



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation  
mondiale de la Santé**

**Europe**

**Vingtième Comité permanent  
du Comité régional de l'Europe**

Troisième session

**Copenhague, 18 et 19 mars 2013**

EUR/RC62/SC(3)/REP  
130541

10 mai 2013

ORIGINAL : ANGLAIS

## **Rapport sur la troisième session**

## Sommaire

	page
Introduction .....	1
Discours d'ouverture de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe .....	1
Rapport sur la deuxième session du vingtième CPR .....	2
Ordre du jour provisoire et principaux points de la soixante-troisième session du Comité régional.....	2
Réforme de l'OMS – bilan suite à la 132 <sup>e</sup> session du Conseil exécutif, notamment les principaux éléments du rapport du Corps commun d'inspection .....	3
Gouvernance dans la Région européenne de l'OMS – examen du dossier de gouvernance et informations en retour issues du sous-groupe du CPR sur la gouvernance.....	5
Communication avec les États membres et rôle des homologues nationaux et des points focaux (techniques) nationaux.....	6
Questions d'ordre technique.....	7
Mise en œuvre de Santé 2020.....	7
Santé 2020 – « cibles », indicateurs et cadre de suivi .....	8
Plan d'action européen sur la santé mentale.....	9
Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle .....	9
Rapports de situation.....	10
Rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 .....	10
Rapport de situation sur le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques.....	11
Rapport de situation sur la lutte antitabac dans la Région européenne de l'OMS.....	11
Rapport de situation sur la mise en œuvre du Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012 .....	12
Les modèles opérationnels des GDO (et présentation orale sur les GDO existants) .....	12
Rapport du secrétariat sur les questions budgétaires et financières (fonction de supervision du CPR) .....	14
La viabilité financière et le plan d'austérité du Bureau régional de l'Europe.....	16
Discours d'une représentante de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe .....	17
Composition des organes et comités de l'OMS .....	18
Suggestions régionales pour des postes électifs à la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé et préparatifs en vue de réunions avec les États membres de la Région européenne pendant l'Assemblée de la santé.....	18
Autres questions à l'ordre du jour .....	19
Aperçu et échos des conférences ministérielles et des réunions de haut niveau .....	19
La désactivation de résolutions.....	19
Inscrire la santé au programme de développement pour l'après-2015 .....	20

## Introduction

1. Le vingtième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CPCR) a tenu sa troisième session au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Copenhague les 18 et 19 mars 2013.

## 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, souhaite aux membres du CPCR la bienvenue au Bureau régional. En ce qui concerne la recherche d'un nouveau pays d'accueil pour la soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR63), et comme précédemment convenu, elle a contacté les deux États membres qui ont proposé de recevoir des sessions futures du Comité régional. Elle est heureuse d'annoncer que le gouvernement turc a accepté d'accueillir le CR63, une décision pour laquelle le Bureau régional est d'ailleurs particulièrement reconnaissant. L'accord de siège pour la session est en cours de finalisation. La directrice régionale annonce également que le gouvernement grec s'est officiellement désisté et n'accueillera pas le bureau géographiquement dispersé (GDO) du Bureau régional pour les maladies non transmissibles, et que la décision EUR/RC62(2) du Comité régional peut donc être appliquée. Des discussions sont en cours avec le gouvernement de la Fédération de Russie qui, lors du CR62, a fait part de son intérêt d'accueillir ce centre à Moscou. Le CPCR sera informé de toute nouvelle initiative à cet égard lors de sa prochaine session, et le Comité régional sera mis au courant des progrès réalisés.

3. La réforme de l'OMS reste une priorité. Un certain nombre d'événements sont survenus depuis la dernière session du CPCR, notamment les sessions extraordinaires et ordinaires du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif, la 132<sup>e</sup> session du Conseil exécutif, trois réunions du Groupe de politique mondiale et les réunions du Groupe spécial de l'OMS sur la mobilisation et la gestion des ressources et du Groupe spécial de l'OMS sur les rôles et responsabilités aux différents niveaux de l'Organisation. Une retraite de dix jours a eu lieu à l'échelle du Bureau régional avec la participation des chefs des 29 bureaux de pays de la Région européenne de l'OMS, afin de discuter de la cohérence régionale, et notamment de la mise en œuvre de Santé 2020. De nombreux États membres ont lancé et commencé à mettre en œuvre Santé 2020, et certains ont élaboré des politiques et stratégies nationales de santé dans ce cadre. Lors de la réunion organisée récemment à Skopje en vue d'inaugurer le siège du secrétariat du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, les pays membres de ce réseau se sont penchés sur la mise en œuvre de Santé 2020. Un examen de cette mise en œuvre est d'ailleurs en cours pour chaque pays.

4. Une étroite collaboration se poursuit avec des organisations partenaires ; la directrice régionale s'est concertée avec les directeurs régionaux pour l'Europe du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), qui seront tous deux invités à assister au CR63. Elle a également invité le nouveau Commissaire européen à la santé et à la politique des consommateurs. Le Bureau régional travaille d'ailleurs en étroite collaboration avec la Présidence irlandaise du Conseil de l'Union européenne (UE). La directrice régionale a participé à une réunion informelle des ministres de la Santé de l'UE à Dublin au cours de laquelle ces derniers ont notamment examiné les impacts sanitaires de la crise économique. Parmi les autres efforts de coopération, il convient de mentionner la signature d'un protocole d'accord entre le Bureau régional et la Communauté économique eurasiatique. Ce document met l'accent sur des domaines de collaboration ayant trait à la santé publique.

5. En réponse au membre polonais du CPCR, qui a rappelé que le *Rapport sur la santé en Europe* a récemment été présenté officiellement à Varsovie, la directrice régionale remercie la

Pologne et déclare qu'un certain nombre d'activités de suivi sont actuellement organisées à cet égard.

## Rapport sur la deuxième session du vingtième CPCR

6. Le rapport sur la deuxième session du vingtième CPCR (Sofia, Bulgarie, 26 et 27 novembre 2012) a été distribué, examiné et adopté par voie électronique. Il a été affiché sur le site Web sécurisé du CPCR.

## Ordre du jour provisoire et principaux points de la soixante-troisième session du Comité régional

7. La directrice régionale présente les projets d'ordre du jour et de programme provisoires pour le CR63, qui ont été révisés pour tenir compte des commentaires formulés par le CPCR lors de sa session précédente. Si le directeur général ne peut assister à la session, elle sera représentée par le directeur général adjoint. Quoique la directrice régionale n'ait pas d'obligation de faire rapport au CR63 concernant Santé 2020, une discussion à propos de la mise en œuvre de ce cadre politique pourrait être utile, et une table ronde ministérielle a été programmée à cette fin. Le Comité régional sera invité à finaliser les « cibles » et indicateurs de Santé 2020 et le cadre de suivi. Le programme devrait être quelque peu réorganisé afin que les débats sur les conclusions des grandes conférences aient lieu lors de la journée ministérielle. Les conférences portent sur des dossiers intersectoriels en rapport avec Santé 2020 et l'impact de la crise financière, un sujet revêtant un intérêt particulier pour les ministres, sera notamment abordé. Lors du CR60, le Comité régional a convenu d'organiser chaque année un débat sur les partenariats. En 2013, ce débat se penchera sur le partenariat au sein de la famille des Nations Unies ; il conviendra de trouver un moment propice à cette discussion dans le programme.

8. Le CPCR salue les projets d'ordre du jour et de programme. Certains membres proposent que moins de temps qu'actuellement prévu ne soit imparti à la discussion relative au processus européen Environnement et santé. Un membre se montre préoccupé par le fait que le point de l'ordre du jour concernant les questions découlant de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif arrive tardivement dans le programme. Un autre fait remarquer qu'il conviendrait de prévoir du temps pour les déclarations des orateurs invités. Un membre affirme que, comme le Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle est en rapport avec l'environnement, il doit être examiné lorsque les membres du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé (CMES) sont présents. Le CPCR accueille positivement la proposition visant à organiser une table ronde ministérielle sur la mise en œuvre de Santé 2020, mais avertit du fait que la résolution EUR/RC62/R4 ne demande pas l'établissement d'un rapport en 2013, et qu'un rapport écrit ne doit donc pas être présenté. Il est convenu que les conclusions des conférences ministérielles doivent être examinées lors de la journée ministérielle. Un membre suggère que l'un des déjeuners ministériels soit consacré à la résistance aux antimicrobiens, notamment sur les aspects vétérinaires.

9. La directrice régionale déclare que le regroupement des points de l'ordre du jour en catégories peut encore être envisagé, comme l'a d'ailleurs demandé le CPCR lors de sa session précédente. Un « programme continu ou de roulement » pour les futures sessions du Comité régional, qui sera d'ailleurs constamment actualisé, a été préparé et distribué pour information au CPCR. Une décision quant à la place réservée dans le programme du CR63 aux questions découlant de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif pourra être prise lorsque les conclusions de l'Assemblée mondiale de la santé seront connues. Certaines de ces questions pourraient être inscrites au point de l'ordre du jour consacré à la réforme de l'OMS. La discussion sur les maladies à transmission vectorielle sera reprogrammée pour avoir lieu en présence du

CMES. Il est à espérer que le Premier ministre turc et le Commissaire européen à la santé et à la politique des consommateurs feront partie des invités. La directrice régionale prend note de la suggestion relative à l'organisation d'un déjeuner ministériel sur les aspects vétérinaires de la résistance aux antimicrobiens. Les thèmes des déjeuners ministériels et des séances d'information technique seront discutés de manière plus approfondie lors de la prochaine session du CPRC.

## Réforme de l'OMS – bilan suite à la 132<sup>e</sup> session du Conseil exécutif, notamment les principaux éléments du rapport du Corps commun d'inspection

10. La directrice régionale informe le CPRC de l'évolution du processus de réforme de l'OMS depuis la 132<sup>e</sup> session du Conseil exécutif. Lors de la dernière réunion du Groupe de politique mondiale organisée en Thaïlande, des mesures ont été prises pour inclure les travaux spécifiques aux régions et aux pays dans le projet de budget programme 2014-2015. Le Groupe de travail de l'OMS sur les rôles et responsabilités aux différents niveaux de l'Organisation a élaboré un tableau des responsabilités des bureaux concernant les six principales fonctions de l'OMS, qui devraient être alignées sur le budget programme. Quoique cette tâche soit complexe et ne puisse être complètement achevée pour le budget programme 2014-2015, des efforts sont consentis pour éliminer toutes les incohérences, tant au sein des diverses catégories qu'entre celles-ci, afin que ce tableau puisse être utilisé dans son intégralité pour le budget programme 2016-2017. Le tableau sera disponible à tous les États membres sur le site Web de l'OMS consacré à la réforme. Le directeur général présentera le douzième programme général de travail et le budget programme 2014-2015 à l'Assemblée mondiale de la santé lors de sa prochaine session pour approbation finale, sachant que les commentaires des États membres relatifs au douzième programme général de travail seront encore pris en compte. Il a été demandé au Groupe spécial de l'OMS sur la mobilisation et la gestion des ressources de veiller notamment à ce que le dialogue sur le financement soit optimal en termes de contenu, de priorités abordées et de pluralisme, et de poursuivre la discussion sur la répartition des ressources, notamment en garantissant un investissement global. Le groupe de travail a été prié de terminer ses travaux pour le début de mai 2013.

11. En tenant compte des recommandations formulées par le Corps commun d'inspection, le Groupe de politique mondiale réalise actuellement une évaluation du rôle et des effectifs des bureaux de pays de l'OMS. Il recense également les domaines techniques de coopération interrégionale, qui seront abordés lors des réunions régulières des « réseaux de catégories », placés sous l'égide d'une équipe de directeurs généraux adjoints et de directeurs régionaux et auxquels participent l'ensemble des Régions. L'absence d'une telle collaboration et coordination a constitué jusqu'ici une lacune dans la gouvernance de l'OMS. Y remédier améliorerait considérablement l'homogénéité. La création de réseaux similaires est actuellement examinée par le Groupe spécial de l'OMS sur la mobilisation et la gestion des ressources, avec la tenue de réunions régulières regroupant le directeur général, les directeurs régionaux et les directeurs généraux adjoints afin d'assurer davantage de cohérence.

12. Le CPRC se réjouit de la clarté du rapport sur la réforme de l'OMS, et accueille notamment avec satisfaction la reconnaissance de la difficulté, de la complexité et de la durée des efforts visant à aligner le budget programme sur les rôles et les responsabilités des trois niveaux de l'Organisation. Le CPRC félicite toutes les parties impliquées dans la mise en œuvre de la réforme qui se traduit d'ailleurs par un important changement dans le mode de gestion de l'Organisation. Plusieurs membres se félicitent du processus de réforme de l'OMS qui a permis de mettre en évidence la nécessité d'une collaboration interrégionale au niveau technique. Un membre s'interroge sur les conséquences pour la gouvernance de la finalisation du programme général de travail après l'Assemblée mondiale de la santé, tandis que d'autres soulignent que ce dernier risque d'être impulsé par les donateurs, à moins qu'il ne soit finalisé avant le premier dialogue sur le

financement en juin. Les États membres souhaitent que le douzième programme général de travail et le budget programme pour 2014-2015 soient pleinement adoptés à l'issue de l'Assemblée mondiale de la santé.

13. Des mesures doivent être prises pour veiller à ce que le dialogue sur le financement conduise à une collecte de fonds à la fois cohérente et centralisée, ainsi qu'à une affectation plus rationnelle des ressources. Un mécanisme de responsabilisation bien précis doit être en place pour que les donateurs soient correctement informés de la manière dont leurs fonds sont utilisés. Un membre propose que la première session du dialogue permette aux donateurs partageant les mêmes idées d'envisager des méthodes de financement innovatrices. À propos de la mise de fonds initial et de l'utilisation stratégique des contributions fixées, un autre membre déclare qu'il convient d'examiner les fonctions de l'OMS devant être protégées contre toute influence excessive, et devant donc être financées avec des contributions fixées. Certains domaines particulièrement sensibles ne doivent pas être financés par des fonds volontaires. Il faut également réfléchir à la manière de garantir que les priorités définies dans le programme général de travail soient financées par les contributions fixées. Des précautions doivent être prises pour veiller à ce que le dialogue sur le financement n'entraîne pas une augmentation de l'affectation des contributions volontaires à objet désigné. Un système doit donc être mis en place pour récompenser les dons de fonds volontaires à objet non désigné. Il serait utile de disposer d'informations sur les actions éventuellement prises depuis la session extraordinaire du Comité du programme, du budget et de l'administration en vue de trouver les moyens d'accroître les contributions fixées des pays qui ne sont pas en mesure de donner des contributions volontaires supplémentaires. Des informations seraient également appréciées sur la manière dont les États membres doivent être mis au courant des conclusions du dialogue sur le financement. Il serait utile de voir les modifications actuellement apportées à la résolution portant ouverture de crédits.

14. La directrice régionale explique que la volonté de renforcer et d'améliorer la collaboration entre les directeurs généraux adjoints et les directeurs régionaux constitue un progrès considérable. Elle rassure le CPCR en affirmant que le programme général de travail sera adopté par l'Assemblée mondiale de la santé, après incorporation des commentaires et suggestions des États membres, et ne sera donc pas influencé par les donateurs. Le rapport du Corps commun d'inspection renferme un grand nombre de bonnes propositions relatives aux bureaux de pays de l'OMS qui seront prises en compte, mais dont la mise en œuvre prendra un certain temps. En ce qui concerne le dialogue sur le financement, tout soutien et toute suggestion du CPCR sont les bienvenus. Bien que ce dialogue devienne en fin de compte le seul mécanisme de collecte de fonds, cela prendrait du temps et, pour le moment, il serait encore nécessaire d'engager d'autres discussions bilatérales.

15. Elle se félicite des propositions formulées à l'égard de l'utilisation stratégique des contributions fixées. Un cadre de responsabilisation pour le financement sera nécessaire jusqu'à ce que le budget programme devienne un outil de négociation pour les donateurs. Entre-temps, les documents à l'appui seront inclus dans le cadre du budget programme pour expliquer ce que l'Organisation espère réaliser avec ses fonds, et d'autres cadres de responsabilisation sont actuellement envisagés. Eu égard au financement flexible, la diminution du compte des contributions volontaires de base est source d'inquiétudes. Conformément à l'article 50 f) de la Constitution de l'OMS, les Comités régionaux pourraient demander l'affectation de crédits régionaux supplémentaires par les gouvernements de la Région, si la part du budget central allouée à la Région est insuffisante pour l'accomplissement des fonctions régionales. Le Groupe spécial de l'OMS sur la mobilisation et la gestion des ressources examine les aspects mondiaux et régionaux de la répartition des fonds. Toutes les réunions des organes directeurs serviraient à communiquer aux États membres des informations sur les fonds reçus à ce jour dans la Région européenne, ainsi que sur les déficits de financement.

16. Le directeur, Administration et finances, déclare qu'une consultation aura lieu avec les États membres lors des deux premières semaines d'avril pour examiner le projet de résolution portant ouverture de crédits ainsi que les règlements financiers. Les versions du douzième programme général de travail et du budget programme pour 2014-2015 de l'Assemblée mondiale de la santé seront mises à la disposition des États membres le 19 avril, et les documents à l'appui seront disponibles à la fin du même mois.

## Gouvernance dans la Région européenne de l'OMS – examen du dossier de gouvernance et informations en retour issues du sous-groupe du CPRC sur la gouvernance

17. Le vice-président du CPRC présente les travaux du groupe de travail du CPRC sur la gouvernance qui a d'ailleurs tenu trois réunions. Bien que la question du traitement des candidatures pour le CPRC se soit pas complètement résolue, les procédures utilisées dans d'autres Régions ont été examinées, et le service juridique du Siège de l'OMS a été consulté à cet égard. Diverses permutations des groupes sous-régionaux ont été abordées, et la question de la création d'un sous-groupe distinct pour les membres semi-permanents a également été considérée. L'avis général est de conserver les trois sous-groupes actuels, de procéder à un roulement des membres semi-permanents afin qu'ils siègent au Conseil exécutif trois ans sur six, et de répartir les sièges restants entre les autres membres. Un tableau sera élaboré, conjointement avec un plan pour les années à venir, indiquant quels sièges deviendront vacants, et quels sous-groupes doivent les pourvoir. Les membres semi-permanents seront identifiés, mais resteront dans les sous-groupes sous leur forme actuelle. En ce qui concerne la transparence du CPRC, et comme précédemment convenu, la liste des documents et l'ordre du jour de la session en cours, ainsi que le rapport de la session précédente, ont été publiés sur le site Web du CPRC protégé par un mot de passe. Le groupe de travail propose que les membres du CPRC soient désignés comme points focaux pour les questions qui seront examinées par le Comité régional et ce, pour assurer la liaison entre les États membres et le CPRC.

18. Eu égard à la procédure de soumission et de modification des résolutions du Comité régional, le groupe de travail indique que les États membres désireux de proposer de nouvelles résolutions ou des modifications importantes aux projets de résolutions existants doivent les soumettre à la directrice régionale avant le premier jour de la session du Comité régional, pour distribution à tous les États membres. Si un État membre souhaite formuler une proposition sur la base des débats engagés au Comité régional, cette règle pourrait être levée. Aucune proposition ne peut être discutée ou mise aux voix si le texte n'a pas été distribué à toutes les délégations au moins 24 heures auparavant. Le ou la président(e) du Comité régional pourrait toutefois renoncer à cette règle si il ou elle estime que la modification est urgente, justifiée ou sans incidence quant au fond. En ce qui concerne l'examen des pouvoirs pour les sessions du Comité régional, le groupe de travail a convenu que la procédure utilisée au CR62, au cours de laquelle trois membres du CPRC ont collaboré avec le conseiller juridique du Bureau régional pour vérifier les pouvoirs des États membres participants lors de la deuxième journée de la session du Comité régional, a été efficace, et a recommandé que cette approche soit de nouveau adoptée à l'avenir. Il recommande également que les mêmes membres du CPRC continuent à siéger à la commission de vérification des pouvoirs, et soient successivement remplacés lorsque leur mandat expire. Toutes les modifications nécessaires aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional seraient présentées au CPRC lors de sa prochaine session.

19. Le CPRC se félicite des efforts déployés par le groupe de travail et prend acte des recommandations formulées jusqu'ici. Il demande la tenue d'autres débats afin de clarifier les questions en suspens ainsi que la présentation d'un rapport actualisé lors de sa prochaine session.

## Communication avec les États membres et rôle des homologues nationaux et des points focaux (techniques) nationaux

20. La directrice exécutive, Relations avec les pays et communication globale, déclare que, conformément à la résolution EUR/RC62/R7, les États membres ont été invités à désigner un homologue national pour la coopération stratégique générale avec l’OMS. Il a d’ailleurs été demandé à la directrice régionale d’examiner et de mettre à jour les listes des points focaux (techniques) nationaux pour leur publication sur le site Web du Bureau régional d’ici février 2013. La liste actuelle des points focaux nationaux, chargés d’assurer la collaboration entre les États membres et le Bureau régional dans des domaines techniques particuliers et de fournir des données spécifiques aux pays, a été distribuée au CPR. Les homologues nationaux doivent être nommés par les ministères de la Santé. Il leur sera demandé d’assurer le suivi de la collaboration entre les États membres et le Bureau régional. Ils recevront des copies de toute la correspondance et représenteront leur gouvernement national lors des activités mises en œuvre avec le Bureau régional. Le cas échéant, les homologues nationaux prendront part à l’élaboration et au suivi de l’accord de collaboration biennal (ACB) ou de la stratégie de coopération avec leur pays. Le CPR est invité à se prononcer sur le mandat des homologues et points focaux nationaux. Son opinion est sollicitée afin de savoir si les coordonnées des personnes nommées à ces postes doivent être publiées et, dans l’affirmative, la manière d’y procéder. Le secrétariat propose de publier d’abord ces informations sur un site SharePoint, avant de les mettre à jour et de les publier sur le site Web externe du Bureau régional, sans y inclure les coordonnées des personnes considérées. Le document actuellement saisi par le CPR (EUR/RC62/SC(3)/12) contient également une description des procédures du Bureau régional pour la correspondance avec les États membres, ainsi qu’une liste de responsables devant recevoir une copie des divers types de correspondance.

21. Le CPR se félicite des efforts consentis à l’amélioration des procédures du Bureau régional en ce qui concerne la correspondance avec les États membres. Plusieurs membres, tout en accueillant favorablement la publication de la liste des points focaux nationaux, soulignent que les informations reprises dans cette liste peuvent rapidement devenir désuètes. À cette fin, des informations actualisées doivent être demandées annuellement auprès des États membres. Le CPR convient que les noms des points focaux nationaux doivent être rendus publics, sans leurs coordonnées. Toute personne souhaitant se mettre en rapport avec un point focal national doit passer par l’homologue national. En ce qui concerne la procédure de mise en copie des responsables pour différents types de correspondance, il est évident que les États membres ont des exigences différentes à cet égard, et la liste des personnes à mettre en copie dans la correspondance officielle doit être adaptée en conséquence. La nomination des homologues nationaux constitue une étape importante en vue d’assurer la cohérence et la continuité du flux de communication entre les États membres et le Bureau régional. Les homologues nationaux doivent être informés de toutes les invitations aux réunions et manifestations, et les responsables ainsi conviés devraient être priés de faire part de leur intention d’assister à ces événements à leur homologue national. Plusieurs clarifications sont proposées au mandat des homologues et des points focaux nationaux.

22. La directrice exécutive, Relations avec les pays et communication globale, déclare que la liste des points focaux nationaux sera publiée sur un site protégé par un mot de passe, pour vérification par les États membres. Les homologues nationaux doivent informer le Bureau régional de toute correction nécessaire.

23. La directrice régionale explique qu’une demande de désignation des homologues nationaux fera l’objet d’une correspondance, et les mandats seront modifiés pour tenir compte des préoccupations du CPR. Les homologues nationaux seront copiés sur l’ensemble de la correspondance, y compris les invitations à des réunions et d’autres événements. Toute aide pour mettre à jour les listes d’homologues et de points focaux nationaux sera appréciée. Une liste des réunions annuelles pourrait également être publiée sur un site protégé par un mot de passe.



## Questions d'ordre technique

### *Mise en œuvre de Santé 2020*

24. Le directeur, Politique et gouvernance pour la santé et le bien-être, explique que les activités du Bureau régional liées à la mise en œuvre de Santé 2020 se sont concentrées sur trois grands domaines : lancement de Santé 2020 à l'occasion d'événements de haut niveau et sensibilisation à l'échelle nationale et internationale ; renforcement des capacités du Bureau régional et alignement de son travail pour soutenir les pays au cours de la période biennale actuelle et des prochaines périodes biennales ; mise en œuvre de Santé 2020 en appliquant la perspective de Santé 2020 aux activités des programmes du Bureau. La retraite récemment organisée avec les chefs des bureaux de pays de l'OMS dans la Région européenne fut l'occasion d'examiner l'élaboration de politiques, stratégies et plans basés sur Santé 2020. Les discussions ont porté sur les processus de planification des ACB et des stratégies de coopération avec les pays. On a examiné la façon dont la gouvernance horizontale et les principaux concepts de Santé 2020 peuvent être appliqués au contexte des nouvelles catégories du programme général de travail. Le Bureau régional examine comment aider les pays ayant déjà commencé le processus de mise en œuvre de Santé 2020 pendant la période biennale en cours. Un dispositif intégré de mise en œuvre de Santé 2020 est actuellement élaboré, et des informations précises à ce sujet seront présentées lors de la prochaine session du CPR. Le dispositif sera disponible à tous les États membres afin de les aider à appliquer Santé 2020 à des secteurs autres que celui de la santé, et à élaborer des approches pangouvernementales et portant sur toute la durée de la vie.

25. Le CPR se félicite des efforts visant à promouvoir la mise en œuvre de Santé 2020 si peu de temps après son adoption. Plusieurs des événements « futurs » mentionnés dans le rapport sur la mise en œuvre de Santé 2020 ont désormais eu lieu. Il convient par conséquent de s'assurer que le document reste pertinent. Comme Santé 2020 est à la fois vaste et ambitieux, il est essentiel d'apporter un soutien concret et structuré aux États membres, notamment pour adopter une approche pangouvernementale, puisque les ministres de la Santé ne sont souvent pas légalement en mesure d'assurer la coordination avec les autres ministres. Des inquiétudes particulières sont exprimées quant à la nécessité d'augmenter le nombre, les compétences et la pertinence du personnel infirmier dans de nombreux pays européens, puisque les lacunes à cet égard entravent actuellement le dépistage rapide, le traitement et la surveillance des maladies chroniques. Des efforts doivent être déployés pour veiller à ce que Santé 2020 figure dans les programmes de formation du personnel médical. Il convient de se demander si la question de la pénurie de personnel médical, et d'infirmiers et de sages-femmes sur le plan général, pourrait être inscrite à l'ordre du jour du Comité régional.

26. Le directeur, Politique et gouvernance pour la santé et le bien-être, convient que le rapport sur la mise en œuvre doit être restructuré afin qu'il soit plus accessible et plus facile à suivre, qu'il contienne une liste plus complète des événements liés à Santé 2020 dans les États membres, et qu'il reste d'actualité. Pour le Bureau régional, le défi le plus important consiste à aider les États membres à recenser les domaines qui leur permettraient de profiter de la mise en œuvre de Santé 2020, puisque les bienfaits potentiels varient d'un pays à l'autre. Bien que le rapport se concentre sur les mesures prises dans les pays, le Bureau régional investit actuellement des efforts considérables pour optimiser sa capacité à soutenir les États membres et aligner son travail sur Santé 2020.

27. La directrice régionale indique que la question du personnel infirmier et des sages-femmes est déjà prévue au programme du CR65 au titre du point de l'ordre du jour consacré aux ressources humaines pour la santé, et sera soumise au CR64 au titre du point de l'ordre du jour sur l'application de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Cette question pourrait également être examinée dans le cadre du 35<sup>e</sup> anniversaire de l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata. Un groupe de travail sur le sujet a été institué, et les travaux

préparatoires sont déjà en cours. Comme précédemment convenu, la directrice régionale n'est pas tenue de faire rapport au CR63 sur Santé 2020. Le rapport sur la mise en œuvre sera donc présenté au Comité régional comme document d'information pour la table ronde ministérielle, plutôt que comme document de travail. Un déjeuner ministériel pourrait également être prévu pour examiner les approches pangouvernementales et pansociétales.

### ***Santé 2020 – « cibles », indicateurs et cadre de suivi***

28. La directrice, Information, bases factuelles, recherche et innovation, présente un tableau avec les indicateurs proposés et la quantification des « cibles » pour la mise en œuvre de Santé 2020, d'ailleurs élaboré par trois groupes de travail. Le tableau sera soumis aux États membres pour consultation après la session actuelle du CPR. Les groupes de travail ont veillé à ce que les indicateurs soient alignés sur le cadre de suivi mondial des maladies non transmissibles. Il existe deux types d'indicateurs : les indicateurs de base ainsi que d'autres indicateurs potentiels sur lesquels les pays peuvent choisir de faire rapport. Certains indicateurs peuvent être appliqués à plusieurs « cibles ». Le tableau indique également le nombre d'États membres pour lesquels des données ont été systématiquement recueillies sur chaque indicateur. Bien que les données sur le bien-être subjectif ne soient pas systématiquement collectées par les États membres, d'autres organismes s'en chargent. L'Enquête de l'UE sur le revenu et les conditions de vie comportera plusieurs indicateurs du bien-être subjectif en 2013, et portera sur l'ensemble des 27 États membres de l'UE. Gallup International et la Banque européenne pour la reconstruction et le développement (BERD) collectent régulièrement de telles informations dans le cadre d'enquêtes, et le Bureau régional envisage la possibilité de partager des données sur la satisfaction par rapport à la vie. L'OMS communiquera les moyennes des données régionales. Des informations sur chaque pays sont déjà systématiquement fournies par l'OMS par le biais de quatre canaux différents : communication annuelle de données sur les indicateurs sanitaires clés de la base de données de la Santé pour tous, rapport du directeur régional au Comité régional, *Rapport sur la santé en Europe* et ajout d'une section sur les indicateurs de Santé 2020 dans un projet de publication des statistiques sanitaires européennes annuelles. L'OMS compile, analyse et communique les informations transmises systématiquement par les États membres. En ce qui concerne le bien-être objectif, ce domaine doit encore être affiné et des indicateurs doivent être proposés. Un groupe d'experts devra être formé pour aborder cette question. Il sera composé des membres du groupe de travail existant, auxquels viendront se joindre des experts sur le bien-être subjectif. Le travail sur l'indicateur du bien-être subjectif sera achevé d'ici la fin de 2013. Le CPR est invité à se prononcer sur la faisabilité, la clarté et l'utilité du processus d'établissement de rapports et de communication des données et propose l'établissement de plates-formes à cette fin.

29. Le CPR se félicite des progrès réalisés et de l'utilisation d'indicateurs comme moyen pratique de soutenir la mise en œuvre. Il faut cependant veiller à ce que le système d'établissement de rapports et de communication de données soit utilisé en vue d'aider les États membres, plutôt que d'alourdir leur charge de travail. Un membre demande si les activités menées dans ce domaine seront facilement alignées sur les activités de l'OMS relatives à la charge mondiale de morbidité. Un autre membre déclare que l'harmonisation des concepts en matière de bien-être est particulièrement importante pour la mise en place du Système unique et intégré d'informations sanitaires pour l'Europe. Il pourrait être également utile d'inclure la sexospécificité dans certaines des descriptions des indicateurs de base. L'indicateur de base n° 5 sur la vaccination des enfants contre la rougeole, la poliomyélite et la rubéole doit se référer aux recommandations de l'OMS sur la vaccination des enfants âgés de deux ans. La ventilation par âge sera également utile pour l'indicateur de base n° 3 sur la consommation d'alcool. Elle demande si l'indicateur de base n° 12 fait référence au coefficient de Gini pour mesurer la richesse ou le revenu. Un autre membre demande s'il existe des déséquilibres géographiques entre les capacités des États membres à faire rapport sur les indicateurs.

30. La directrice, Information, bases factuelles, recherche et innovation, déclare que les indicateurs sont conformes aux estimations de la charge mondiale de morbidité. Bien que la sexospécificité ne soit pas un indicateur, les données seront ventilées par sexe et par âge là où c'est possible. Seuls quelques-uns des indicateurs, comme la réduction de la mortalité prématurée, pourront être quantifiés. D'autres, comme l'espérance de vie en Europe, seront présentés sous la forme d'une moyenne pondérée en vue de réduire l'écart entre les pays présentant les chiffres les plus élevés et ceux présentant les chiffres les moins élevés à cet égard.

### ***Plan d'action européen sur la santé mentale***

31. Le directeur, Maladies non transmissibles et cycle de vie, présente le projet de Plan d'action européen sur la santé mentale, élaboré dans le cadre d'une série de consultations techniques avec tous les États membres. Celui-ci énonce un certain nombre d'actions prioritaires pour les pays et le secrétariat, et est conforme à Santé 2020. Il décrit les approches multisectorielles et pansociétales nécessaires pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale. Il est également accompagné d'un projet de résolution.

32. Si le CPR se félicite du Plan d'action, il fait observer qu'il est davantage axé sur les soins et services de santé mentale que sur la santé mentale en elle-même. L'importance des soins de santé mentale spécialement adaptés aux enfants et adolescents doit être soulignée, afin de s'assurer qu'ils ne soient pas intégrés aux soins psychiatriques généraux pour adultes. Une attention particulière doit être accordée à la présentation des possibilités de promotion de la santé mentale via d'autres secteurs. L'approche de la santé dans toutes les politiques est particulièrement pertinente pour la santé mentale, et la section intitulée « Contexte », au tout début du document, doit comprendre une description du lien existant entre le Plan d'action et Santé 2020. L'optimisation du rôle des services de soins de santé primaires doit être prise en compte ; bien que l'on dispose de suffisamment de connaissances et de capacités à maints niveaux pour promouvoir la santé mentale, la coordination à cet égard fait souvent défaut. Il convient de se demander si les lits d'hôpitaux psychiatriques constituent un service communautaire. Bien que certaines des actions visent spécifiquement les problèmes de santé mentale, d'autres sont d'ordre plus général et devraient probablement être réparties en actions « spécifiques » et « de soutien ». Davantage d'attention doit être portée au rôle de la dépression, qui concourt à 80 % de la charge des maladies mentales.

33. Le directeur, Maladies non transmissibles et cycle de vie, explique que le Plan d'action se concentre sur les services de soins de santé mentale et la recherche d'un nouvel équilibre en matière de promotion de la santé mentale, en s'attaquant au problème de la stigmatisation et en mettant en évidence l'adoption d'une approche fondée sur les droits de l'homme, sur la bonne gouvernance ainsi que sur la santé mentale et le handicap en vertu de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies. La promotion de la santé mentale peut s'insérer dans de nombreux aspects de la santé, notamment la santé sexuelle et génésique, et d'autres thématiques, telles que les maladies à transmission vectorielle. Il convient qu'une clarification des liens existants entre le Plan d'action et Santé 2020 s'avérerait utile.

### ***Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle***

34. Le directeur, Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, déclare que les activités des moustiques vecteurs de maladies dans la Région européenne constituent un problème de plus en plus grave, causé principalement par la mondialisation des voyages et du commerce, ainsi que l'urbanisation et le changement climatique. Bien que la vulnérabilité varie à travers la Région, un cadre régional de surveillance et de lutte est nécessaire à cet égard. Le cadre proposé

visé à aider les États membres à détecter rapidement la propagation des espèces invasives de moustiques et des maladies réémergentes, notamment la dengue et le chikungunya, d'intervenir sans attendre à leur rencontre, et d'instaurer une plate-forme régionale en vue de faciliter et de coordonner les activités, notamment au niveau international. La surveillance entomologique et la recherche appliquée sont nécessaires pour empêcher l'introduction de virus et de vecteurs. Des mesures de sensibilisation sont prises conjointement avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), la European Mosquito Control Association (EMCA) et VBORNET. Il est à espérer que le cadre sera approuvé par l'adoption d'une décision par le CR63.

35. Le CPRC s'interroge sur le nombre de maladies à transmission vectorielle visées par le cadre. Lors de sa précédente réunion, le CPRC a demandé d'où proviendraient les fonds pour la mise en œuvre du cadre, et si un autre projet serait par conséquent annulé. Un membre déclare que le cadre doit faire référence au manque de ressources techniques dans la Région pour mener à bien une surveillance intégrée.

36. La directrice adjointe, Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, indique que le Plan d'action soumis au CPRC en sa précédente session a été révisé, sur la base des commentaires du CPRC, pour devenir le cadre régional qui contient un ensemble de lignes directrices pour l'action régionale. Le cadre énonce des mesures essentielles à l'adresse des pays confrontés à des problèmes de moustiques invasifs et vecteurs de maladies, et permet de faciliter l'interaction entre les pays. Les lignes directrices établissent également un lien avec d'autres Régions de l'OMS.

37. Le directeur, Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, ajoute que le financement initial et les contributions volontaires ont été reçues.

38. Un membre du CPRC déclare qu'à l'avenir, lorsqu'un document est examiné par le CPRC lors d'une session, puis révisé et soumis de nouveau lors d'une prochaine session, un résumé des discussions et des décisions antérieures du CPRC devrait être rédigé, afin de s'assurer que tous les nouveaux membres du CPRC soient tenus informés des actions déjà prises, et que les documents révisés soient toujours examinés dans le contexte des discussions précédentes.

## Rapports de situation

### ***Rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015***

39. Le directeur, Systèmes de santé et santé publique, présente le rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (tuberculose-MR et UR) dans la Région européenne de l'OMS, et attire l'attention sur les principaux progrès accomplis par le secrétariat dans ce domaine. La couverture du traitement a considérablement augmenté dans la Région européenne de l'OMS depuis 2011, et 9 des 15 pays présentant des taux élevés de tuberculose-MR sont parvenus à une couverture universelle. Bien que la faible détection des cas reste le principal défi à cet égard, la couverture de dépistage s'est très fortement améliorée. La décision du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme d'annuler la onzième série de financement ainsi que le retard dans l'annonce d'un nouveau mécanisme de financement ont eu un impact négatif dans certains pays. Des analyses conjointes des situations nationales en matière de tuberculose, réalisées par le Bureau régional et l'ECDC, ont montré que la crise économique et financière met en péril les progrès à cet égard dans certains pays. Un système de cybersanté pour la prise en

charge clinique des patients difficiles à atteindre a été mis en place, ce qui constitue une avancée positive.

40. La directrice régionale ajoute que le Bureau régional mène actuellement des activités au niveau des différentes divisions mettant l'accent sur les influences du tabagisme et de la consommation d'alcool sur la tuberculose-MR et UR, et les liens existant entre les maladies transmissibles et non transmissibles. Un recueil des meilleures pratiques est en cours d'élaboration afin de conseiller les pays sur, notamment, l'utilisation rationnelle des médicaments contre la tuberculose.

### ***Rapport de situation sur le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques***

41. Le directeur, Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, présente le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques, et indique que de nombreuses activités de partenariat sont déjà menées entre le Bureau régional et les États membres dans le cadre des objectifs du plan d'action, avec des résultats à la fois concrets et positifs. Un nombre total de 20 États membres sur les 29 disposant d'un bureau de pays ont élaboré des plans d'action sur la coordination intersectorielle, plusieurs ateliers interpays ont été organisés sur l'utilisation rationnelle des antibiotiques, un atelier de formation sur la prévention et la lutte contre les infections se tiendra en Estonie en mai 2013, et la Journée européenne d'information sur les antibiotiques 2013 se concentrera sur l'automédication.

42. Le CPRC salue les efforts déployés par le Bureau régional en vue de mettre en avant la question de la résistance aux antibiotiques. Un membre laisse entendre que la collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) devrait être mentionnée dans le plan d'action stratégique. Un autre membre explique qu'un centre pour la résistance aux antimicrobiens a été établi en Bulgarie, et que celui-ci pourrait également être mentionné.

43. Le directeur, Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, prend acte des suggestions formulées par le CPRC, et attire l'attention sur un événement satellite consacré à la résistance aux antimicrobiens et organisé lors de la prochaine Assemblée mondiale de la santé.

### ***Rapport de situation sur la lutte antitabac dans la Région européenne de l'OMS***

44. Le directeur, Maladies non transmissibles et cycle de vie, indique que, malgré la ratification massive de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, des tendances inquiétantes se dessinent dans la Région européenne, telles que la consommation de produits tabagiques sans fumée et l'ingérence de l'industrie du tabac dans les activités des ministères de la Santé. Bien que la consommation de tabac soit généralement en recul dans la Région, le nombre de fumeuses a en fait augmenté, un phénomène qui se traduira par un accroissement de la mortalité liée au tabac. Des efforts considérables ont été déployés dans certains États membres de la Région, dont la Norvège et le Royaume-Uni, et des réductions spectaculaires du tabagisme y ont été observées. L'intention de la Finlande de devenir un pays sans fumée, plutôt que d'interdire simplement la consommation du tabac dans les lieux publics, est exemplaire. Des mesures importantes ont également été prises en Fédération de Russie et en République de Moldova avec l'adoption de la loi sur la lutte antitabac. Le CPRC est prié d'examiner l'indicateur de Santé 2020 relatif au tabagisme conformément au Cadre de suivi mondial sur les maladies non transmissibles, et de formuler des conseils sur la manière d'intensifier les actions en vue de promouvoir la mise en œuvre complète de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

45. Le CPR se félicite du rapport, et demande quelles mesures sont actuellement prises par le Bureau régional pour encourager la ratification de la convention par les États membres qui ne l'ont pas encore fait. Un membre demande si le Bureau régional a émis des commentaires sur la nouvelle proposition de directive de l'UE relative aux produits du tabac.

46. Le directeur, Maladies non transmissibles et cycle de vie, répond que la directrice régionale et le directeur général ont exprimé par écrit leur soutien technique et politique à la nouvelle proposition de directive européenne. Des efforts sont actuellement consentis à la promotion de la ratification dans les quatre États membres qui ne sont pas parties à la convention, en tenant compte des spécificités et des besoins particuliers de chaque pays. Malgré cela, il est à noter que de toutes les Régions de l'OMS, la Région européenne est celle qui comprend le plus grand nombre d'États membres ayant ratifié la Convention-cadre pour la lutte antitabac.

### ***Rapport de situation sur la mise en œuvre du Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012***

47. Le directeur, Maladies non transmissibles et cycle de vie, présente un rapport de situation sur la mise en œuvre du Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012. Des informations supplémentaires à ce sujet seront d'ailleurs recueillies lors de la prochaine Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 prévue à Vienne, en juillet. Le surpoids et l'obésité touchent un nombre croissant d'adultes de la Région européenne de l'OMS, et 4 adultes sur 10 ne s'adonnent à aucune activité physique. Plusieurs nouveaux instruments permettent la coopération avec les États membres dans l'analyse de certaines problématiques telles que la réduction de la consommation de sel et la nutrition dans le cadre du marketing des aliments ciblant les enfants. Le Bureau régional dispose d'une base de données de plus en plus détaillée sur les politiques nutritionnelles, consultable en ligne, et s'engage à intégrer l'ensemble de ses bases de données sanitaires dans un seul portail à la fin de l'actuelle période biennale. Une initiative unique en matière de surveillance de l'obésité infantile a été aussi mise en place et permet de suivre 160 000 enfants de la Région. Des fonds ont été obtenus afin de poursuivre cette initiative au cours de la prochaine période biennale, du moins dans les États membres de la Région également membres de l'UE.

### **Les modèles opérationnels des GDO (et présentation orale sur les GDO existants)**

48. Le conseiller stratégique auprès de la directrice régionale explique que le CPR a été saisi des profils techniques des GDO sur les soins de santé primaires et la préparation aux situations d'urgences humanitaire et sanitaire, et d'un modèle d'accord de siège. Les profils ont été élaborés en consultation avec les membres du CPR et publiés sur un site SharePoint. La date limite d'expression d'intérêt a été fixée au 2 avril 2013. Jusqu'à présent, le Kazakhstan a exprimé le souhait d'accueillir le GDO sur les soins de santé primaires. L'avis du CPR sera sollicité quant à la façon de procéder si plus d'un État membre désire accueillir l'un des GDO. Les modèles opérationnels des deux GDO seront présentés au CPR lors de sa prochaine réunion, avant d'être soumis au CR63. Ceux-ci comprendront un bref résumé du profil technique et les arguments en faveur de la création du GDO, une description de l'offre de l'État membre, une évaluation de cette offre sur la base de la stratégie relative aux GDO et de ses conditions essentielles, et une conclusion. Un résumé plus détaillé du profil technique sera annexé au modèle opérationnel. Les profils techniques complets, tels qu'approuvés par le CPR, et les expressions d'intérêt pour accueillir un GDO seront soumis au CR63 en tant que documents d'information. Lors du CR62, la Fédération de Russie a été désignée comme nouveau pays d'accueil potentiel du GDO sur les

maladies non transmissibles, si la Grèce devait se désister. Le profil technique examiné et approuvé par le CPR en janvier 2013 serait utilisé lors des négociations avec la Fédération de Russie. Les progrès feront l'objet de rapports réguliers au CPR et présentés au CR63 sans modèle opérationnel, conformément à la décision prise lors du CR62 (EUR/RC62(2)).

49. Le CPR se félicite du travail accompli jusqu'ici et recommande que les modèles opérationnels expliquent comment les activités des GDO s'inscrivent dans le plan de travail régional, afin d'éviter toute confusion quant à leur rôle. La valeur ajoutée des GDO doit être clairement indiquée. Un membre demande si les profils techniques des GDO seraient modifiés lors de leur opération, puisque tous les GDO doivent être opérationnels pendant un minimum de dix ans.

50. La directrice régionale explique qu'une évaluation à mi-parcours des GDO sera réalisée après cinq ans d'opération. Leur profil technique évoluera en fonction du plan de travail du Bureau régional. Dès la réception d'expressions d'intérêt pour accueillir les deux nouveaux GDO, le CPR en sera informé, par écrit ou par téléconférence. Comme la demande en a été faite, les modèles opérationnels comprendront une explication de la valeur ajoutée du GDO en question, et indiqueront comment celui-ci contribuera au plan de travail du Bureau régional. Eu égard à la décision du gouvernement grec de renoncer à accueillir le GDO sur les maladies non transmissibles, elle indique que l'on réfléchit maintenant à la façon de procéder, étant donné que l'accord de siège a déjà été ratifié par le parlement grec.

51. Le membre du CPR de la Fédération de Russie explique que des négociations sont en cours avec le gouvernement de son pays au sujet de l'accueil du GDO sur les maladies non transmissibles, et en cas de décision positive, les procédures nécessaires seraient mises en place afin de conclure un accord pour la création du bureau. Cette décision prendra toutefois du temps. Plusieurs membres du CPR se déclarent préoccupés par le fait que l'accord de siège avec la Grèce puisse être suspendu, sans qu'il ne soit résilié. Ils souhaitent savoir quelles procédures seraient engagées si la Grèce a l'intention de relancer l'accord et de proposer d'accueillir un autre GDO à l'avenir. Ils veulent également savoir la procédure à suivre si les pays d'accueil des deux nouveaux GDO ne sont pas à même de répondre aux exigences des accords de siège. Si un pays hôte manque à ses engagements en vertu de l'accord, celui-ci devra être résilié. Un membre déclare que de nombreux membres du Comité régional ne sont pas en faveur de la création de GDO à moins que le Bureau régional ne puisse démontrer un besoin particulier dans certains domaines stratégiques. Elle souligne que la création de GDO ne doit pas être motivée par les offres d'accueil potentielles des États membres. Un autre membre s'interroge sur le statut de l'accord de siège avec l'Espagne, en ce qui concerne le bureau de Barcelone.

52. La directrice régionale déclare que l'accord de siège entre le Bureau régional et la Grèce comprend une clause permettant aux deux parties de suspendre ledit accord. Cette possibilité est en fait actuellement envisagée, en consultation avec les autorités grecques, sans que cela ne devienne pour autant un précédent pour l'avenir. Les futurs accords de siège ne comprendront pas une telle clause. La résiliation reste bien sûr la solution la plus simple et la plus directe. Le gouvernement grec a déployé d'importants efforts pour remédier à la situation, et le Parlement est toujours à la recherche d'un moyen de « dératifier » l'accord de siège, en vue d'y mettre fin. Les autorités grecques ont été informées, par écrit, que si elles souhaitaient « réactiver » l'accord de siège à l'avenir, elles seraient obligées d'engager les mêmes procédures que tous les autres États membres ayant exprimé leur intérêt d'accueillir un GDO. Toute décision d'accepter une offre potentielle de la Grèce devra être approuvée par le Comité régional. Comme les négociations sont toujours en cours avec la Grèce, la directrice régionale mettra le CPR au courant de la situation.

53. La directrice régionale souligne que, même si elle comprend les préoccupations exprimées à l'égard de la création de GDO, il faut reconnaître que, dans la structure de financement actuelle du Bureau régional, les GDO constituent une source importante de financement flexible et durable

dans leurs domaines techniques spécifiques. Un financement beaucoup plus flexible sera exigé des États membres afin d'intégrer les activités des GDO au siège régional de Copenhague. En ce qui concerne l'Espagne, la situation est complexe en raison du mouvement indépendantiste catalan. Alors que les autorités espagnoles et catalanes ont exprimé leur engagement envers le GDO et son financement, et compte tenu du contexte particulier, le gouvernement espagnol n'est pas en mesure de poursuivre les négociations sur l'accord de siège avant que la situation politique entre l'Espagne et la Catalogne ne s'éclaircisse. L'absence d'un accord de siège ratifié continue de susciter des difficultés eu égard au statut du bureau et du personnel, et une solution à moyen terme est actuellement à l'étude avec les autorités catalanes.

## Rapport du secrétariat sur les questions budgétaires et financières (fonction de supervision du CPR)

54. L'ancien conseiller stratégique principal, Gestion des programmes et des ressources, explique que le rapport du secrétariat sur les questions budgétaires et financières (le « rapport de supervision ») vise à aider le CPR à accomplir sa fonction de supervision, à veiller à ce que le secrétariat soit responsable vis-à-vis des États membres et à recenser les dossiers pour lesquels le Bureau régional peut nécessiter un soutien du CPR ou de tous les États membres de la Région. En dressant un aperçu des ressources du Bureau et de leur contexte, il explique que le Bureau régional a en fait reçu moins de contributions volontaires à objet désigné que lors de la période biennale précédente, et que 74 % des contributions volontaires ont été mobilisées au niveau local. Alors que les pays européens perdent progressivement leur éligibilité pour l'aide publique au développement, ce type de financement diminue. Or, la réduction des contributions volontaires n'est pas égale partout, certains objectifs stratégiques (OS) disposant de davantage de fonds que lors des périodes biennales précédentes, alors que d'autres en ont nettement moins. Le maintien des capacités techniques du Bureau est donc rendu plus difficile. L'avis du CPR a été sollicité quant à la manière de garantir la viabilité de la situation financière à l'avenir, en permettant une flexibilité suffisante des ressources afin que le Bureau régional puisse recruter et conserver un personnel hautement qualifié à Copenhague, et au rôle potentiel du CPR à cet égard.

55. Bien que le budget des programmes de base ait été majoré de 18 millions de dollars des États-Unis (USD) en raison des possibilités programmatiques et de financement et de grands projets réalisés au niveau des pays, d'un point de vue général, les ressources sont limitées dans la plupart des domaines. Le niveau d'exécution des ressources disponibles varie « d'élevé » à « très élevé », et les coûts de personnel en proportion des dépenses ont été plus importants que prévu, en raison de la combinaison de plusieurs facteurs, à savoir un déficit de financement, la hausse des coûts de personnel, la lenteur de la mise en œuvre des activités et les longs délais pour l'ajustement des effectifs. Le développement du modèle opérationnel du Bureau régional constitue donc un défi. L'avis du CPR est sollicité quant à la manière de procéder au vu des circonstances, tout en maintenant un modèle opérationnel doté de fortes capacités à Copenhague.

56. On essaie actuellement de décrire et quantifier avec davantage de précision les efforts consentis par le personnel à travers les résultats, les produits et les sites d'activités. Le personnel a été invité à répertorier le temps qu'il consacre à différents produits, et les calculs réalisés tiennent compte des efforts déployés en termes monétaires tous les six mois, le produit étant rattaché aux fonctions essentielles de l'OMS. Des efforts supplémentaires doivent être déployés afin de garantir la qualité des données. Une approche similaire peut s'avérer nécessaire au niveau mondial durant la période 2014-2015. En ce qui concerne la mise en œuvre technique, on recense 84 résultats à l'échelle régionale, soit 982 résultats spécifiques à surveiller. Si la plupart d'entre eux sont en passe d'être accomplis, certains, notamment ceux regroupés sous les OS 4, 7 et 10, sont compromis. Un total de 14 résultats à l'échelle régionale ont été désignés comme accomplis en décembre 2012. Un examen interne a été réalisé afin d'évaluer les obstacles et les facteurs de succès dans la mise en œuvre technique. Il est demandé au CPR d'indiquer si le rapport est utile



et quelles autres informations il pourrait avoir éventuellement besoin pour assumer son rôle de supervision.

57. En ce qui concerne la collaboration, un nouveau Système d'information sur les partenariats (PARIS) est actuellement mis en place pour surveiller la collaboration aux niveaux national et régional, et pour établir un lien entre, d'une part, les centres collaborateurs de l'OMS et, d'autre part, les plans de travail et les produits. Dans la Région, seuls 24 de ces centres ont pu jusqu'à maintenant être reliés à 46 produits. De nouvelles procédures sont donc actuellement mises en place afin de vérifier la pertinence des centres collaborateurs au stade de la désignation, et d'assurer la communication de données complètes.

58. Le CPR se félicite du rapport et remercie le Bureau régional pour ses efforts visant à améliorer la planification et l'établissement de rapports. La plupart des gouvernements de la Région cherchent actuellement à améliorer leur performance, en révisant leurs activités à la baisse, en réalisant des économies, et en appliquant des règlements et des règles stricts. Ils s'attendent à ce que l'OMS suive cet exemple. La procédure d'établissement de rapports et de communication des données est fondamentale au processus de réforme de l'OMS afin d'assurer une meilleure coordination et une meilleure mobilisation des ressources. Durant la période précédant l'Assemblée mondiale de la santé, les États membres doivent se concentrer sur la promotion du financement du plan de travail régional par des ressources mobilisées au niveau mondial, plutôt que par des ressources mobilisées au niveau régional. Un membre exprime sa préoccupation quant à l'utilisation passive du budget, comme le rapport semble l'indiquer, plutôt que de l'utiliser de manière active pour apporter des modifications et des améliorations. Il semble paradoxal que le rapport fasse référence à une situation financière particulièrement préoccupante alors que selon le même rapport, la plupart des 982 résultats sont en passe d'être réalisés. Le CPR souhaite un complément d'informations sur la manière dont l'évaluation des obstacles et des facteurs de réussite est utilisée pour assurer une meilleure mise en œuvre des projets futurs. Un autre membre exprime sa profonde inquiétude quant au déficit des ressources salariales. Elle souhaite savoir si le Bureau régional utilise uniquement les fonds qu'il reçoit de manière réactive, ou s'il est réellement en mesure de refuser les fonds alloués à des fins particulières parce que d'autres domaines doivent être financés. Les fonds issus du compte des contributions volontaires de base doivent être utilisés de manière stratégique plutôt que pour pallier les insuffisances. Les centres collaborateurs de l'OMS constituent un formidable réseau, et le Bureau régional doit davantage l'utiliser comme moyen de combler les lacunes dans son travail. Le CPR aimerait savoir comment la perte d'éligibilité des pays à l'aide publique au développement influe sur le travail du Bureau régional. Il souhaite également savoir pourquoi la Région européenne reçoit la plus faible part des contributions volontaires à objet désigné.

59. L'ancien conseiller stratégique principal, Gestion des programmes et des ressources, explique que la nécessité d'augmenter le budget de fonctionnement est symptomatique des problèmes d'alignement des ressources dans toute l'Organisation. Le secrétariat est généralement incapable d'aligner le financement qu'il reçoit sur les plans et les besoins du Bureau régional. Bien que cela puisse être indicateur de passivité, cette situation est aussi le digne reflet de la réalité confrontée par le secrétariat. Parfois, les rapports de situation sont altérés par une tendance à mentionner des résultats positifs, même si le projet connaît des difficultés. Les rapports doivent donc être utilisés comme un outil de gestion interne, afin de faire évoluer les attitudes et de garantir une intervention rapide au niveau managérial. La répartition interne des ressources constitue un défi considérable, et la question de l'affectation des contributions volontaires à objet désigné doit être soulevée avec le Siège. Comme la division du travail entre les trois niveaux de l'Organisation constitue un élément clé du processus de réforme, les fonds doivent être alloués de manière appropriée.

60. La directrice régionale accueille favorablement la suggestion selon laquelle les solutions aux problèmes du Bureau régional doivent être recherchées dans le cadre de la réforme de l'OMS.

Lorsque le Bureau régional a abordé la question du financement avec le Siège, on lui a répondu que l'Europe étant une Région riche, le Bureau devait donc demander davantage de fonds aux États membres. Une vision plus globale des ressources et une répartition équitable des fonds mobilisés au niveau mondial en utilisant le budget programme comme cadre doivent être préconisées non seulement par le Bureau régional, mais aussi par les États membres. En ce qui concerne le budget programme pour 2014-2015, le Bureau régional est le seul grand bureau de l'OMS dont l'allocation budgétaire a été réduite au titre de la catégorie 6. Il faudrait le soutien des États membres pour contester cette mesure. Le fait que des pays ne soient plus éligibles à l'aide au développement signifie que les priorités de la Région en matière de santé ne se concentrent plus sur les maladies transmissibles et la santé maternelle et infantile, mais plutôt sur la santé dans toutes les politiques, le renforcement des systèmes de santé et les dialogues politiques. Au vu de l'écart existant entre les ressources budgétaires affectées à la Région européenne et le nombre d'États membres, la Région ne doit pas disposer de grands bureaux de pays. L'exécution du budget du Bureau régional de l'Europe pour la période biennale précédente a atteint un niveau élevé (95 %), et le Bureau vise un taux d'exécution similaire pour la période biennale en cours.

## La viabilité financière et le plan d'austérité du Bureau régional de l'Europe

61. Selon le directeur, Administration et finances, le Bureau régional possède, dans son ensemble, 10 millions d'USD de moins en fonds disponibles qu'à l'époque correspondante de la période biennale précédente. Bien qu'il dispose de davantage de fonds que précédemment pour les activités de base, ce financement a été réparti de manière inégale entre les OS. Certains OS ont été sous-financés, alors que les ressources ont augmenté pour d'autres, souvent en raison de grands projets financés par des donateurs au niveau des pays. Ceux-ci n'ont pas permis de combler les déficits salariaux au siège régional de Copenhague, malgré le fait que l'OS en question soit « intégralement » financé. Le Bureau régional a reçu un faible pourcentage des contributions volontaires du niveau mondial, et dépend donc fortement de la mobilisation de ses propres fonds. Comme seulement 15 % des contributions volontaires mobilisées par le Bureau régional sont qualifiées de flexibles, le Bureau est particulièrement dépendant des ressources institutionnelles flexibles pour les salaires du personnel. Une réduction générale des contributions volontaires de 5 millions d'USD est prévue pour 2012-2013 par rapport à la période biennale précédente. Malgré les réductions d'effectifs, les coûts salariaux doivent être supérieurs de 2,6 millions d'USD. On prévoit par conséquent un déficit salarial de l'ordre d'environ 7 millions d'USD avant la fin de 2013.

62. Depuis la dernière réunion du CPRC, les ressources du Bureau ont augmenté au total de 20,5 millions d'USD. Les contributions volontaires sont inférieures de 10 millions d'USD par rapport à l'époque correspondante de la période biennale précédente. Alors que la répartition des contributions volontaires varie d'un mois à l'autre et que des conclusions irréfutables ne peuvent encore être établies, les contributions volontaires reçues par le Bureau pour la période biennale 2012-2013 doivent être au total inférieures à celles reçues en 2010-2011. La directrice régionale s'est entretenue avec les directeurs généraux adjoints afin d'examiner le niveau des contributions volontaires mondiales alloué au Bureau régional. Les directeurs généraux adjoints étant sous pression afin de couvrir les salaires de leur propre personnel au Siège, la répartition des fonds ne sera en aucun cas modifiée tant qu'ils n'éprouvent pas le sentiment d'être partie prenante vis-à-vis du personnel au niveau régional. Pour parvenir à la durabilité financière en 2014-2015, des mesures sont actuellement prises afin de diminuer les coûts de personnel en réduisant le recrutement, tout en essayant de conserver les capacités techniques. Une attention particulière est accordée à la façon de faire baisser les coûts du personnel administratif sans pour autant surcharger le personnel technique. Un nouveau mécanisme d'accord avec les donateurs a été mis au point afin d'améliorer la qualité des ressources et de les adapter aux priorités entérinées par les États membres. À court terme, des mesures sont actuellement prises pour réduire les frais de

voyage, notamment en limitant les déplacements dans les pays n'ayant pas conclu d'ACB, ainsi que les dépenses consenties aux services de consultants.

63. Le CPCR se félicite de l'exposé qui permet de démontrer comment le budget peut être utilisé comme outil impératif pour la mobilisation de fonds. Plusieurs membres souhaitent savoir pourquoi les donateurs peuvent financer des activités sans pour autant financer les salaires du personnel, et si la programmation peut être adaptée afin de tenir compte du besoin de financer les salaires au sein des activités. Le coût des projets doit être calculé de manière à inclure les ressources humaines techniques nécessaires, le délai de mise en œuvre et les dépenses d'appui. Certains membres demandent pourquoi l'on a spécifiquement réduit les déplacements dans les pays n'ayant pas conclu d'ACB, et d'autres souhaitent savoir en particulier pourquoi les coûts de personnel ont augmenté malgré la diminution des effectifs.

64. Le directeur, Administration et finances, explique que de nombreux pays, en particulier les membres de l'UE, confèrent au Bureau régional le mandat d'effectuer des projets importants, sans pour autant disposer des ressources nécessaires pour financer les salaires. Alors que les déplacements dans les pays ayant conclu un ACB ne peuvent être réduits sans que l'apport de l'aide technique n'en soit impacté, on peut en revanche limiter les déplacements lors des conférences d'ordre général où le Bureau ne joue pas un rôle très actif. Les mesures de limitation des déplacements n'auront pas de répercussions sur la mise en œuvre des engagements du Bureau régional envers ses États membres. Le recrutement du personnel technique a entraîné une hausse des frais de personnel. Des efforts sont actuellement déployés pour réduire les effectifs, notamment en ne pourvoyant pas les postes devenus vacants.

65. La directrice régionale ajoute que des efforts sont maintenant consentis à l'utilisation accrue des technologies pour les consultations et la participation aux réunions et ce, afin de réduire les déplacements. Les postes de scientifique principal et de directeur, Gestion des programmes, n'ont pas été pourvus afin d'économiser des fonds de la catégorie 6 et de les utiliser dans des domaines techniques stratégiques.

## Discours d'une représentante de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

66. La présidente, Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURSA), explique que les consultations régulières entre l'EURSA et la direction du Bureau régional ont grandement facilité le travail de l'Association du personnel. En 2012, la plupart des discussions ont porté sur l'impact des changements proposés au Règlement du personnel en ce qui concerne les politiques de l'OMS en matière de nomination, les conclusions du rapport du Corps commun d'inspection sur les relations entre le personnel et l'administration, l'âge de départ obligatoire à la retraite pour le personnel de l'OMS et le déménagement du Bureau régional dans ses nouveaux locaux à UN City. L'EURSA a participé à la réunion annuelle du Conseil mondial personnel/administration, avec les six autres associations régionales du personnel. Malgré des débats constructifs, le principal point inscrit à l'ordre du jour portant sur les modifications apportées aux politiques en matière de nomination, et proposées par la direction, a suscité de vives inquiétudes, et c'est avec beaucoup de regret que l'EURSA a été informée de l'approbation de ces modifications par le Conseil exécutif.

67. L'EURSA a finalisé un projet d'accord de coopération, qui sera examiné par le directeur, Administration et finances, afin d'officialiser la relation de travail entre l'EURSA et la direction du Bureau régional. L'EURSA a salué la décision de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies de permettre aux nouveaux membres du personnel joignant l'Organisation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 de continuer à verser leurs contributions à la Caisse des pensions jusqu'à 65 ans, suite à la décision prise par certaines agences des Nations Unies

d'accroître l'âge obligatoire de départ à la retraite à 65 ans. L'EURSA soutient la possibilité, pour les membres du personnel de l'OMS, de rester en fonction jusqu'à l'âge de 65 ans s'ils le souhaitent. L'année 2012 fut également marquée par d'intenses activités de planification et de préparation pour le déménagement du Bureau régional dans ses nouveaux locaux à UN City. L'EURSA et les services de ressources humaines ont été activement impliqués dans le soutien et l'orientation professionnelle apportés aux membres du personnel ayant perdu leur emploi suite à la création de l'unité des services communs à UN City.

68. L'EURSA est au courant de la situation financière difficile à laquelle est confrontée l'OMS. Malgré les nombreuses discussions sur la nécessité d'aligner les coûts sur les recettes, une attention insuffisante a été accordée aux conséquences des réductions d'effectifs pour l'Organisation. L'EURSA suivra donc l'évolution de la situation dans le cadre du processus de réforme de l'OMS. Les critères de sélection et de recrutement auraient dus être révisés depuis un certain temps déjà, et l'EURSA a suggéré plusieurs amendements à cet égard. La directrice régionale a approuvé la création d'un comité d'examen, auquel siègerait un représentant de l'EURSA, pour accomplir ce travail. Il est aussi à espérer que le déménagement à UN City permettra un « enrichissement mutuel » en matière de politiques et pratiques de travail entre les agences des Nations Unies, notamment en ce qui concerne le télétravail. En effet, des politiques à ce sujet ont déjà été adoptées dans certaines agences basées à Copenhague, et il a été démontré qu'elles ont permis d'attirer et de conserver le personnel, d'accroître sa motivation et sa productivité, et de contribuer à l'équilibre entre travail et vie privée.

69. Un membre du CPRC s'interroge sur l'approche adoptée par le Bureau régional en matière de télétravail.

70. Le directeur, Administration et finances, répond que le télétravail n'est pas une pratique courante en raison de problèmes d'assurance maladie et de l'apport d'un soutien technique au personnel travaillant à domicile. Il peut cependant être autorisé dans des circonstances exceptionnelles. Comme la plus grande partie des activités menées au Bureau régional reposent sur un travail d'équipe, le personnel est donc tenu de faire acte de présence au Bureau régional.

71. La présidente de l'EURSA explique que les politiques étudiées et expérimentées par d'autres agences ont en fait prouvé que le télétravail exerce un impact positif sur la productivité et les relations professionnelles. Cet élément de preuve était actuellement le dialogue engagé entre l'EURSA et la direction du Bureau régional à ce sujet.

## Composition des organes et comités de l'OMS

72. Le CPRC a examiné, à huis clos, les sièges vacants aux organes et comités de l'OMS et les nominations reçues. Les membres de pays ayant soumis des candidatures pour un siège au Conseil exécutif ou au CPRC ne sont pas présents pendant la discussion de ce point de l'ordre du jour, afin d'éviter tout conflit d'intérêt.

## Suggestions régionales pour des postes électifs à la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé et préparatifs en vue de réunions avec les États membres de la Région européenne pendant l'Assemblée de la santé

73. La directrice régionale explique qu'au cours de l'année écoulée, elle a collaboré avec le CPRC pour apporter une plus grande transparence au processus d'élection des représentants aux organes de l'Assemblée mondiale de la santé. Le directeur général lui a demandé de désigner des

candidats de la Région européenne, en tenant dûment compte d'une répartition géographique équitable et des désignations des années précédentes, pour les postes électifs suivants à la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé :

- vice-président de l'Assemblée mondiale de la santé ;
- président de la Commission B ;
- quatre membres du Bureau de l'Assemblée ;
- trois membres de la Commission d'examen des pouvoirs.

74. Le CPRC examine la liste des candidats des années précédentes ainsi que la répartition géographique, et conseille la directrice régionale en conséquence.

## Autres questions à l'ordre du jour

### *Aperçu et échos des conférences ministérielles et des réunions de haut niveau*

75. La directrice régionale explique que trois conférences ministérielles seront organisées en 2013. La première, sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, se tiendra à Vienne (Autriche) les 4 et 5 juillet. Un document final de la conférence sera présenté au CPRC lors de sa prochaine session de mai pour examen, et soumis au CR63 pour approbation. La deuxième conférence ministérielle, visant à examiner la mise en œuvre de la Charte de Tallinn au cours de ces cinq dernières années, se tiendra à Tallinn (Estonie) les 17 et 18 octobre, et permettra l'intensification des efforts visant à renforcer des systèmes de santé. La troisième conférence ministérielle, sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, aura lieu à Achgabat (Turkménistan) les 10 et 11 décembre. Parmi les autres réunions de haut niveau organisées en 2013, il convient de mentionner notamment les suivantes : une réunion sur les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point de la situation dans la Région européenne de l'OMS, qui se tiendra à Oslo (Norvège) les 17 et 18 avril, une conférence mondiale sur la santé dans toutes les politiques et la promotion de la santé à Helsinki (Finlande), du 10 au 14 juin, et une conférence sur les soins de santé primaires à Almaty (Kazakhstan) les 6 et 7 novembre.

### *La désactivation de résolutions*

76. La directrice adjointe, Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, déclare que, lors de sa précédente session, un examen des résolutions adoptées par le Comité régional au cours de ces cinq dernières années a été présenté au CPRC. Certaines de ces résolutions seraient « désactivées », et d'autres verraient leurs conditions d'établissement de rapport modifiées. Le CPRC a demandé que le secrétariat examine également les résolutions adoptées au cours des cinq années précédentes, à savoir de 2002 à 2007. Cet examen est actuellement en cours. Afin d'éviter de longs débats au sein du Comité régional, un processus de consultation sera mené en ligne afin de discuter de toutes les propositions de révision des conditions d'établissement de rapports et de désactivation des résolutions, et d'obtenir des recommandations à cet égard. Le document relatif à l'examen et à la désactivation des précédentes résolutions du Comité régional sera mis à jour à la lumière de cette consultation, et le CPRC sera informé des progrès accomplis lors de sa prochaine session. Un projet de résolution sera également soumis à l'examen du CPRC lors de sa prochaine session.

77. Répondant à un membre du CPRC, qui a averti que le CPRC doit être informé de toute modification du texte émanant du processus de consultation, elle explique que le CPRC sera entièrement mis au courant des principaux amendements apportés.

## ***Inscrire la santé au programme de développement pour l'après-2015***

78. La directrice adjointe, Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, indique que deux processus sont en cours pour définir le programme de développement pour l'après-2015 : le suivi de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable, Rio+20, dont la création d'un groupe de travail ouvert pour proposer des objectifs de développement durable et faire rapport à l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2013 ; et les travaux du Groupe de personnalités de haut niveau chargé d'étudier le programme de développement pour l'après-2015 (du Secrétaire général des Nations Unies), composé de 27 membres, qui fera rapport au Secrétaire général en mai 2013. Le groupe passera en revue les conclusions de 11 consultations thématiques réalisées au niveau mondial, d'une centaine de consultations nationales et d'un grand nombre de consultations en ligne qui, dans leur ensemble, permettront à diverses parties prenantes de contribuer au programme de développement. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe collabore actuellement avec d'autres agences des Nations Unies de la Région à la rédaction d'un rapport interagences sur les concepts fondamentaux de l'égalité, de la durabilité et des droits de l'homme. L'organisation d'une consultation régionale est également envisagée.

79. Puisque la santé constitue l'un des thèmes de la consultation thématique, une équipe spéciale a été instaurée pour engager un large débat impliquant un grand nombre de parties prenantes, notamment la société civile et le monde universitaire. La consultation thématique a été notamment réalisée en ligne et en face-à-face. Un dialogue de haut niveau a été organisé au Botswana en mars 2013, avec la collaboration de 50 hauts responsables de ministères de la Santé, d'organisations internationales et des présidents des six Comités régionaux de l'OMS, ainsi que des représentants de la société civile, du monde universitaire et de groupes de jeunes. Un projet de rapport de la réunion est en cours de préparation, et il est prévu de rédiger un document de sensibilisation de deux pages qui sera présenté au Groupe de personnalités de haut niveau. Le document sera tout simplement une synthèse des opinions exprimées à ce sujet. S'inspirant des enseignements tirés des objectifs du Millénaire pour le développement, il a été convenu que les principes directeurs du futur programme de la santé devraient englober les droits de l'homme, l'équité, l'égalité des sexes, la responsabilisation et la durabilité. Les objectifs devront être à la fois clairs et précis, en nombre limité, d'une pertinence universelle, et refléter la contribution du secteur de la santé au développement et celle des autres secteurs à la santé. Cependant, aucune décision n'a été prise quant à l'objectif global, et la question de savoir si la couverture sanitaire universelle constitue un but ou un moyen fait encore l'objet de discussions. L'avis des États membres à ce sujet sera sollicité lors de l'Assemblée mondiale de la santé. Les consultations se poursuivront au cours de ces deux prochaines années afin de s'assurer que le point de vue de ceux qui n'ont pas participé aux réunions de haut niveau soit entièrement pris en compte.

80. Les membres du CPR se montrent préoccupés par le fait que la couverture sanitaire universelle perd actuellement son statut de priorité. Ils soulignent qu'une définition générale de cette dernière doit être utilisée, plutôt que de simplement se référer aux services de santé.