet témoignait de la grande diversité des activités menées avec professionnalisme et dévouement. Sortir les recommandations des évaluateurs de leur contexte pouvait donner l'impression qu'ils se montraient critiques du travail du Bureau régional, mais ce n'était pas le cas. De la même façon, les observations du secrétariat sur chacune des recommandations, et sa conclusion, pouvaient être interprétées comme suggérant que le Bureau régional n'avait aucun enseignement à tirer de cette évaluation, mais ce n'est pas le cas non plus.

58. Comme l'avait demandé le CR52, le CPR ferait rapport au CR53 sur cette question, dans le cadre de son propre rapport.

Bureau du CR53 et suggestions de la Région concernant les postes soumis à élection lors de la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé

59. Le CPR a fait siennes les propositions régionales pour les candidatures à des postes soumis à élection lors de la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé (vice président de l'Assemblée, vice-président de la Commission B, cinq sièges au Comité général, trois sièges à la Commission de vérification des pouvoirs et six sièges à la Commission des désignations) et à la présidence du CR53. Il reviendrait à la question des autres membres du bureau du CR53 à sa prochaine session. Le directeur régional a été invité à proposer une candidature de remplacement pour le poste de rapporteur de la Commission A, étant donné que le premier candidat désigné avait dû décliner l'offre.

60. Le CPR a noté qu'à l'avenir, la question des postes soumis à l'élection à l'Assemblée mondiale de la santé pourrait être examinée lors de sa session de décembre et serait considérée dans le contexte des recommandations formulées par son sous-groupe sur la composition du Conseil exécutif, si celles-ci étaient acceptées par le CR53 (voir le paragraphe 51 ci-dessus).

Communication d'un représentant de l'Association du personnel du Bureau régional de l'Europe

61. Comme à l'accoutumée, le président de l'Association du personnel du Bureau régional de l'Europe s'est adressé au Comité permanent sur des questions préoccupant le personnel. Si l'Association avait traditionnellement joué un rôle consultatif vis-à-vis de l'Administration, le train de réformes adopté récemment en matière de ressources humaines faisait qu'il devenait possible que la relation entre ces deux parties s'établisse bien davantage à l'avenir sur un pied d'égalité. Toutes les associations du personnel de l'OMS avaient donc décidé de soumettre, lors de la prochaine réunion du Conseil mondial personnel/administration, un document conjoint présentant les grandes lignes des propositions visant à instaurer une façon de travailler fondée davantage sur le partenariat.

62. La réforme des contrats à l'OMS, mise en œuvre en juillet 2002, était, entre autres, conçue pour mettre fin à la pratique inacceptable que constitue le recours à du personnel employé pour longue durée avec des contrats temporaires (60 % des membres du personnel du Bureau régional avaient des contrats temporaires). Au cours de la période transitoire de trois ans, le transfert vers des contrats à durée limitée avait bien progressé.

63. Cela avait fait un an que le nouveau système de gestion et de développement du personnel était entré en vigueur. L'Association du personnel se réjouissait de la mise en place de ce nouveau système, estimant qu'il apporterait une méthode plus juste d'évaluation de la performance des membres du personnel, mais il était manifeste qu'il faudrait encore beaucoup travailler à améliorer sa mise en application.

64. Une enquête menée auprès du personnel l'année précédente avait permis de recenser un certain nombre de motifs de préoccupation, et notamment la qualité de l'encadrement, les problèmes que posent le fait de travailler dans un environnement multiculturel et procédures bureaucratiques pesantes. L'Administration s'attaquait à certains des problèmes les plus critiques, tandis que la nomination d'un responsable de la formation et du perfectionnement du personnel et l'adoption d'une politique et d'un programme dans ce domaine témoignaient d'une approche plus cohérente de la question de la formation.

65. En conclusion, l'Association du personnel estimait que le dialogue et les discussions transparentes étaient de beaucoup la meilleure façon de travailler, et elle avait l'intention de poursuivre dans cette voie l'année à venir.

66. Le CPRC s'est réjoui des témoignages des bonnes relations qui régnaient entre le personnel et l'Administration, ainsi que des progrès accomplis pour s'attaquer au problème du nombre excessif de personnel temporaire. Au vu de l'augmentation proposée du budget programme pour 2004–2005, le Comité permanent s'attendait à un léger atténuation des contraintes budgétaires sur le personnel. En ce qui concerne la mise en place du système de gestion et de développement du personnel, il convenait qu'évaluer les performances était une activité nécessaire mais il estimait que le perfectionnement professionnel continu était encore plus important pour la santé à long terme de l'Organisation. Enfin, il a souligné la nécessité absolue de continuer d'assurer la sécurité, la santé et la protection du personnel.

Questions diverses

Incidence budgétaire du transfert de Chypre de la Région de la Méditerranée orientale à la Région européenne de l'OMS

67. Le CPRC a recommandé au directeur régional de ne pas demander de fonds supplémentaires pour la Région européenne concernant l'éventuel transfert de Chypre vers la Région européenne ; le surcroît de travail administratif pourrait être absorbé dans la limite du budget actuel.

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

68. À la demande du CPRC, un exposé sur les faits les plus récents concernant le SRAS a été présenté. L'OMS avait lancé une alerte mondiale le 12 mars 2003 et publié des conseils aux voyageurs le 4 avril ; au 8 avril, il y avait eu 2 601 cas de SRAS et 98 décès dans le monde. On avait élaboré des définitions de cas suspects et de cas probables, et on était en train de recenser les zones touchées. Des cas probables avaient été signalés par huit pays dans la Région européenne.

69. Il avait été établi que le SRAS pouvait être transmis d'une personne à une autre par des gouttelettes microscopiques de sécrétion mais d'autres épisodes épidémiques ponctuels importants révélèrent qu'il existait aussi d'autres voies inconnues de transmission. La période d'incubation allait de 2 à 12 jours, presque tous les cas développaient une pneumonie ; la majorité des cas faisaient partie des personnels hospitaliers ou étaient des contacts familiaux, et le taux de létalité était d'environ 4 %. Un réseau mondial

de surveillance avait été mis en place et la situation était suivie en permanence, les toutes dernières informations étant consultables sur un site Web spécial (<http://www.who.int/csr/sars/en/>).

70. Des membres du CPCR se sont déclarés satisfaits de l'occasion qui leur était donnée d'échanger leurs expériences et d'obtenir des indications sur des questions telles que les conseils aux voyageurs au plan national, la possibilité de transmission durant la période d'incubation et l'utilisation de mesures de quarantaine. Ils reconnaissaient cependant que, si l'OMS pouvait fournir des conseils fondés sur des données probantes, c'était aux gouvernements nationaux eux-mêmes de prendre les décisions politiques indispensables.

Homologues et correspondants

71. Le CPCR s'est vu remettre un document (EUR/RC52/SC(3)/7) ainsi qu'un CD-ROM contenant des informations sur les réseaux d'homologues et de correspondants du Bureau régional.