



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation  
mondiale de la Santé**

---

**Europe**

**Rapport sur la soixante-troisième session  
du Comité régional de l'OMS pour l'Europe**

**Çeşme Izmir (Turquie), 16-19 septembre 2013**

## Mots clés

REGIONAL HEALTH PLANNING  
HEALTH POLICY  
HEALTH PRIORITIES  
RESOLUTIONS AND DECISIONS  
WORLD HEALTH ORGANIZATION  
EUROPE

EUR/RC63/REC/1

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications  
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

### © Organisation mondiale de la santé 2013

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

## SOMMAIRE

	<i>page</i>
Ouverture de la session.....	1
Élection du bureau.....	1
Message du directeur général.....	1
Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail .....	2
Autres questions à l'ordre du jour .....	2
Allocation de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe .....	2
Rapport du vingtième Comité permanent du Comité régional.....	7
Réforme de l'OMS .....	8
Aperçu des incidences de la réforme de l'OMS sur le Bureau régional de l'Europe.....	8
Exécution du budget programme 2014-2015, avec allocation stratégique des ressources, et situation financière du Bureau régional de l'Europe .....	9
Processus d'élaboration du budget programme 2016-2017 .....	11
Résultats du premier dialogue sur le financement.....	13
Mise en œuvre de Santé 2020 : progrès accomplis et faits nouveaux depuis la soixante-deuxième session du Comité régional, et présentation du rapport final de l' <i>Étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS</i> .....	13
Cadre de suivi de Santé 2020, avec indicateurs .....	17
Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020.....	18
Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé : la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques : un appel à l'action ; notamment la Journée de l'Europe : Promouvoir la santé dans toutes les politiques : expériences de la Région européenne .....	20
Réunion de haut niveau sur les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point de la situation dans la Région européenne de l'OMS.....	21
Progrès réalisés dans la mise en œuvre du Processus européen Environnement et santé – Rapport du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé .....	22
Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle 2014-2020 .....	25
Rapport de situation sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole et programme de mesures accélérées pour parvenir à leur élimination dès 2015.....	26
Gouvernance du Bureau régional de l'Europe .....	28
Amendements aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional .....	28
Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional au cours de ces dix dernières années (2003-2012) et recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs de communication de rapports.....	30
Élections et désignations .....	31
Conseil exécutif.....	31
Comité permanent du Comité régional .....	31
Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé.....	31
Groupe d'évaluation régional.....	32
Partenariats pour la santé.....	32
Bureaux géographiquement dispersés (GDO) : analyses justificatives et rapports d'avancement.....	34
Soins de santé primaires.....	34
Préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire .....	35

Maladies non transmissibles .....	36
Renforcement des systèmes de santé .....	36
Environnement et santé .....	36
Investissement pour la santé et le développement .....	37
Plan d'action européen sur la santé mentale 2014-2020 .....	38
Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif .....	39
Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles .....	39
La santé dans le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015 .....	41
Règlement sanitaire international (2005) .....	41
Plan d'action mondial pour les vaccins .....	42
Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement .....	43
Rapports de situation .....	44
Confirmation des dates et lieux des futures sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Europe .....	46
Autres questions à l'ordre du jour .....	46
Clôture de la session .....	46
Résolutions et décisions .....	47
EUR/RC63/R1. Rapport du vingtième Comité permanent du Comité régional .....	47
EUR/RC63/R2. Rapport intérimaire de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2012-2013 .....	47
EUR/RC63/R3. Les indicateurs pour les « cibles » de Santé 2020 .....	48
EUR/RC63/R4. Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 .....	49
EUR/RC63/R5. Les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point sur la situation dans la Région européenne de l'OMS .....	51
EUR/RC63/R6. Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle .....	52
EUR/RC63/R7. Gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe .....	53
EUR/RC63/R8. Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional lors de sessions précédentes, et recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs de communication de rapports .....	61
EUR/RC63/R9. Désignation d'un Groupe d'évaluation régional .....	62
EUR/RC63/R10. Le Plan d'action européen sur la santé mentale .....	62
EUR/RC63/R11. Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2014-2017 .....	63
EUR/RC63(1). Création d'un nouveau bureau géographiquement dispersé pour les soins de santé primaires au Kazakhstan .....	63
EUR/RC63(2). Création d'un nouveau bureau géographiquement dispersé pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire en Turquie .....	64
Annexe 1. Ordre du jour .....	65
Annexe 2. Liste des documents .....	68
Annexe 3. Liste des représentants et autres participants .....	71
Annexe 4. Allocution de la directrice régionale .....	96



La soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR63) s'est tenue du 16 au 20 septembre 2013 au Sheraton Çeşme Hotel à Çeşme Izmir (Turquie). Des représentants de 51 pays de la Région y ont participé. Étaient également présents des observateurs du Conseil de l'Europe, de l'Union européenne (UE), de l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), de la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies (CEE-ONU), du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de l'Organisation météorologique mondiale (OMM) et d'organisations non gouvernementales (ONG).

La première séance de travail a été ouverte par le docteur Lars-Erik Holm, président exécutif sortant.

## Élection du bureau

Conformément à l'article 10 de son règlement intérieur, le Comité régional a élu le bureau ci-après :

Dr Mehmet Müezzinoğlu (Turquie)	président
Dr Daniel Reynders (Belgique)	président exécutif
Dr Raymond Busuttil (Malte)	vice-président exécutif
Mme Dagmar Reitenbach (Allemagne)	rapporteur

Les participants sont accueillis par le président, le docteur Mehmet Müezzinoğlu, ministre turc de la Santé, qui met en exergue le fait que son pays est fermement déterminé à élaborer des politiques de santé durables, centrées sur la personne et fondées sur des bases factuelles. La Turquie tente particulièrement de promouvoir et de renforcer la responsabilité multisectorielle pour la santé, et reconnaît l'importance d'un engagement transfrontalier envers les questions de santé. En dépit de la crise économique et financière mondiale, la Turquie a continué d'investir dans les ressources humaines et l'infrastructure de la santé. Un plan d'action stratégique national a été formulé conformément aux principes et valeurs de Santé 2020. La Turquie plaide en faveur de l'égalité d'accès à la santé pour tous et, à cet égard, estime que les pays ne doivent pas élaborer des politiques de santé exclusivement pour leurs propres citoyens. Particulièrement sensible aux situations humanitaires et sanitaires au niveau international, la Turquie octroie une aide à son pays voisin, la République arabe syrienne. Selon lui, la présente session du Comité régional offrira une occasion importante de renforcer les efforts visant à améliorer la santé de tous les habitants de la Région européenne de l'OMS.

## Message du directeur général

Transmettant un message de la part du directeur général, le directeur général adjoint remercie le gouvernement turc d'accueillir la session du Comité régional. Les questions de santé occupent une place prédominante dans l'ordre du jour international. Le programme de la présente session permettra d'examiner un très grand nombre de dossiers importants dans le domaine sanitaire, et la Région européenne jouera un rôle de chef de file pour d'autres à cet égard. La Région possède une tradition de visionnaire : elle était à l'avance d'au moins deux décennies par rapport au reste du monde en préconisant des changements de style de vie pour lutter contre la propagation des maladies non transmissibles, et a été la première à adopter et à promouvoir la couverture sanitaire universelle.

Le lancement du rapport sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l’OMS, intitulé *Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*, et l’examen du Plan d’action européen sur la santé mentale constitueront des points forts de cette session. Les soins de santé mentale sont une question de dignité humaine, ce qui revêt une importance particulière dans le climat actuel d’incertitude économique. Le Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle constitue un autre point important inscrit à l’ordre du jour de la session du Comité régional. En effet, ces vecteurs menacent d’introduire certaines maladies comme la dengue dans la Région européenne. La Région ne peut s’isoler des problèmes du reste du monde. Le changement climatique est un facteur déterminant à cet égard dans la mesure où il contribue à l’évolution du paysage des maladies transmissibles. Le fait que la rougeole et la rubéole n’ont pas disparu de la Région nous déshonore. En rendant hommage à la directrice régionale pour son leadership et sa prévoyance, au personnel du Bureau régional pour son dur labeur et aux États membres pour leur soutien, le directeur général adjoint souhaite au Comité régional une session à la fois fructueuse et productive.

### **Adoption de l’ordre du jour et du programme de travail**

(EUR/RC63/2 Rev.2, EUR/RC63/2 Rev.2 Add.1 et EUR/RC63/3 Rev.2)

Le Comité régional adopte l’ordre du jour et le programme de travail.

### **Autres questions à l’ordre du jour**

Le Comité régional convient d’inviter la délégation de l’UE à assister et à participer sans droit de vote aux réunions des sous-comités, des groupes de rédaction et d’autres subdivisions ayant lieu au cours du CR63 et traitant de questions relevant de la compétence de l’UE.

### **Allocution de la directrice régionale de l’OMS pour l’Europe**

(EUR/RC63/5, EUR/RC63/Conf.Doc./1 Rev.1)



La directrice régionale explique que, comme le travail réalisé dans le cadre de sa vision de 2010 pour le Bureau régional (document EUR/RC60/8) est soit accompli soit à un stade de développement avancé, elle concentrera son allocution sur les activités du Bureau régional en vue de mettre en œuvre le cadre politique Santé 2020, les plans d’action et d’autres initiatives.

Santé 2020 est une initiative européenne, étroitement alignée sur la réforme de l’OMS. Le Bureau régional a recours aux plates-formes nationales et internationales afin de sensibiliser au cadre et aux éléments de preuve qui l’ont inspiré. Les deux documents de Santé 2020 ont été publiés dans les quatre langues officielles de la Région européenne, et le rapport sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l’OMS sera lancé lors de cette session. Parmi les autres ouvrages publiés, il convient notamment de mentionner une nouvelle Étude sur la gouvernance pour la santé au XXI<sup>e</sup> siècle, le *Rapport sur la santé en Europe 2012* et l’Étude sur les arguments économiques en faveur de l’action de santé publique réalisée avec l’Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Le Bureau régional aide les États membres à adapter Santé 2020 à leur contexte national. À cette fin, un ensemble d’outils et de ressources a été mis au point, ainsi qu’un cadre de suivi. Le Bureau régional

a renforcé ses capacités de soutien à la mise en œuvre en créant une nouvelle division technique, en poursuivant les activités de son Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement, en considérant tous les aspects de son travail sous l'angle de Santé 2020 et en intégrant ses priorités stratégiques dans le processus de planification opérationnelle pour 2014-2015.

La directrice régionale décrit les autres travaux techniques du Bureau régional dans le contexte des quatre domaines prioritaires de l'action politique énoncés dans Santé 2020. Dans le cadre du premier domaine prioritaire (investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et habiliter les populations), le Bureau régional a aidé les pays à aplanir les inégalités concernant les risques liés à la grossesse et à l'accouchement en améliorant l'accès des femmes et des enfants à des soins de santé primaires de qualité, avec le soutien de la Fédération de Russie, ainsi que la qualité des soins hospitaliers, en particulier en Asie centrale. Il œuvre également, par l'intermédiaire du Réseau des Villes-santé, à promouvoir les environnements favorables aux aînés, dans un projet conjoint avec la Commission européenne.

En ce qui concerne le deuxième domaine prioritaire (relever les principaux défis sanitaires de la Région en matière de maladies (non) transmissibles), le Bureau régional a joué un rôle majeur dans la rédaction du Plan d'action mondial révisé de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles de 2013-2020, et de son cadre de suivi. À l'occasion de la Journée mondiale de la santé 2013, le Bureau régional a répertorié les efforts déployés par les pays pour lutter contre l'hypertension et l'une de ses causes profondes, la consommation de sel. Il renforce son action sur les maladies non transmissibles dans de nombreux pays, avec le soutien de la Fédération de Russie, a évalué les obstacles et les opportunités pour la prévention et la lutte contre ces maladies dans cinq pays, et tiendra une conférence sur ce thème au Turkménistan, en décembre 2013. Le Bureau régional met également en place des interventions afin d'agir sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, en soutenant les pays dans leurs efforts visant à élaborer des politiques sur l'alcool et à prendre des initiatives pour la lutte antitabac. Il s'est en outre engagé à appuyer la révision de la directive de l'UE sur les produits du tabac. Il a aidé les pays à relever les défis posés par l'adoption de conduites alimentaires peu équilibrées et l'obésité en organisant la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, accueillie par l'Autriche, qui a abouti à l'adoption de la Déclaration de Vienne préconisant une action concertée sur les divers aspects de ces problèmes.

En outre, le Bureau régional et ses partenaires mettent en œuvre des plans d'action sur les menaces pour la santé publique, tout en s'attelant à l'élimination des maladies et au maintien de celle-ci. Parmi les activités réalisées, on mentionnera notamment l'instauration d'un réseau de surveillance de la résistance aux antimicrobiens pour les pays non membres de l'UE, en vue de compléter le système de l'UE (conjointement avec l'Institut national néerlandais pour la santé publique et l'environnement (RIVM) et l'European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases), et l'élargissement de la Journée européenne d'information sur les antibiotiques (avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et le soutien de la directrice du Bureau régional de l'Europe, la Princesse Mary du Danemark). Avec l'aide de la Commission européenne, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et de l'ECDC, le personnel du Bureau régional a effectué 71 visites dans les pays et réalisé 9 examens approfondis des programmes en vue de promouvoir l'adoption d'une approche axée sur les systèmes de santé dans la lutte contre la tuberculose multirésistante (tuberculose-MR) et ultrarésistante (tuberculose-UR). Le Bureau régional s'efforce d'éliminer à la fois la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la syphilis congénitale en Europe, conjointement avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'UNICEF et le FNUAP. Il tiendra une consultation sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux en octobre 2013. Face aux flambées épidémiques qui mettent en péril la réalisation de l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole d'ici 2015, le Bureau régional a élaboré un programme de mesures accélérées, tout en préconisant un engagement plus résolu à cet égard. Le dépistage du poliovirus sauvage par Israël et les mesures prises par cet État membre pour faire face à l'importation du poliovirus dans l'environnement, avec l'aide du Bureau régional, témoignent à la fois de la haute qualité de ses activités de surveillance et de son intervention, et de la nécessité, pour tous les pays européens, de rester vigilants à cet égard. La directrice régionale promet que l'OMS apportera son

soutien inconditionnel au travail de vaccination et de surveillance réalisé par les pays, et propose un plan d'action régional pour les vaccins, conformément au plan mondial et à Santé 2020. Enfin, alors que l'Europe pourrait être la première Région de l'OMS à parvenir à l'élimination du paludisme, le Bureau régional propose un cadre d'action régional (élaboré avec les États membres, l'ECDC et l'European Mosquito Control Association (EMCA)) en vue de faire face au problème croissant des maladies réémergentes à transmission vectorielle.

Pour ce qui est du troisième domaine prioritaire (renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation, la surveillance et les interventions en cas de crise), le Bureau régional a intensifié son appui en faveur de la couverture sanitaire universelle. En 2013, il tiendra des réunions en Estonie afin d'examiner la mise en œuvre de la Charte de Tallinn et de déterminer les efforts à déployer à l'avenir en vue de renforcer les systèmes de santé, et au Kazakhstan pour célébrer le 35<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata et discuter de l'intégration des opérations essentielles de santé publique (EPHO) dans les soins de santé primaires. Le Bureau régional a soutenu le processus décisionnel relatif à la réduction des effets néfastes de la crise économique dans le cadre d'une conférence organisée par la Norvège, encouragé le dialogue entre les secteurs de la santé et des finances avec l'OCDE, et assuré des activités de formation en vue de renforcer les capacités des responsables politiques, telles que le cours de Barcelone sur le financement de la santé. Il a appuyé la réalisation de vastes réformes du système de santé en Grèce, avec le financement de l'UE, ainsi qu'à Chypre, en Irlande et au Portugal. En outre, le Bureau régional aide les pays à préparer et à gérer les situations d'urgence sanitaire, renforce et teste son nouveau Centre d'opérations d'urgence, soutient des pays comme l'Azerbaïdjan, la Fédération de Russie et la Slovénie dans leurs efforts visant à se préparer aux conséquences sanitaires des rassemblements de masse, et aide la Turquie à faire face à un afflux de réfugiés en provenance de la République arabe syrienne. Lors d'une réunion à Luxembourg, il a évalué l'application du Règlement sanitaire international (RSI) (2005) et proposé des critères de prolongation du délai au-delà de 2014 pour la mise en place des principales capacités.

En ce qui concerne le quatrième domaine prioritaire (créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien), la directrice régionale explique que le Bureau régional aide actuellement le Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé (CMES) et le Groupe de travail européen Environnement et santé (EHTF) à orienter le Processus européen Environnement et santé. Il a renforcé son appui technique aux pays afin qu'ils honorent les engagements pris dans la Déclaration de Parme et établi de nouveaux réseaux sur la sécurité chimique et l'économie.

La directrice régionale conclut son discours avec un aperçu des principales initiatives dans le domaine de la gestion et de la gouvernance à l'OMS, en mentionnant le déménagement du Bureau régional dans ses nouveaux locaux d'UN City en avril 2013. Elle se félicite de l'engagement sans précédent des États membres ainsi que des contributions et de la collaboration du personnel aux trois niveaux de l'OMS qui ont permis de réaliser d'importants progrès dans le processus de réforme de l'OMS. Les conseils prodigués par le Comité régional et le Comité permanent du Comité régional (CPCR) permettent d'assurer la cohérence et une meilleure gouvernance dans la Région européenne. Le Comité régional examinera plus en profondeur les propositions du CPCR concernant les questions de gouvernance. Le Douzième Programme général de travail et le budget programme 2014-2015 confèrent une vision et un plan d'action au Bureau régional. Les enseignements tirés du « contrat » de 2012-2013 ont contribué au processus au niveau mondial, et Santé 2020 orientera la transposition du budget programme en un plan opérationnel pour l'Europe. Après avoir coprésidé le Groupe spécial de l'OMS sur la mobilisation et la gestion des ressources, elle espère que le dialogue sur le financement permettra le financement complet du budget programme. Elle décrit les mesures prises pour réduire les coûts au Bureau régional, sans pour autant l'empêcher d'honorer ses engagements à l'égard des États membres. Le Bureau régional continue de développer ses partenariats, notamment en renforçant sa coopération avec l'UE, ses institutions et les pays assurant la présidence du Conseil de l'UE, et en signant un cadre d'action commun avec l'UNICEF et le FNUAP.

Au cours de la discussion qui suit, des intervenants remercient le gouvernement turc pour son hospitalité en accueillant la session du Comité régional. Les représentants félicitent la directrice

régionale pour son excellent rapport, qui met en évidence la transition du Bureau régional de la phase de la planification à celle de la mise en œuvre, son leadership au Bureau régional, ainsi que les réalisations du Bureau régional et son appui aux États membres. Des intervenants expliquent l'usage qu'ils ont réservé à Santé 2020, entérinent ses quatre domaines d'action prioritaires, décrivent les résultats obtenus par leurs pays respectifs dans la mise en œuvre de ces priorités et plaident en faveur de la prise d'autres mesures dans ces domaines. Des intervenants ont également émis des commentaires sur les nouvelles initiatives proposées au Comité régional, et suggèrent plusieurs moyens qui permettraient au Bureau régional, aux États membres et aux partenaires d'améliorer leur travail, individuellement et collectivement, en vue de parvenir à une meilleure santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS.

Un représentant s'exprimant au nom de l'UE et de ses pays membres préconise une action concertée pour la mise en œuvre de Santé 2020 selon les besoins et les capacités des pays, et apporte son soutien aux priorités accordées par le Bureau régional aux maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque, au renforcement des systèmes de santé et à la réforme de l'OMS. Les nouvelles initiatives suivantes sont accueillies favorablement : le projet de Plan d'action européen sur la santé mentale, le programme de mesures accélérées sur la rougeole et la rubéole et le Cadre régional sur les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielles. Il est demandé au secrétariat d'inclure les incidences financières et administratives dans les projets de résolutions, de limiter autant que possible le nombre de résolutions, et de mettre en œuvre les initiatives actuelles avant d'en proposer de nouvelles. L'UE et ses pays membres prendront part à la prochaine consultation informelle sur le point de l'ordre du jour du Conseil exécutif consacré à la santé et au bien-être des lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexuels, et souhaiterait le point de vue des autres pays à cet égard.

Les autres intervenants approuvent cette déclaration et demandent aussi instamment au Bureau régional de ne pas laisser les nouvelles initiatives occulter celles déjà en cours, comme l'application du RSI (2005) et de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, en particulier en raison du manque d'informations concernant les incidences financières des nouvelles initiatives et le déséquilibre apparent entre les tâches essentielles confiées au Bureau régional et les ressources disponibles pour les mener à bien. En outre, et alors que les États membres se félicitent de la mise à disposition en temps voulu de la plupart des documents du Comité régional, certains plaident en faveur d'une plus grande utilisation de l'ensemble des quatre langues officielles de la Région.

Des représentants font l'éloge de la contribution apportée par le Bureau régional aux progrès réalisés dans le processus de réforme de l'OMS et, en particulier, dans les domaines du financement et de la gouvernance, et de la clarification des responsabilités des trois niveaux de l'OMS. Ils demandent que davantage de mesures soient prises à cet égard et s'engagent à aider l'Organisation à gagner en efficacité. Les nouvelles modalités budgétaires permettent d'accroître la transparence et la responsabilisation en matière d'utilisation des ressources, et le dialogue sur le financement doit apporter des informations détaillées sur l'utilisation stratégique des ressources.

Une représentante, s'exprimant au nom des dix États membres participant au Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, déclare que le Bureau régional a aidé les pays à améliorer la viabilité financière de leur système de santé en effectuant des analyses en vue de compiler des bases factuelles, en diffusant des éléments de preuve et des idées relatives aux interventions politiques, et en apportant une assistance technique. Le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est s'est avéré être un excellent vecteur de la diplomatie de la santé ; le soutien du Bureau régional s'est traduit par l'apport d'outils innovateurs aux États membres du Réseau afin qu'ils renforcent leurs capacités dans ce domaine, et l'affectation d'un chargé de la coordination. De telles activités ont suscité un enrichissement mutuel entre l'OMS et les pays du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est. Ces derniers feront rapport sur leurs travaux en vue de mettre en pratique Santé 2020, le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 et les décisions du Comité régional lors du Quatrième Forum ministériel du Réseau.

Plusieurs intervenants font l'éloge des diverses méthodes utilisées par le Bureau régional dans sa collaboration avec les pays. Il s'agit de l'établissement de bureaux de pays ainsi que de mécanismes sous-régionaux, comme le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et les nouveaux dispositifs mis en place pour un groupe de petits pays, et de stratégies de coopération avec les pays ; l'OMS a signé une telle stratégie avec la Suisse et en élabore pour plusieurs autres pays européens.

Outre l'action à mener au niveau national, les intervenants ont recensé des priorités nécessitant la prise de nouvelles mesures au niveau international, afin de consolider les progrès accomplis par l'OMS, les États membres et les partenaires, et de procéder à leur suivi. Un intervenant remercie les États membres pour leur contribution à la résolution du Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC) visant à instituer une équipe spéciale interinstitutions des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, dirigée par l'OMS. Le Bureau régional devrait accroître la coopération avec ses partenaires et les États membres devraient renforcer les actions concertées contre la tuberculose-MR et UR et la résistance aux antimicrobiens. Face à la hausse des taux d'infection à VIH, les ministres de la Santé doivent chercher à obtenir davantage de ressources auprès de leur gouvernement. Des intervenants demandent également aux pays et partenaires d'emboîter le pas du Bureau régional concernant le renforcement des systèmes de santé, l'établissement de la couverture sanitaire universelle, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations Unies et l'intégration de la santé dans le Programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015. La définition de priorités est d'ailleurs essentielle.

Un représentant du Fonds mondial décrit ses activités dans la Région européenne, faisant remarquer que la situation exceptionnelle des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale en matière de tuberculose et de VIH exige en fait une intervention spécifique et audacieuse. Le Fonds mondial investit dans la mise en œuvre d'interventions particulièrement efficaces tout en ciblant les populations vulnérables, en fonction des plans d'action adoptés par le Comité régional. Il a dû aligner ses efforts dans le cadre d'un partenariat global et a demandé instamment aux États membres d'accroître leur appui au cours des trois années à venir. Investir des ressources dans les politiques de santé publique recommandées par l'OMS permettrait aux pays et aux organisations partenaires de lutter contre les épidémies de tuberculose et de VIH.

En guise de réponse, la directrice régionale remercie les États membres pour leur soutien et leur excellente collaboration au cours de l'année écoulée, en particulier leur appui aux priorités de Santé 2020. Elle les félicite pour les réalisations qu'ils ont décrites, les remercie pour le soutien qu'ils ont apporté aux activités expliquées dans son rapport et fait observer que la collaboration étroite avec les pays et les partenaires tels que le Fonds mondial est indispensable à tout progrès. Elle suivra les conseils prodigués par les États membres sur les priorités, en particulier celles pour lesquelles des efforts supplémentaires doivent être selon eux consentis. Le renforcement du Comité régional a permis au Bureau régional d'être véritablement placé sous l'égide des États membres, et le CPR a formulé des orientations inestimables. Il est gratifiant de voir l'intégration dans le processus budgétaire au niveau mondial des outils de responsabilisation élaborés par le Bureau régional. Les capacités techniques du Bureau régional continueront d'ailleurs d'être renforcées.

Le directeur général adjoint fait remarquer que le rapport de la directrice régionale montre comment la Région européenne est passée de la stratégie à l'action. Il importe cependant de procéder à un suivi en vue d'orienter la mise en œuvre et d'assurer la responsabilité du secrétariat à cet égard. Les conseils relatifs à la gouvernance permettront de veiller à ce que les États membres et le Bureau régional examinent les incidences financières des mesures proposées. Les États membres devront constamment assurer un retour d'information à l'OMS. Si l'on se base sur les observations et commentaires actuels, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est sur la bonne voie.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R2.



En l'absence de la présidente, le vice-président du Comité permanent présente le rapport du vingtième CPCR. Il note que, en plus de ses cinq réunions ordinaires, le CPCR a tenu quatre téléconférences intersessions et une consultation électronique sur un certain nombre de questions. Le CPCR a mis en place deux groupes de travail, l'un sur la gouvernance, qui a terminé ses travaux, et l'autre sur l'affectation des moyens, qui commencera à travailler après la session en cours du Comité régional. Pour assurer une préparation adéquate de la session, le CPCR a conseillé le secrétariat au sujet de diverses questions, révisé tous les documents et résolutions qui ont été soumis au Comité régional pour examen et consenti des efforts pour accroître la transparence de son propre travail.

Le CPCR a aidé le secrétariat à trouver un nouveau pays hôte pour le Comité régional après que le Portugal a dû revenir sur son offre d'accueillir le CR63. Il exprime sa gratitude à l'égard de la Turquie pour son offre généreuse et le travail acharné effectué pour organiser la session au pied levé. Le CPCR a soutenu les efforts de promotion de la mise en œuvre de Santé 2020 et souligné à quel point il est important d'apporter aux États membres un soutien concret et structuré. Le Comité permanent a travaillé en étroite collaboration avec le secrétariat pour finaliser le cadre de suivi de Santé 2020 et a souligné que le système d'établissement de rapports doit être utilisé pour soutenir les États membres, plutôt que pour alourdir le fardeau qui pèse sur eux.

Le CPCR, qui convient avec la directrice régionale du fait que la session en cours du Comité régional devrait se concentrer sur l'examen de la mise en œuvre des politiques, stratégies et plans d'action précédemment adoptés, a discuté des rapports d'avancement à présenter au Comité régional et de l'examen du Processus européen Environnement et santé. Il a également été informé des conclusions des récentes réunions de haut niveau et réunions ministérielles. Des recommandations ont été formulées pour le secrétariat à propos de deux nouveaux points à l'ordre du jour du Comité régional : le Plan d'action européen sur la santé mentale et le Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle.

À la lumière des enseignements tirés de l'expérience du CR62, le Groupe de travail du CPCR sur la gouvernance a discuté de la transparence, de la communication entre le CPCR et les États membres, des procédures concernant les projets de résolutions et du processus pour les élections et nominations aux organes directeurs. Le Comité permanent soutient sans réserve les travaux du secrétariat dans le cadre de l'examen des 46 résolutions adoptées par le Comité régional depuis 2002, qui a été un exercice important pour une meilleure cohérence des politiques et une meilleure gouvernance dans la Région.

Le CPCR s'est vu présenter des rapports de supervision sur les questions budgétaires et financières et a été informé des mesures d'austérité prises par le Bureau régional, notamment pour réduire les dépenses de personnel. Le CPCR a accueilli favorablement les propositions visant à rationaliser les dépenses, qui permettront d'améliorer la viabilité financière du Bureau régional. Les difficultés rencontrées pour le financement des salaires du personnel restent un sujet de préoccupation, et le CPCR espère que le dialogue sur le financement s'avérera utile pour résoudre ce problème.

Concernant la question des bureaux géographiquement dispersés (GDO), le CPCR a souligné que ces derniers ne devraient être établis que lorsqu'une lacune a été décelée dans les capacités techniques du Bureau régional. Des profils techniques et des analyses justificatives ont été élaborés pour les

nouveaux GDO en projet. Le CPR a passé en revue tous les détails afin de s'assurer que ces GDO travailleraient en phase avec les priorités régionales et a eu de longues discussions quant aux éléments à inclure dans les accords de siège. Le CPR soutient sans réserve la création d'un GDO pour les soins de santé primaires au Kazakhstan et d'un GDO pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire en Turquie.

Le vice-président remercie tous les membres du CPR pour leur investissement personnel, et en particulier la présidente pour son dévouement et son enthousiasme.

Répondant à la question d'un membre du Comité régional, la directrice régionale confirme que la liste des homologues nationaux, dès qu'elle serait finalisée, sera publiée sur le site Web du Bureau régional, avec accès protégé par un mot de passe pour les États membres.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R1.

## Réforme de l'OMS

(EUR/RC63/15, EUR/RC63/19, EUR/RC63/20,  
EUR/RC63/21, EUR/RC63/21 Corr.1,  
EUR/RC63/Inf.Doc/3, EUR/RC63/Inf.Doc/4)



## Aperçu des incidences de la réforme de l'OMS sur le Bureau régional de l'Europe

La directrice régionale rappelle qu'en mai 2013, la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé a approuvé à la fois le Douzième Programme général de travail et le budget programme 2014-2015. La réforme programmatique qui a marqué leur préparation et leur adoption témoigne de l'esprit de corps de l'Organisation, puisque les six Régions y ont participé ensemble, avec le Siège de l'OMS. Les États membres en ont été le moteur, et les pays d'Europe ont prodigué force conseils au secrétariat.

Le Douzième Programme général de travail incarne la vision et la « feuille de route » qui seront celles de l'Organisation pour les trois prochains exercices biennaux, tandis que le budget programme 2014-2015 (premier budget à être approuvé dans son intégralité, c'est-à-dire couvrant à la fois les contributions fixes et volontaires) établit les rôles des trois niveaux de l'Organisation et jette les bases d'un renforcement de la transparence, de la responsabilisation et du contrôle par les organes directeurs de l'Organisation. Les indicateurs de performance élaborés par la Région européenne sont mis à l'essai durant l'exercice biennal en cours ; la chaîne de résultats du Bureau régional a inspiré le budget programme mondial 2014-2015. Les résultats clés et autres résultats prioritaires du Bureau régional correspondent aux « prestations escomptées » au niveau mondial qui figurent dans le budget programme 2014-2015. La planification opérationnelle pour l'exercice biennal 2014-2015 est bien avancée. Elle est basée sur l'hypothèse que le budget sera intégralement financé au niveau approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé, bien que l'affectation finale des moyens ne sera pas décidée avant que le dialogue sur le financement ne soit achevé avec les bailleurs de fonds, à la fin de 2013.

Dans la Région européenne, la planification opérationnelle et les activités relatives à la réforme dans leur globalité sont influencées par deux éléments spécifiques : le modèle opérationnel propre au Bureau régional et la politique Santé 2020. Le premier se caractérise par l'impératif qui impose de servir un grand nombre de pays avec une modeste part des ressources flexibles, ce qui implique principalement de répondre à leurs besoins communs par des démarches entreprises à l'échelle de la Région et un mode « interpays » ou « multipays » de réalisation des programmes. La deuxième

constitue le cadre d'orientation pour l'ensemble des politiques, stratégies et programmes dans la Région, et facilite l'établissement de priorités pour chaque point du programme. Ses valeurs correspondent parfaitement aux politiques mondiales et s'inscrivent dans le cadre de celles-ci.

En ce qui concerne la réforme de la gouvernance, le Bureau régional héberge un partenariat avec l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, comme le demandait la politique sur la participation de l'OMS à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement (résolution WHA63.10). Il préside le comité directeur de l'OMS sur les relations avec l'UE et a convenu de feuilles de route avec la Commission européenne. Ses plans de travail annuels sont harmonisés avec ceux de l'ECDC et il est en train de renforcer ses partenariats avec un certain nombre d'organisations intergouvernementales. Une stratégie européenne sur les partenariats sera définie lorsque le cadre opérationnel d'ensemble pour la collaboration de l'OMS avec des acteurs non étatiques aura été élaboré au niveau mondial.

Des travaux supplémentaires sur la réforme de la gouvernance interne ont été réalisés par le vingtième CPR, qui a donné suite aux décisions prises par le Comité régional lors de sa soixantième session (résolution EUR/RC60/R3). Les recommandations du Comité permanent, notamment sur les critères à remplir pour la sélection de candidats à un siège au Conseil exécutif de l'OMS et au CPR, pour la présentation d'amendements aux projets de résolutions et pour la garantie de la transparence des procédures du CPR, ainsi que pour un projet de Code de conduite pour la désignation du directeur régional de l'OMS pour l'Europe, seront examinées à un stade ultérieur de la session (voir paragraphes 146-157 ci-dessous).

Les efforts consentis en vue de la réforme de la gestion ont visé à assurer la prévisibilité, la transparence et la flexibilité du financement futur de l'OMS. Le dialogue sur le financement a été établi avec les donateurs potentiels : les commentaires formulés par les Comités régionaux sur ce mécanisme permettront d'alimenter de manière structurée le deuxième dialogue, qui se tiendra en novembre 2013, et les enseignements acquis seront examinés par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la santé en 2014.

Un nouveau processus de planification amélioré, partant de la base vers le haut, sera établi afin d'être utilisé pour la préparation du budget programme 2016-2017. Parmi les autres défis à relever dans les deux prochaines années figurent l'élaboration de méthodologies pour une affectation stratégique des ressources fondée sur les résultats, une meilleure gestion des frais généraux et l'inclusion d'un Plan-cadre d'équipement dans le budget programme 2016-2017.

## **Exécution du budget programme 2014-2015, avec allocation stratégique des ressources, et situation financière du Bureau régional de l'Europe**

Le directeur de la Division de l'administration et des finances signale que les États membres sont actuellement consultés au sujet de leurs besoins pour les résultats ou prestations escomptées dans le budget programme 2014-2015. Dans le cadre d'un processus itératif, la demande des États membres est coordonnée avec l'offre de compétences techniques (ressources financières et humaines) et inscrite dans le cadre budgétaire approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé. Quoique l'on puisse procéder à certains ajustements mineurs dans les contributions apportées, les efforts devront nécessairement continuer à être axés sur la demande.

Une analyse préliminaire des besoins en travaux techniques de l'OMS révèle une forte demande de la part de pays ayant des accords de collaboration biennaux (ACB). Il conviendrait de continuer à organiser les priorités pour garantir la livraison des produits demandés. Le même processus de consultation est appliqué avec les pays ne possédant pas d'ACB, et l'on envisage un déploiement progressif de stratégies de coopération avec ces pays, sur une base volontaire. Étant donné que le budget programme 2014-2015 a été élaboré sur la base de chiffres du passé, plutôt qu'à la suite d'une démarche « de bas en haut », il n'est pas surprenant qu'il y ait une discordance entre le budget alloué

et la demande de services dans certains domaines importants pour la Région (comme les maladies non transmissibles, par exemple).

Le budget programme 2014-2015 est actuellement planifié à 98 %. Les dépenses de personnel représentent 56 % du budget régional total, ce qui constitue une nette diminution par rapport au niveau du budget programme 2012-2013, qui était de 70 %. La plupart des catégories de travaux ont été programmées à concurrence de leur budget approuvé, mais la catégorie 5 (préparation, surveillance et intervention) fait exception : elle est « surprogrammée » de 6 % en réaction à une demande accrue d'assistance technique de l'OMS dans les domaines de la résistance aux antimicrobiens et de la sécurité sanitaire.

Les fonds actuellement (août 2013) à la disposition de la Région européenne pour l'exercice biennal 2014-2015 s'élèvent à quelque 6,5 millions de dollars des États-Unis (USD), et l'on estime que le solde à reporter de l'exercice biennal 2012-2013 sera de l'ordre de 25 millions d'USD. Le Bureau régional table sur le même niveau de financement en 2014-2015 qu'en 2012-2013 (141 millions d'USD) et vise un budget programme 2014-2015 bénéficiant d'un financement intégral, grâce au dialogue sur le financement récemment établi.

Le budget programme 2012-2013 a bénéficié d'un financement intégral tant au niveau mondial que régional, mais il reste des « poches de pauvreté » au Bureau régional de l'Europe. Des objectifs stratégiques tels que ceux portant sur la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et sur le vieillissement ; sur les facteurs de risque pour la santé ; ou sur la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments bénéficient d'un faible niveau de financement. Même les objectifs stratégiques (OS) entièrement financés (maladies chroniques non transmissibles, par exemple) peuvent accuser un déficit de financement pour les salaires.

Les représentants ont salué les informations détaillées fournies par la directrice régionale et le directeur de la Division de l'administration et des finances. Ils estiment que le processus de réforme rend l'OMS plus efficace, plus transparente, plus responsable et plus cohérente sur le plan financier et félicitent les États membres et le secrétariat pour les progrès réalisés à ce jour. Néanmoins, réformer la manière dont l'OMS planifie son travail, obtient son financement et répartit les moyens au sein de l'Organisation reste un défi majeur qui doit encore être résolu. En particulier, la répartition inégale des ressources entre OS pose problème ; l'OMS ne doit pas se retrouver dans une situation où elle ne peut s'acquitter de tâches essentielles pour les États membres.

Un vif soutien a été exprimé pour le nouveau processus de planification partant de la base et la nouvelle méthodologie d'allocation stratégique des ressources, ainsi que pour les principes d'après lesquels sera élaboré le budget programme 2016-2017. Il est entendu que, si l'OMS doit fournir aux États membres la supervision dont ils ont besoin en termes de responsabilisation et de transparence, il incombe aux pays et aux donateurs de participer activement au dialogue sur le financement. Les États membres ont la responsabilité d'assurer le suivi des résolutions qu'ils ont adoptées et de donner à l'OMS le soutien nécessaire pour prendre des mesures sur les priorités définies par les organes directeurs.

Les efforts de mobilisation de ressources déployés par l'Organisation sont favorablement accueillis. En particulier, un soutien se manifeste pour les positions clés adoptées pendant le dialogue sur le financement : harmoniser les ressources avec les priorités nationales, accroître la transparence et la responsabilisation grâce à la mise en place d'un portail Web et élargir le cercle des bailleurs de fonds. Cependant, il est important de veiller à ce que la réforme de l'OMS n'impose pas une lourde charge aux États membres et qu'elle ne conduise pas à une augmentation de leurs contributions.

L'OMS a les qualifications nécessaires pour jouer un rôle de premier plan dans la modification du paradigme de la santé, comme elle l'a fait dans le domaine des soins de santé primaires à la Conférence d'Alma-Ata, voici 35 ans. En continuant à promouvoir le processus de réforme, l'OMS peut renforcer sa position de principale protectrice de la santé dans le monde. Avec son approche progressiste, la Région européenne a d'importantes responsabilités à cet égard. Elle est la seule à avoir

élaboré sa politique-cadre de la santé, Santé 2020, non pas simplement comme un document visionnaire, mais aussi et surtout comme un outil de travail pratique dans le contexte des budgets programmes actuel et à venir.

Une déclaration est prononcée au nom de la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine.

### **Processus d'élaboration du budget programme 2016-2017**

Le directeur de la Division Suivi des performances, coordination des ressources et planification du Siège de l'OMS déclare que l'approbation du budget programme 2014-2015 a été la première étape importante de la réforme des programmes et de la gestion de l'OMS, quoiqu'il soit transitoire. Cette activité a montré que les deux principaux domaines à aborder dans le cadre de la préparation du budget programme 2016-2017 sont la planification fondée sur les priorités des pays et une standardisation du calcul du coût des produits. Six grands enseignements ont été tirés de la préparation du budget programme 2014-2015 :

- les priorités des pays doivent être mieux définies et il faut une seule manière de les déterminer ;
- les moyens consacrés aux priorités des pays doivent être alloués de façon stratégique ;
- les priorités des pays en matière de coopération technique doivent être alignées sur les crédits alloués ;
- le processus d'établissement des priorités dans les pays doit être aligné avec le projet de planification séquentielle dans les Bureaux régionaux et au Siège de l'OMS ;
- il est nécessaire de standardiser la planification et le calcul des coûts des produits et des prestations escomptées aux trois niveaux de l'OMS, ce qui représente le plus grand défi de la réforme ;
- ce calcul des coûts doit inclure à la fois le coût direct des produits et les coûts indirects, notamment pour l'administration.

Entre janvier et juin 2014, des consultations seront organisées avec les États membres pour définir leurs priorités. Celles-ci seront ensuite examinées dans le contexte des priorités régionales et mondiales et le budget sera finalisé avec un calcul des coûts des produits et des prestations escomptées. Le budget programme 2016-2017 fera encore l'objet d'une discussion au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la santé, permettant ainsi aux États membres d'apporter à nouveau leur contribution.

Un représentant prenant la parole au nom des pays membres de l'UE et exprimant leur soutien à la réforme de l'OMS déclare que celle-ci renforcera la crédibilité et l'indépendance de l'OMS en tant qu'organisation de santé publique. Les travaux relatifs à la gestion axée sur les résultats, à la chaîne des résultats et au calcul du coût des produits doivent rester une priorité afin de garantir un budget 2016-2017 entièrement chiffré. Les principes concernant l'affectation stratégique des moyens, approuvés par le Conseil exécutif lors de sa 118<sup>e</sup> session, seront un point de départ utile pour les débats. L'affectation des ressources doit être régie par une planification stratégique et une budgétisation axée sur des résultats, avec des budgets planifiés à partir de la base, un calcul normalisé du coût des produits et des indicateurs de produits fiables et mesurables qui ne recourent pas les indicateurs de résultats. Il conviendrait que le Conseil exécutif, dans ses discussions sur le budget programme 2016-2017 et l'allocation stratégique des moyens, tienne compte du rapport de synthèse du Groupe de travail sur les rôles et responsabilités aux différents niveaux de l'Organisation. Ce travail est essentiel pour une gestion efficace de l'OMS et pour son unité. Il salue l'engagement pris par le directeur général d'allouer des fonds flexibles pour garantir que les programmes de base soient opérationnels et attend avec intérêt un rapport complet sur l'allocation de ces fonds au Conseil exécutif en janvier 2014.

D'autres représentants ont corroboré des remarques antérieures affirmant qu'il fallait à la fois une démarche ascendante et descendante pour refléter les priorités des pays et aussi assurer une approche stratégique et asseoir l'autorité des organes directeurs de l'OMS. Un représentant fait observer que, même si la préparation du budget programme 2014-2015 n'a pas été parfaite, elle a fourni une base solide et rationnelle pour l'allocation de fonds conformément aux priorités convenues. Il faut poursuivre les travaux afin d'assurer une répartition transparente et équitable des fonds.

Plusieurs représentants se sont félicités de l'établissement du dialogue sur le financement avec les pays, qui permettra d'accroître la transparence et assurera plus de crédibilité à l'OMS. Un représentant déclare que son pays a prévu d'adapter ses contributions aux priorités de l'OMS et de fournir ainsi des fonds tout à fait flexibles. Ce financement ne devra pas être utilisé pour couvrir les frais généraux encourus dans le cadre des projets, mais bien comme une aide publique au développement, afin de répondre aux priorités. Il conviendrait d'accorder un plus grand rôle aux évaluations externes des projets par les pays.

Un représentant déclare que, s'il est entendu que le budget programme 2014-2015 est un budget de transition, les propositions de programme de travail pour la période biennale 2016-2017 doivent être présentées au CR64 comme base de discussion et ce, afin de garantir l'adoption de l'approche ascendante prévue dans la planification budgétaire. Il plaide en faveur de la présentation d'une proposition détaillée de budget régional au CR65, en supposant que ce budget bénéficierait d'un financement intégral, que les coûts seraient établis sur la base de la chaîne de résultats et qu'il comprendrait des prestations escomptées et des produits bien arrêtés. Les prestations escomptées du secrétariat et leurs indicateurs devraient être séparés des résultats collectifs à atteindre par l'OMS en collaboration avec les États membres. Il faut que les débats commencent à un stade précoce à propos des mesures à prendre concernant les priorités qui n'ont pas bénéficié d'un financement adéquat au cours de l'exercice biennal.

Un représentant fait observer que la réforme de l'OMS dans la Région européenne vise notamment à rendre les GDO et les bureaux de pays plus responsables et transparents. Le Comité régional doit fixer des critères objectifs pour la création, le maintien et la fermeture des bureaux de pays et GDO afin de limiter les dépenses et les risques. Il est crucial de définir les responsabilités des trois niveaux de l'OMS. Le Bureau régional pourrait montrer la voie en établissant une culture de l'évaluation et une politique dynamique pour la gestion des ressources humaines. Les bureaux de pays ne doivent pas consacrer du temps à la mobilisation de ressources au détriment de leurs activités de base. Le Code de conduite pour la désignation du directeur régional et les amendements aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional permettront d'améliorer la gouvernance du Bureau régional.

Le directeur de la Division Suivi des performances, coordination des ressources et planification au Siège de l'OMS déclare qu'il a répertorié plusieurs thèmes dans les observations faites. Le premier est que la chaîne des résultats devrait être utilisée pour obtenir un budget programme 2016-2017 dont toutes les dépenses ont été calculées, avec des descriptions détaillées des prestations escomptées et des résultats. Deuxièmement, la répartition des ressources doit être stratégique, transparente et fondée sur des résultats, avec une planification de la base vers le haut et une évaluation ultérieure des résultats. Le Comité régional a également demandé une utilisation plus stratégique des ressources flexibles. Enfin, les débats menés lors de la 118<sup>e</sup> session du Conseil exécutif pourraient constituer un point de départ utile pour les discussions sur l'allocation des ressources.

La directrice régionale affirme que le Bureau régional continuera à apporter sa contribution à la réforme de l'OMS. Le PCR a décidé de constituer un Groupe de travail sur l'allocation stratégique des ressources pour soutenir le directeur général. Le mandat de ce groupe fait actuellement l'objet d'une discussion. Les stratégies de coopération nationale ont été jugées importantes dans la Région et seront étendues à d'autres pays ne possédant pas de bureaux de pays. On ne sait pas encore clairement quand la politique axée sur les pays au Siège sera adoptée, mais la politique régionale sera alignée sur les politiques mondiales.

## Résultats du premier dialogue sur le financement

Le directeur de la Division Suivi des performances, coordination des ressources et planification du Siège de l'OMS déclare que le dialogue sur le financement a été organisé de manière à assurer une correspondance entre les prestations convenues de l'OMS et les ressources nécessaires pour les financer. Au cours d'une réunion, en juin 2013, les États membres ont pris des engagements en faveur de certaines caractéristiques du financement qui étaient importantes pour l'OMS, notamment l'alignement du financement sur le budget programme, l'accroissement de la prévisibilité et de la flexibilité du financement et l'élargissement du cercle des contributeurs. La planification opérationnelle depuis cette réunion est bien avancée ; un prototype de portail Web est en train d'être élaboré et des réunions bilatérales sont organisées avec les États membres qui ont manifesté de l'intérêt pour cela. Les pays du bloc BRICS (Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) et les États du Golfe sont également approchés. Une réunion qui doit se tenir en novembre 2013 permettra aux contributeurs d'expliquer leurs engagements ou leurs intentions en matière de financement et permettra d'indiquer les postes qui restent sous-financés. Des solutions à tout sous-financement pourraient ensuite être examinées. Cette réunion nécessitera des informations sur le budget programme 2014-2015, qui seront placées sur le portail Web, et sur la répartition des contributions volontaires pour 2014-2015 par catégorie, programme et grand bureau, ce qui exigera une contribution substantielle de la part des États membres et d'autres contributeurs. Il s'agit désormais pour les États membres de confirmer les réunions bilatérales avec le secrétariat et d'encourager la participation de hauts représentants d'organismes de développement et des ministères des Affaires étrangères à ces réunions.



**Mise en œuvre de Santé 2020 : progrès accomplis et faits nouveaux depuis la soixante-deuxième session du Comité régional, et présentation du rapport final de l'Étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS**

(EUR/RC63/Inf.Doc./1)

Le président fait remarquer que, bien qu'aucun rapport au Comité régional sur Santé 2020 n'ait été requis en 2013, le CPRC a néanmoins décidé d'inclure ce point à l'ordre du jour afin de permettre aux États membres de faire part de leurs expériences quant à sa mise en œuvre. Depuis l'adoption de Santé 2020 par le Comité régional en 2012, le Bureau régional a pris des mesures pour sensibiliser le public et soutenir les États membres dans la création des conditions nécessaires pour sa mise en œuvre. Des capacités doivent donc être générées en appliquant les valeurs fondamentales de Santé 2020, les déterminants sociaux de la santé, la gouvernance et la collaboration intersectorielle dans le but de mettre en place une couverture maladie universelle pour une amélioration des résultats obtenus dans le domaine sanitaire. Un certain nombre d'États membres ont élaboré ou sont en train d'élaborer des politiques nationales fondées sur Santé 2020, qui est également pertinent à l'échelle sous-nationale, comme dans le cas des réseaux des Villes-santé et des Régions-santé de l'OMS.

La directrice régionale déclare que Santé 2020 a été conçu en vue d'une mise en œuvre concrète, avec de nouveaux outils et moyens, notamment des plates-formes Web. Une large publicité a été assurée à cette politique lors d'événements de haut niveau, et des réunions ont eu lieu dans les bureaux de pays pour favoriser son acceptation. Le fait que la plupart des pays de la Région aient demandé un soutien technique pour l'établissement de partenariats multisectoriels est un signe évident de l'adhésion à cette politique. Un pays a testé le plan de mise en œuvre et plusieurs autres ont repris divers aspects de la politique-cadre Santé 2020 pour orienter la prise de décisions au niveau national. Quant au Bureau régional, il œuvre de manière holistique pour la fourniture d'un soutien aux pays, et des consultants

sont engagés en complément au personnel existant. Des « cibles » et des indicateurs ont été proposés afin de mesurer et d'évaluer les résultats, et ces propositions seront examinées par le Comité régional.

Le rapport final de l'*Étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS* a fourni la preuve que l'on peut limiter les inégalités dans le domaine de la santé. Quoiqu'il y ait encore des disparités, par exemple en ce qui concerne l'espérance de vie dans la Région, les causes en sont désormais connues, et il a été démontré que ces écarts pouvaient être réduits par un accès universel à des soins de santé de haute qualité et une mise en rapport avec les politiques sociales. Les incidences pratiques de la mise en œuvre des recommandations de l'étude feront l'objet d'une discussion en 2014. Dès lors, cette publication est lancée lors de la session en cours du Comité régional. Son lancement officiel aura lieu à Londres à la fin du mois d'octobre. *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century* est également une publication importante. La gouvernance est étroitement liée aux déterminants sociaux de la santé, et elle doit prendre de nouvelles formes. Bien que les pays puissent adopter des démarches différentes, ils resteront unis dans un même but tout en préservant leurs particularités.

Une vidéo sur le manque d'équité dans les déterminants sociaux de la santé est présentée.

Le directeur de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être réaffirme que Santé 2020 a été conçu comme une stratégie d'action et d'innovation dans les politiques nationales de santé et fournit des solutions concrètes aux défis de la santé publique, qui sont basées sur des éléments probants et des informations. Il peut également être utilisé pour comparer les politiques et stratégies des différents pays. Les processus et mécanismes visant à faire participer d'autres secteurs aux démarches de la santé dans toutes les politiques et aux initiatives pangouvernementales et pansociétales sont décrits comme un moyen d'assurer une meilleure santé et une meilleure résilience et de responsabiliser les communautés. Les bases factuelles rendent les interventions légitimes, fournissant ainsi le fondement d'un engagement politique, et font valoir les aspects moraux et économiques de la santé. Des liens ont été établis entre Santé 2020 et chaque aspect du travail du Bureau régional, et des équipes intersectorielles sont à l'œuvre dans les pays. Le dispositif de mise en œuvre contient des outils, des guides et des services pour la communication et la promotion dans le but d'impliquer d'autres secteurs. Il serait important, à cet égard, de répandre l'usage des médias sociaux.

Un membre du CPR, présentant la position du Comité permanent sur la mise en œuvre de Santé 2020, précise que le CPR a exprimé sa vive satisfaction en ce qui concerne le travail réalisé par le Bureau régional au cours de l'année précédente pour aider les pays qui introduisent Santé 2020. Le CPR a noté l'impressionnant volume d'activité déployée pour créer les conditions préalables nécessaires : sensibilisation dans toute la Région, intégration des valeurs, des principes et des approches de Santé 2020 dans tous les aspects du travail du Bureau régional et renforcement des capacités pour la mise en œuvre aux niveaux régional et national. Le CPR a été impressionné par la détermination manifestée par la directrice régionale et son équipe pour rendre Santé 2020 opérationnel. Le Comité permanent se félicite du dispositif de mise en œuvre, et en particulier des éléments destinés à la présentation de la politique à d'autres secteurs, à l'élaboration de politiques sanitaires nationales, à la présentation de démarches intersectorielles et d'approches tenant compte de tout le cycle de vie, à la lutte systématique contre les inégalités et au renforcement des systèmes de santé et des services de santé publique, ce dernier point étant particulièrement important. Le CPR loue le Bureau régional pour la qualité des bases factuelles et des conseils concrets présentés dans les diverses publications lancées. Ceux-ci constituent l'ossature de Santé 2020.

Une table ronde est organisée, animée par le professeur de santé publique européenne de la London School of Hygiene and Tropical Medicine de Londres (Royaume-Uni), avec la participation de la directrice générale de la santé publique et médecin conseillère technique de l'Autriche, des ministres de la Santé de Lettonie, de Lituanie, de Serbie, de Turquie et d'Ukraine, et de la vice-ministre de la Santé du Monténégro.

Le ministre de la Santé turc affirme qu'une approche multisectorielle de la santé exige un solide leadership d'ensemble pour que d'autres ministères rejoignent le mouvement. En Turquie, un accès

équitable aux soins de santé a été assuré à la population ces dix dernières années, et l'introduction de Santé 2020 deux ans plus tôt a permis de redoubler d'efforts. D'autres secteurs se rendent compte que les investissements dans la santé humaine amènent des améliorations dans leurs propres domaines.

Les ministres de la Santé de Lettonie, de Lituanie et de Serbie décrivent les différents organes mis en place pour coordonner d'autres ministères dans les discussions sur la santé dans toutes les politiques. En Lettonie et en Serbie, les ministres des autres secteurs ont été persuadés qu'une bonne santé est la base du développement économique et social, alors qu'en Lituanie, il a été difficile d'associer tous les secteurs aux initiatives, et la participation du secteur économique a été sapée par les arguments du monde de l'industrie.

La ministre de la Santé ukrainienne déclare que chaque gouvernement doit trouver ses propres méthodes pour faire participer tous les secteurs, mais qu'une volonté politique est nécessaire pour mettre en œuvre toutes les dispositions de Santé 2020. C'est le cas dans son pays, où une législation contraignante a été adoptée pour mettre en œuvre cette politique dans tout le système de santé.

La médecin conseillère technique autrichienne reconnaît que, même si l'espérance de vie est particulièrement élevée dans son pays, l'espérance de vie en bonne santé reste problématique. Le gouvernement et le parlement ont approuvé des politiques intersectorielles pour la définition et la réalisation d'objectifs de santé. Un comité multipartite a été institué, avec la participation de la société civile, afin de fixer et de prioriser dix objectifs. La question actuellement à l'étude est la mise en œuvre et le financement des activités intersectorielles.

La vice-ministre de la Santé du Monténégro souligne l'utilité d'une collaboration entre petits pays comme le sien. La Serbie aussi a développé la collaboration avec les pays voisins, en particulier dans le domaine des soins de santé primaires. Notant que les ressources disponibles pour mettre en œuvre Santé 2020 seront toujours maigres, la ministre de la Santé ukrainienne déclare que l'accent devrait être placé sur la qualité de la mise en œuvre. Il est également important de choisir les bons partenaires, y compris des organisations issues de la collectivité et des groupements bénévoles, et d'approcher les organisations internationales.

Plusieurs participants évoquent les restrictions imposées par la récente crise financière. En Lettonie, certains éléments de l'infrastructure de la santé publique ont dû être fermés. Cependant, cela a entraîné une utilisation plus efficace et plus créative des ressources et a donné la priorité aux soins de santé primaires. Le ministre de la Santé lituanien fait observer qu'au cours de la présidence de son pays au Conseil de l'UE, il a remarqué qu'à la base, les investissements dans le domaine de la santé sont considérés à tort comme une « dépense », alors qu'ils induisent une croissance économique.

Plusieurs intervenants mentionnent le manque d'outils pratiques pour surmonter les difficultés de la mise en œuvre et déterminer si leurs résultats sont comparables à ceux d'autres pays. Il faut des indicateurs et des algorithmes pour mesurer l'efficacité des systèmes de santé, avec de bons exemples. La médecin conseillère technique autrichienne suggère qu'un dictionnaire des termes utilisés par d'autres secteurs politiques soit produit pour pouvoir rédiger des messages convaincants.

Au cours du débat ultérieur en séance plénière, les participants expriment leur profond enthousiasme pour Santé 2020. Ce cadre a donné à la Région européenne un outil puissant pour réaliser les objectifs d'amélioration de la santé pour tous, de lutte contre les inégalités en matière de santé et de renforcement du leadership et de la gouvernance pour la santé. Ses objectifs (comme la prévention des maladies, les modes de vie sains, la solidarité, la responsabilisation et la coopération intersectorielle) sont reflétés dans les priorités des systèmes de santé de nombreux pays. Par ailleurs, stimulés par cette politique-cadre, les pays adoptent des politiques novatrices, en particulier pour les groupes de population vulnérables comme les enfants ou les personnes de plus de 50 ans. Cette politique propose aussi des conseils lorsque des réformes des systèmes de soins de santé doivent être entreprises en réaction à la crise économique. Le fait de concentrer les efforts sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie génère du bien-être et favorise la cohésion sociale, tout en contribuant à la durabilité des systèmes de santé à moyen et à long termes. On est également en train de constater que

le développement des services de proximité et l'extension de la couverture de l'assurance-maladie sont des mesures d'un bon rapport coût-efficacité. Renforcer le rôle et les fonctions des soins de santé primaires, une approche adoptée par plusieurs pays, sera le thème d'une conférence qui se tiendra à Almaty (Kazakhstan) en novembre 2013.

Cependant, des approches intersectorielles pour la gestion des déterminants de la santé, comme celles qui font intervenir l'ensemble des secteurs ministériels ou qui exigent l'intégration de la santé dans toutes les politiques, ne sont possibles que si le pays possède déjà un secteur de santé fort. Il est nécessaire de trouver des moyens de faire de la santé un facteur clé dans le programme de développement. L'incorporation de la santé dans les plans de développement régionaux (sous-nationaux) en utilisant, dans l'un des cas, le Réseau des Villes-santé à cet effet, représente une piste prometteuse. Certains représentants recommandent que le Bureau régional fournisse aux pays davantage d'occasions de faire part de cette expérience et d'échanger les meilleures pratiques en matière de mise en œuvre de Santé 2020. Une plate-forme de coopération est assurée grâce à un projet quinquennal pour les pays ayant une population de moins d'un million d'habitants.

La directrice régionale et son personnel sont remerciés pour le soutien qu'ils apportent. Un représentant, en particulier, apprécie l'affectation d'un expert international pour travailler à l'élaboration des politiques avec le personnel national. La mise en œuvre de Santé 2020 permet de tisser des liens plus étroits entre les États membres et le Bureau régional.

Le lancement du rapport final de l'*Étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS* reçoit un accueil enthousiaste. Il serait important que les conclusions de cette étude soient intégralement reprises dans les domaines stratégiques, techniques et politiques du travail de l'OMS, et y fassent l'objet d'un suivi. Le secrétariat a donc été prié de lancer un processus d'élaboration d'un projet de résolution sur ce sujet, pour examen par le CR64.

Des déclarations écrites ont été présentées par l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne, l'International Association for Medical Education, le Bureau international de l'épilepsie, l'International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, le Comité permanent des médecins européens et la Confédération mondiale des sociétés d'acupuncture-moxibustion.

En réponse à certains commentaires, la directrice régionale annonce aux participants que le Bureau régional a entrepris d'examiner les outils conçus pour aider à la mise en œuvre de Santé 2020, y compris ceux qui ont été mis au point par des partenaires et des États membres, afin de déceler de quelconques lacunes. Une prochaine étude de l'OCDE ainsi qu'un outil basé sur le Web et des synthèses sectorielles en cours d'élaboration au Bureau régional viendront compléter les instruments à la disposition des États membres. Afin de renforcer les capacités dans les États membres, elle suggère qu'un groupe d'experts soit constitué pour promouvoir la mise en œuvre de Santé 2020 et effectuer les activités requises pour le renforcement des capacités, peut-être en collaboration avec un réseau de spécialistes plus étendu.

La directrice régionale convient qu'un projet de résolution sur les déterminants sociaux et la fracture sanitaire devrait être présenté au CR64. Le directeur de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être propose que les pays envisagent un lancement de l'étude européenne à l'échelle locale et sous-nationale.



## Cadre de suivi de Santé 2020, avec indicateurs

(EUR/RC63/8, EUR/RC63/Conf.Doc./7)

La directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation rappelle que lorsque le Comité régional a adopté la politique-cadre Santé 2020 l'année précédente, il a aussi adopté une « série d'objectifs régionaux ... et les indicateurs appropriés pour la Région européenne » (résolution EUR/RC62/R4). En conséquence, un groupe d'experts (comprenant des représentants de l'OCDE et de la Commission européenne), prenant comme point de départ les travaux réalisés par un groupe de travail du CPRC, s'est réuni au Bureau régional en février 2013 et a proposé une série de « cibles » quantifiées et une liste restreinte de 20 indicateurs. Après leur examen par le Comité permanent, une consultation des pays au sujet des indicateurs a été organisée par écrit en avril 2013. Trente États membres ont participé à cette consultation, exprimant un soutien massif pour les indicateurs de base et les indicateurs supplémentaires. De nombreuses observations pertinentes et détaillées ont été faites sur leur concrétisation et leur mise au point. Ensuite, lors de sa session de mai 2013, le Comité permanent s'est accordé sur les indicateurs révisés, et le projet de résolution qui les accompagnait, à soumettre au Comité régional.

Afin d'harmoniser les données requises et d'alléger le fardeau des rapports, presque tous les indicateurs sont déjà communiqués régulièrement. Deux d'entre eux seront collationnés par le Bureau régional dans le cadre du processus de notification de la santé pour tous. L'indicateur de bien-être subjectif (satisfaction par rapport à la vie) est également utilisé dans des études de l'UE ; un accord a été conclu avec un institut d'études afin qu'il fournisse des données sur cet indicateur pour tous les États membres européens. Les indicateurs de bien-être objectif seront finalisés par un groupe de travail et par les États membres à la fin de 2013.

Les rapports relèveront de la responsabilité du secrétariat du Bureau régional. Outre le rapport annuel de la directrice régionale, une publication annuelle sur les indicateurs sanitaires de base a été lancée, et l'on prévoit de sortir une nouvelle publication sur les statistiques européennes de la santé et d'établir une nouvelle plate-forme d'informations sanitaires régionales européennes en 2014. Le *Rapport sur la santé en Europe 2012* contient, lui aussi, de nombreuses données statistiques axées sur le bien-être.

Un membre du CPRC salue l'exemplaire processus consultatif qui a mené à l'élaboration de la liste des indicateurs proposés. Ce processus a été supervisé par le groupe de travail du CPRC sur les « cibles ». Il est essentiel que le Comité régional adopte les indicateurs et le cadre de suivi, afin de pouvoir contrôler si Santé 2020 fait une différence pour la santé et le bien-être en Europe. Il souligne que les indicateurs sont alignés sur le Cadre global mondial de suivi pour les maladies non transmissibles, et que la charge que représente pour les États membres la communication d'informations ne sera pas alourdie. En conséquence, le Comité permanent recommande que le projet de résolution soit adopté dans son intégralité.

Au cours du débat qui suit, tous les intervenants louent l'excellent travail accompli par le secrétariat pour la coordination des travaux des différents groupes d'experts et le vaste processus de consultation engagé avec les États membres. Ils sont heureux d'apprendre que des mesures ont été prises pour harmoniser les données exigées, se baser sur les données existantes et éviter une double notification. La création d'un système d'information unifié permettra d'alléger considérablement la charge de travail des spécialistes nationaux. La fixation d'objectifs au niveau régional est raisonnable, étant donné que cela permettra à chaque pays d'arrêter des interventions en se fondant sur ses propres points de départ. Un intervenant, s'exprimant au nom de cinq pays, demande que davantage d'indicateurs soient ventilés en fonction des dimensions socioéconomiques.

La proposition suggérant de terminer l'élaboration des indicateurs objectifs de bien-être pour la fin 2013 est bien accueillie. Le représentant d'un État membre attire l'attention de l'assemblée sur l'importance d'un soutien aux familles en tant que fondement de la santé physique et mentale et du bien-être des générations futures. Un autre intervenant demande une explication au sujet de la mention figurant dans le document, dans la colonne intitulée « indicateurs de base », à savoir que « les maladies du système digestif (codes K00-K93 dans la CID-10) [sont] également suggérées mais sont à déclarer séparément ».

L'un des représentants, s'exprimant au nom de l'UE et de ses pays membres, propose un certain nombre d'amendements au projet de résolution, afin de soutenir les travaux futurs dans ce domaine. La directrice régionale apprécie le fait que ces propositions, qui ont renforcé le projet, ont été diffusées à l'avance et confirme qu'elles cadrent bien avec la « feuille de route » convenue par la Commission européenne et le Bureau régional afin de s'acheminer vers un système unifié d'informations sanitaires.

Une déclaration écrite est présentée par la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine.

La directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation remercie les représentants pour leurs commentaires. Les pays sont encouragés à soumettre les données relatives aux indicateurs en les ventilant, par exemple, par âge, sexe et origine ethnique et par groupes socioéconomiques, vulnérables et sous-nationaux, lorsque de telles données sont disponibles. Les données sur les maladies du système digestif doivent être considérées comme un indicateur supplémentaire. Le secrétariat sera heureux de poursuivre les consultations avec les États membres afin de parvenir à un accord sur les indicateurs du bien-être objectif pour la fin 2013.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R3.

## Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020

(Vienne, Autriche, 4 et 5 juillet 2013)

(EUR/RC63/14, EUR/RC63/Conf.Doc./10 Rev.1)



Le directeur de la division Maladies non transmissibles et cycle de vie précise que 15 des 20 plus importants facteurs de risque dans la charge mondiale de morbidité sont en rapport avec la nutrition et l'activité physique. Dans 46 pays de la Région européenne de l'OMS, plus de la moitié de la population est en surpoids ou obèse et tous les pays enregistrent une consommation de sel par habitant d'un niveau bien supérieur à celui recommandé par l'OMS. Alors que de nombreux pays ont pris des mesures dans les domaines liés à l'information et à la sensibilisation, ils sont relativement peu à s'être lancés dans des changements sur le plan environnemental et législatif. Afin d'assurer le suivi de la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité (2006) et du Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, il a fallu un mandat renouvelé pour une intervention du Bureau régional.

La Déclaration de Vienne adoptée à la Conférence ministérielle organisée en juillet 2013 couvre cinq domaines prioritaires :

- instaurer des environnements où l'on pourra manger et boire sainement, et encourager l'activité physique pour tous les groupes de la population ;
- promouvoir les bienfaits pour la santé d'une alimentation équilibrée tout au long de la vie, en particulier pour les personnes les plus vulnérables ;

- renforcer les systèmes de santé afin de promouvoir la santé et de fournir des services pour les maladies non transmissibles ;
- aider à assurer la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche concernant l'état et les comportements de la population sur le plan nutritionnel ;
- renforcer la gouvernance, les alliances et les réseaux et mettre les communautés en mesure de consentir des efforts de promotion de la santé et de prévention.

Dans la Déclaration, les participants à la Conférence ont également exhorté le Comité régional de l'OMS pour l'Europe à « donner mandat pour l'élaboration d'un nouveau plan d'action sur l'alimentation et la nutrition » et à « donner mandat pour l'élaboration d'une stratégie sur l'activité physique, parallèlement au nouveau plan d'action sur l'alimentation et la nutrition ». Le Comité régional sera saisi du plan d'action et de la stratégie en ses soixante-quatrième et soixante-cinquième sessions.

Un membre du CPRC signale qu'à la suite d'une consultation technique en ligne, une réunion des points focaux nationaux de la Région pour la nutrition s'est tenue à Tel Aviv (Israël) en mars 2013, une réunion du « réseau d'action » a eu lieu à Ankara (Turquie) en juin 2013, un groupe de rédaction composé de représentants de 16 États membres a été institué, et la directrice régionale a mis en place un « groupe sénatorial » en vue d'émettre des conseils sur les aspects scientifiques et veiller à ce que la Déclaration de Vienne soit fondée sur des bases factuelles. La conférence ministérielle a permis de réunir plus de 300 participants, avec des délégations de 43 États membres de la Région européenne, dont 28 au niveau ministériel. Le document final intègre pleinement les principes de Santé 2020. Il est aussi conforme à la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles 2011 et au Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, ainsi qu'à la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le CPRC encourage donc le Comité régional à approuver la Déclaration de Vienne.

Au cours de la discussion qui suit, les représentants remercient chaleureusement le gouvernement autrichien d'avoir accueilli la conférence ministérielle. Ils expriment leur appui à la Déclaration de Vienne et font aussi observer qu'elle constitue une étape stratégique particulièrement importante et venant à point nommé. Ils décrivent certaines des interventions déjà mises en œuvre par leur pays pour promouvoir une alimentation saine et réduire l'obésité, en particulier chez les enfants et les adolescents, et encourager l'activité physique, deux domaines nécessitant une action en parallèle. Les mesures préventives ne peuvent être efficaces que si elles agissent sur un maximum de facteurs de risque, et de manière complexe. Telle est la raison pour laquelle la réduction des facteurs de risque nutritionnels de l'obésité infantile exige une action coordonnée. À cet égard, un engagement des pouvoirs publics de haut niveau et la coopération multisectorielle s'avèrent indispensables. Un intervenant met particulièrement en évidence les bienfaits potentiels de la promotion de l'activité physique, et indique que les centres collaborateurs de l'OMS peuvent apporter une contribution importante à ces efforts. Le Centre régional de développement de la santé du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est pour les maladies non transmissibles a également un rôle à jouer dans le renforcement de la capacité des pays à honorer les engagements pris aux niveaux national et européen pour réduire les maladies non transmissibles.

La proposition visant à élaborer un plan d'action sur l'alimentation et la nutrition ainsi qu'une stratégie sur l'activité physique est accueillie avec satisfaction, notamment compte tenu de la nécessité d'entreprendre une action transfrontalière. Les nouvelles stratégies qui s'inscrivent dans le cadre général de Santé 2020 doivent être complémentaires à celui-ci et soutenir son approche horizontale, tout en mettant l'accent sur les causes profondes des problèmes de santé. Toute collaboration avec les acteurs non étatiques à l'élaboration du projet de plan d'action sur l'alimentation et la nutrition doit être fondée sur les principes arrêtés à cet égard par les organes directeurs de l'OMS en 2014, pour éviter ainsi d'éventuels conflits d'intérêts. En outre, les futures propositions en matière de plans d'action et de stratégies doivent être étayées au stade initial par des informations relatives au raisonnement les sous-tendant, notamment la valeur ajoutée et les incidences financières et autres.

Un représentant s'exprimant au nom de l'UE et de ses pays membres a proposé un certain nombre d'amendements aux paragraphes du projet de résolution.

Des déclarations sont effectuées par écrit par la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine et le World Cancer Research Fund International.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R4, telle que modifiée.

## Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé : la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques : un appel à l'action ; notamment la Journée de l'Europe : Promouvoir la santé dans toutes les politiques : expériences de la Région européenne

(Helsinki, Finlande, 10-14 juin 2013)



Une participante de la Finlande explique que la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé a analysé la manière de mettre en œuvre l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques au niveau pangouvernemental, avec un accent particulier sur le rôle des pouvoirs publics dans la réalisation des OMD, et conformément au processus visant à définir le Programme de développement pour l'après-2015. La Journée de l'Europe organisée lors de la conférence a présenté des exemples spécifiques de problèmes et de solutions dans la Région européenne, les sujets abordés s'inspirant d'ailleurs des domaines prioritaires de Santé 2020. Parmi les résultats de la conférence figurent la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, avec des recommandations à l'intention des pouvoirs publics et de l'OMS, ainsi que le Cadre d'action au niveau des pays pour la prise en compte de la santé dans toutes les politiques. En substance, les pouvoirs publics doivent accorder une place à la santé, entre diverses priorités concurrentes, et en toute transparence.

Au cours du débat, des intervenants remercient le gouvernement finlandais et l'OMS pour l'organisation de la conférence. La Déclaration d'Helsinki réaffirme la nécessité d'intégrer la santé dans toutes les politiques afin d'aplanir les inégalités sociales en matière de santé et d'améliorer l'efficacité des politiques de santé. Elle peut être également considérée comme une suite logique à la Déclaration de Moscou adoptée lors de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, organisée en 2011. On s'est félicité de l'ajout de la santé mentale au programme de la conférence, et une représentante espère que cette thématique sera également prise en compte dans une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé relative à la conférence. Une autre intervenante considère qu'un engagement pangouvernemental envers la promotion de la santé et l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques est essentiel pour garantir la priorité de la santé.



## Réunion de haut niveau sur les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point de la situation dans la Région européenne de l'OMS

(Oslo, Norvège, 17 et 18 avril 2013)

(EUR/RC63/13, EUR/RC63/Conf.Doc./9)

Le directeur de la division Systèmes de santé et santé publique explique comment le Bureau régional aide les États membres à intervenir de manière efficace face à la crise économique en apportant un appui technique, et notamment des nouveaux éléments de preuve solides à cet égard. Le document final de la réunion de haut niveau énonce dix enseignements politiques et recommandations. Ensuite, le Bureau régional devra faciliter le dialogue entre les secteurs de la santé et des finances, conjointement avec des partenaires tels que l'OCDE et le Fonds monétaire international (FMI), achever la compilation d'éléments de preuve avec l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, organiser des dialogues politiques au niveau des pays, et améliorer les systèmes de surveillance de l'impact sanitaire des crises économiques. L'ensemble des activités et des personnels nécessaires à cette fin sont pris en compte dans le budget programme 2014-2015, au titre de la catégorie 4 (systèmes de santé).

Selon le représentant de la Norvège, la réunion de haut niveau de 2013 fait suite à celle consacrée à « La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS », et accueillie par son pays en 2009. La Norvège apporte son appui aux dix enseignements politiques et recommandations de la réunion de 2013, d'ailleurs élaborés dans le cadre d'un processus de consultation. Le projet de résolution du Comité régional s'inspire de ces derniers ainsi que des 12 recommandations de 2009. Chaque nouvelle année de compressions budgétaires rendant plus difficile le maintien de l'accès à des services de qualité et de la couverture sanitaire universelle, la Norvège demande donc instamment au Bureau régional de continuer à jouer son rôle de chef de file et de soutenir les États membres.

Au cours de la discussion qui suit, tous les intervenants remercient le gouvernement norvégien et le Bureau régional d'avoir organisé la réunion de haut niveau, et se félicitent de l'adoption du document final d'Oslo. Les représentants remercient également le Bureau régional et l'Observatoire d'apporter des éléments de preuve et d'autres formes de soutien aux pays confrontés au défi de maintenir, voire même d'améliorer, la performance de leur système de santé pendant la crise économique actuelle. Les intervenants tirent des enseignements importants des dix recommandations du document final, et des progrès qu'ils ont accomplis dans le maintien et la protection de leur système de santé et de la santé des populations.

Une représentante s'exprimant au nom des pays du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est se félicite de la présentation en temps voulu, à la réunion d'Oslo, des éléments de preuve sur l'impact sanitaire de la crise. Le réseau fondera ses prochaines actions consolidées sur les dix enseignements et recommandations qui, d'ailleurs, sont alignés sur les valeurs de Santé 2020 et de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Ses pays membres invitent le Bureau régional à participer à leur projet pilote multipartenaires pour la prestation de services de promotion de la santé de qualité à tous les niveaux du système de santé.

S'inspirant du document final et de leur expérience, les représentants réaffirment que les systèmes de santé résilients sont plus à même de surmonter les crises et de réduire les effets négatifs de ces dernières sur la santé. À l'instar des menaces, les crises sont l'occasion de procéder à des réformes structurelles des systèmes de santé et d'analyser de nouveaux moyens de générer des ressources, comme les mesures fiscales pour lutter contre l'usage du tabac et de l'alcool. Si les pays doivent prendre des mesures à court, moyen et long termes en vue de renforcer et de protéger les systèmes de

santé en période de crises, notamment en équilibrant les budgets et en rationalisant les services, l'amélioration de la gestion et de la répartition des ressources n'est cependant pas une panacée. Les systèmes de santé requièrent aussi des investissements, et ceux qui peuvent prouver leur utilité en termes sanitaires et économiques sont plus susceptibles de garantir un financement durable.

Le dialogue entre les secteurs de la santé et des finances ainsi que les mécanismes intersectoriels constituent d'importants moyens de réunir des arguments en faveur de la santé, mais des bases factuelles sont essentielles à cette fin. On a besoin de dépositaires de données factuelles, comme le Bureau régional et l'Observatoire, pour fournir les arguments adaptés à la prise de décisions. Dans un environnement complexe, l'OMS apporte un soutien précieux à l'échange de politiques efficaces. En Europe, les acteurs influents, comme l'OMS, l'UE et l'OCDE, doivent intensifier leur coopération en vue d'améliorer l'utilité des données relatives aux systèmes de santé émanant des États membres, et de proposer de meilleurs outils pour appuyer les pays.

Une déclaration écrite est présentée par le Conseil international des infirmières.

En guise de réponse, le directeur de la division Systèmes de santé et santé publique remercie le gouvernement norvégien et de nombreux autres États membres d'exhorter le Bureau régional à maintenir son rôle de chef de file en ce qui concerne le financement de la santé et la viabilité financière des systèmes de santé. Eu égard à l'interaction entre les politiques sanitaires et budgétaires, le message le plus important émanant des États membres est que les pouvoirs publics peuvent choisir où affecter davantage ou moins de fonds, même avec une enveloppe financière restreinte. Par conséquent, il importe de définir des priorités, et celles-ci peuvent être influencées par un bon dialogue intersectoriel, les bases factuelles et l'opinion des citoyens. Ce message est conforme à la Charte de Tallinn, et fait écho à l'appel lancé lors de la réunion de haut niveau de 2009, à savoir que chaque ministre doit être aussi ministre de la Santé. L'OMS continuera à défendre le principe de la santé comme droit fondamental, en se fondant sur les valeurs de la solidarité et de l'équité énoncées dans Santé 2020.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R5.

## Progrès réalisés dans la mise en œuvre du Processus européen Environnement et santé – Rapport du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé

(EUR/RC63/10)



Le président exécutif présente le rapport du CMES, qui fait état des activités mises en œuvre en vue d'honorer les engagements pris lors de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé organisée à Parme (Italie) en 2010. Le travail réalisé par le CMES est étroitement lié à Santé 2020 : créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien pour la santé constituant l'un des domaines prioritaires du cadre politique. En outre, et par l'intermédiaire du Processus européen Environnement et santé, l'OMS fut l'initiatrice des approches pangouvernementales et de celles axées sur la santé dans toutes les politiques qui, d'ailleurs, sont au centre de Santé 2020. Le Processus européen Environnement et santé a permis d'établir des instruments juridiquement contraignants sur les questions d'environnement et de santé, et contribué à la prise en compte de la dimension sanitaire du changement climatique dans l'ordre du jour des ministères de la Santé et de l'Environnement. Un nouveau mécanisme de gouvernance pour le Processus européen Environnement et santé est en place depuis 2010. L'EHTF et le CMES représentent tous les États membres et les parties prenantes, et encadrent la mise en œuvre des engagements de la Conférence de Parme.

Un membre du CPRC déclare que le Comité permanent a examiné le rapport du CMES et noté avec satisfaction les efforts déployés par les États membres et les autres parties prenantes, ainsi que par le secrétariat, depuis la Cinquième Conférence ministérielle de Parme. Guider les États membres dans leur mise en œuvre des engagements de la Conférence de Parme constitue une priorité de la nouvelle gouvernance du Processus européen Environnement et santé. Celle-ci revêt une importance particulière dans le climat économique actuel. La crise financière a exercé une influence considérable sur les capacités des États membres à investir dans le domaine de la prévention primaire en instaurant un environnement plus sûr et plus sain. Bien que ces investissements constituent une nécessité stratégique particulièrement rentable en termes d'amélioration de la santé, ils sont souvent sacrifiés dans la mesure où ils sont considérés comme un luxe superflu ou un obstacle à la croissance économique. En même temps, la nature volontaire du Processus européen Environnement et santé fait qu'il dépend des intérêts politiques des États membres et de leur engagement actif.

Afin que le Processus européen Environnement et santé conserve son utilité pour ces deux secteurs, des mesures doivent être prises pour redéfinir les critères qui sous-tendent la définition de ses priorités. Des mécanismes doivent également être mis en place pour permettre aux États membres de choisir leurs propres priorités et d'agir sur ces dernières, en préparation de la prochaine Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé de 2016. Les priorités doivent être définies dans le contexte des principaux cadres politiques internationaux réalisés depuis la Conférence de Parme, et il convient également de tenir compte de l'interdépendance des objectifs économiques, sociaux et environnementaux. S'agissant de la question de la gouvernance du Processus européen Environnement et santé, il explique que les nouvelles dispositions institutionnelles ont été élaborées en vue d'optimiser l'efficacité, notamment la création d'un programme de travail intersessions.

Une table ronde est organisée, animée par le coordonnateur Environnement et santé de la division Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, avec la participation de la ministre serbe de la Santé, coprésidente du CMES, un représentant du ministère israélien de la Santé, le directeur général adjoint, ministère fédéral allemand de l'Environnement, de la Conservation de la nature et de la Sûreté nucléaire, coprésident du CMES, et un représentant du secrétaire exécutif de la CEE-ONU.

La ministre serbe de la Santé, coprésidente du CMES, donne un aperçu des efforts déployés par son ministère en vue de relever le défi de la surveillance des maladies non transmissibles moyennant des mesures rentables de prévention primaire, conformément aux engagements de la Conférence de Parme. Deux études menées dans la localité de Zajača, la première sur la gestion des sites contaminés et la seconde sur la surveillance de l'exposition des enfants au plomb, figurent parmi les actions réalisées conjointement avec le ministère de l'Énergie, du Développement et de la Protection de l'environnement. Un atelier de formation a été organisé sur l'élimination des maladies liées à l'amiante en Europe du Sud-Est. Un plan d'action national pour l'environnement et la santé des enfants a été élaboré, et a conduit à la réalisation d'un projet d'enquête en milieu scolaire visant à améliorer la qualité de l'air intérieur dans les écoles, à assurer l'accès des enfants à l'assainissement et à promouvoir l'activité physique. Des plans relatifs à la qualité de l'air ont été rédigés pour quatre localités. Enfin, la Serbie met en œuvre un projet de transport urbain durable à Belgrade et souhaite signer la Déclaration d'Amsterdam du Programme paneuropéen pour les transports, la santé et l'environnement (PPE-TSE).

Un représentant d'Israël, s'exprimant au nom du ministre de la Protection de l'environnement, reconnaît que la santé joue un rôle important dans la définition des priorités environnementales. Les bases factuelles relatives aux effets sanitaires des polluants de l'air, de l'eau et des sols sont à l'origine d'un renforcement de la réglementation environnementale. Les rapports sur l'infection au virus du Nil occidental et la leishmaniose ont incité les autorités chargées de l'environnement à examiner les moyens d'éviter la reproduction des moustiques et des phlébotomes (mouches des sables). Il importe que les secteurs de l'environnement et de la santé collaborent à la promotion de l'équité sociale et environnementale en garantissant le droit de tous à un environnement sûr et sain. Les problèmes transfrontaliers, tels que la qualité de l'air, la lutte antivectorielle et la gestion des eaux usées, ne peuvent être traités que dans le cadre d'une action conjointe entre les secteurs et entre les nations.

S'agissant de la question de savoir si l'investissement dans l'environnement peut être effectivement considéré comme un investissement dans le secteur de la santé, il explique que l'environnement et la santé sont étroitement liés, et qu'il convient d'examiner les conséquences pour la santé des politiques de l'environnement et de développement.

Le directeur général adjoint, ministère fédéral allemand de l'Environnement, de la Conservation de la nature et de la Sûreté nucléaire, coprésident du CMES, déclare que la santé constitue la source essentielle de motivation pour la réglementation dans le domaine de l'environnement, les mesures d'ordre environnemental ayant d'ailleurs tendance à bénéficier d'un plus grand soutien lorsqu'elles contribuent à la santé humaine. L'importance du Processus européen Environnement et santé ne fait donc aucun doute. On ne peut réaliser la santé dans un environnement contaminé. De nombreux accords multilatéraux dans le secteur de l'environnement, tels que ceux interdisant certains produits chimiques et pesticides ou le transport de substances dangereuses, ont des implications pour la santé. Les secteurs de l'environnement et de la santé étant confrontés à des défis communs et visant des objectifs communs, ils doivent donc œuvrer de concert à la recherche de solutions. Comme la contamination de l'eau, la pollution de l'air, l'augmentation du trafic et le changement climatique ne connaissent pas de frontières, ces problèmes ne peuvent être résolus que dans le cadre d'une coopération internationale. Le Processus européen Environnement et santé fournit une plate-forme pour la coopération à la fois intersectorielle et multilatérale.

Le représentant du secrétaire exécutif, CEE-ONU, affirme que la coopération intersectorielle et l'adoption d'une approche politique intégrée sont au centre des activités de base menées par la Commission économique. Le lien entre l'environnement et la santé comporte des enjeux critiques : l'impact sur la santé humaine de la pollution de l'air et des émissions de gaz à effet de serre dans des environnements de plus en plus urbanisés ; les effets du changement climatique ; et la prise de conscience croissante de l'importance des modes de vie sains pour combattre les maladies non transmissibles. Les cinq accords multilatéraux sur l'environnement, les produits phares de la CEE-ONU, s'attaquent à ces problèmes, et doivent être considérés comme des outils de promotion de la santé, dont l'utilisation contribue directement à la mise en œuvre de Santé 2020.

Le PPE-TSE de la CEE-ONU constitue une plate-forme politique unique gérée conjointement avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, encourageant les États membres à adopter une approche stratégique intégrée en faveur de la mobilité durable. L'adoption de la Déclaration d'Amsterdam et de ses quatre objectifs prioritaires lui a en outre insufflé un nouvel élan et apporté un soutien politique. Les préparatifs sont en cours en vue de la quatrième réunion de haut niveau sur les transports, la santé et l'environnement, qui aura lieu à Paris en 2014.

Le directeur général adjoint, ministère fédéral allemand de l'Environnement, de la Conservation de la nature et de la Sûreté nucléaire, coprésident du CMES, s'exprimant sur la question de savoir comment la gouvernance et les mécanismes institutionnels peuvent être améliorés, insiste sur l'importance particulière d'un plan de travail intersessions, avec les réunions préparatoires de l'EHTF. À l'avenir, il serait opportun de solliciter l'avis des États membres quant à la manière de structurer la gouvernance du Processus européen Environnement et santé. On envisage l'organisation de réunions sous-régionales afin de préparer la prochaine évaluation à mi-parcours. Il faut aussi trouver des pays d'accueil pour les réunions annuelles de l'EHTF. Des efforts doivent être consentis au renforcement de la communication avec les États membres, afin que ceux qui ne sont pas représentés au CMES participent pleinement au Processus européen Environnement et santé. L'accent doit être placé sur l'exécution des engagements de la Conférence de Parme, qui ne doit pas être compromise par les efforts déployés pour faire face à de nouveaux problèmes. Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre des engagements doivent être révisés, et le mécanisme de gouvernance du Processus européen Environnement et santé dans son ensemble doit être rationalisé.

Au cours de la discussion qui suit, les représentants accueillent avec satisfaction le rapport du CMES. Ils expriment leur détermination envers le Processus européen Environnement et santé et l'exécution des engagements de la Conférence de Parme. Plusieurs représentants procèdent à un échange de leurs données d'expériences et des progrès qu'ils ont accomplis, notamment en ce qui concerne

l'amélioration de l'assainissement et de la qualité de l'eau potable. La mise en œuvre du Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la Protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux est particulièrement importante à cet égard.

Le changement climatique pose d'importants défis à l'environnement et à la santé qui, d'ailleurs, exigent une intervention consolidée. À cet égard, la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC) constitue un excellent exemple d'approche multisectorielle, et les États membres doivent veiller à ce que les incidences du changement climatique sur la santé soient largement comprises et que les négociations relatives au CCNUCC en tiennent compte. S'il reconnaît le lien existant entre le processus de Rio+20 pour le développement durable et le Processus européen Environnement et santé, un représentant souligne l'importance de consolider ce dernier processus en rationalisant les procédures de gouvernance, l'accent étant mis sur les résultats, et en prenant la Déclaration de Parme comme point de départ.

Le modérateur déclare que le débat fut l'occasion de se pencher sur l'efficacité des dispositions institutionnelles adoptées à Parme, qui visent à conférer une dimension politique forte à l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques. La participation au Processus européen Environnement et santé, et le soutien apporté à ce dernier, ne doivent pas être considérés comme des éléments marginaux du programme d'action sanitaire. Ils doivent être compris comme un moyen important de relever de nombreux défis. Dans la Région européenne, la charge de morbidité dépend du mode et du lieu de vie et de travail, des habitudes alimentaires et de boisson, et de l'air que l'on respire. Une grande partie du bien-être est déterminée par l'environnement. Remerciant les participants pour leurs contributions, il déclare que le débat a mis en exergue l'importance et la valeur ajoutée du Processus européen Environnement et santé pour le secteur de l'environnement comme pour celui de la santé.



Le directeur de la division Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement explique que les maladies à transmission vectorielle sont un problème à la fois ancien et nouveau dans la Région européenne de l'OMS : ancien, parce qu'elles avaient été pratiquement éradiquées, et nouveau parce que leur présence, dans le sud de la Région en particulier, s'est nettement affirmée dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. L'introduction du chikungunya dans le nord de l'Italie en 2007, des cas de dengue transmis localement dans le sud de la France et en Croatie et la récente épidémie de dengue à Madère (Portugal) sont la preuve que les conditions se prêtent déjà à une transmission dans la Région. Le moustique *Aedes albopictus* est implanté dans la Région, et le retour des maladies à transmission vectorielle serait encore plus probable si *Aedes aegypti* était réintroduit.

Afin de prévenir ces maladies et de lutter contre elles, l'OMS a mis au point une Stratégie mondiale de prévention et de lutte contre la dengue pour 2012-2020, et a tenu plusieurs réunions sur les espèces de moustiques invasives. Le Bureau régional a fourni un appui technique aux États membres lorsque cela était nécessaire et rédigé le Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle, actuellement entre les mains du Comité régional. Ce cadre vise à soutenir des interventions, en phase avec Santé 2020. Il requiert une approche intégrée, par des activités intersectorielles en partenariat avec des acteurs clés dans les pays. Il nécessite également une intervention interrégionale, en particulier avec la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS. Ce cadre, établi en collaboration avec l'ECDC et

l'EMCA, vise à sensibiliser davantage le public, à coordonner la surveillance, à prévenir l'introduction et la transmission et à renforcer la capacité à lutter contre les maladies réémergentes à transmission vectorielle, notamment la dengue et le chikungunya. Comme l'espèce *Aedes*, d'autres insectes invasifs et vecteurs de maladies représentent une menace grandissante, en raison du changement climatique, du commerce international, de la migration et de l'urbanisation rapide. La Journée mondiale de la santé 2014 sera organisée sur le thème des maladies à transmission vectorielle.

Un membre du CPRC déclare que le Comité permanent, qui convient qu'une riposte coordonnée entre les États membres est nécessaire pour faire face à une situation dans laquelle l'incidence des maladies à transmission vectorielle est en hausse dans la Région, a examiné le projet de cadre régional, qu'il soutient sans réserve. Ce cadre fournit de précieux conseils techniques pour la surveillance et le contrôle et soutiendra les partenariats et les interventions coordonnées dans les zones touchées. Le CPRC recommande que le Comité régional adopte le projet de résolution.

Au cours de la discussion qui a suivi, les représentants conviennent que la menace croissante des maladies à transmission vectorielle dans la Région européenne de l'OMS, encore aggravée par le commerce et les voyages internationaux, exige une riposte coordonnée dans et entre les pays. C'est pourquoi ils se félicitent de l'élaboration du cadre, et expriment leur appui au projet de résolution. Plusieurs participants expriment leur volonté de lutter contre la réintroduction de moustiques invasifs et vecteurs de maladies, ainsi que de maladies à transmission vectorielle, dans la Région et font part de leurs expériences et de leurs efforts à cet égard. Un représentant attire l'attention de l'assistance sur la riposte efficace des services de santé publique à une récente épidémie de dengue dans son pays ; un niveau élevé de préparation a empêché toute issue fatale.

Une représentante propose que le projet de résolution soit modifié pour inclure la mention du moustique du genre *Culex* et de la fièvre du Nil occidental. Un autre propose son aide à toute activité future entreprise dans le contexte du Cadre régional.

Le directeur de la division Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement précise que ce cadre ne porte pas exclusivement sur le moustique de l'espèce *Aedes*. Il souligne la nécessité d'améliorer le contrôle et la surveillance et fait observer que de nombreux pays n'ont plus de services entomologiques fonctionnant correctement. Des efforts coordonnés sont nécessaires aux niveaux national et régional, et la mise en œuvre du RSI (2005) pourrait jouer un rôle significatif. Une collaboration avec l'ECDC et l'EMCA sera capitale pour la mise en œuvre de ce cadre. Même si la lutte contre l'implantation de moustiques vecteurs de maladies est une étape très positive, des mesures seront également requises pour faire face à d'autres vecteurs menaçants apparaissant dans la Région.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R6 avec ses amendements.

## Rapport de situation sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole et programme de mesures accélérées pour parvenir à leur élimination dès 2015

(EUR/RC63/12)



Le directeur de la division Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement rappelle que les progrès réalisés en vue de la concrétisation de l'objectif d'une élimination de la rougeole et de la rubéole pour 2015 dans la Région sont compromis. Si d'importants progrès ont été accomplis contre la rougeole jusqu'en 2009, en l'absence d'un taux élevé de couverture vaccinale, des poches de populations non vaccinées existent toujours et de nouvelles flambées épidémiques ont été signalées, en particulier dans la partie occidentale de la Région. Par conséquent, le Bureau régional a décidé de

renforcer rapidement certaines activités dans les pays. Quoique l'élimination de la rubéole semblait être réalisable en 2011, cette maladie est réapparue soudainement dans certaines zones d'Europe orientale en 2012 et 2013. Ni l'une ni l'autre de ces maladies n'est bénigne, et toutes deux peuvent entraîner la mort ou des complications, même si elles sont évitables par la vaccination. De plus en plus de cas de rougeole sont observés chez des adolescents et de jeunes adultes qui n'ont pas été vaccinés dans leur premier âge.

Les critères de vérification de l'élimination de ces deux maladies dans la Région sont les suivants : couverture vaccinale d'au moins 95 % et absence de cas endémiques dans tous les États membres pendant au moins 3 ans. Les progrès doivent être prouvés par l'envoi à l'OMS de données de haute qualité sur la surveillance et la couverture vaccinale. Cependant, tous les pays n'ont pas mis sur pied de commission de vérification ou envoyé des rapports annuels à l'Organisation. Le dispositif de mesures accélérées pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région comporte six composantes : le renforcement de la vaccination, la surveillance, la prévention et la riposte aux flambées épidémiques, la communication et la sensibilisation de tous les secteurs de la société, la mobilisation des ressources et les partenariats et la vérification de l'élimination. La coordination transfrontalière et interrégionale sera renforcée, notamment avec la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS.

Le docteur Mirta Roses, ancienne directrice régionale de la Région des Amériques de l'OMS, fait part de l'expérience de cette Région, qui montre que la transmission de la rougeole et de la rubéole peut être interrompue. Ce résultat a pu être possible grâce à une volonté politique, des solutions créatives, de la détermination, de la solidarité et des objectifs communs. Dès 1993, les cas de rougeole ont été concentrés aux États-Unis d'Amérique et au Canada, et la Première Dame des États-Unis d'Amérique a fait participer d'autres Premières Dames à l'objectif d'élimination. Toutefois, après une diminution sensible du nombre de cas, des flambées épidémiques ont commencé à se déclarer, et il a été constaté que les cas se produisaient chez les adolescents et les jeunes adultes, ainsi qu'aux frontières nationales, dans des groupes non vaccinés ou sous-vaccinés. C'est pourquoi des programmes de vaccination ciblés, dans le cadre de campagnes de vaccination nationales ou sous-nationales, ont été mis sur pied pour atteindre ces populations, et un vaccin contre la rubéole a été inclus dans les programmes. Sur la base d'une analyse de ces flambées épidémiques, l'âge cible pour la vaccination a été relevé à 14 ans, puis à 39 ans lorsqu'il a été découvert que les jeunes et les adultes de sexe masculin étaient une source importante d'infection pour les femmes et les enfants. Par conséquent, des postes de vaccination ont été établis à l'entrée de tous les lieux où de jeunes hommes se réunissaient. Le dernier cas de rougeole indigène a été enregistré en 2002 et le dernier cas de rubéole en 2012.

Les enseignements à tirer sont les suivants : en démontrant que la vaccination constitue l'une des mesures de protection les plus simples, on peut en fait s'attirer la volonté et le soutien politiques. Les communautés doivent se mobiliser pour la santé, et non pas pour la maladie. En outre, il importe de mettre en place un bon système de surveillance pour fournir les informations utiles en temps voulu. L'élimination de la rougeole et de la rubéole témoignera des progrès accomplis dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé et la bonne gouvernance, étant donné que l'élimination de ces deux maladies constitue une solution à la fois réalisable et efficace sur le plan des coûts. La participation active des professionnels de la médecine et de la santé doit contrer les mouvements opposés à la vaccination. Une vigilance constante est nécessaire pour empêcher l'importation du virus, en particulier dans la perspective d'une croissance exponentielle du nombre de personnes vulnérables dans la Région européenne, en raison du vieillissement, des maladies chroniques et du traitement de longue durée du sida.

Un représentant, s'exprimant au nom des pays membres de l'UE, mentionne la possibilité de prolonger le délai pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole, dont l'objectif est fixé à 2015, et demande au secrétariat de proposer plusieurs options au CR64. Les grandes flambées épidémiques de rougeole représentent une grave menace transfrontalière dans la Région, et la rubéole congénitale reste problématique. L'UE et ses États membres poursuivront leurs efforts en vue de réaliser cet objectif, grâce à une couverture vaccinale élevée de tous les groupes de population, dont ceux qui sont difficiles à atteindre et ceux qui ont des objections idéologiques à la vaccination. Ils amélioreront également la

préparation aux flambées épidémiques, surveilleront la couverture vaccinale et institueront des commissions nationales de vérification ; renforceront la confiance du public dans la vaccination et l'engagement des agents de santé à cet égard ; et contesteront les informations erronées diffusées par les groupes s'opposant à la vaccination.

Les représentants accueillent avec satisfaction et soutiennent fermement le programme de mesures accélérées en vue de parvenir à l'élimination de la rougeole et de la rubéole d'ici 2015. Celui-ci fournit une stratégie coordonnée en temps voulu et applicable à l'ensemble de la Région. Plusieurs représentants décrivent les activités menées dans leur pays en vue de renforcer la vaccination, en particulier chez les groupes bénéficiant d'une faible couverture vaccinale, d'améliorer la surveillance épidémiologique et l'aide aux laboratoires, et d'intensifier la sensibilisation et la communication sur les bienfaits de la vaccination. Une représentante propose qu'un guide sur l'innocuité de la vaccination soit préparé pour le grand public.

Une déclaration est effectuée au nom de l'alliance GAVI.

Le directeur de la division Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, en réponse aux commentaires émis par les représentants, se félicite de la nouvelle dynamique en faveur de l'élimination de ces deux maladies, et remercie le docteur Roses d'avoir fait part de l'expérience positive de la Région des Amériques. Rappelant que les critères d'élimination exigent l'écoulement d'une période de trois ans après la notification du dernier cas indigène de la maladie, il exhorte néanmoins les pays à tenter de mettre fin à la transmission d'ici 2015. L'importation de cas par les migrants est probablement inévitable. Or, si la population destinataire bénéficie d'une couverture vaccinale adéquate, aucune flambée épidémique n'aura lieu. Il se félicite de l'appel lancé en vue de mettre davantage l'accent sur la communication relative à l'innocuité de la vaccination, à la fois pour le grand public et le monde médical. L'objectif de l'élimination ne peut être atteint que grâce à une ferme volonté politique et à une action concertée et coordonnée.



## Gouvernance du Bureau régional de l'Europe

(EUR/RC63/16 Rev.1, EUR/RC63/17 Rev.1, EUR/RC63/Conf.Doc./5 Rev.1, EUR/RC63/Conf.Doc./12 Rev.1)

### Amendements aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional

Le président du Groupe de travail du CPRC sur la gouvernance explique que ce groupe de travail se composait des membres du CPRC de la Fédération de Russie, de Finlande, d'Israël, de Malte, de Pologne, du Royaume-Uni et de la Turquie. Mis sur pied à la deuxième session du vingtième CPRC, en novembre 2012, il a tenu des réunions en février, mars et avril 2013 et a fait rapport au CPRC lors de ses sessions de mars et de mai 2013.

Au départ, ce groupe de travail a été chargé d'examiner six sphères de la gouvernance :

- la procédure à suivre pour la désignation des membres du Conseil exécutif et du CPRC,
- la transparence des délibérations du CPRC,
- la procédure de soumission et d'amendements des résolutions du Comité régional,
- le mécanisme d'examen des pouvoirs à la session du Comité régional,

- les communications aux États membres par les membres du CPRC,
- les amendements au règlement intérieur du Comité régional de l'Europe.

Deux autres aspects ont été ajoutés en mars 2013 :

- l'élection des membres du CMES,
- le Code de conduite pour la désignation du directeur régional.

Les recommandations du groupe de travail, approuvées par le CPRC et énoncées dans le document EUR/RC63/16 Rev.1, ont été prises en compte dans le projet de résolution à l'examen au Comité régional (EUR/RC63/Conf.Doc./5 Rev.1). Il s'agit notamment d'amendements aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional, tels que stipulés à l'annexe 6 du projet de résolution.

Le président du Groupe de travail du CPRC sur la gouvernance propose deux autres amendements au projet de résolution. Les coordonnées des membres du CPRC devraient être affichées sur le site Web protégé par un mot de passe (le paragraphe 43 du document et le paragraphe 5 du projet de résolution doivent être modifiés en conséquence). En outre, dans le but de promouvoir la transparence des procédures du CPRC, le premier point de l'annexe 4 du projet de résolution devrait être modifié pour se lire comme suit : « L'ordre du jour de chaque réunion du CPRC ainsi qu'une liste des documents devant être examinés seront publiés bien avant la réunion sur le site Web protégé par un mot de passe, et dans le cas de la réunion tenue en mai par le Comité permanent, les projets de documents seront mis à la disposition de tous les États membres au moment où ils sont mis à la disposition des membres du Comité permanent. »

Au cours de la discussion qui a suivi, une représentante prenant la parole au nom de 13 États membres exprime sa satisfaction devant la concrétisation de propositions qui ont été initialement présentée au CR60. Afin de faciliter la planification commune à moyen et à long termes, elle demande au secrétariat et au CPRC de partager les plans de travail avec tous les États membres. Se félicitant de la clarté apportée par les annexes au projet de résolution concernant les critères pour les candidats (annexe 2) et le récapitulatif des sièges vacants au Conseil exécutif et au Comité permanent (annexe 3), elle demande que celles-ci soient toujours distribuées en même temps que l'appel à candidatures. Dans le prolongement des débats de la soixantième session, elle souligne qu'il est nécessaire que les projets de documents soient disponibles aux non-membres du CPRC, sur demande, dans la(les) langue(s) dans la(les)quelle(s) ils ont été préparés pour le CPRC.

Une autre intervenante remercie le CPRC pour son travail et pour sa prise en compte des observations formulées par les États membres à un stade tardif. Elle insiste pour que les incidences financières des mesures proposées dans les projets de résolutions soient quantifiées, et pour que le plurilinguisme soit scrupuleusement respecté. Elle demande si la Commission de vérification des pouvoirs se composera d'un représentant de chaque sous-groupe de pays comme cela est appliqué pour les désignations au Conseil exécutif et au CPRC. Enfin, elle lance un appel pour que le paragraphe IV.4 de la section B du Code de conduite pour la désignation du directeur régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (tel qu'il figure à l'annexe 6 du projet de résolution) soit amendé pour se lire comme suit : « Le Comité régional peut proposer au directeur général d'appliquer l'article 650 du Règlement du personnel, prévoyant un congé spécial pour les membres du personnel proposés pour le poste de directeur régional », car le libellé actuel n'est pas conforme au Règlement du personnel cité.

Un membre sortant du Comité permanent, qui a également siégé au sein du groupe de travail, appuie énergiquement les propositions du CPRC et est fier de la transparence accrue obtenue durant son mandat. Elle demande instamment aux pays qui ne sont pas membres du CPRC de continuer à prêter attention aux questions de gouvernance, puisqu'il s'agit de construire et de renforcer l'assise d'intégrité et de confiance entre les États membres et le secrétariat.

En réponse, le président du Groupe de travail du CPR sur la gouvernance approuve les propositions visant à faciliter la planification commune à moyen et à long termes, à mettre des projets de documents spécifiques à la disposition des États membres à leur demande, et à faire distribuer des récapitulatifs des sièges vacants avec la demande de présentation de candidatures. Il explique que la composition proposée pour le Comité des pouvoirs est sans lien avec les groupements sous-régionaux de pays.

La directrice régionale fait remarquer que ces dernières années, d'importants progrès ont été réalisés en ce qui concerne le renforcement du rôle décisionnel des organes directeurs régionaux ainsi que l'amélioration de leur transparence et la responsabilité du secrétariat à leur égard. Bien que l'ordre du jour des sessions du Comité régional soit parfois bien chargé, elle se félicite de l'augmentation du nombre de points que lui soumettent les organes directeurs de l'Organisation au niveau mondial, une démarche qui témoigne des liens plus étroits existant entre les différents niveaux de gouvernance. Le CPR examinera la meilleure manière de présenter les incidences financières des projets de résolutions, compte tenu du nouveau contexte financier en place avec l'adoption du budget programme 2014-2015. Entre-temps, les membres du secrétariat, en présentant les projets de résolutions, ont indiqué comment les actions proposées s'inscrivent dans le cadre budgétaire approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé.

Le conseiller juridique de l'Organisation confirme que l'article 650 du Règlement du personnel est appliqué à la discrétion du directeur général. La modification proposée au Code de conduite pour la désignation du directeur régional est entièrement conforme à cette disposition et clarifie en fait cette dernière.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R7, telle que modifiée.

### **Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional au cours de ces dix dernières années (2003-2012) et recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs de communication de rapports**

La directrice adjointe, Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, rappelle qu'à sa cinquante-huitième session, le Comité régional a demandé que l'on définisse clairement les impératifs de communication de rapports, que l'on propose une durée limite précise pour chaque résolution et que l'on mette fin à la pratique de rédaction de rapports sans précision de durée (résolution EUR/RC58/R5). En 2012, un examen des engagements (résolutions, politiques au niveau ministériel et instruments juridiques) effectué au cours de la période 1990-2010 a été présenté au Comité régional. Celui-ci s'est félicité de l'examen, et a demandé au secrétariat de lui présenter, lors de la présente session, un document passant en revue les résolutions actuellement en vigueur ainsi que des propositions de calendriers pour la communication de rapports et la désactivation de résolutions.

Le document de travail ainsi examiné fait le point sur 83 résolutions considérées dans leur intégralité, adoptées par le Comité régional entre 2003 et 2012, et présentées selon les catégories utilisées dans le Douzième Programme général de travail. De nouveaux impératifs de communication de rapports sont définis pour 46 résolutions exigeant la prise de mesures, tandis qu'il est proposé de désactiver 18 résolutions remplacées par des résolutions ultérieures.

Un membre du CPR indique que le secrétariat a présenté des projets du document lors des deuxième et troisième sessions du vingtième Comité permanent. Le document qui en résulte tient compte des débats et des propositions des deux sessions du CPR, ainsi que de la consultation en ligne avec les États membres. Le CPR recommande qu'à l'avenir, les résolutions fassent référence aux anciennes résolutions qu'elles remplacent. Elles doivent être examinées afin d'assurer leur compatibilité avec le budget programme approuvé, et être conformes à Santé 2020. Le CPR demande également au secrétariat d'élaborer une base de données consultable, présentant des liens vers les documents y afférents, afin de procéder facilement au suivi des résolutions en vigueur. Le Comité permanent approuve les propositions d'établissement de rapports et de désactivation de résolutions présentées

dans le document de travail, et invite le secrétariat à mettre fin, à l'avenir, à la pratique de rédaction de rapports sans précision de durée.

Au cours du débat, un représentant demande que la proposition relative à la résolution EUR/RC60/R3, sur la gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, telle que reprise sous la catégorie 6 dans le document EUR/RC63/17 Rev.1, soit modifiée de la manière suivante : « [PRIE] le Comité permanent d'entamer un cycle d'analyses approfondies de la gouvernance au moins tous les cinq ans et de faire ensuite rapport au Comité régional ». Un autre intervenant, reconnaissant que la désactivation constitue un bon moyen d'alléger la charge de travail imposée aux autorités nationales de la santé, fait observer qu'un exercice similaire peut utilement être effectué en ce qui concerne les indicateurs. Si la désactivation peut être considérée comme une mesure de « prévention secondaire », il importe de réaliser une prévention primaire en limitant le nombre de nouvelles résolutions ajoutées à l'avenir.

En réponse aux observations formulées, la directrice adjointe, Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, confirme que l'amendement proposé dans le document correspond parfaitement aux points de vue exprimés par le Groupe de travail du CPRC sur la gouvernance et à la réforme de l'OMS sur la gouvernance. La résolution relative aux indicateurs pour les « cibles » de Santé 2020 (résolution EUR/RC63/R3) constitue un bon exemple d'adoption de l'approche de désactivation dans un autre domaine.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R8, telle que modifiée.

## Élections et désignations

(EUR/RC63/7 Rev.1, EUR/RC63/7 Add.1, EUR/RC63/Conf.Doc./4, EUR/RC63/Inf.Doc./2)

Le Comité régional se réunit en privé en vue de désigner deux candidats pour siéger au Conseil exécutif, élire quatre membres du CPRC, élire quatre membres du CMES et désigner trois membres et trois suppléants pour siéger au Groupe d'évaluation régional.

### Conseil exécutif

Le Comité régional décide que la Fédération de Russie et le Royaume-Uni présenteront, lors de l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2014, leur candidature en vue d'une élection ultérieure au Conseil exécutif.

### Comité permanent du Comité régional

Le Comité régional sélectionne le Bélarus, l'Estonie, la France et la Lettonie pour des mandats au CPRC d'une durée de trois ans, de septembre 2013 à septembre 2016.

### Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé

Le Comité régional sélectionne la Croatie et la Géorgie pour un mandat de deux ans (2014-2015) au CMES, et l'Espagne et la Lituanie pour un mandat de trois ans (2014-2016), exceptionnellement.

## Groupe d'évaluation régional

Le Comité régional désigne le docteur Daniel Reynders (Belgique), Mme Outi Kuivasniemi (Finlande) et le docteur Svetlana Axelrod (Fédération de Russie) comme membres du Groupe d'évaluation régional, ainsi que le professeur Maksut Kulzhanov (Kazakhstan), le professeur Vilius Grabauskas (Lituanie) et M. Mykhailo Statkevych (Ukraine) comme suppléants.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R9.



Le président exécutif rappelle que le CR60 a adopté une résolution sur les partenariats pour la santé dans la Région européenne, dans laquelle il est demandé au Bureau régional de former des partenariats qui profitent à tous les États membres et de renforcer les relations stratégiques avec les partenaires. D'excellents progrès ont été réalisés dans le renforcement des relations avec la Commission européenne, l'OCDE et le Fonds mondial, conjointement avec de nombreux autres partenaires, dont des ONG. Afin d'accélérer les progrès en vue d'atteindre les OMD, les relations avec deux partenaires des Nations Unies, à savoir l'UNICEF et le FNUAP, seront intensifiées. À cette fin, la directrice régionale signera un cadre d'action commun avec le directeur régional du FNUAP pour l'Europe orientale et l'Asie centrale et le directeur régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants.

La directrice régionale indique que d'excellents progrès ont été accomplis avec les partenaires existants. Elle s'attarde sur la mise en œuvre des feuilles de route conjointes avec la Commission européenne, sur la collaboration en cours avec le Fonds mondial, notamment les missions conjointes et l'usage plus grand des normes de l'OMS par le Fonds mondial. Elle décrit également la collaboration avec l'OCDE sur les indicateurs, les systèmes communs d'information pour la santé, et les réunions avec le réseau des hauts responsables du budget. Il importe particulièrement d'instaurer une bonne coordination et une bonne synergie entre les agences des Nations Unies pour atteindre les objectifs communs, et de travailler de manière plus efficiente et efficace, notamment par le biais du mécanisme de coordination régionale et de l'équipe régionale du Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUD), envers lesquels elle s'est engagée. Le Groupe de travail interinstitutions sur la réalisation des OMD a publié des rapports sur les progrès accomplis en vue d'atteindre les OMD et sur le Programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015, ainsi qu'un certain nombre de notes de sensibilisation et d'information. De nombreux bureaux de pays de l'OMS sont membres d'équipes de pays des Nations Unies, et travaillent sur les plans-cadres des Nations Unies pour le développement (UNDAF). Sous les auspices du GNUD, les agences des Nations Unies collaborent dans le cadre d'un Groupe de travail régional sur les Roms, et l'OMS collabore avec d'autres agences pour intégrer les questions liées aux Roms aux activités relatives aux OMD 4 et 5.

La signature de l'accord-cadre pour une action conjointe vient à point nommé pour diverses raisons. Santé 2020 a été reconnu par d'autres agences comme un excellent point de départ pour leur collaboration avec les pouvoirs publics, les parlementaires, la société civile et les communautés en vue de mobiliser un large soutien politique et culturel en faveur de l'adoption d'approches équitables, durables et responsables concernant le développement de la santé. L'année 2015, la date butoir pour la réalisation des OMD approche rapidement alors qu'il reste encore de fortes disparités dans et entre les pays, par exemple, eu égard à la morbidité et à la mortalité maternelles et infantiles, à la disponibilité d'une planification

familiale efficace, aux services de santé sexuelle et génésique, à la couverture vaccinale pour les maladies transmissibles et à la lutte contre l'infection à VIH et la tuberculose-MR et UR.

Dans le cadre d'action commun, les trois agences promettent de consolider leurs activités visant à améliorer la qualité de la prestation des soins de santé pour les femmes et les enfants, et à assurer une couverture sanitaire universelle, en particulier pour les populations mal desservies et vulnérables. Le cadre énonce également des priorités pour une action bilatérale et s'engage à renforcer la responsabilité mutuelle et à procéder au suivi de la mise en œuvre.

Le directeur régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants déclare que de nombreux progrès ont été accomplis dans la Région en ce qui concerne les taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et les taux de mortalité maternelle. Des partenariats étroits ont été établis entre les pouvoirs publics, des agences des Nations Unies et d'autres partenaires du développement afin d'appuyer la mise en œuvre de plusieurs programmes et initiatives, et les mécanismes de coordination régionaux, les équipes de pays des Nations Unies et les plans-cadres pour le développement ont permis de soutenir plus efficacement les pays. Cependant, des défis subsistent en ce qui concerne les disparités dans les taux de mortalité infantile et maternelle qui, d'ailleurs, sont souvent masquées par les moyennes nationales. La couverture des services de santé n'est pas efficace si ces derniers ne sont pas de qualité, ce qui constitue d'ailleurs une source de préoccupation dans certains pays. Le développement rapide de l'épidémie de VIH et des problèmes de nutrition chez l'enfant sont d'éternels défis. Parmi les nouveaux problèmes concernant les enfants, il convient de mentionner le développement perturbé, la négligence des invalidités, l'abandon, les sévices, le placement en institutions et la santé mentale, alors qu'il est manifeste que les expériences négatives de l'enfance ont un impact durable sur le bien-être à un stade ultérieur de l'existence. Face à ces défis, il importe de renforcer les partenariats pour l'élaboration des politiques, l'innovation, le développement des connaissances et la coopération entre les pays. Un engagement à atteindre l'objectif d'un nombre maximal de 20 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2035 a été signé par 157 gouvernements, plus de 400 organisations de la société civile et plus de 1 100 personnes. La Région pourrait être la première à atteindre cet objectif ambitieux.

Le cadre d'action commun avec l'OMS et le FNUAP permettra de consolider leurs efforts en vue d'accorder la priorité à l'équité, de renforcer la capacité des systèmes de santé publique à se concentrer sur les populations et à répondre à leurs besoins, et en particulier sur la petite enfance grâce à l'intégration des systèmes de soins. L'UNICEF est donc heureux de signer le cadre qui permettra à chaque agence de tirer parti des avantages spécifiques de tous. L'UNICEF s'engage à traduire le cadre en plans opérationnels, avec une communication régulière et des évaluations périodiques.

Le directeur régional du FNUAP pour l'Europe orientale et l'Asie centrale explique que le cadre d'action commun est signé à un moment important pour le programme de santé et du développement. Il contribuera à assurer l'équité sociale, en garantissant un meilleur alignement des contributions des agences des Nations Unies et de leurs États membres. Les données scientifiques à l'appui de Santé 2020 et l'évaluation, par le FNUAP, des progrès accomplis dans le cadre du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement révèlent que les sociétés peuvent prospérer dans des conditions de croissance démographique faible ou nulle et de vieillissement si elles adaptent leurs institutions et investissent équitablement dans le domaine de l'éducation, de la santé et des perspectives d'emploi. Les inégalités existant dans la Région, en particulier parce qu'elles touchent les jeunes, exigent un leadership politique solide et la participation de tout un ensemble de parties prenantes.

Le FNUAP s'engage à faire progresser l'ODM 5 et à assurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique et les droits en matière de procréation, s'agissant notamment de conjurer les disparités en matière d'accès, l'augmentation du taux d'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, et la forte incidence du cancer du col de l'utérus. Le cadre d'action commun sera l'occasion d'accomplir davantage ensemble et d'optimiser les méthodes de travail.

Une représentante du pays qui assurera la prochaine présidence du Conseil de l'UE indique que le travail de son pays portera notamment sur la gestion des menaces transfrontalières pour la santé, les produits du tabac, les produits pharmaceutiques et médicaux, ainsi que les drogues et la toxicomanie. Ce travail appuiera les activités du Groupe de travail de haut niveau sur la santé publique concernant la mise en place de systèmes de soins de santé modernes et viables en période de crise économique, et pour les maladies chroniques, ainsi que la migration et la santé publique. Pour ce faire, des manifestations seront organisées, dont une série de conférences de haut niveau. Elle explique que le soutien du Bureau régional et des États membres sera nécessaire à la réalisation de ces objectifs.

La directrice régionale de l'OMS pour l'Europe et les directeurs régionaux de l'UNICEF et du FNUAP signent le cadre d'action commun.

### Bureaux géographiquement dispersés (GDO) : analyses justificatives et rapports d'avancement

(EUR/RC63/22 Rev.1, EUR/RC63/Conf.Doc./11 Rev.1, EUR/RC63/23, EUR/RC63/23 Corr.1, EUR/RC63/Conf.Doc./13, EUR/RC63/Inf.Doc./5, EUR/RC63/Inf.Doc./6, EUR/RC63/Inf.Doc./6 Corr.1, EUR/RC63/Inf.Doc./7, EUR/RC63/Inf.Doc./8, EUR/RC63/Inf.Doc./11, EUR/RC63/Inf.Doc./13)



### Soins de santé primaires

Le directeur, Systèmes de santé et santé publique, rappelle la déclaration historique sur les soins de santé primaires signée en 1978 à Alma-Ata (Kazakhstan), qui préconise plus de justice sociale, une plus grande participation à la base et un investissement accru dans la santé humaine. Les soins de santé primaires constituent l'un des piliers de Santé 2020. Le plan de travail du programme Prestation de services de santé de la Division des systèmes de santé et de la santé publique porte sur le renforcement de la coordination et de l'intégration des services de santé centrés sur la personne, la mise en place de systèmes de qualité et la garantie de la performance des prestataires de soins de santé, l'amélioration de la gestion et du leadership, et le renforcement des lieux de soins ; toutefois, le programme dispose de ressources humaines inadéquates pour couvrir tous ces domaines. Le GDO proposé soutiendra la collecte d'informations sur les soins de santé primaires, développera les compétences techniques, renforcera la capacité des États membres et du Bureau régional et formera des partenariats. Les activités du GDO seront parfaitement alignées sur celles du Bureau régional. L'offre reçue du Kazakhstan satisfait à toutes les conditions essentielles pour accueillir un GDO, notamment eu égard au financement durable. Le gouvernement hôte a précisé que les locaux seront implantés à Almaty, et confirmé l'octroi des privilèges et immunités au personnel du GDO. Si le Comité régional approuve l'offre, l'annonce de la création du bureau pourrait coïncider avec le 35<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Il remercie le gouvernement du Kazakhstan pour son offre généreuse et opportune.

Une représentante du gouvernement concerné déclare que ce dernier soutient sans réserve le rapport et le plan d'activités. Des soins de santé primaires accessibles et de haute qualité sont essentiels dans toutes les régions de l'OMS, en particulier dans les zones rurales, et jouent un rôle important s'agissant de limiter les risques de maladies non transmissibles. Elle est convaincue que son gouvernement a satisfait à tous les critères requis pour l'établissement d'un GDO et attend avec impatience que celui-ci devienne opérationnel.

Un membre du CPCR déclare que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire sur laquelle sont construits des systèmes de santé centrés sur la personne et intégrés, et constituent une priorité pour l'OMS ; cependant, le Bureau régional n'a pas suffisamment de capacités pour répondre aux

nombreuses demandes d'assistance technique présentées par les États membres. Elle décrit le processus par lequel les profils techniques et analyses justificatives des nouveaux GDO ont été élaborés, revus et finalisés avec la pleine participation du CPR. Elle se félicite de la transparence de ce processus, et déclare que le CPR soutient sans réserve l'analyse justificative et l'offre du Kazakhstan.

Les représentants accueillent avec satisfaction l'offre du Kazakhstan, qui est particulièrement opportune compte tenu de la crise financière actuelle.

Le directeur de la Division des systèmes de santé et de la santé publique remercie les intervenants pour leur appui. Le GDO sur les soins de santé primaires permettra au Bureau régional de répondre aux demandes toujours plus nombreuses d'assistance technique dans le domaine des soins de santé primaires et de promouvoir la mise en place d'une couverture sanitaire universelle dans la Région.

Le Comité adopte la décision EUR/RC63(1).

### **Préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire**

Le directeur de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement décrit les nombreuses situations d'urgence humanitaire et sanitaire qui se sont produites dans la Région entre 1990 et 2012. Des situations similaires ont été observées dans d'autres Régions de l'OMS, ce qui a poussé l'Assemblée mondiale de la Santé à demander aux États membres de renforcer la gestion de tous les risques sanitaires associés aux urgences et aux catastrophes naturelles. En outre, le nouveau cadre d'action d'urgence de l'OMS définit un rôle plus important pour les bureaux régionaux en ce qui concerne l'amélioration de la préparation des pays aux situations d'urgence de santé publique. La capacité du Bureau régional a été limitée à cet égard, et doit donc être élargie. Des consultations avec le CPR ont entraîné une modification de la dénomination du GDO proposé, soit « situations d'urgence humanitaire et sanitaire » au lieu de « crises humanitaires », pour mieux refléter le champ d'activités de ce bureau. Les activités de ce GDO seront parfaitement intégrées aux travaux du Bureau régional sur la sécurité sanitaire et coordonnées avec ceux du Siège et, en tant que de besoin, ceux des bureaux de pays. Il entreprendra l'évaluation des systèmes de santé pour la préparation aux situations d'urgence, facilitera la formation des ressources humaines, fournira un soutien à la préparation des hôpitaux aux crises, soutiendra la préparation aux rassemblements de masse et organisera des exercices à l'échelle nationale et régionale pour tester la préparation aux urgences. Le GDO constituera également une capacité d'appoint si l'OMS avait besoin de davantage de ressources en réponse aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire.

Le gouvernement turc a offert d'accueillir le GDO et satisfait à toutes les conditions requises, y compris l'apport d'un financement durable à long terme. Il entretiendra également les locaux, qui seront à Istanbul. La Turquie a également avancé la possibilité d'un apport de fonds supplémentaires dans le domaine technique du soutien au programme de préparation des pays en cas d'urgence au Bureau régional.

Un représentant du pays concerné déclare qu'il aimerait voir l'OMS jouer un rôle de premier plan dans les situations d'urgence du monde entier. Il assure le Comité que les activités du GDO seront totalement coordonnées avec celles du Bureau régional. Une intensification de la collaboration est le seul moyen de limiter au maximum la perte tragique de vies humaines en raison de situations d'urgence humanitaire, et son pays tient à transmettre les enseignements précieux qu'il a tirés d'événements survenus à ses frontières, dans la Région et dans le monde.

Un membre du CPR décrit le processus par lequel les profils techniques et analyses justificatives des nouveaux GDO ont été élaborés, revus et finalisés avec la pleine participation du CPR. Elle se félicite de la transparence de ce processus, et déclare que le CPR soutient sans réserve l'analyse justificative et l'offre de la Turquie.

Le Comité adopte la décision EUR/RC63(2).

### **Maladies non transmissibles**

Une représentante du pays qui doit accueillir le GDO pour les maladies non transmissibles décrit la série de consultations qui ont mené à l'approbation du budget et du financement du GDO et du plan de travail. Le ministère de la Santé, ayant rempli toutes les exigences, y compris les impératifs relatifs à un financement durable, s'est engagé à ouvrir le GDO à Moscou au cours du premier semestre de 2014.

La directrice régionale explique que, lorsque le gouvernement grec a dû retirer son offre d'accueillir le GDO pour les maladies non transmissibles, le profil technique du GDO proposé a été discuté avec le CPR, et qu'une décision a été prise, à savoir que le GDO mettrait l'accent sur la surveillance épidémiologique et la prise en charge de la maladie, pour compléter le travail effectué au Bureau régional. On a également convenu d'une analyse justificative et d'un calendrier pour l'ouverture de ce GDO.

Une représentante du pays qui avait initialement proposé d'accueillir le GDO sur les maladies non transmissibles félicite la Fédération de Russie pour son offre. Elle est convaincue que ses activités bénéficieront d'un soutien intégral et qu'il fournira une aide précieuse pour le recueil de bases factuelles et la mise en œuvre de mesures afin de lutter contre les maladies non transmissibles. L'hébergement du GDO a été l'une des grandes priorités pour son pays, mais les difficultés économiques ont totalement empêché de maintenir l'offre. Son gouvernement s'est montré disposé à accueillir un bureau de pays de l'OMS.

### **Renforcement des systèmes de santé**

Le directeur par intérim du Bureau de Barcelone pour le renforcement des systèmes de santé présente le travail de son Bureau, qui est en activité depuis 1999 en vertu d'un accord quinquennal reconductible avec le gouvernement régional autonome de Catalogne. Ce Bureau et son plan de travail sont parfaitement intégrés au Bureau régional. En 2007, le principal domaine d'activité de ce Bureau a changé : il s'agit non plus de la prestation intégrée des services de santé, mais bien du financement de la santé. Ce Bureau a un programme performant d'appui aux pays, et la demande des États membres est en hausse. Le Bureau de Barcelone organise deux cours phares chaque année, l'un sur le renforcement des systèmes de santé, l'accent étant mis sur les maladies non transmissibles, et l'autre sur la politique du financement de la santé, la priorité étant accordée à la couverture sanitaire universelle. Ce Bureau est entièrement financé par le pays d'accueil, et attire des fonds supplémentaires de donateurs. Il doit être déménagé à l'hôpital Sant Pau, site du patrimoine mondial de l'UNESCO, avec un certain nombre d'autres agences des Nations Unies.

Une représentante de l'Espagne note l'appui important que le GDO fournit au Bureau régional. Bien que son gouvernement apprécie le travail effectué par le Bureau de Barcelone en matière de renforcement des systèmes de santé, il regrette la situation administrative irrégulière de ce Bureau. Quoique le ministère de la Santé s'attache à finaliser l'accord de siège pour ce Bureau, les circonstances actuelles ne sont pas propices à la résolution rapide d'une situation qui persiste depuis autant de temps et est si complexe. Toutefois, la conclusion de cet accord reste une priorité pour le secrétaire général de la santé espagnol.

### **Environnement et santé**

Le directeur par intérim du Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS explique que ce Centre est le plus grand des GDO existants. Il a été créé en 1990 en tant qu'institution technique européenne clé pour l'environnement et la santé. Depuis la fin de l'année 2011, après la fermeture du bureau de Rome, les activités relatives à l'hygiène de l'environnement sont consolidées à Bonn

(Allemagne), et le précédent accord décennal a été remplacé par un accord assurant un soutien pour une durée indéterminée. La participation du gouvernement allemand représente environ 40 % du budget du Bureau régional pour l'environnement et la santé, aligné avec le cycle bisannuel des budgets-programmes. Depuis 2010, il est entièrement financé par des contributions volontaires. Après la fermeture du bureau de Rome, les coûts administratifs et frais de fonctionnement globaux ont été nettement diminués, avec un déplacement des fonds vers les domaines techniques. Il est désormais un centre d'excellence fournissant des informations scientifiques qui servent de base pour la législation et les politiques. Ce Centre est parfaitement intégré à la structure du Bureau régional et fournit un large éventail de compétences servant de base pour l'élaboration de politiques et la sensibilisation aux préoccupations de la santé publique. Ce centre aide également les États membres à concrétiser les priorités nationales dans le domaine de l'hygiène de l'environnement conformément à la déclaration de Parme, y compris les incidences sanitaires et économiques du changement climatique, et mène de nombreuses activités de renforcement des capacités.

Un représentant du pays d'accueil explique que son pays s'emploie à améliorer l'hygiène de l'environnement et attache une grande importance aux engagements pris en vertu de la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé. Il souligne que le poste de directeur du Centre sera prochainement pourvu.

### **Investissement pour la santé et le développement**

Le directeur du Bureau européen de l'OMS de l'investissement pour la santé et le développement (Venise) explique que ce Bureau remplit deux grandes fonctions : le suivi, l'examen et la systématisation des bases factuelles sur les déterminants économiques et sociaux de la santé, et la prestation de services aux États membres et la collaboration avec ceux-ci afin d'agir en fonction de ces bases factuelles. Ce Bureau a ouvert en décembre 2003 en vertu d'un accord de siège décennal ; l'accord de renouvellement pour la période 2013-2017 a été signé et est en attente de ratification. Ce Bureau fait partie intégrante du Bureau régional. Ses réalisations peuvent être regroupées en trois domaines : produits scientifiques, consistant en plus de 60 publications ; assistance technique, notamment formation à la réalisation d'évaluations à l'échelle nationale, avec une augmentation constante des demandes ; et suivi des résolutions et engagements mondiaux du Comité Régional et de l'Assemblée mondiale de la santé, tels que la résolution EUR/RC62/R4 du Comité Régional sur Santé 2020 et la résolution WHA62.14 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la réduction des inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé. Le budget de ce Bureau est fourni dans le cadre d'un accord avec le gouvernement italien et a été prévisible pendant 10 ans. Comme d'autres GDO, ce Bureau mène de nombreuses activités hautement valables. Étant donné que les déterminants sociaux de la santé sont un élément clé de Santé 2020, il prévoit une augmentation du nombre de demandes d'assistance technique qui, pour la plupart, porteront sur un soutien à moyen ou à long terme. Le Bureau régional aurait des difficultés à répondre à ces demandes si les GDO n'existaient pas.

Un représentant du pays d'accueil déclare que tous les préparatifs nécessaires ont été faits pour une ratification de l'accord de renouvellement, ce qui a impliqué des réunions interministérielles et des consultations avec d'autres administrations nationales et avec la région de la Vénétie en tant que co-signataire de cet accord. Le retard est dû en partie à un changement de gouvernement. Il est convaincu que ce problème sera résolu sous peu.

Un représentant s'exprimant au nom de sept pays remercie les gouvernements du Kazakhstan et de la Turquie pour avoir proposé d'accueillir et de financer des GDO, favorisant ainsi le travail du Bureau régional. Les nouveaux GDO sont fondés sur un engagement décennal du pays d'accueil, et des promesses de financement similaires peuvent être faites pour les GDO existants. Les rapports ont montré que les GDO emploient un personnel compétent et travailleur, qui fait du bon travail et représente une partie essentielle du know-how du Bureau régional. Toutefois, cela ne cadre pas tout à fait avec la réforme de l'OMS, qui prévoit notamment un financement sûr et prévisible pour les principaux domaines d'activité de l'OMS. Il pense qu'un financement durable et sûr serait assuré par

un financement centralisé et coordonné. Cela permettrait à l'OMS de disposer des compétences techniques dont elle a besoin sans risquer de devoir dissoudre les équipes à l'expiration de l'accord de siège du GDO. Cela assurerait également la centralisation des activités normatives et des compétences techniques et éviterait la fragmentation des compétences. Les conseils normatifs de l'OMS doivent provenir de ses principaux bureaux ; par conséquent, les GDO doivent rester parfaitement intégrés au Bureau régional. Si la réforme de l'OMS est couronnée de succès, le Bureau régional devra moins s'appuyer sur les GDO dans son modèle opérationnel. Il exhorte tous les États membres à participer activement au dialogue sur le financement et à appuyer la réforme. Ce n'est qu'en s'assurant un financement prévisible et une mobilisation coordonnée des ressources que l'OMS aura la possibilité, tant au niveau mondial que dans la Région, de conserver ses compétences techniques et son autorité normative.

## Plan d'action européen sur la santé mentale 2014-2020

(EUR/RC63/11, EUR/RC63/Conf.Doc./8)



Présentant le Plan d'action européen sur la santé mentale, le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, explique que les troubles neuropsychiatriques ont un impact considérable sur la charge de morbidité dans la Région européenne de l'OMS. Cette situation est aggravée par le fait que les services d'aide et de protection sociales mis en place pour protéger la santé mentale sont actuellement menacés à cause de la conjoncture économique. Parallèlement, les problèmes de santé mentale, tels que l'alcoolisme et le suicide, ont tendance à s'intensifier en période de crise économique. Une intervention réfléchie des secteurs sanitaire et social est nécessaire pour atténuer l'impact de la crise. En dépit de l'engagement à long terme en faveur de la santé mentale en Europe et du stade avancé de nombreux services nationaux de santé dans la Région, une proportion importante de personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne suit aucun traitement, et le manque d'accès à des services fondés sur des bases factuelles nous déshonore.

Les mesures visant à promouvoir la santé mentale exigent une combinaison complexe de facteurs positifs pour améliorer la résilience et pour protéger et promouvoir la santé mentale, en tenant compte de l'interaction entre cette dernière et les maladies physiques telles que les maladies non transmissibles. Ce plan d'action, qui a pour but de présenter un modèle pour la santé mentale tout au long de l'existence, comporte sept objectifs et a été clairement mis en correspondance avec les composantes de Santé 2020. Il a été rédigé grâce à une série de consultations approfondies et participatives, et vise à conférer un côté positif à la promotion de la santé mentale, par le biais d'une démarche fondée sur les droits de l'homme. La planification pour la prochaine période biennale inclut les mesures clés de ce plan dans les catégories 2 et 3 du Douzième Programme général de travail. Rappelant la Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe adoptée à Helsinki (Finlande) en 2005, il déclare qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale. Tous les sujets de préoccupation pour le Comité régional ont soit leur origine, soit leur aboutissement dans le bien-être mental, ce qui souligne l'importance de la santé mentale et la responsabilité commune de sa promotion.

Selon un membre du CPR, bien que le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS cible en premier lieu les besoins des pays à revenus faible et intermédiaire où les services de santé mentale sont souvent rudimentaires, les États membres européens, dont les services ont un niveau de développement comparativement élevé et dont les ressources sont relativement importantes, ont besoin d'objectifs et de mesures spécifiques afin de veiller à ce que les soins de santé mentale de la Région répondent aux besoins et aux attentes de la population. Le Plan d'action européen sur la santé mentale a subi plusieurs modifications au cours du processus de consultation, pour tenir compte de la

contribution d'un large éventail de parties intéressées et dévouées. Le CPR accueille favorablement le plan d'action et le projet de résolution qui l'accompagne.

Au cours de la discussion qui suit, les représentants expriment leur ferme soutien au Plan d'action européen sur la santé mentale et saluent l'esprit de collaboration dans lequel il a été rédigé. Convenant de l'importance de la prévention, en particulier compte tenu des liens entre troubles mentaux et maladies non transmissibles, les États membres expriment leur volonté de mettre en œuvre des interventions axées sur la personne et de promouvoir la sensibilisation du public aux questions de santé mentale. Deux représentants proposent des amendements à ce plan d'action, pour inclure des définitions des groupes « vulnérables » et « défavorisés » et revoir deux des mesures proposées. Les représentants se font part mutuellement des expériences qu'ils ont acquises en s'efforçant d'améliorer la prévention et le traitement des troubles de santé mentale, et conviennent du fait que le Plan d'action aura désormais un rôle important à jouer pour l'orientation des politiques au niveau national.

Des déclarations sont présentées par Alzheimer's Disease International, l'Association internationale de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence et des professions associées, la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine et la Fédération mondiale des ergothérapeutes.

Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, remercie les États membres pour leur appui et se félicite des amendements proposés, qui conféreront plus de clarté au plan d'action. En particulier, il salue les efforts déployés pour inclure les maladies non transmissibles dans des approches globales des soins de santé mentale.

## Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif

(EUR/RC63/6, EUR/RC63/Inf.Doc./9, EUR/RC63/Inf.Doc./10, EUR/RC63/Inf.Doc./12)

Le membre européen du Conseil exécutif désigné pour assister aux sessions du CPR en qualité d'observateur signale que la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé a adopté des résolutions et décisions dans des domaines techniques revêtant de l'importance pour la Région européenne de l'OMS. Il décrit brièvement les incidences pour la Région de sept résolutions – sur la santé oculaire universelle (résolution WHA66.4), la mise en œuvre des recommandations de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (résolution WHA66.7), le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 (résolution WHA66.8), le handicap (résolution WHA66.9), les maladies tropicales négligées (résolution WHA66.12), la transformation de la formation des personnels de santé à l'appui de la couverture sanitaire universelle (résolution WHA66.23) et la normalisation et l'interopérabilité en cybersanté (résolution WHA66.24) – et d'une décision sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/fausseté étiquetés/falsifiés/contrefaits (décision WHA66(10)). Les Comités régionaux ont été priés d'examiner en détail cinq points.

## Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, déclare que le secrétariat de l'OMS cherche à obtenir des commentaires de la part des États membres sur un projet de mécanisme

mondial de coordination des travaux d'acteurs multiples, comme indiqué dans le Plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l'OMS, et comme demandé dans la résolution WHA66.10 de l'Assemblée mondiale de la santé sur le suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Ce mécanisme mondial de coordination est nécessaire pour garantir une intervention efficace tout en assurant une protection contre les conflits d'intérêts. L'OMS a invité les États membres à formuler des observations sur un document de réflexion détaillé, qui a été publié sur le site Web du Siège de l'OMS, et via les Comités régionaux. Le secrétariat inclura tous les commentaires reçus dans un rapport pour la réunion officielle qui aura lieu en novembre 2013 avec les États membres.

Au cours de la discussion qui suit, les intervenants accueillent généralement de manière favorable la proposition d'un mécanisme mondial de coordination, insistant pour que ce dernier ait une structure légère, soit dirigé par l'OMS et fasse rapport aux organes directeurs de celle-ci. Ils font part de leurs vues préliminaires sur ses fonctions et conviennent qu'il est important de préserver l'OMS et la santé publique des conflits d'intérêts.

Un représentant s'exprimant au nom de l'UE et de ses États membres déclare que les décisions de la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé témoignent du rôle de chef de file mondial joué par l'OMS dans la lutte contre les maladies non transmissibles, mais que l'exercice de ce rôle requiert une meilleure coopération horizontale et, éventuellement, la réaffectation de fonds au sein de l'OMS. L'UE contribuera de manière constructive aux débats sur les indicateurs proposés pour le Plan d'action mondial et sur les fonctions du mécanisme mondial de coordination, qui doivent être en concordance parfaite avec ce plan. Par ailleurs, il convient d'assurer une cohérence entre les travaux portant sur les maladies non transmissibles et ceux relatifs à la santé mentale. Pour éviter la répétition des tâches, il faudrait réfléchir aux nouveaux aspects que le mécanisme mondial de coordination conférerait aux activités du secrétariat et de l'Équipe spéciale interinstitutions des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, et voir comment leurs différentes tâches seraient réparties. L'UE propose un mandat limité dans le temps pour le mécanisme mondial de coordination, avec une évaluation à mi-parcours réalisée par les organes directeurs de l'OMS. Un débat sur la collaboration avec des acteurs non étatiques par le biais du mécanisme mondial de coordination doit être parfaitement aligné sur les principes à arrêter dans le cadre de la réforme de l'OMS. De nouvelles discussions sur la mise en place d'un système d'engagements formels pris par ces acteurs devraient assurer la participation des ONG. En outre, l'UE se félicite de l'orientation stratégique donnée aux indicateurs proposés pour le Plan d'action mondial, met l'accent, tout comme l'Assemblée mondiale de la santé, sur le fait qu'ils ne doivent pas grever le processus d'établissement de rapports pour les États membres, et espère qu'ils contribueront à rationaliser ce processus à l'avenir.

D'autres intervenants conçoivent que les principales fonctions du mécanisme mondial sont la diffusion d'informations et la coordination, et s'interrogent sur les fonctions, voire sur la nécessité, des groupes de travail proposés pour ce mécanisme. Le mandat du mécanisme mondial de coordination doit être parfaitement aligné sur celui de l'Équipe spéciale interinstitutions. Un débat général sur ses fonctions serait d'ailleurs bienvenu.

En ce qui concerne les indicateurs proposés pour le Plan d'action mondial, il est avancé que certains d'entre eux pourraient livrer plus d'informations si, plutôt que d'assurer simplement le suivi de l'adoption des politiques, ils envisageaient également les effets de ces politiques sur les déterminants sociaux de la santé. Quoique l'OMS fasse un travail remarquable pour lutter contre les maladies non transmissibles, une intervention et un suivi au niveau national sont la clé de la réussite. Comme certains pays manquent de capacités pour le suivi, les instituts européens de santé publique pourraient apporter leur soutien à cet égard.

Des déclarations sont présentées au nom de l'European Heart Network, de la World Heart Foundation, de la NCD Alliance et de l'Alliance internationale des organisations de patients.

## **La santé dans le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015**

La directrice adjointe, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, décrit pour le Comité régional le processus de définition du programme de développement des Nations Unies après l'échéance fixée pour la réalisation des OMD. Le secrétaire général a lancé un processus de consultation participatif afin d'élaborer un programme de développement unique et global. Le point culminant de ce processus sera un sommet des chefs d'État ou de gouvernement en 2015, pour adopter un nouveau cadre s'articulant autour du développement durable et comportant idéalement un nombre limité d'objectifs. La santé devra faire partie du programme, l'accent étant mis sur son optimisation à tous les âges ; la couverture sanitaire universelle sera un moyen d'y parvenir ou une fin en soi. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe maintiendra sa stratégie et soutiendra les États membres. Comme les ministères des Affaires étrangères doivent participer aux négociations qui auront lieu aux Nations Unies, les ministères de la Santé doivent maintenir une bonne communication avec eux afin de pouvoir faire pression pour que la santé soit une priorité.

Au cours de la discussion qui suit, les intervenants se félicitent de pouvoir participer à la formulation du message selon lequel les organes directeurs de l'OMS contribueront aux délibérations des Nations Unies sur le programme de développement pour l'après-2015, quoique plusieurs d'entre eux soulignent également qu'il est important de poursuivre les travaux afin d'atteindre les OMD liés à la santé. Il est convenu que la santé doit être une priorité, qu'il faut faire ressortir l'aspect d'une optimisation de la santé pour tous durant toute l'existence, et que la couverture sanitaire universelle est à la fois un moyen pour atteindre cette fin et une fin en soi. Il faut clairement définir le concept de couverture sanitaire universelle, qui doit englober non seulement l'accès aux services, mais aussi la protection sociale de la santé: Elle est essentielle à l'adoption d'une approche intégrée et à la mise en œuvre d'une action pangouvernementale et pansociétale (notamment sur les déterminants sociaux), elles-mêmes nécessaires à l'amélioration de la situation sanitaire. Il est également suggéré que le nouveau cadre de développement aborde le thème des maladies non transmissibles et du droit aux services de santé sexuelle et génésique, notamment pour les jeunes, mette l'accent sur les droits de l'homme qui doivent guider son application, et tienne compte de l'évolution démographique et d'une responsabilité partagée.

L'OMS est exhortée à examiner les recommandations formulées à l'adresse des États membres dans la résolution WHA63.22 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la transplantation d'organes et de tissus humains, afin de présenter une nouvelle résolution à l'Assemblée en 2015 ou 2016, avec l'objectif final que les Nations Unies élaborent une initiative sur le commerce illégal d'organes et de tissus, lié à la traite d'êtres humains.

Une déclaration est prononcée au nom de la Framework Convention Alliance, et une autre est présentée au nom de l'Alliance internationale des organisations de patients.

### **Règlement sanitaire international (2005)**

Le directeur, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, rappelle que le RSI (2005) exige des États parties qu'ils disposent des principales capacités requises pour la surveillance et l'intervention, ainsi qu'aux points d'entrée. La première échéance pour s'exécuter a été atteinte en juin 2012, à la suite de quoi une prolongation de deux ans était possible et automatique lorsqu'elle était fondée sur un besoin justifié et un plan de mise en œuvre. Vingt et un pays de la Région européenne ont obtenu une prolongation de ce type.

Étant donné que cette première prolongation expire en juin 2014, des critères sont actuellement formulés pour que le directeur général en accorde une nouvelle. Il a été proposé de consulter de nouveau les États parties lors des sessions des Comités régionaux de l'OMS en 2013. Le secrétariat du Siège de l'OMS compilera les réactions exprimées lors de ces sessions et s'en servira pour actualiser

la proposition à soumettre au Conseil exécutif en janvier 2014. Avec l'approbation du Conseil exécutif, le Comité d'examen du RSI sera convoqué pour conseiller le directeur général quant à la demande de prolongation de chaque pays.

Le secrétariat propose les critères ou procédures suivants :

- un État partie doit présenter par écrit une demande officielle au directeur général au moins quatre mois avant la date butoir du 15 juin 2014 ;
- cette demande doit comporter une déclaration expliquant les circonstances exceptionnelles qui ont empêché le développement et le maintien des capacités dans le cadre du RSI ;
- elle doit être accompagnée d'un nouveau plan de mise en œuvre.

Au cours des débats qui suivent, une représentante déclare que le RSI est une remarquable réalisation pour l'amélioration de la sécurité sanitaire mondiale, et que le fait que la Région européenne enregistre le plus faible nombre de demandes de prolongation est louable. Néanmoins, le développement et le maintien des principales capacités, notamment aux points d'entrée, sont essentiels pour lutter contre un grand nombre de maladies transmissibles émergentes et réémergentes et contre d'autres menaces pour la santé. Tous les pays sont instamment priés de renforcer leurs principales capacités en proposant les activités de formation nécessaires, ainsi que d'intégrer le RSI dans leur législation et leurs activités nationales, et le Bureau régional est invité à continuer de fournir des conseils et un appui pour la mise en application du RSI. La création du nouveau GDO sur la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire devrait entraîner un élargissement bienvenu des capacités du Bureau régional dans le domaine du RSI.

Un autre représentant fait état de bonnes expériences en matière d'exercices de simulation effectués régulièrement. Une troisième intervenante exhorte l'OMS à continuer à promouvoir le RSI aux niveaux mondial et régional, en collaboration avec l'Organisation de l'aviation civile internationale, l'Organisation maritime internationale et d'autres, dans le but d'intégrer les mesures et dispositions du RSI aux procédures opérationnelles normalisées internationales pour les points d'entrée et le transport international.

Un représentant estime que les critères d'octroi de prolongations au-delà de 2014 pour le RSI doivent être plus rigoureux (en s'inspirant éventuellement du questionnaire annuel envoyé aux États membres), et demande à la directrice régionale de préciser comment elle peut garantir que les États membres sont dûment consultés à leur sujet. Le manque chronique de ressources pour l'application du RSI, tant dans les États membres qu'au sein de l'OMS, est source de préoccupation.

En réponse, la directrice régionale explique qu'une consultation écrite en ligne sera mise en œuvre. Les États membres seront ainsi conviés à faire part de leurs commentaires éventuels sur les critères du RSI dans un délai de deux semaines à compter de la clôture de la session du Comité régional. Le projet de rapport régional sera diffusé auprès des États membres, dans un souci de transparence, avant d'être soumis au directeur général.

## **Plan d'action mondial pour les vaccins**

La directrice adjointe, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, indique que le nouveau plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final vise les objectifs suivants : détecter et interrompre toute transmission du poliovirus (d'ici 2014) ; renforcer les systèmes de vaccination et retirer le vaccin antipoliomyélitique oral (d'ici 2016) ; parvenir au confinement du poliovirus et certifier l'interruption de la transmission (d'ici 2018) ; et procéder à la « planification de la reconversion des moyens de lutte ». Parmi les changements spécifiques à apporter aux calendriers de vaccination systématique contre la poliomyélite, il convient de mentionner l'administration d'au moins une dose de vaccin

antipoliomyélitique inactivé et le retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral (seuls 11 États membres de la Région européenne utilisent actuellement le vaccin antipoliomyélitique oral).

Dans sa résolution WHA65.17, l'Assemblée mondiale de la santé exhorte les États membres à faire rapport aux Comités régionaux sur les progrès accomplis pour atteindre les objectifs de vaccination. Un cadre de suivi, d'évaluation et de responsabilisation a été présenté à la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé de mai 2013 (document A66/19). Il permet la préparation de rapports annuels à l'aide d'un formulaire conjoint de l'OMS et de l'UNICEF, avec la participation du Groupe consultatif technique européen d'experts en matière de vaccination. La Région européenne met généralement en place des programmes de vaccination performants, caractérisés par une couverture élevée au niveau national, bien que l'on observe des lacunes au niveau sous-national, ainsi que des groupes de populations marginalisés et des sentiments opposés à la vaccination.

S'inspirant du Plan d'action mondial pour les vaccins, le Bureau régional propose d'élaborer un plan régional actualisé et conforme à la politique Santé 2020, qui réponde aux besoins régionaux et nationaux, et fixe des objectifs adaptés au contexte régional. Après avoir consulté les États membres, le projet de plan d'action pour les vaccins pourra être présenté à la session du Comité régional de 2014.

### **Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement**

La directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, déclare qu'à la suite d'une réunion à composition non limitée des États membres en novembre 2012, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA66.22 relative au suivi du rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement. Dans cette résolution, le directeur général est prié d'établir un observatoire mondial de la recherche-développement en santé au sein du secrétariat de l'OMS et de faciliter, par le biais de consultations régionales et d'un large engagement des parties prenantes, la mise en œuvre de quelques projets de démonstration de recherche-développement en santé, afin de remédier aux lacunes qui pénalisent de manière disproportionnée les pays en développement, en particulier les plus pauvres d'entre eux, et au sujet desquelles une action immédiate peut être entreprise. Il est demandé aux directeurs régionaux de proposer à des experts de collaborer avec le groupe de travail consultatif : plusieurs membres du Comité consultatif européen de la recherche en santé ont été proposés, et une candidature reçue d'un État membre a été transmise au directeur général ; d'autres candidatures seraient d'ailleurs les bienvenues.

Lors de la discussion qui suit, le représentant d'un pays déclare que l'établissement d'un observatoire mondial de la santé est essentiel si l'on veut que l'OMS définisse des priorités de recherche en santé d'une manière indépendante. C'est la raison pour laquelle son pays s'est engagé à contribuer à son financement. La mise en place de projets pilotes permettra d'expérimenter divers mécanismes de coordination et de financement validés par le groupe de travail. Il demande au secrétariat de préciser comment il a l'intention de communiquer les résultats de la consultation en ligne sur la sélection des projets de démonstration.

Un autre intervenant indique que les mesures concrètes de suivi, telles que convenues à l'Assemblée mondiale de la santé, constituent des étapes importantes en vue du renforcement de la recherche-développement sur les problèmes de santé et les maladies touchant de façon disproportionnée les pays en développement. Certaines de ces maladies suscitent également d'importantes préoccupations de santé publique dans la Région européenne. Il encourage les autres États membres à participer activement à la consultation actuellement coordonnée par le secrétariat.

En réponse, la directrice, Information, bases factuelles, recherche et innovation, remercie la France pour son excellente proposition, et déclare que tous les projets proposés (dont ceux émanant d'ONG)

seront transmis au Siège de l'OMS, le principal critère à cet égard étant l'établissement du formulaire de demande dans sa totalité. Plutôt que d'appliquer plusieurs critères de sélection dans les Régions de l'OMS, le Bureau régional de l'Europe choisit de faire examiner toutes les propositions par le groupe mondial d'experts en décembre 2013.



## Rapports de situation

(EUR/RC63/18, EUR/RC63/18 Corr.1)

Le président exécutif demande aux représentants de formuler des commentaires sur les rapports de situation abordant des thématiques de la catégorie 1 (maladies transmissibles – 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 (EUR/RC61/R7)), et de la catégorie 5 (préparation, surveillance et intervention – application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC59/R5) et mise en œuvre du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques (EUR/RC61/R6).

Les représentants se félicitent du plan d'action relatif à la tuberculose. L'un des plus grands défis sera d'augmenter le taux de dépistage des souches multirésistantes par rapport au taux actuel, soit 38 % des cas. L'instauration du Comité Feu vert et de l'Initiative européenne des laboratoires de tuberculose afin d'améliorer le diagnostic dans 18 pays à forte prévalence est également accueillie avec satisfaction. Une attention particulière doit être accordée aux soins des patients atteints de la tuberculose et souffrant également d'alcoolisme et de toxicomanie. Il est en effet essentiel de soigner simultanément ces problèmes afin d'empêcher tout échec thérapeutique.

En ce qui concerne la résistance aux antibiotiques, un représentant, s'exprimant au nom de huit pays, fait l'éloge du travail accompli par l'OMS, notamment la mise en place d'un groupe de travail mondial auquel participent toutes les Régions et de l'initiative de surveillance de la résistance aux antimicrobiens en Asie centrale et en Europe orientale (CAESAR). En vue de lutter contre l'utilisation exagérée et abusive des antibiotiques, ces pays plaident en faveur d'un contrôle de la vente libre de ces substances, de l'arrêt de leur utilisation comme facteurs de croissance et de leur utilisation prudente dans le secteur vétérinaire. En outre, de nouveaux incitants et modèles commerciaux sont nécessaires pour investir dans la recherche-développement de nouveaux antibiotiques. Une volonté politique et une intervention multisectorielle au niveau mondial s'imposent à cet égard, et les représentants demandent instamment à l'OMS et aux États membres d'intensifier leurs activités. Un autre représentant indique que l'adoption d'une approche cohérente, intégrée et axée sur « une seule santé », englobant l'agriculture et la pêche, la chaîne alimentaire et l'environnement au sens plus large (y compris l'assainissement), en accélérera la dynamique. La réalisation d'une prévention et d'une lutte anti-infectieuses efficaces doit être la norme. De telles mesures doivent prévoir un diagnostic rapide des infections et l'administration d'un traitement approprié, ainsi que la mise en place de systèmes de surveillance en vue de recenser toute nouvelle résistance ou toute mutation ou évolution à cet égard.

Des déclarations sont effectuées au nom de la Coalition TB Europe et des Global Health Advocates ainsi que de la Société européenne de pneumologie.

Le directeur, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, explique que le Bureau régional a accompli des progrès dans la lutte contre la pharmacorésistance concernant la tuberculose et d'autres microbes. Un lien opérationnel a été établi avec la Division des

systèmes de santé et de la santé publique afin d'œuvrer conjointement au renforcement des systèmes de santé. Eu égard à la situation d'urgence actuelle induite par le développement de la pharmacorésistance, le secrétariat a intensifié ses partenariats mondiaux et régionaux en vue de mettre en œuvre le Plan d'action régional.

Le conseiller principal sur la résistance aux antimicrobiens convient avec les représentants de l'importance d'accroître la visibilité du problème, et mentionne l'instauration du groupe de travail mondial dans ce domaine. Le Bureau régional a aligné son mécanisme de surveillance sur ceux de l'ECDC afin de permettre les comparaisons entre les pays et de dégager les tendances régionales. Il se félicite des commentaires exprimés sur la vente libre des antibiotiques, le thème de la prochaine « journée d'information » en 2014. En réponse à l'observation relative à l'adoption d'une approche axée sur « une seule santé », il met en exergue l'importance de collaborer avec la FAO, l'Organisation mondiale de la santé animale et d'autres organisations.

Le directeur, Division des systèmes de santé et de la santé publique, affirme que le travail réalisé par les responsables de programmes nationaux de lutte antituberculeuse a permis d'accroître la couverture des soins de 63 à 96 %. Il assure le Comité régional que les patients atteints de tuberculose participent à tous les aspects de la planification ainsi qu'à des conférences internationales. Il convient qu'une attention insuffisante est accordée à la co-infection, VIH/tuberculose, bien que certains programmes soient actuellement mis en œuvre dans des services pénitentiaires et auprès des consommateurs de drogues par injection. L'Estonie fut le premier pays à procéder au traitement simultané de la tuberculose et de la dépendance à l'alcool.

Le président exécutif demande aux représentants d'émettre des commentaires sur les rapports de situation abordant des thématiques des catégories 2 et 3 sur la lutte antitabac, la mise en œuvre du Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle, le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 et les progrès accomplis en vue de réaliser les OMD liés à la santé.

En ce qui concerne cette dernière thématique, plusieurs représentants émettent des observations sur les taux élevés d'infection à VIH dans certaines parties de la Région. La plupart des personnes touchées appartiennent à des groupes socialement vulnérables, comme les consommateurs de drogues par injections, les hommes ayant des rapports homosexuels et les migrants. Une attention particulière doit être accordée aux droits de l'homme dans les plans de dépistage précoce de l'infection et dans la législation relative au dépistage du VIH. L'infection par l'hépatite C est une autre cause majeure de mortalité chez les consommateurs de drogue. Il importe également de s'attaquer à ce problème. Le Fonds mondial constitue une importante source de financement pour les stratégies de lutte contre l'infection à VIH, celles-ci devant d'ailleurs être fondées sur des éléments de preuve afin de surmonter les réticences politiques. Les organisations de la société civile sont essentielles à la diffusion des connaissances et à la sensibilisation, en particulier dans les pays où le gouvernement adopte une approche descendante, et peuvent contribuer à réduire la stigmatisation et la discrimination contre les personnes infectées par le VIH et les consommateurs de drogues.

En ce qui concerne la lutte antitabac, une représentante décrit une stratégie réussie pour réduire de plus de 50 % la prévalence du tabagisme chez les jeunes, et propose de la partager avec d'autres pays. Une autre représentante explique le cadre législatif adopté dans son pays, et qui doit réduire la prévalence du tabagisme de 10 %.

Des déclarations sont effectuées au nom de l'Association mondiale des sociétés de pathologie et de médecine de laboratoire, de l'International Spinal Cord Society et de la Fédération internationale des femmes de carrières libérales et commerciales.

Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, remercie les représentants pour les exemples éloquentes de mesures prises en vue de lutter contre le tabagisme, l'une d'entre elles ayant d'ailleurs été vivement contestée par l'industrie du tabac. Il espère que la prochaine réunion d'Achgabat (Turkménistan) permettra de définir une vision pour une Europe sans fumée.

La directrice adjointe, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, déclare que, malgré le plan d'action en vue d'enrayer l'épidémie de VIH/sida, on observe encore d'importantes disparités en matière de traitement. Elle se félicite des rapports des représentants relatifs à la mise en œuvre de politiques fondées sur des bases factuelles dans le respect des droits de l'homme. L'hépatite C est en effet une maladie cachée qui impose un lourd fardeau à la Région. On doit disposer de davantage de capacités et de ressources pour s'attaquer à ce problème. Afin d'accélérer la réalisation des OMD, davantage d'efforts doivent être consentis en collaboration avec d'autres organismes internationaux, tels que l'ONUSIDA et le Fonds mondial.

## Confirmation des dates et lieux des futures sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

EUR/RC63/Conf.Doc./3

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R11 dans laquelle il confirme qu'il tiendra sa soixante-quatrième session à Copenhague du 15 au 18 septembre 2014. Il décide également que sa soixante-cinquième session aura lieu du 14 au 17 septembre 2015 à Vilnius (Lituanie), et que sa soixante-sixième session se tiendra à Copenhague, du 12 au 15 septembre 2016.

## Autres questions à l'ordre du jour

Une représentante de la Confédération internationale des sages-femmes effectue une déclaration, également au nom de la Société européenne de pneumologie, de l'Alliance internationale des organisations de patients, du Conseil international des infirmières, de la Fédération internationale du diabète, de l'International Society of physical and Rehabilitation Medicine, de l'International Spinal Cord Society, de la Coalition TB Europe, de l'Association mondiale des sociétés de pathologie et de médecine de laboratoire et de la Fédération mondiale des ergothérapeutes.

## Clôture de la session

Une représentante de la Suisse déclare que la session du Comité régional s'est déroulée dans un esprit reflétant le calme et la tranquillité de la côte de la mer Égée, où elle a établi ses quartiers. Elle a permis

d'évaluer les progrès considérables accomplis dans plusieurs domaines, ainsi que de prendre de nouveaux engagements. L'adoption du Plan d'action européen sur la santé mentale est particulièrement bien accueillie. Elle félicite toutes les parties concernées pour la très grande réussite de cette session.

## Résolutions et décisions

### **EUR/RC63/R1. Rapport du vingtième Comité permanent du Comité régional**

Le Comité régional,

Ayant examiné le Rapport du vingtième Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC63/4 et EUR/RC63/4 Add.1) ;

1. REMERCIE, au nom du Comité régional, le président et les membres du Comité permanent pour leur travail ;
2. INVITE le Comité permanent à poursuivre ses travaux sur la base des discussions tenues et des résolutions adoptées par le Comité régional à sa soixante-troisième session ;
3. PRIE la directrice régionale de donner les suites voulues aux conclusions et aux propositions figurant dans le rapport du Comité permanent, en tenant pleinement compte des propositions et suggestions formulées par le Comité régional à sa soixante-troisième session telles qu'elles ont été consignées dans le rapport de la session.

### **EUR/RC63/R2. Rapport intérimaire de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2012-2013**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport intérimaire de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2012-2013 (document EUR/RC63/5) et le document d'information connexe sur la situation financière du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (document EUR/RC63/Inf.Doc./4) ;

1. REMERCIE la directrice régionale pour son rapport ;
2. EXPRIME sa satisfaction devant les travaux accomplis par le Bureau régional au cours de la période biennale 2012-2013 ;
3. DEMANDE à la directrice régionale de prendre en considération les suggestions formulées au cours du débat tenu à la soixante-troisième session et de s'en inspirer pour élaborer les programmes de l'Organisation et mettre en œuvre les activités du Bureau régional.

## EUR/RC63/R3. Les indicateurs pour les « cibles » de Santé 2020

Le Comité régional,

Ayant examiné le document EUR/RC63/8 sur les indicateurs proposés pour les six grands buts du Cadre politique européen pour la santé et le bien-être, Santé 2020, à la suite d'une consultation avec les États membres ;

Rappelant la résolution EUR/RC62/R4 adoptée par le Comité régional à sa soixante-deuxième session, qui définit Santé 2020 comme un « cadre d'action [...] pour parvenir plus rapidement à un état de santé et de bien-être pour tous qui soit meilleur et plus équitable [...], avec une série de « grands buts » et les indicateurs appropriés pour la Région européenne » ;

S'appuyant sur l'héritage et l'expérience de la Région européenne concernant les valeurs, principes, buts et indicateurs de la Santé pour tous, de SANTE 21 et des déclarations adoptées lors des conférences ministérielles sur l'environnement et la santé ;

Conscient de la réforme menée actuellement par l'OMS et de ses implications pour permettre une forte adéquation entre les politiques mondiales et régionales, notamment le Cadre mondial de suivi sur les maladies non transmissibles ;

Compte tenu des conclusions et recommandations du *Rapport sur la santé en Europe 2012*<sup>1</sup>, réalisé en vue de définir les « cibles » et indicateurs de Santé 2020, ainsi que du Rapport sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS<sup>2</sup>, et reconnaissant la nécessité de poursuivre l'élaboration du système de suivi de Santé 2020 et d'assurer son alignement sur la politique Santé 2020 qui a été adoptée ;

Conscient du rôle central de leadership et d'initiative exercé par le secteur de la santé dans la collecte, l'analyse et l'interprétation de l'information sanitaire et des informations connexes ;

Reconnaissant les efforts consentis par le Bureau régional afin d'éviter le problème de la double déclaration des données, et d'empêcher un alourdissement de la charge imposée aux États membres en matière d'établissement de rapports ;

Conscient de la coopération en cours avec les partenaires internationaux en vue de mettre en place un seul système intégré d'information sanitaire en Europe<sup>3</sup>, au service des États membres et de tous les autres acteurs concernés, et sans préjuger du résultat final ;

---

<sup>1</sup> Le *Rapport sur la santé en Europe 2012 : la quête du bien-être*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012> ; consulté le 26 juin 2013).

<sup>2</sup> *Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region, Executive summary*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/sixty-second-session/documentation/background-documents/report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-executive-summary>; accessed 6 May 2013).

<sup>3</sup> *Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/121635/RC60\\_fdoc12add1.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/121635/RC60_fdoc12add1.pdf) ; consulté le 17 septembre 2013).

1. ADOPTE les indicateurs de base proposés pour Santé 2020 qui seront utilisés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en vue de suivre les progrès accomplis en ce qui concerne les six « cibles » adoptées pour Santé 2020 ;
2. CONVIENT que davantage d'efforts doivent être consentis à la définition des indicateurs du bien-être objectif, comme le souligne le document EUR/RC63/8 ;
3. CONVIENT que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe met en œuvre le cadre de suivi proposé, comme le mentionne l'annexe du document EUR/RC63/8, pour collecter, analyser et publier régulièrement les indicateurs dans ses publications périodiques ;
4. PRIE INSTAMMENT les États membres :
  - a) tout en prenant en compte leurs actuelles capacités et obligations en matière de suivi et en évitant d'alourdir inutilement la charge imposée par la communication de données, de faire rapport sur les indicateurs supplémentaires pour Santé 2020, tel que proposé à l'annexe du document EUR/RC63/8, lorsque ceux-ci sont disponibles ;
  - b) de contribuer aux systèmes d'information sanitaire et aux activités de collecte de données dans les pays européens, afin d'évaluer les indicateurs de base, comme indiqué à l'annexe du document EUR/RC63/8 ;
  - c) de prendre en compte le cadre politique régional Santé 2020 dans les activités internationales en matière de santé au sein de la Région européenne ;
5. PRIE la directrice régionale :
  - a) de faire rapport sur les progrès accomplis dans la réalisation des « cibles » régionales de Santé 2020, et de soumettre régulièrement des rapports de situation sur Santé 2020 ;
  - b) d'œuvrer à l'harmonisation des exigences en matière de données, avec d'autres organismes internationaux concernés, en tenant compte de leur travail dans ce domaine ;
  - c) de diriger d'autres travaux en vue d'étudier les moyens de mesurer et de fixer des « cibles » pour la santé et le bien-être, en garantissant la pleine participation des États membres<sup>4</sup>, de poursuivre les travaux du Groupe d'experts sur les indicateurs de Santé 2020 pour finaliser la définition des indicateurs du bien-être objectif en tenant compte des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé, et de faire rapport sur ces résultats au Comité régional, en sa soixante-quatrième session ;
  - d) de communiquer les « cibles » et indicateurs régionaux de Santé 2020 dans les forums internationaux compétents, et de diffuser activement les résultats ainsi que le matériel d'information approprié ;
  - e) de procéder à une mise à jour continue des bases factuelles et de connaissances relatives à l'information sanitaire, en utilisant tous les outils de communication appropriés ;
  - f) de faire rapport au Comité régional sur les indicateurs de Santé 2020 et les progrès accomplis dans l'harmonisation des exigences en matière de données.

#### **EUR/RC63/R4. Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020**

Le Comité régional,

---

<sup>4</sup> et, si applicable, les organisations régionales d'intégration économique.

Reconnaissant le fardeau de la morbidité associée à une mauvaise nutrition, une mauvaise alimentation et la sédentarité dans la Région européenne ;

Réaffirmant sa résolution EUR/RC56/R2, par laquelle il a adopté la Stratégie européenne pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles en tant que cadre d'action stratégique permettant, aux États membres de la Région européenne, de mettre en œuvre leurs politiques nationales et de s'engager dans des efforts de coopération internationale ;

Rappelant sa résolution EUR/RC57/R4 par laquelle il a adopté le Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle (2007-2012) ;

Réaffirmant l'adhésion à la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, adoptée en 2006 ;

Rappelant la résolution WHA66.10 de l'Assemblée mondiale de la santé, par laquelle a été adopté le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ;

Prenant acte de la résolution WHA63.23 de l'Assemblée mondiale de la santé, qui invitait les États membres à accroître la volonté politique pour prévenir et réduire la malnutrition sous toutes ses formes, à renforcer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et à appliquer à plus grande échelle les interventions dans le domaine de la nutrition ;

Prenant en considération le nouveau Cadre politique européen de la santé et du bien-être, Santé 2020 ;

Prenant acte du document EUR/RC63/18 contenant le Rapport d'avancement sur la nutrition, l'activité physique et l'obésité dans la Région européenne de l'OMS ;

Ayant examiné le résultat de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, à savoir la *Déclaration de Vienne*, adoptée à Vienne (Autriche) en juillet 2013 ;

1. APPROUVE la *Déclaration de Vienne* ;
2. INVITE les États membres<sup>5</sup> :
  - a) à envisager les options stratégiques présentées dans la *Déclaration de Vienne* comme une contribution significative à l'élaboration ou au renforcement des politiques nationales sur la nutrition et l'activité physique ;
  - b) à promouvoir une démarche fondée sur des bases factuelles, faisant intervenir tous les niveaux des pouvoirs publics et toutes les parties prenantes ;
  - c) à assurer une gouvernance adéquate pour la mise en œuvre des mesures de prévention des maladies provoquées par une mauvaise nutrition et le manque d'activité physique, à constituer des alliances intersectorielles et des réseaux et à favoriser l'octroi de moyens d'agir aux citoyens ;
  - d) à promouvoir l'intervention des parties concernées en tant que de besoin, l'accès à une nutrition et à une activité physique bénéfiques pour la santé, et ce à un coût abordable, comme moyen de lutte contre les inégalités ;
  - e) à renforcer les capacités nationales pour que les systèmes de santé réagissent aux problèmes de santé liés à la nutrition et au manque d'activité physique ;

---

<sup>5</sup> et, si applicable, les organisations régionales d'intégration économique

3. PRIE la directrice régionale :
  - a) d'élaborer, en étroite collaboration avec les États membres<sup>6</sup>, et en tenant pleinement compte des initiatives en cours et des plans et stratégies régionaux et mondiaux, un plan d'action européen sur l'alimentation et la nutrition, qui sera présenté à la soixante-quatrième session du Comité régional, ainsi qu'une stratégie sur l'activité physique, qui sera présentée à sa soixante-cinquième session ;
  - b) de poursuivre les objectifs de la *Déclaration de Vienne* et de promouvoir l'adhésion à celle-ci.

## **EUR/RC63/R5. Les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point sur la situation dans la Région européenne de l'OMS**

Le Comité régional,

Conscient de la persistance de la crise financière et économique sévissant dans la Région européenne de l'OMS et de ses effets sur la santé humaine ;

Conscient du fait que, depuis le début de la crise financière et économique mondiale en 2008, le chômage a fortement augmenté et les finances publiques se sont détériorées dans de nombreux pays ;

Reconnaissant également que les États membres de la Région européenne de l'OMS n'ont pas tous été affectés, ou n'ont pas été touchés au même degré, par la crise financière et économique ;

Reconnaissant que le contexte budgétaire contraint et les taux de chômage élevés sont susceptibles de se prolonger dans un avenir proche, et qu'il est donc essentiel de répertorier les derniers éléments de preuve et d'en tirer des enseignements afin d'éclairer les futures interventions politiques permettant d'atténuer les effets négatifs sur la santé de la population et de protéger les améliorations sanitaires réalisées au cours des dernières décennies ;

Rappelant la résolution EUR/RC59/R3, qui prend acte des recommandations d'action convenues lors de la réunion tenue à Oslo (Norvège) en avril 2009, et prie instamment les États membres de faire en sorte que leur système de santé continue de protéger les populations les plus vulnérables ;

Tenant compte du Cadre politique européen pour la santé et le bien-être, Santé 2020, qu'il a adopté en 2012<sup>7</sup> ;

Ayant examiné le *Rapport sur la santé en Europe 2012*<sup>8</sup> et le Rapport sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS<sup>9</sup> ;

1. FÉLICITE le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour son rôle pilote sur le plan technique face à la crise économique et financière, notamment pour l'élaboration de cadres analytiques en vue

---

<sup>6</sup> et, si applicable, les organisations régionales d'intégration économique

<sup>7</sup> Résolution EUR/RC62/R4.

<sup>8</sup> Le *Rapport sur la santé en Europe 2012 : la quête du bien-être*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012> ; consulté le 16 juillet 2013).

<sup>9</sup> *Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region, Executive summary*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/sixty-second-session/documentation/background-documents/report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-executive-summary>; accessed 6 May 2013).

d'examiner les politiques gouvernementales adoptées en réponse à la crise, la synthèse des éléments de preuve relatifs à l'impact sur la santé et la performance des systèmes de santé, l'organisation d'un dialogue politique et d'activités de transmission des connaissances, la tenue de cours de formation et l'apport d'une assistance technique directe ;

2. EXPRIME sa gratitude au gouvernement norvégien pour avoir si généreusement accueilli une réunion de haut niveau afin d'examiner l'impact de la crise économique sur la santé et les systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS (Oslo, 17 et 18 avril 2013) ;

3. APPROUVE les recommandations et enseignements politiques énoncés dans le document final de la réunion de haut niveau (EUR/RC63/13) ;

4. PRIE INSTAMMENT les États membres<sup>10</sup> de prendre en considération ces enseignements et, le cas échéant, de s'en inspirer lors de l'élaboration d'interventions face à la crise financière et économique persistante ;

5. PRIE la directrice régionale :

- a) de continuer à fournir aux États membres des outils et un soutien pour l'analyse, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques ;
- b) de coopérer étroitement à cette fin avec des partenaires tels que l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, l'Organisation de coopération et de développement économiques, la Commission européenne, le Fonds monétaire international et la Banque mondiale.

### **EUR/RC63/R6. Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle**

Le Comité régional,

Observant la propagation planétaire des moustiques des espèces *Aedes albopictus*, *Aedes aegypti* et *Culex*, qui sont des vecteurs efficaces de maladies potentiellement graves comme la dengue, le chikungunya et la fièvre du Nil occidental ;

Conscient d'une évolution inquiétante, à savoir l'élargissement des zones géographiques où sont présentes les populations de moustiques des espèces *Aedes albopictus*, *Aedes aegypti* et *Culex* et de l'augmentation du nombre de cas indigènes et des flambées épidémiques de dengue, de chikungunya et de fièvre du Nil occidental signalés dans la Région européenne de l'OMS au cours de ces dix dernières années ;

1. SOUTIENT le Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle ;

2. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres<sup>11</sup> les plus exposés aux risques de se servir du cadre régional comme d'un guide pour l'élaboration de plans d'action nationaux ;

3. PRIE la directrice régionale :

---

<sup>10</sup> et, si applicable, les organisations régionales d'intégration économique

<sup>11</sup> et, le cas échéant, aux organisations régionales d'intégration économique

- a) de continuer à mettre en place des partenariats et à coordonner l'évaluation des risques de maladie et la lutte contre leurs vecteurs dans la Région européenne de l'OMS ;
- b) de présenter au Comité régional, lors de sa soixante-huitième session, un rapport sur les progrès réalisés dans les pays appliquant le cadre régional.

## **EUR/RC63/R7. Gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe**

Le Comité régional,

Rappelant la résolution EUR/RC60/R3 qui, notamment, priait le Comité permanent du Comité régional (CPCR) d'entamer un cycle d'analyses approfondies de la gouvernance dans la Région européenne de l'OMS et de faire rapport au Comité régional sur les enseignements qu'il en tirerait, et ce suivant la périodicité que le CPCR lui-même jugeait appropriée ;

Prenant acte du fait que le vingtième CPCR, lors de sa deuxième session de novembre 2012, a décidé de constituer un groupe de travail ad hoc sur la gouvernance, mandaté pour analyser les expériences acquises ces deux dernières années dans le cadre de la mise en œuvre de la résolution mentionnée ci-dessus ;

Notant, en outre, que le CPCR a intégralement approuvé les recommandations du groupe de travail mentionné ci-dessus en ce qui concerne la méthode de travail et les modifications aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional ;

Ayant lui-même examiné ces recommandations telles qu'elles figurent dans le rapport de la directrice régionale à ce sujet (document EUR/RC63/16 Rev.1) ;

1. CONFIRME que la sélection des États membres de la Région européenne qui soumettront des candidatures aux postes de membre du Conseil exécutif et du CPCR sera opérée en fonction des éléments suivants :
  - a) le groupement sous-régional de pays confirmés par la résolution EUR/RC60/R3 et figurant dans l'annexe 1 à la présente résolution ;
  - b) la périodicité précisée dans la résolution EUR/RC60/R3 pour les membres permanents du Conseil de sécurité des Nations Unies ;
  - c) les critères en matière d'expérience et de domaines de compétence confirmés par la résolution EUR/RC60/R3 et figurant dans l'annexe 2 à la présente résolution ;
2. DÉCIDE que la sélection des États membres de la Région européenne qui soumettront des candidatures pour le Conseil exécutif et le CPCR respectera les calendriers établis à long terme pour la représentation, qui figurent dans l'annexe 3 à la présente résolution ;
3. DÉCIDE exceptionnellement que le mandat de deux des quatre membres du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé (CMES) élus lors de la soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sera de trois ans (du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 décembre 2016), tandis que les deux autres membres serviront le mandat normal de 2 ans (du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 décembre 2015) ;
4. APPROUVE les recommandations relatives à : a) la transparence des délibérations du CPCR ; et b) aux communications entre les membres du CPCR et les États membres de la Région européenne, reprises en annexe 4 de la présente résolution ;

5. DÉCIDE ÉGALEMENT que le nom et le titre des membres du CPRC seront publiés sur le site Web public du Bureau régional et que leurs coordonnées seront reprises sur le site Web protégé par un mot de passe ;
6. ADOPTE les amendements aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional repris à l'annexe 5 de la présente résolution, qui entreront en vigueur dès la fin de la présente session ;
7. ADOPTE le Code de conduite, repris en annexe 6 à la présente résolution, pour la désignation du directeur régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé ;
8. INVITE les États membres à appliquer et à respecter le Code de conduite, à le diffuser largement et à le rendre facilement accessible, ainsi qu'à le porter à l'attention des personnes qu'ils souhaitent proposer pour le poste de directeur régional dans les futurs processus de nomination ;
9. DÉCIDE que ledit Code de conduite entrera en vigueur à la fin de la présente session du Comité régional ;
10. PRIE la directrice régionale de soutenir la mise en œuvre de ce Code de conduite, comme prévu dans ledit Code ;
11. PRIE ÉGALEMENT la directrice régionale de faire prendre conscience au secrétariat du Bureau régional qu'il est important de se conformer aux obligations énoncées dans le Statut et le Règlement du personnel en ce qui concerne la conduite à observer au cours du processus de nomination du directeur régional, comme prévu dans la section du Code de conduite relative aux candidats internes.

## **Annexe 1. Groupement sous-régional des États membres**

### **Groupe A (17 États membres)**

Allemagne, Belgique, Danemark, Estonie, Finlande, Irlande, Islande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Slovaquie, Suède

Ce groupe disposerait en permanence de quatre sièges au Comité permanent et de deux sièges au Conseil exécutif, ainsi que d'un troisième siège en alternance avec le groupe B.

### **Groupe B (17 États membres)**

Andorre, Autriche, Bulgarie, Chypre, Croatie, Espagne, France, Grèce, Hongrie, Italie, Malte, Monaco, Portugal, Roumanie, Saint-Marin, Slovénie, Suisse

Ce groupe disposerait en permanence de quatre sièges au Comité permanent et de deux sièges au Conseil exécutif, ainsi que d'un troisième siège en alternance avec le groupe A.

### **Groupe C (19 États membres)**

Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Géorgie, Israël, Kazakhstan, Kirghizistan, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, Serbie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie et Ukraine

Ce groupe disposerait en permanence de quatre sièges au Comité permanent et de trois sièges au Conseil exécutif.

## Annexe 2. Critères à remplir pour la sélection de candidats à un siège au Conseil exécutif de l'OMS et au Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

Il est souhaitable de veiller à ce que les candidats pressentis pour siéger au Conseil exécutif et au Comité permanent maîtrisent un large spectre de compétences et aient une expérience pratique de la santé publique et de l'administration nationale.

Les critères suivants sont proposés en ce qui concerne l'expérience et les domaines de compétence :

- a) position actuelle (ou occupée dans un passé récent) proche du niveau décisionnel au sein de l'administration de la santé de son pays ;
- b) expérience de la collaboration avec des organisations internationales, l'OMS ou d'autres organisations du système des Nations Unies ;
- c) aptitude à collaborer, à coordonner et à communiquer aux niveaux national et international ;
- d) expérience de la coordination de programmes politiques et/ou techniques de haut niveau, sur le plan national (interrégional, interministériel) ou international (bilatéral ou interpays) ;
- e) disponibilité et engagement ;
- f) sexe (les candidatures féminines sont encouragées).

## Annexe 3. A. Calendrier pour la représentation européenne au Conseil exécutif

**Tableau 1 : Récapitulatif des sièges vacants par groupement sous-régional – par année de nomination**

Année de nomination	Groupe A	Groupe B	Groupe C
2013	Royaume-Uni	Pas de siège vacant	Fédération de Russie
2014	1 siège vacant	France 1 siège vacant	1 siège vacant
2015	1 siège vacant	Pas de siège vacant	1 siège vacant
2016	Pas de siège vacant	1 siège vacant	1 siège vacant
2017	Royaume-Uni 1 siège vacant	Pas de siège vacant	1 siège vacant
2018	Pas de siège vacant	1 siège vacant	1 siège vacant
2019	1 siège vacant	Pas de siège vacant	Fédération de Russie
2020	1 siège vacant	France 1 siège vacant	1 siège vacant
2021	1 siège vacant	Pas de siège vacant	1 siège vacant
2022	Pas de siège vacant	1 siège vacant	1 siège vacant
2023	Royaume-Uni 1 siège vacant	1 siège vacant	1 siège vacant

L'année de nomination indique l'année lors de laquelle les États membres sont invités à désigner des candidats, et le Comité régional examine ces candidatures au cours de sa session annuelle, qui a généralement lieu en septembre. L'année de nomination est l'année précédant celle où commence effectivement le mandat de membre du Conseil exécutif.

## B. Calendrier pour la représentation au Comité permanent

**Tableau 2. Récapitulatif des sièges vacants par groupement sous-régional – par année de nomination**

Année de nomination	Groupe A	Groupe B	Groupe C
2013	2 sièges vacants	1 siège vacant	1 siège vacant
2014	1 siège vacant	2 sièges vacants	1 siège vacant
2015	1 siège vacant	1 siège vacant	2 sièges vacants
2016	2 sièges vacants	1 siège vacant	1 siège vacant
2017	1 siège vacant	2 sièges vacants	1 siège vacant
2018	1 siège vacant	1 siège vacant	2 sièges vacants
2019	2 sièges vacants	1 siège vacant	1 siège vacant
2020	1 siège vacant	2 sièges vacants	1 siège vacant
2021	1 siège vacant	1 siège vacant	2 sièges vacants
2022	2 sièges vacants	1 siège vacant	1 siège vacant
2023	1 siège vacant	2 sièges vacants	1 siège vacant

L'année de nomination indique l'année lors de laquelle les États membres sont invités à désigner des candidats, et le Comité régional examine ces candidatures au cours de sa session annuelle, qui a généralement lieu en septembre. Les candidats sélectionnés entreront en fonction tout de suite après cette session du Comité régional.

### **Annexe 4. Transparence des délibérations du CPRC et des communications entre les membres du CPRC et les États membres de la Région européenne**

L'ordre du jour de chaque réunion du CPRC ainsi qu'une liste des documents devant être examinés seront publiés bien avant la réunion sur le site Web protégé par un mot de passe, et dans le cas de la réunion tenue en mai par le Comité permanent, les projets de documents seront mis à la disposition de tous les États membres au moment où ils sont mis à la disposition des membres du Comité permanent.

Les États membres peuvent envoyer des questions et/ou propositions au directeur régional via le site Web protégé. Ces points seront abordés dans le discours d'ouverture du directeur régional, qui sera retransmis en direct sur Internet.

Les membres du CPRC conviendront d'être les points focaux pour des aspects techniques et résolutions particuliers. La décision de savoir quels membres seront désignés comme points focaux sera prise lors de la réunion de printemps du CPRC, consignée dans le procès-verbal de la réunion et communiquée à tous les États membres, leur permettant ainsi de prendre contact avec leur point focal du CPRC dès la séance ouverte du CPRC, en mai, et jusqu'à la session du Comité régional, en septembre.

Le bureau du CPRC – président et vice-président – travaillera en étroite collaboration avec les organisations sous-régionales des États membres, telles que l'Union européenne, le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, la Communauté des États indépendants et la Communauté économique eurasiatique, surtout en préparation du Comité régional. Les membres du CPRC dont les pays sont membres de ces organisations sous-régionales sont encouragés à tenir celles-ci informées des travaux du CPRC.

## **Annexe 5. Proposition d'amendements aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional**

### **Première partie : Règlement intérieur du Comité régional de l'Europe**

#### **Article 14.2.10 : à ajouter**

**h)** d'examiner les pouvoirs des délégués des Membres, en établissant une sous-division de trois membres, et d'en faire rapport au Comité régional.

#### **Article 22 bis**

Les propositions officielles, faites par des États membres sous la forme de résolutions ou de décisions portant sur des points de l'ordre du jour provisoire, seront présentées par écrit et transmises au directeur régional au moins sept jours avant le premier jour de la session du Comité régional, à l'ouverture, pour autant que les documents y afférents soient publiés 3 semaines avant le début de cette session. Le Comité régional peut, s'il le juge approprié, examiner des propositions officielles présentées par des États membres de la Région après la date d'échéance susmentionnée.

Les propositions d'amendements substantiels auxdites propositions officielles seront normalement présentées par écrit et transmises au directeur régional avant la clôture du premier jour de la session du Comité régional. Le directeur régional distribuera des copies desdits amendements aux délégations, et ce au plus tard à l'ouverture de la session le deuxième jour. Aucun de ces amendements ne sera discuté ou mis au vote lors d'une réunion du Comité régional sans que des copies desdits amendements n'aient été distribuées à toutes les délégations au moins 24 heures auparavant. Le président peut néanmoins autoriser la discussion et l'examen de ces amendements, même s'ils n'ont pas été distribués dans ces délais.

#### **Article 22 ter**

Les propositions officielles du secrétariat, sous forme de résolutions ou de décisions relatives à des points de l'ordre du jour provisoire, seront envoyées par le directeur régional aux États membres et aux organisations stipulées à l'article 2 qui ont été invitées à participer, au moins six semaines avant le début de la session.

Les propositions d'amendements substantiels auxdites propositions officielles seront normalement présentées par écrit et transmises au directeur régional au moins 24 heures avant l'ouverture du premier jour de la session du Comité régional. Le directeur régional distribuera des copies desdits amendements aux délégations, et ce au plus tard à l'ouverture de la session le premier jour. Aucun amendement ne sera discuté ou mis au vote lors d'une réunion du Comité régional sans que des copies desdits amendements n'aient été distribuées à toutes les délégations au moins 24 heures auparavant. Le président peut néanmoins autoriser la discussion et l'examen de ces amendements, même s'ils n'ont pas été distribués dans ces délais.

#### **Article 22 quater**

En vue d'une conduite juste et efficiente des débats lors de la session du Comité régional, les propositions officielles de résolutions, décisions et amendements substantiels desdites résolutions et décisions peuvent nécessiter une consultation préalable sur la marche à suivre avec le bureau du Comité régional et le directeur régional, si le Comité régional en décide ainsi. Le Comité régional peut, de surcroît, décider d'établir un sous-comité chargé d'examiner et de détailler ces questions.

**Article 47**

**47.4** Tout membre de la Région peut proposer le nom d'une ou plusieurs personnes, dont chacune s'est déclarée prête à assumer les fonctions de directeur régional ; cette proposition doit être accompagnée de renseignements concernant les qualifications et l'expérience de ces personnes. Les États membres seront attentifs au Code de conduite adopté par le Comité régional et le porteront à l'attention desdites personnes. Ces propositions sont adressées au directeur général... *(suite du paragraphe tel qu'il figure dans le règlement intérieur actuel).*

**Deuxième partie : Règlement intérieur du Comité permanent du Comité régional****Article 3**

À l'exception de la réunion qui doit se tenir en mai de chaque année préalablement à l'Assemblée de la santé, et à laquelle tous les membres<sup>12</sup> de la Région seront invités sans droit de vote, les réunions du CPR seront privées, sauf si celui-ci en décide autrement. Toutefois, prenant en considération... *(suite du paragraphe tel qu'il figure dans le règlement intérieur actuel).*

**Annexe 6. Code de conduite pour la désignation du directeur régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé**

Ce Code de conduite (Code) vise à promouvoir une procédure ouverte, juste, équitable et transparente en vue de la désignation du directeur régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans un but d'amélioration de l'ensemble de la procédure, ce Code traite d'un certain nombre de domaines, notamment la soumission de propositions et la conduite de campagnes électorales par les États membres et les candidats.

Ledit Code constitue un accord politique conclu entre les États membres de la Région européenne (États membres). Il recommande le comportement que l'on souhaiterait voir adopter par les États membres et les candidats lors de la désignation du directeur régional, dans le but de renforcer l'équité, l'ouverture et la transparence de la procédure, et partant, sa légitimité, de même que la légitimité et l'acceptation de son résultat. Le Code n'est pas juridiquement contraignant en soi, mais les États membres et les candidats doivent en respecter la teneur.

Le Code s'appuie sur, et renforce, les dispositions relatives à la désignation du directeur régional de l'Europe, telles qu'exposées dans l'article 47 du règlement intérieur du Comité régional de l'Europe.

**A. Conditions générales****I. Principes fondamentaux**

1. L'ensemble de la procédure de désignation, de même que les activités de la campagne électorale qui y sont liées, seront régis à la fois par les dispositions de l'article 47 du règlement intérieur et par les principes ci-dessous, qui servent la légitimité de la procédure et de ses résultats :

- impartialité ;
- équité ;
- transparence ;
- bonne foi ;

---

<sup>12</sup> et, si applicable, les organisations régionales d'intégration économique

- dignité, respect mutuel et modération ;
- non-discrimination ;
- mérite.

## **II. Autorité du Comité régional et de son règlement intérieur**

1. Les États membres acceptent l'autorité dont le Comité régional de l'Europe (Comité régional) est investi pour procéder à la désignation du directeur régional conformément à l'article 47 de son règlement intérieur et aux résolutions concernées du Comité régional.
2. Les États membres qui proposent des personnes au poste de directeur régional ont le droit de promouvoir leur candidature. Ce principe s'applique aux candidats et à la promotion de leur propre candidature. Dans l'exercice de ce droit, les États membres et les candidats respecteront toutes les règles relatives à la désignation du directeur régional stipulées à l'article 47 du règlement intérieur du Comité régional, de même que dans les résolutions et décisions concernées du Comité régional.

## **III. Responsabilités**

1. Il est de la responsabilité des États membres et des candidats d'observer et de respecter ce Code.
2. Les États membres reconnaissent que la procédure de désignation du directeur régional doit être juste, ouverte, transparente, équitable et fondée sur les mérites de chaque candidat. Ils diffuseront publiquement ce Code et faciliteront l'accès à celui-ci.

## **B. Conditions à remplir aux différentes étapes de la procédure de désignation**

### **I. Soumission des propositions**

1. Lorsqu'ils proposent le nom d'une ou de plusieurs personnes pour le poste de directeur régional, les États membres soumettront, à la demande du directeur général, les renseignements nécessaires en matière de qualifications et d'expérience de chaque personne, conformément aux critères adoptés par la résolution EUR/RC40/R3, confirmée et complétée par la résolution EUR/RC47/R5.

### **II. Campagne électorale**

1. Ce Code s'applique aux activités électorales relatives à la désignation du directeur régional, quel que soit le moment où elles ont lieu, jusqu'à la désignation par le Comité régional.
2. Tous les États membres et les candidats encourageront et promouvoir la communication et la coopération entre eux tout au long de la procédure de désignation. Les États membres et les candidats agiront de bonne foi et garderont à l'esprit les objectifs communs de promotion de l'équité, de l'ouverture, de la transparence et de l'impartialité tout au long de la procédure de désignation.
3. Les États membres et les candidats feront référence les uns aux autres avec respect ; aucun État membre ou candidat ne perturbera ni n'entravera les activités de campagne des autres candidats, et ce à aucun moment. Aucun État membre ou candidat ne formulera des déclarations orales ou écrites, ou n'entreprendra des démarches, qui pourraient être jugées calomnieuses ou diffamatoires.
4. Tous les États membres et les candidats divulgueront leurs activités de campagne (telles que la tenue de réunions, d'ateliers, de visites). Les informations divulguées seront affichées sur une page prévue à cet effet sur le site Web du Bureau régional.

5. Les États membres et les candidats s'abstiendront d'influencer de manière inappropriée la procédure de désignation, par exemple en donnant ou en acceptant des avantages financiers ou autres en contrepartie du soutien d'un candidat, ou en promettant ces avantages.

6. Les États membres et les candidats ne feront pas de promesses et ne prendront pas d'engagements en faveur d'aucune personne ou entité, publique ou privée, et n'accepteront pas d'instructions de ces personnes ou entités, si cela peut saper, ou être perçu comme pouvant saper, l'intégrité de la procédure de désignation.

7. Les États membres ayant proposé un candidat faciliteront la tenue de réunions entre leur candidat et d'autres États membres, si une telle demande est émise. Lorsque cela est possible, les réunions entre candidats et États membres seront organisées à l'occasion de conférences ou autres événements impliquant les États membres de la Région plutôt que lors de visites bilatérales.

8. Les États membres désignant des candidats pour le poste de directeur régional envisageront de divulguer les dons ou financements reçus pendant les deux années précédentes, afin d'assurer une totale transparence et une confiance mutuelle entre États membres.

9. Les voyages des candidats dans les États membres aux fins de promotion de leur candidature seront limités pour éviter des dépenses excessives, qui pourraient engendrer une inégalité entre États membres et entre candidats.

À ce propos, les États membres et les candidats envisageront d'utiliser autant que possible les structures existantes (Comités régionaux, Conseil exécutif, Assemblée mondiale de la santé) pour les réunions et autres activités promotionnelles liées à la campagne électorale.

10. On évitera toute activité de promotion électorale ou de propagande organisée sous prétexte de réunions techniques ou d'événements similaires.

11. Après la diffusion des noms et des informations relatives aux candidats auprès des États membres, conformément aux dispositions de l'article 47.9 du règlement intérieur, par le directeur général, ce dernier ouvrira un forum de questions-réponses sur le site Web de l'OMS, qui sera protégé par un mot de passe et ouvert à tous les États membres européens et aux candidats qui souhaiteraient y participer.

12. Après la diffusion des noms et des informations relatives aux candidats auprès des États membres par le directeur général, le Bureau régional affichera sur son site Web les renseignements sur les candidats qui en auraient fait la demande, notamment leur curriculum vitae et les autres informations précisant leurs qualifications et leur expérience, telles que les États membres les ont transmises, de même que leurs coordonnées et les articles et points de décision relatifs à la procédure de désignation, conformément à l'article 47 du règlement intérieur. Le site Web fournira aussi sur demande les liens vers les sites Web des candidats. Chaque candidat est responsable de la création et du financement de son propre site Web.

13. Outre les points susmentionnés, le Groupe d'évaluation régional peut, s'il l'estime souhaitable, prendre des dispositions pour organiser des présentations orales des candidats, à durée limitée, lors de la réunion des États membres européens tenue conjointement avec le Comité permanent juste avant l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la santé, conformément à l'article 47.8.

### **III. Désignation**

1. La désignation du directeur régional a lieu lors de séances privées du Comité régional, conformément à l'article 47.12 du règlement intérieur. La présence aux séances privées est requise par le directeur général, et limitée aux États membres et au personnel essentiel du secrétariat. Les candidats n'assisteront pas à ces réunions, même s'ils font partie de la délégation de leur pays. Les votes lors des séances privées sont organisés au scrutin secret. Les résultats des scrutins ne seront pas divulgués par les États membres.

2. Les États membres observeront strictement l'article 47 du règlement intérieur, ainsi que les autres résolutions applicables, et respecteront l'intégrité, la légitimité et la dignité des délibérations. Dans ce cadre, ils éviteront les comportements et les actes, à l'intérieur et à l'extérieur de la salle de conférences où se déroule la désignation, qui pourraient être perçus comme de nature à en influencer le résultat.

3. Les États membres respecteront la confidentialité des délibérations et le secret du vote. En particulier, ils s'abstiendront de communiquer ou de diffuser les délibérations au moyen d'appareils électroniques pendant les séances privées.

#### **IV. Candidats internes**

1. Les membres du personnel de l'OMS, y compris le directeur régional en exercice, qui sont proposés au poste de directeur régional, sont tenus de respecter les obligations exposées dans le Règlement du personnel et le Statut du personnel, ainsi que les recommandations que peut émettre occasionnellement le directeur général.

2. Les membres du personnel de l'OMS proposés au poste de directeur régional observeront la plus stricte déontologie et s'efforceront d'éviter toute apparence d'irrégularité. Les membres du personnel de l'OMS opéreront une nette séparation entre leurs fonctions et leur candidature, et éviteront que se chevauchent, ou semblent se chevaucher, leurs activités de campagne et le travail qu'ils accomplissent pour l'OMS. Ils éviteront aussi toute apparence de conflit d'intérêt.

3. S'il est allégué que les membres du personnel de l'OMS ont manqué à leurs obligations dans le cadre de leurs activités de campagne, ils sont placés sous l'autorité du directeur régional et du directeur général, conformément au statut et au règlement applicables.

4. Le Comité régional peut proposer au directeur général d'appliquer l'article 650 du Règlement du personnel, prévoyant un congé spécial pour les membres du personnel proposés pour le poste de directeur régional.

### **EUR/RC63/R8. Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional lors de sessions précédentes, et recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs de communication de rapports**

Le Comité régional,

Ayant examiné le document EUR/RC63/17 Rev.1 intitulé « Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional au cours de ces dix dernières années (2003-2012), et recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs de communication de rapports » ;

Rappelant la résolution EUR/RC58/R5 du Comité régional relative à l'examen du processus de communication de rapports au Comité régional sur les résolutions adoptées lors des sessions précédentes ;

Ayant pris acte du fait qu'un certain nombre de résolutions comportent un impératif de communication de rapports au Comité régional d'une durée indéterminée ;

1. **APPROUVE** les recommandations formulées dans le document EUR/RC63/17 Rev.1 et relatives à la désactivation de résolutions et à la communication de rapports, à savoir instaurer une pratique d'établissement de rapports limité dans le temps, de mettre un terme à la rédaction de rapports sans précision de durée et de désactiver les résolutions qui ont été entièrement remplacées par des résolutions ultérieures ;

2. PRIE la directrice régionale de continuer à définir les impératifs de communication des rapports sur la mise en œuvre des résolutions, en spécifiant une date de fin pour la communication de ces rapports au Comité régional.

### **EUR/RC63/R9. Désignation d'un Groupe d'évaluation régional**

Le Comité régional,

Conformément à l'article 47 de son règlement intérieur :

1. NOMME un Groupe d'évaluation régional composé des membres et des suppléants suivants :

Membres :

Dr Daniel Reynders (Belgique)  
Dr Svetlana Axelrod (Fédération de Russie)  
Mme Outi Kuivasniemi (Finlande)

Suppléants :

Pr Maksut Kulzhanov (Kazakhstan)  
Pr Vilius Grabauskas (Lituanie)  
M. Mykhailo Statkevych (Ukraine)

2. PRIE le Groupe d'évaluation régional d'accomplir ses tâches conformément aux principes stipulés dans le Code de conduite, aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional, et aux autres critères énoncés dans le document EUR/RC63/Inf.Doc./2, dans le but de faire rapport sur ses travaux au Comité régional lors de la soixante-quatrième session de ce dernier.

### **EUR/RC63/R10. Le Plan d'action européen sur la santé mentale**

Le Comité régional,

S'inspirant de la résolution EUR/RC55/R2 portant adoption de la Déclaration sur la santé mentale signée à Helsinki en 2005, qui soutenait la mise en œuvre de politiques de santé mentale visant le bien-être mental et l'inclusion sociale ;

Reconnaissant que le Plan d'action européen sur la santé mentale propose une démarche en interdépendance avec d'autres stratégies et politiques de l'OMS, comme Santé 2020 – le cadre politique européen de la santé et du bien-être (résolution EUR/RC62/R4), le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 (résolution WHA66.8) et le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 (résolution EUR/RC61/R3) et intégrée avec ces stratégies et politiques ;

Rappelant et soulignant l'importance des instruments des Nations Unies, notamment de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, et les obligations des États parties aux termes de ces instruments, et encourageant les États membres qui n'y sont pas encore parties à envisager l'application de leurs dispositions en tant que de besoin ;

Se félicitant de la participation des États membres, des groupes représentatifs des utilisateurs et de leur famille, des fédérations professionnelles et des experts à l'élaboration de ce plan d'action ;

1. APPROUVE le Plan d'action européen sur la santé mentale ;

2. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres<sup>13</sup> :
  - a) d'améliorer la santé et le bien-être psychiques de toute la population et d'alléger le fardeau des troubles mentaux, en assurant la prise de mesures en faveur de la promotion, de la prévention et de l'action sur les déterminants de la santé mentale, combinant des interventions à la fois universelles et ciblées, et en mettant spécialement l'accent sur les groupes vulnérables ;
  - b) de respecter les droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale, de promouvoir leur inclusion sociale et de leur offrir des possibilités équitables d'atteindre une qualité de vie optimale, en luttant contre la stigmatisation, les discriminations et l'isolement ;
  - c) de renforcer ou d'établir l'accès et le recours approprié à des services de santé mentale de proximité sûrs, compétents, abordables et efficaces ;
3. INVITE les organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales, y compris les associations d'utilisateurs et de leur famille et les fédérations professionnelles, à soutenir la mise en œuvre de ce plan d'action ;
4. PRIE la directrice régionale :
  - a) d'apporter un soutien technique à la mise en œuvre de ce plan d'action ;
  - b) de faire rapport sur les progrès réalisés pour 2017.

### **EUR/RC63/R11. Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2014-2017**

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution EUR/RC62/R8 adoptée à sa soixante-deuxième session ;

1. RECONFIRME que la soixante-quatrième session se tiendra à Copenhague du 15 au 18 septembre 2014 ;
2. DÉCIDE que la soixante-cinquième session se tiendra à Vilnius (Lituanie) du 14 au 17 septembre 2015 ;
3. DÉCIDE que la soixante-sixième session se tiendra à Copenhague du 12 au 15 septembre 2016 ;
4. DÉCIDE ÉGALEMENT que la soixante-septième session se tiendra à des dates et dans un lieu à confirmer.

### **EUR/RC63(1). Création d'un nouveau bureau géographiquement dispersé pour les soins de santé primaires au Kazakhstan**

Le Comité régional décide,

---

<sup>13</sup> et, si applicable, les organisations régionales d'intégration économique

1. que le secrétariat est chargé de mettre en place, au Kazakhstan, un bureau géographiquement dispersé (GDO) pour les soins de santé primaires, sur la base de l'analyse justificative et du profil technique présentés dans les documents EUR/RC63/22 Rev.1 et EUR/RC63/Inf.Doc./8 ;
2. de demander au secrétariat d'établir le GDO en pleine coopération avec le pays hôte, en tenant compte des commentaires formulés lors de la soixante-troisième session du Comité régional et des débats engagés à ce sujet ;
3. que des rapports d'avancement seront régulièrement présentés chaque année au Comité régional dans le cadre du Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne, et tous les cinq ans dans le cadre du rapport consacré aux activités de l'ensemble des GDO et de leur évaluation.

### **EUR/RC63(2). Création d'un nouveau bureau géographiquement dispersé pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire en Turquie**

Le Comité régional décide,

1. de rebaptiser le bureau géographiquement dispersé (GDO) pour les crises humanitaires (EUR/RC62(2)) « GDO pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire » ;
2. que le secrétariat est chargé de mettre en place, en Turquie, un GDO pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire, sur la base de l'analyse justificative et du profil technique présentés dans les documents EUR/RC63/23 et EUR/RC63/Inf.Doc./11 ;
3. de demander au secrétariat d'établir le GDO en pleine coopération avec le pays hôte, en tenant compte des commentaires formulés lors de la soixante-troisième session du Comité régional et des débats engagés à ce sujet ;
4. que des rapports d'avancement seront régulièrement présentés chaque année au Comité régional dans le cadre du Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne, et tous les cinq ans dans le cadre du rapport consacré aux activités de l'ensemble des GDO et de leur évaluation.

## Annexe 1. Ordre du jour

### 1. Ouverture de la session

- Élection du président, du président exécutif, du vice-président exécutif et du rapporteur
- Adoption de l'ordre du jour et du programme provisoires

### 2. Allocutions

- a) Rapport de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne depuis la soixante-deuxième session du Comité régional

### 3. Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif

- a) Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles
- b) La santé dans le Programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015
- c) Règlement sanitaire international (2005)
- d) Plan d'action mondial pour les vaccins
- e) Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement

### 4. Rapport du vingtième Comité permanent du Comité régional

### 5. Questions de politique et questions techniques

- a) Santé 2020
  - i) Mise en œuvre de Santé 2020 : progrès accomplis et faits nouveaux depuis la soixante-deuxième session du Comité régional
  - ii) *Rapport sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS*
  - iii) Cadre de suivi de Santé 2020, avec indicateurs
- b) Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle
- c) Rapport du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé
- d) Plan d'action européen sur la santé mentale 2014-2020
- e) Rapport de situation sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole et programme de mesures accélérées pour parvenir à leur élimination dès 2015
- f) Partenariats
- g) Résultats des conférences et des réunions de haut niveau
  - i) Réunion de haut niveau sur les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point de la situation dans la Région européenne de l'OMS, Oslo (Norvège), 17 et 18 avril 2013

- ii) Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé : la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques : un appel à l'action ; notamment la Journée de l'Europe : Promouvoir la santé dans toutes les politiques : expériences de la Région européenne, Helsinki (Finlande), 10-14 juin 2013
- iii) Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, Vienne (Autriche), 4 et 5 juillet 2013
- h) Réforme de l'OMS : les incidences pour le Bureau régional de l'Europe
  - i) Aperçu des incidences de la réforme de l'OMS sur le Bureau régional de l'Europe
  - ii) Exécution du budget programme 2014-2015, avec allocation stratégique des ressources
  - iii) Processus d'élaboration du budget programme 2016-2017
  - iv) Résultats du premier dialogue sur le financement
  - v) Situation financière du Bureau régional de l'Europe
- i) Gouvernance du Bureau régional de l'Europe, notamment
  - i) Amendements aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional
  - ii) Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional au cours de ces dix dernières années (2003-2012) et recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs de communication de rapports
- j) Bureaux géographiquement dispersés (GDO) : analyses justificatives et rapports d'avancement
- k) Rapports de situation
  - i) Catégorie 1 : Maladies transmissibles
    - 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 (EUR/RC61/R7)
  - ii) Catégorie 2 : Maladies non transmissibles
    - Lutte contre le tabagisme dans la Région européenne
    - Mise en œuvre du Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012 (EUR/RC57/R4 et EUR/RC58/R5)
    - Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 (EUR/RC61/R3)
  - iii) Catégorie 3 : Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie
    - Progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé (EUR/RC57/R2)
  - iv) Catégorie 5 : Préparation, surveillance et intervention
    - Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC59/R5)
    - Mise en œuvre du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques (EUR/RC61/R6)

6. **Séance privée : élections et désignations**
7. **Confirmation des dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional**
8. **Autres questions à l'ordre du jour**
9. **Approbation du rapport et clôture de la session**

#### **Séances d'information technique**

- Prévention des mauvais traitements et autres expériences négatives dans l'enfance
- *Rapport sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS*
- Mise en œuvre de Santé 2020 : renforcer la responsabilité en matière de santé au niveau intersectoriel en Turquie
- Exposé introductif sur le budget programme de l'OMS et les aspects financiers

#### **Déjeuners ministériels**

- Les déterminants sociaux de la santé et la gouvernance de la santé – *Rapport sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS et ses incidences sur la gouvernance*
- La menace croissante posée par la résistance aux antimicrobiens pour la santé publique
- Mise en application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne de l'OMS

## Annexe 2. Liste des documents

### Documents de travail

EUR/RC63/1	Liste provisoire des documents
EUR/RC63/2 Rev.2	Ordre du jour provisoire
EUR/RC63/2 Rev.2 Add.1	Ordre du jour provisoire (annoté)
EUR/RC63/3 Rev.2	Programme provisoire
EUR/RC63/4	Rapport du vingtième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC63/4 Add.1	Vingtième Comité permanent du Comité régional Rapport de la cinquième session
EUR/RC63/5	Rapport intérimaire de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2012-2013
EUR/RC63/6	Questions soulevées par les résolutions et décisions de la Soixante-sixième session de l'Assemblée mondiale de la santé
EUR/RC63/7 Rev.1	Composition des organes et comités de l'OMS
EUR/RC63/7 Add.1	Composition des organes et comités de l'OMS
EUR/RC63/8	Santé 2020 – « cibles », indicateurs et cadre de suivi
EUR/RC63/9	Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle
EUR/RC63/10	Rapport du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé au Comité régional de l'OMS pour l'Europe et au Comité des politiques de l'environnement de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe
EUR/RC63/11	Le Plan d'action européen sur la santé mentale
EUR/RC63/12	Rapport de situation sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole et programme de mesures accélérées pour parvenir à leur élimination dès 2015
EUR/RC63/13	Document final de la Réunion de haut niveau sur les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point sur la situation dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC63/14	Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020
EUR/RC63/15	Réforme de l'OMS : état d'avancement et incidences pour l'Europe
EUR/RC63/16 Rev.1	Réforme de la gouvernance dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC63/17 Rev.1	Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional au cours de ces dix dernières années (2003-2012) et recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs de communication de rapports
EUR/RC63/18	Rapports de situation
EUR/RC63/18 Corr.1	Rapports de situation
EUR/RC63/19	Rapport de la réunion inaugurale pour le dialogue sur le financement de l'OMS
EUR/RC63/20	Préparation du projet de budget programme 2016-2017
EUR/RC63/21	Exécution du budget programme 2014-2015
EUR/RC63/21 Corr.1	Exécution du budget programme 2014-2015

EUR/RC63/22 Rev.1	Proposition de bureau géographiquement dispersé sur les soins de santé primaires : analyse justificative
EUR/RC63/23	Analyse justificative (modèle opérationnel) du projet de bureau géographiquement dispersé pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire
EUR/RC63/23 Corr.1	Analyse justificative (modèle opérationnel) du projet de bureau géographiquement dispersé pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire

### Documents de conférence

EUR/RC63/Conf.Doc./1 Rev.1	Rapport intérimaire de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2012-2013
EUR/RC63/Conf.Doc./2	Rapport du vingtième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC63/Conf.Doc./3	Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2014-2017
EUR/RC63/Conf.Doc./4	Désignation d'un Groupe d'évaluation régional
EUR/RC63/Conf.Doc./5 Rev.1	Gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC63/Conf.Doc./6	Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle
EUR/RC63/Conf.Doc./7	Les indicateurs pour les « cibles » de Santé 2020
EUR/RC63/Conf.Doc./8	Le Plan d'action européen sur la santé mentale
EUR/RC63/Conf.Doc./9	Les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point sur la situation dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC63/Conf.Doc./10 Rev.1	Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020
EUR/RC63/Conf.Doc./11 Rev.1	Création d'un nouveau bureau géographiquement dispersé pour les soins de santé primaires au Kazakhstan
EUR/RC63/Conf.Doc./12 Rev.1	Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional lors de sessions précédentes, et recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs de communication de rapports
EUR/RC63/Conf.Doc./13	Création d'un nouveau bureau géographiquement dispersé pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire en Turquie

### Documents d'information

EUR/RC63/Inf.Doc./1	Implementing Health 2020
EUR/RC63/Inf.Doc./2	Appointment of a regional evaluation group
EUR/RC63/Inf.Doc./3	Implementing the programme budget 2014–2015: supplementary information
EUR/RC63/Inf.Doc./4	Financial situation of the WHO Regional Office for Europe
EUR/RC63/Inf.Doc./5	Progress report on the WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening
EUR/RC63/Inf.Doc./6	Progress report on the WHO European Centre for Environment and Health, Bonn, Germany (WHO/ECEH)
EUR/RC63/Inf.Doc./6 Corr.1	Progress report on the WHO European Centre for Environment and Health, Bonn, Germany (WHO/ECEH)

EUR/RC63/Inf.Doc./7	Progress report on the WHO European Office for Investment for Health and Development, Venice, Italy (WHO/PCR-SDH)
EUR/RC63/Inf.Doc./8	WHO Regional Office for Europe Centre for Primary Health Care
EUR/RC63/Inf.Doc./9	Health on the United Nations post-2015 development agenda
EUR/RC63/Inf.Doc./10	Development of a limited set of action plan indicators to inform reporting on progress made in the implementation of the WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020
EUR/RC63/Inf.Doc./11	WHO Regional Office for Europe Centre for Preparedness for Humanitarian and Health Emergencies
EUR/RC63/Inf.Doc./12	Implementation of the International Health Regulations (2005)
EUR/RC63/Inf.Doc./13	The Global Vaccine Action Plan 2011–2020: monitoring progress and preparing a Regional vaccine action plan

## **Annexe 3. Liste des représentants et autres participants**

### **I. États membres**

#### **Albanie**

*Représentant*

S. E. M. Genci Muçaj  
Ambassadeur, Ambassade d'Albanie en Turquie

#### **Allemagne**

*Représentants*

M. Udo Scholten  
Directeur général, Politique européenne et internationale de la santé, ministère fédéral de la Santé

Mme Dagmar Reitenbach  
Chef de division, Politique mondiale de la santé, ministère fédéral de la Santé

*Suppléante*

Mme Chariklia Balas  
Chef adjointe de division, Politique mondiale de la santé, ministère fédéral de la Santé

*Conseiller*

M. Thomas Ifland  
Conseiller, Coopération multilatérale en santé publique, ministère fédéral de la Santé

#### **Andorre**

*Représentante*

Mme Carme Pallarés  
Directrice, Département des ressources sanitaires, ministère de la Santé et du Bien-être

#### **Autriche**

*Représentantes*

Pr Pamela Rendi-Wagner  
Directrice générale de la santé publique, médecin conseiller technique, ministère fédéral de la Santé

Mme Petra Lehner  
Conseillère pour la nutrition, l'alimentation, la médecine vétérinaire et le génie génétique,  
ministère fédéral de la Santé

*Suppléante*

Dr Verena Gregorich-Schega  
Chef, Service de la coordination internationale de la politique de la santé et de l'Organisation mondiale de la santé, ministère fédéral de la Santé

*Conseillères*

Mme Aziza Haas  
Service de la coordination internationale de la politique de la santé et de l'Organisation mondiale de la santé, ministère fédéral de la Santé

Mme Ilana Ventura  
Coordonnatrice de projet pour la directrice générale de la santé publique

## **Azerbaïdjan**

*Représentant*

M. Elsevar Aghayev  
Vice-ministre de la Santé

## **Bélarus**

*Représentants*

Dr Vasily Zharko  
Ministre de la Santé

M. Anatoly Grushkovsky  
Chef, Service des relations extérieures, ministère de la Santé

*Suppléant*

M. Igor Belyi  
Consul général du Bélarus à Istanbul

*Conseillère*

Mme Tatyana Bogushevich  
Première secrétaire, Service général de la diplomatie multilatérale, ministère des Affaires étrangères

## Belgique

### *Représentants*

M. Alex Lenaerts

Conseiller diplomatique, cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Dr Daniel Reynders

Chef de service, Service des relations internationales, SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

### *Suppléants*

Dr Paul Cartier

Conseiller ministériel, Mission permanente de la Belgique auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Stephanie Langerock

Attachée, Relations internationales, SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Mme Marleen Van Dijk

Agence Soins et Santé, ministère flamand de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille

M. Loïc Ledent

Département des relations extérieures, Direction générale opérationnelle des pouvoirs locaux, de l'action sociale et de la santé, Service public de Wallonie

## Bulgarie

### *Représentants*

Pr Chavdar Slavov

Vice-ministre de la Santé

Pr Petko Salchev

Directeur, Direction des systèmes de classification, Centre national de la santé publique et d'analyses, ministère de la Santé

### *Suppléantes*

Pr Mira Kojouharova

Directrice adjointe, Centre national des maladies infectieuses et parasitaires, ministère de la Santé

Mme Elka Doncheva

Deuxième secrétaire, Direction des droits de l'homme, ministère des Affaires étrangères

## Chypre

### *Représentants*

Dr Petros Petridis  
Ministre de la Santé

Dr Olga Kalakouta  
Directrice générale de la santé, ministère de la Santé

### *Suppléant*

Dr Demetris Efthymiou  
Médecin, ministère de la Santé

## Croatie

### *Représentants*

Mme Sibila Žabica  
Conseillère ministérielle pour les affaires européennes et la coopération internationale, ministère de la Santé

Dr Krunoslav Capak  
Chef, Département de l'environnement et de la santé, Institut national de santé publique

## Danemark

### *Représentantes*

Mme Hanne Findsen  
Conseillère principale, ministère de la Santé

Mme Marianne Kristensen  
Conseillère principale, Conseil danois de la santé

### *Suppléante*

Mme Gitte Lingaard  
Chef de section, ministère de la Santé

## Espagne

### *Représentante*

Dr Mercedes Vinuesa Sebastián  
Directrice générale, Santé publique, qualité et innovation, ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité

*Suppléantes*

Dr Karoline Fernández de la Hoz  
Chef, Unité de coordination technique internationale, Secrétariat général de la santé et des consommateurs, ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité

Mme Isabel Sáiz Martínez-Acitores  
Coordinatrice, Observatoire de la santé de la femme, ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité

*Conseillères*

Mme Isabel Ortega Crespo  
Chef de section, Unité de coordination technique internationale, Secrétariat général de la santé et des consommateurs, ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité

Mme Esther Rodríguez Machado  
Chef du Service des affaires internationales, Sous-direction des relations internationales, ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité

**Estonie***Représentantes*

Mme Ivi Normet  
Secrétaire générale adjointe, Politique de la santé, ministère des Affaires sociales

Mme Liis Rooväli  
Chef, Service de l'information et de l'analyse sanitaires, ministère des Affaires sociales

*Suppléante*

Dr Maris Jesse  
Directrice, Institut national de développement sanitaire

**Ex-République yougoslave de Macédoine***Représentants*

M. Nikola Todorov  
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

M. Jovan Grpovski  
Conseiller d'État, ministère de la Santé

*Suppléant*

M. Angel Mitevski  
Ministère de la Santé

## Fédération de Russie

### *Représentant*

M. Sergey Muravyev

Directeur, Service de la coopération internationale et des relations publiques, ministère de la Santé

### *Suppléants*

Dr Svetlana Axelrod

Directrice adjointe, Service de la coopération internationale et des relations publiques, ministère de la Santé

M. Pavel Esin

Expert en chef, Service de la coopération internationale et des relations publiques, ministère de la Santé

### *Conseillers*

Pr Sergei Boitsov

Directeur, Centre national de recherche sur la médecine préventive, ministère de la Santé

Mme Natalia Frolova

Chef, Division de la surveillance des maladies infectieuses et parasitaires, Service fédéral de surveillance de la protection des droits des consommateurs et du bien-être de la personne humaine

Mme Elena Lynova

Experte en chef, Service de la coopération internationale et des relations publiques, ministère de la Santé

M. Alexey Kulikov

Troisième secrétaire, Mission permanente de la Fédération de Russie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Dr Albina Melnikova

Chef adjointe de division, Gestion de la supervision épidémiologique, Service fédéral de surveillance de la protection des droits des consommateurs et du bien-être de la personne humaine

Mme Anastasia Smirnova

Directrice adjointe, Division de la coopération internationale, Service fédéral de surveillance de la protection des droits des consommateurs et du bien-être de la personne humaine

Mme Anna Korotkova

Directrice adjointe, Institut de recherche fédéral pour l'organisation et l'informatisation de la santé, ministère de la Santé

## Finlande

### *Représentante*

Mme Taru Koivisto

Directrice, ministère des Affaires sociales et de la Santé

*Suppléants*

Mme Outi Kuivasniemi  
Conseillère ministérielle, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Dr Eero Lahtinen  
Conseiller, Mission permanente de la Finlande auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

*Conseillers*

M. Pasi Mustonen  
Conseiller ministériel, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Dr Anni-Ritta Virolainen-Julkunen  
Directrice médicale, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Dr Sakari Karvonen  
Directeur, ministère des Affaires sociales et de la Santé

**France***Représentant*

M. Cyril Cosme  
Délégué aux affaires européennes et internationales, ministère des Affaires sociales et de la Santé

*Suppléantes*

Mme Brigitte Arthur  
Chef, Bureau international Santé et protection sociale, Délégation aux affaires européennes et internationales, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Saran Branchi  
Chargée de mission, ministère des Affaires étrangères

*Conseillers*

M. Marc Boisnel  
Conseiller pour la santé, Mission permanente de la France auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Caroline Collin  
Chargée de mission, Affaires internationales, Mission des affaires européennes et internationales, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Marie-Camille Lenormand  
Chargée de mission, Délégation des affaires européennes et internationales, ministère des Affaires sociales et de la Santé

## Géorgie

### *Représentante*

Mme Mariam Jashi  
Vice-ministre du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

## Grèce

### *Représentante*

Mme Zoi Makri  
Vice-ministre de la Santé

### *Suppléante*

Mme Athina Kyrlesí  
Directrice générale de la santé publique et de la qualité de la vie, ministère de la Santé

### *Conseillère*

Mme Krystallia Vougiouklaki  
Administratrice, ministère de la Santé

## Hongrie

### *Représentants*

Dr Hanna Páva  
Vice-secrétaire d'État, ministère des Ressources humaines

Dr Árpád Mészáros  
Chef de service adjoint, ministère des Ressources humaines

## Irlande

### *Représentantes*

Dr Deirdre Mulholland  
Directrice générale adjointe de la santé, Direction de la santé

Mme Louise Kenny  
Assistante principale, Division de la politique internationale et de la recherche, ministère de la Santé

*Suppléante*

Mme Gabrielle Jacob

Assistante principale, Planification de la main-d'œuvre, Unité de la gouvernance des agences et de l'indemnité clinique, ministère de la Santé

**Islande***Représentante*

Mme Vilborg Ingólfssdóttir

Directrice générale, Service de la qualité et de la prévention, ministère de la Protection sociale

*Suppléante*

Mme Dóra Guðrún Guðmundsdóttir

Chef de division, Service des déterminants de la santé, ministère de la Protection sociale

**Israël***Représentants*

Pr Ronni Gamzu

Directeur général, ministère de la Santé

Pr Alex Leventhal

Directeur, Service des relations internationales, ministère de la Santé

**Italie***Représentant*

Dr Giuseppe Ruocco

Directeur général pour la prévention, ministère de la Santé

*Suppléants*

Dr Francesco Cicogna

Directeur médical, Direction générale des relations avec l'Union européenne et des relations internationales, ministère de la Santé

M. Alberto Bertoni

Premier conseiller pour la santé, Mission permanente de l'Italie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

## Kazakhstan

### *Représentantes*

Dr Salidat Kairbekova  
Ministre de la Santé

Dr Gulnara Kulkayeva  
Directrice adjointe, Département des services médicaux, ministère de la Santé

### *Suppléant*

Dr Maksut Kulzhanov  
Directeur général adjoint, Centre national du développement de la santé, ministère de la Santé

## Kirghizistan

### *Représentant*

Dr Abdimannap Muratov  
Chef, Service de l'éducation, de la culture et des sports

## Lettonie

### *Représentants*

Dr Ingrīda Circene  
Ministre de la Santé

M. Rinalds Muciņš  
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

### *Suppléants*

Mme Agnese Rabovica  
Directrice, Service des affaires européennes et de la coopération internationale, ministère de la Santé

Mme Līga Šerna  
Directrice adjointe, Service des affaires européennes et de la coopération internationale, ministère de la Santé

Dr Viesturs Siliņš  
Directeur, Institut médical d'enseignement universitaire supérieur en médecine, Université de Lettonie

## Lituanie

### *Représentant*

M. Vytenis Povilas Andriukaitis  
Ministre de la Santé

### *Suppléant*

Dr Kęstutis Miškinis  
Chef, Affaires de l'Union européenne et relations internationales, ministère de la Santé

### *Conseillers*

Pr Vilius Jonas Grabauskas  
Chancelier, Académie de médecine, Université lituanienne des sciences de la santé

Mme Ona Davidonienė  
Directrice, Centre national de la santé publique

Mme Birutė Abraitienė  
Ministre chancelier, Mission permanente de la Lituanie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Simona Gailiūtė  
Spécialiste en chef, Affaires de l'Union européenne et relations internationales, ministère de la Santé

Mme Agnė Petravičiūtė  
Experte, projet « The Promotion of Lithuania's Networking in the European Union », ministère des Affaires étrangères

M. Mindaugas Štelemėkas  
Scientifique, Institut des sciences de la santé, Université lituanienne des sciences de la santé

## Luxembourg

### *Représentants*

M. Laurent Jomé  
Premier conseiller du gouvernement, ministère de la Santé

Dr Robert Goerens  
Médecin-inspecteur du travail, Division de la santé au travail, Direction de la santé

## Malte

### *Représentant*

Dr Ray Busuttil  
Surintendant de la santé publique, ministère de la Santé

*Suppléante*

Mme Karen Demicoli  
Directrice, Élaboration de politiques, Union européenne et affaires internationales, ministère de la Santé

**Monaco***Représentantes*

Mme Carole Lanteri  
Ambassadeur, représentant permanent, Mission permanente de Monaco auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Dr Anne Nègre  
Directeur, Direction de l'action sanitaire et sociale, Département des affaires sociales et de la santé

**Monténégro***Représentantes*

Dr Mira Jovanovski Dašić  
Vice-ministre de la Santé

Mme Nataša Terzić  
Directrice adjointe, Institut national de santé publique

**Norvège***Représentant*

Dr Bjørn Guldvog  
Directeur général de la santé, Direction de la Santé

*Suppléante*

Mme Hilde Caroline Sundrehagen  
Directrice générale adjointe, ministère de la Santé et des Services sociaux

*Conseillers*

Dr John-Arne Røttingen  
Directeur général adjoint par intérim, Institut norvégien de santé publique

Mme Tonje Margrethe Borch  
Directrice, Direction de la santé

M. Thor Erik Lindgren  
Conseiller principal, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Sverre Berg Lutnæs  
Conseiller, Mission permanente de la Norvège auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Anders Lamark Tysse  
Conseiller principal, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Eivind Berg Weibust  
Conseiller, Direction de la santé

## Ouzbékistan

### *Représentant*

Dr Anvar Alimov  
Ministre de la Santé

### *Suppléant*

Dr Abdunumon Sidikov  
Directeur, Service des relations internationales, ministère de la Santé

## Pays-Bas

### *Représentants*

M. Herbert Barnard  
Directeur, Affaires internationales, ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

M. Gert-Jan Rietveld  
Attaché aux affaires sanitaires, Mission permanente des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

### *Suppléantes*

Mme Jacqueline Steenbergen  
Conseillère politique principale, ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

Mme Regine Aalders  
Conseillère politique principale, ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

## Pologne

### *Représentante*

Mme Katarzyna Rutkowska  
Directrice adjointe, Service de coopération internationale, ministère de la Santé

*Suppléants*

Pr Mirosław Wysocki  
Directeur, Institut national de santé publique, Institut national d'hygiène

Mme Justyna Tyburska-Malina  
Experte principale, Unité des organisations internationales, Service de la coopération internationale, ministère de la Santé

M. Wojciech Gwiazda  
Premier secrétaire, Mission permanente de la Pologne auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

**Portugal***Représentant*

M. Fernando Leal da Costa  
Secrétaire d'État adjoint, assistant du ministre de la Santé, ministère de la Santé

*Suppléant*

M. Francisco George  
Directeur général de la santé, ministère de la Santé

*Conseillers*

Pr José Pereira Miguel  
Président, Conseil exécutif, Institut national de santé « Doutor Ricardo Jorge »

Mme Eva Falcão  
Directrice, Direction des relations internationales, Direction générale de la santé, ministère de la Santé

**République de Moldova***Représentant*

M. Andrei Usatî  
Ministre de la Santé

**République tchèque***Représentante*

Dr Jarmila Rážová  
Directrice générale, Protection de la santé publique et gestion des services de santé publique, ministère de la Santé

*Suppléantes*

Mme Martina Parízková  
Administratrice, ministère de la Santé

Mme Gita Vaščíková  
Administratrice, ministère de la Santé

**Roumanie***Représentant*

M. Francisk-Iulian Chiriac  
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

*Suppléante*

Mme Roxana Rotocol  
Chef, Affaires de l'Union européenne et relations internationales, ministère de la Santé

Dr Mark Tsechkovsky  
Chef de département, Institut de recherche fédéral pour l'organisation et l'informatisation de la santé, ministère de la Santé

Dr Galina Maslennikova  
Chercheur principale, Centre national de recherche en médecine préventive, ministère de la Santé

**Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord***Représentantes*

Pr Sally Davies  
Directrice générale de la santé et conseillère scientifique principale, ministère de la Santé

Mme Kathryn Tyson  
Directrice, Prestation internationale de la santé et de la santé publique, ministère de la Santé

*Suppléants*

M. Matthew Harpur  
Chef, Équipe de l'Union européenne et multilatérale, Section internationale, ministère de la Santé

M. Mark Rush  
Deuxième Secrétaire, Santé mondiale et environnement, Mission permanente du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

*Conseillère*

Mme Nicky Shipton-Yates  
Directrice des politiques, responsable de la politique mondiale de santé, ministère de la Santé

## **Saint-Marin**

### *Représentant*

Dr Andrea Gualtieri  
Directeur, Autorité sanitaire

## **Serbie**

### *Représentante*

Pr Slavica Đukić Dejanović  
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

### *Suppléante*

Mme Svetlana Vrga  
Conseillère spéciale pour la coopération internationale, ministère de la Santé

### *Conseillers*

Mme Irena Žnidaršić-Trbojević  
Interprète, ministère de la Santé

M. Dragan Dejanovic  
Ministère de la Santé

M. Vukasin Raskovic  
Ministère de la Santé

## **Slovaquie**

### *Représentant*

Pr Ivan Rovný  
Chargé principal de la santé publique, Autorité de santé publique

### *Suppléante*

Mme Elena Jablonická  
Homologue nationale pour la coopération stratégique globale avec l'OMS, ministère de la Santé

## **Slovénie**

### *Représentant*

Dr Vesna-Kerstin Petrič  
Chef, Division de la promotion de la santé et de la prévention des maladies non transmissibles,  
ministère de la Santé

## Suède

### *Représentant*

Dr Lars-Erik Holm  
Directeur général, médecin conseiller technique, Conseil national de la santé et de la protection sociale

### *Suppléants*

Mme Anna Halén  
Conseillère, Affaire sanitaires, Mission permanente de la Suède auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Bosse Pettersson  
Conseiller principal, Politique de la santé publique, Conseil national de la santé et de la protection sociale

Mme Louise Andersson  
Chef de section, ministère de la Santé et des Affaires sociales

### *Conseillère*

Mme Ingvor Bjugård  
Conseillère principale, Association suédoise des autorités locales et des régions

## Suisse

### *Représentante*

Mme Tania Dussey-Cavassini  
Vice-directrice, ambassadrice, cheffe, division Affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

### *Suppléante*

Mme Muriel Peneveyre  
Directrice adjointe, division Affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

### *Conseillers*

M. Robert Thomson  
Conseiller scientifique, Office fédéral de la santé publique

Dr Leo Karrer  
Diplomate, Mission permanente de la Suisse auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Noémie Charton  
Diplomate, division Politiques extérieures sectorielles, Département fédéral des affaires étrangères

## Tadjikistan

### *Représentant*

M. Salomuddin Isupov  
Chef, Service de l'enseignement médical, des produits pharmaceutiques, des politiques des ressources humaines et des sciences, ministère de la Santé

### *Suppléante*

Dr Saida Jobirova  
Première vice-ministre de la Santé

## Turkménistan

### *Représentant*

Dr Nurmhammet Amanepesov  
Ministre de la Santé et de l'Industrie médicale

### *Conseillers*

Dr Gylychnepes Annanepesov  
Directeur général adjoint, Centre international des maladies oculaires, Administration des centres médicaux internationaux, ministère de la Santé et de l'Industrie médicale

M. Annakerim Annamuradov  
Chef spécialiste, Service national sanitaire/épidémiologique, ministère de la Santé et de l'Industrie médicale

## Turquie

### *Représentants*

Dr Mehmet Müezzinoğlu  
Ministre de la Santé

Pr Nihat Tosun  
Sous-secrétaire, ministère de la Santé

### *Suppléants*

M. Agah Kafkas  
Vice-ministre de la Santé

Dr Ahmet Gülle  
Conseiller, ministère de la Santé

Dr Necdet Ünüvar  
Député, Chef de la commission de la santé, Grande assemblée nationale

Dr Cevdet Erdöl  
Député, Grande assemblée nationale

M. Mustafa Akçaba  
Conseiller, ministère de la Santé

Dr Hakki Yeşilyurt  
Sous-secrétaire adjoint, ministère de la Santé

M. Ö. Faruk Koçak  
Maire, Ville d'Elazığ

Dr Hüseyin Çelik  
Conseiller auprès du ministre de la Santé, ministère de la Santé

Mme Şenay Özgülcü  
Ministère de la Santé

Pr Sabahattin Aydın  
Recteur, Université Medipol d'Istanbul

Pr Turan Buzgan  
Président, Agence de santé publique, ministère de la Santé

Dr Öner Güner  
Directeur général, Direction générale des relations étrangères et avec l'Union européenne,  
ministère de la Santé

Pr Ali Coçkun  
Directeur général, Soins de santé d'urgence, ministère de la Santé

Pr Ali Ihsan Dokucu  
Président, Agence des hôpitaux publics, ministère de la Santé

M. Kamuran Özden  
Directeur général/Conseiller, ministère de la Santé

Dr Mehmet Ali Torunoğlu  
Vice-président, Agence de santé publique, ministère de la Santé

Dr Bekir Keskinliç  
Vice-président, Agence de santé publique, ministère de la Santé

Pr Hasan Irmak  
Vice-président, Agence de santé publique, ministère de la Santé

Dr Yasin Akar  
Conseiller, ministère de la Santé

Mme Sevim Tezel Aydın  
Conseillère, ministère de la Santé

Dr Bahadır Sucaklı  
Chef de département, Alerte précoce-réaction et épidémiologie de terrain, Agence de santé  
publique, ministère de la Santé

Dr Ahmet Özlü

Chef de département, Maladies contagieuses, Agence de santé publique, ministère de la Santé

Pr Sibel Örsel

Chef de département, Programmes de santé mentale, Agence de santé publique, ministère de la Santé

Mme Seher Musaonbaşıoğlu

Chef de département, Tuberculose, Agence de santé publique, ministère de la Santé

Dr Hasan Gökhan Öncül

Chef de département, Direction de l'élaboration de stratégies, ministère de la santé

Dr Banu Ayar

Chef de département, Direction générale de la recherche en santé, ministère de la Santé

Dr Sema Zergeroğlu

Chef de département, Direction générale de la recherche en santé, ministère de la Santé

Dr Muzaffer Akkoca

Chef de département, Direction générale des services de santé d'urgence, ministère de la Santé

Dr Selami Kılıç

Chef de département, Politiques internationales de la santé, Direction générale des relations étrangères et avec l'Union européenne, ministère de la Santé

Dr Seyhan Şen

Chef de département, Relations avec les organisations internationales, Direction générale des relations étrangères et avec l'Union européenne, ministère de la Santé

Dr Murat Şimşek

Direction générale des soins de santé d'urgence, ministère de la Santé

Dr Songül Doğan

Direction générale de la recherche en santé, ministère de la Santé

Dr Seda Usubütün

Direction générale des relations étrangères et avec l'Union européenne, ministère de la Santé

Dr Canan Yılmaz

Direction générale des relations étrangères et avec l'Union européenne, ministère de la Santé

M. Azmi Ekmen

Expert en matière d'Union européenne, Direction générale des relations étrangères et avec l'Union européenne, ministère de la Santé

Mme Asude Güler

Direction générale des relations étrangères et avec l'Union européenne, ministère de la Santé

Dr Yusuf Irmak

Direction générale des relations étrangères et avec l'Union européenne, ministère de la Santé

M. Çetin Doğan Dikmen

Expert adjoint en matière d'Union européenne, Direction générale des relations étrangères et avec l'Union européenne, ministère de la Santé

Mme Sıdıka Tekeli  
Direction générale des soins de santé d'urgence, ministère de la Santé

Mme Özlem Kural  
Conseillère, Mission permanente de la Turquie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

## Ukraine

### *Représentants*

Dr Raisa Bohatyriova  
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

M. Mykhailo Statkevych  
Chef, Relations extérieures et intégration européenne, ministère de la Santé

### *Suppléants*

Pr Mykola Prodanchuk  
Directeur, Institut L. I. Medved d'hygiène écologique et de toxicologie

Mme Natalya Nizova  
Directrice, Centre ukrainien de prévention du sida, ministère de la Santé

M. Oleksii Shulga  
Chef, Protocole, ministère de la Santé

Mme Liudmyla Khariv  
Assistante auprès du ministre

M. Ruslan Deremedved  
Consul, Relations économiques, Consulat général d'Ukraine à Istanbul

## II. Observateurs des États membres de la Commission économique pour l'Europe

### *États-Unis d'Amérique*

Dr Nils Daulaire  
Secrétaire adjoint aux affaires mondiales, représentant des États-Unis d'Amérique au Conseil exécutif de l'OMS, Département de la santé et des services sociaux

M. Colin McIff  
Attaché chargé des questions de santé, Mission permanente des États-Unis d'Amérique auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

### **III. Représentants de l'Organisation des Nations Unies et d'institutions apparentées**

#### *Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture*

M. Mustapha Sinaceur  
Représentant de la Turquie et coordonnateur sous-régional pour l'Asie centrale

#### *Agence internationale de l'énergie atomique*

Mme Marion Pineros-Petersen  
Spécialiste de la lutte contre le cancer, Programme d'action pour la cancérothérapie

#### *Fonds des Nations Unies pour l'enfance*

Mme Marie-Pierre Poirier  
Directrice régionale, Europe centrale et orientale et Communauté des États indépendants

Dr Octavian Bivol  
Conseiller régional, Systèmes et politiques de santé

#### *Commission économique des Nations Unies pour l'Europe*

Mme Brinda Wachs  
Administratrice pour les questions de l'environnement

#### *Fonds des Nations Unies pour la population*

M. Werner Haug  
Directeur régional, Europe orientale et Asie centrale

Mme Marta Diavolova  
Conseillère régionale de programme

#### *Organisation météorologique mondiale*

M. Davut Öztürk  
Directeur régional adjoint, Izmir

### **IV. Représentants d'autres organisations intergouvernementales**

#### *Union européenne*

Dr Isabel De la Mata Barrango  
Dr Canice Nolan  
Mme Lourdes Chamorro  
Dr Marc Sprenger  
Dr Maarit Kokki

#### *Conseil de l'Europe*

Mme Mehri Gafar-Zada

## **V. Représentants d'organisations non gouvernementales entretenant des relations officielles avec l'OMS**

### *Alzheimer's Disease International*

M. Jean Georges  
M. Marc Wortmann

### *Framework Convention Alliance on Tobacco Control*

Pr Elif Dağlı

### *Alliance internationale des organisations de patients*

Mme Jolanta Bilinska  
Mme Neda Milevska Kostova

### *Association internationale de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence et des professions associées*

Dr Fusun Çetin Çuhadroğlu

### *Bureau international de l'épilepsie*

M. Michael Alexa

### *Confédération internationale des sages-femmes*

Mme Mary Higgins

### *Conseil international des infirmières*

Dr Saadet Ülker

### *Fédération internationale du diabète*

Pr Sehnaz Karadeniz

### *Fédération internationale des associations des étudiants en médecine*

Dr Miguel José Cabral de Pinho  
M. Christopher Schürmann  
M. Halit Onur Yapici  
M. Semih Kucukcankurtaran  
M. Thilo Rattay  
M. Hilmican Ulman

### *International Spinal Cord Society*

M. Sergio Aito

### *Fédération internationale des femmes de carrières libérales et commerciales*

Dr Luisa Monini

### *International Society of Physical and Rehabilitation Medicine*

M. Boya Nugraha

### *Union pour la lutte internationale contre le cancer*

Pr Tezer Kutluk

*Association mondiale des sociétés de pathologie et de biologie médicale*

Dr Gamze Mocan Kuzey

*Fédération mondiale des sociétés d'acupuncture et de moxibustion*

Dr Rinaldo Rinaldi

*Fédération mondiale de chiropratique*

Dr Mustafa H. Agaoglu

*Fédération mondiale des ergothérapeutes*

Dr Samantha Shann

*Association médicale mondiale*

Mme Elif Keles

Dr Ahmet Murt

## **VI. Observateurs**

*Association des écoles de santé publique de la Région européenne*

Pr Anders Foldspang

*Comité permanent des médecins européens*

Mme Birgit Beger

Dr Katrin Fjeldsted

*Centre européen de l'environnement et de la santé humaine*

M. George Morris

*Fédération européenne des associations infirmières*

Mme Unni Hembre

*Forum européen des soins primaires*

Dr Mehmet Akman

*Forum européen de la santé Gastein*

Mme Dorli Kahr-Gottlieb

*Société européenne de pneumologie*

Mme Maeve Barry

*Société européenne de cardiologie*

Mme Sophie O'Kelly

*Secrétariat de l'Alliance GAVI*

M. Stephen Sosler

Mme Nilgun Aydogan

M. Santiago Cornejo

*Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*

M. Nicolas Cantau

*Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de la santé*

M. Thor Berne Jensen

*Municipalité de Bucarest*

Dr Tania Rădulescu

*Coalition TB Europe*

M. Timur Abdullaev

*Association turque des infirmières et infirmiers*

Hulya Ikumus

Güberen Kocornan

*Sommet mondial de la santé*

Dr Mathias Bonk

*Hôtes et conseillers temporaires*

Pr Róza Ádány

Pr Mark Bellis

Pr Otto Cars

Pr Peter Goldblatt

Pr Ilona Kickbusch

Dr Mihály Kökény

Pr Michael Marmot

Pr Martin McKee

M. Alexander Nies

S. E. Mme Sandra Roelofs

Dr Mirta Noemi Roses

M. Mustafa Toprak

M. Aziz Kocaoglu

Mme Inci Sezer Becel

M. Şahin Aslan

M. Ergüder Can

M. Selim Tokmak

## Annexe 4. Allocution de la directrice régionale

Monsieur le président, Vos Excellences, Mesdames et Messieurs les ministres, les délégués, les partenaires, Mesdames et Messieurs,

C'est avec le plus grand plaisir que je vous accueille à la soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe. C'est un réel honneur et un privilège de m'adresser à vous pour la quatrième fois dans le cadre d'un Comité régional, et je vais présenter les principales réalisations et progrès accomplis au cours de l'année écoulée.

Avant de poursuivre, je voudrais prendre le temps de remercier chacun d'entre vous. Je vous suis reconnaissante pour l'esprit de coopération qui a régné entre nous. Ces trois dernières années, beaucoup de changements se sont produits pour une amélioration de la santé dans notre Région européenne. Changer demande du courage et, pour cela, je vous félicite.

En 2010, j'ai proposé un plan quinquennal pour améliorer la santé et lutter contre les inégalités dans la Région européenne. La même année, grâce à votre soutien, le Comité régional l'a adoptée. Nous avons convenu de suivre une feuille de route comportant des jalons précis, pour permettre au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de réagir aux mutations de l'environnement et pour le renforcer encore dans son rôle de centre pour la politique sanitaire et l'excellence en santé publique, fondé sur des bases factuelles et pouvant mieux soutenir les États membres très divers de la Région.

Au cours de ces trois dernières années, nous avons travaillé ensemble pour définir nos orientations politiques et pour élaborer un certain nombre de stratégies et de plans d'action importants, dont nous avons convenu conjointement. Vous, le Comité régional, avez approuvé, et c'est là le point le plus important, Santé 2020 en tant que cadre politique pour la santé et le bien-être. Cela venait tout à fait à point nommé, notamment en raison des réformes de l'OMS. Comme je l'ai promis, nous nous attachons désormais à la mise en œuvre et à l'action, de concert avec les États membres et avec nos partenaires, pour faire une différence dans le domaine de la santé.

Trois ans après que vous avez souscrit au plan que je proposais, je suis honorée de vous faire savoir que le travail est soit terminé, soit très avancé dans tous les domaines. S'il n'est pas encore achevé, c'est parce que nous attendons le résultat final du processus de réforme.

Aujourd'hui, je vais surtout me concentrer sur certains domaines prioritaires et vous montrer un aperçu de l'impact et des premiers résultats.

Il s'agit d'une initiative régionale européenne, mais qui est pourtant totalement en phase avec la réforme toujours en cours à l'OMS, et elle était nécessaire si l'on considère les défis mondiaux et régionaux que nous devons tous relever en coordination les uns avec les autres.

Cela montre comment, en agissant sur tout le spectre des déterminants de la santé, on récolte plus d'avantages pour la société, notamment des avantages sociaux, communautaires et économiques.

Pour rappel, Santé 2020 comporte deux objectifs stratégiques et quatre domaines prioritaires, qui structurent mon exposé.

Depuis l'adoption de Santé 2020 à Malte, une année passionnante s'est écoulée, caractérisée par un progrès et une évolution. Nous avons axé notre énergie et les efforts de notre Organisation sur la concrétisation de Santé 2020. Cela a été un exercice systématique, visant à faire connaître Santé 2020 dans toute la Région, dans le cadre de diverses plates-formes nationales et internationales, et nous avons lancé Santé 2020 et ses études fondées sur des données probantes lors de divers événements prestigieux.

Je suis ravie qu'à ce Comité régional, les deux documents publiés soient désormais disponibles dans toutes les langues officielles. Par ailleurs, nous avons complété et étoffé les études de base. Je remercie le professeur Michael Marmot qui a si habilement mené à terme l'Étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire. Nous rendrons public le rapport final au cours de ce Comité régional, et il fera l'objet des débats du déjeuner ministériel d'aujourd'hui. Nous avons également publié un volume qui fait pendant à ce rapport. Placé sous la direction du professeur Ilona Kickbusch, cette étude est consacrée à la gouvernance en matière de santé au XXI<sup>e</sup> siècle et fournit des conseils pratiques et tout un éventail d'exemples de gouvernance participative récoltés dans toute notre Région et au-delà. Cette année encore, nous prévoyons de lancer l'Étude conjointe de l'OMS et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur les arguments économiques en faveur des interventions dans le domaine de la santé publique.

De nombreux pays de toute la Région ont déjà entrepris des initiatives pour élaborer des politiques sanitaires nationales en phase avec Santé 2020. Je suis convaincue que Santé 2020 continuera d'être mis en œuvre en fonction de vos besoins et de votre situation, et changera les choses. Nous vous avons aidés à adapter les approches de Santé 2020, et je tiens à vous assurer que nous continuerons à vous apporter notre appui inconditionnel.

Nous sommes en train d'élaborer un ensemble d'outils et de ressources pour aider les États membres, ainsi que des outils d'information sur le Web. Ce dispositif se compose de neuf éléments interconnectés, dont vous entendrez parler davantage demain.

Au sein du Bureau régional, nous avons considéré tous les aspects de notre travail sous l'angle de Santé 2020, en intégrant ses priorités stratégiques dans le processus de planification opérationnelle pour 2014-2015. Parallèlement, nous avons renforcé notre capacité à soutenir la mise en œuvre de Santé 2020, et j'ai créé la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être, qui comprend aussi le Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement de l'OMS, à Venise (Italie).

Étant donné le nombre de facteurs influençant la santé et le nombre d'aspects de la vie humaine influencés par la santé, le progrès ne peut naître que des efforts de l'ensemble de la société et des pouvoirs publics. C'est pourquoi chacun a son rôle à jouer dans la mise en œuvre de Santé 2020, depuis les Premiers ministres jusqu'aux organisations de la société civile et aux citoyens. Comme indiqué dans le Rapport sur les déterminants sociaux de la santé, les carences en matière de santé résultent de la situation sociale, économique, environnementale et culturelle de la société et requièrent des interventions à tous les stades de l'existence.

Pour ce qui est de nos travaux sur les déterminants sociaux de la santé, je voudrais saluer l'excellent travail effectué par notre Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement, et remercier le gouvernement italien de l'appui qu'il lui fournit.

En 2012, vous avez convenu de six grands buts et vous nous avez demandé d'élaborer un système de suivi pour Santé 2020.

Nous sommes passés par un processus de consultation intensif. La liste complète des indicateurs vous sera présentée demain. Permettez-moi de souligner que le Bureau régional a innové en intégrant dans Santé 2020 le bien-être. Or, afin de quantifier une cible européenne et des indicateurs pertinents sur le bien-être, nous avons commencé à élaborer un concept et une démarche communs qui permettraient une appréciation correcte et fournirait des informations utiles en matière d'élaboration de politiques. Tous ces éléments sont décrits en détail dans le *Rapport sur la santé en Europe 2012 : la quête du bien-être*, et je tiens à remercier la Pologne d'avoir organisé un événement pour la sortie de ce rapport, en mars de cette année.

Les efforts consentis par le Bureau régional se sont notamment concentrés sur l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie, l'accent étant mis sur la prévention des maladies, la promotion de la santé et la qualité des soins.

Depuis 1990, le taux de mortalité maternelle dans la Région européenne de l'OMS a diminué de 54 %, pour tomber au niveau le plus bas au monde. Néanmoins, les risques de décès dû à des causes en rapport avec la grossesse et l'accouchement en Europe peuvent être jusqu'à 40 fois plus élevés dans certaines régions ; le risque dépend de l'endroit où les femmes vivent et se voient administrer des soins de santé.

Nous nous sommes particulièrement attachés à améliorer l'accès à des soins de santé primaires de qualité pour les femmes enceintes, les mères et les nouveau-nés. Je voudrais remercier la Fédération de Russie pour le soutien apporté en vue de la réalisation de ces objectifs, surtout dans les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale. Aider les pays à lutter contre ce manque d'équité fait partie de nos priorités, et avec l'engagement résolu des ministères, nous avons déjà commencé à observer des améliorations dans la qualité des soins de santé maternelle, fondées sur les enseignements acquis.

L'égalité d'accès à des services et à des soins de santé de qualité pour les enfants et les adolescents reste aussi une priorité. Nous avons intensifié nos efforts pour améliorer la qualité des soins en hôpital, surtout en Asie centrale. Des séjours plus courts à l'hôpital, une baisse du nombre d'hospitalisations injustifiées, des réductions significatives du nombre d'injections inutiles et des économies dans les hôpitaux sont quelques-uns des premiers résultats.

Notre dernier rapport sur l'étude consacrée aux comportements de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC), relatif aux déterminants sociaux de la santé et du bien-être chez les jeunes, a décroché une distinction dans le cadre du concours 2013 de la British Medical Association pour les ouvrages médicaux.

Nous voudrions, lors de la prochaine session du Comité régional, vous fournir un rapport d'avancement sur la santé des enfants et des adolescents et présenter nos propositions pour un engagement réitéré, en phase avec Santé 2020.

Nous avons intensifié nos travaux par l'intermédiaire du réseau des Villes-santé, afin d'échanger de bonnes pratiques et de fournir des conseils sur les politiques en faveur d'environnements « seniors admis ». Après l'« année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle », en 2012, ces travaux sont désormais soutenus par un important projet de la Commission européenne, qui est un jalon important pour la mise en œuvre de notre Stratégie et Plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe.

Santé 2020 porte principalement sur un ensemble de stratégies et d'interventions intégrées afin de relever les grands défis sanitaires de la Région européenne représentés à la fois par les maladies transmissibles et non transmissibles. Commençons donc par les maladies non transmissibles.

L'Assemblée mondiale de la santé 2013 a tenu les promesses de ces deux dernières années : nous avons un nouveau plan d'action mondial de l'OMS contre les maladies non transmissibles. Et le cadre mondial de suivi élaboré sous la présidence de la Norvège, en novembre dernier, a été approuvé à l'unanimité. Nous pouvons nous féliciter d'avoir, en tant que Région, joué un rôle de chef de file en poursuivant sur notre lancée avec ce programme mondial.

Nous pouvons également envisager l'avenir avec confiance. Comme vous pouvez le voir sur ce graphique, nous avons, au cours de la dernière décennie, inversé la tendance en ce qui concerne l'épidémie régionale de maladies de l'appareil circulatoire. Celles-ci sont à présent en recul constant dans toutes les zones de la Région, et nous devrions être en mesure de signaler une baisse spectaculaire tant à l'est qu'à l'ouest aux dates butoirs de 2020 en Europe et de 2025 au niveau mondial.

Cependant, au rythme actuel, un citoyen d'Europe centrale ou orientale courra encore six fois plus de risques de mourir d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral qu'un citoyen de l'Ouest en 2025.

Pour cette raison, nous devons intensifier nos efforts et faire mieux. Par exemple, lors de la Journée mondiale de la santé 2013, nous avons rappelé à la Région les dangers de l'hypertension artérielle. Nous avons cartographié les efforts déployés par les pays pour lutter contre l'hypertension ainsi que l'une de ses causes profondes : la consommation de sel. Avec l'appui de la Fédération de Russie, nous avons lancé un programme sur l'intensification de la lutte contre les maladies non transmissibles dans de nombreux pays, notamment en soutenant des études et l'élaboration de politiques intersectorielles.

Nous avons mis au point un outil d'évaluation des obstacles et des opportunités présentés par les systèmes de santé pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et l'avons utilisé pour réaliser des évaluations intensives en Hongrie, au Kirghizistan, en République de Moldova, au Tadjikistan et en Turquie. Ces expériences, ainsi que la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) et les défis auxquels l'Europe sera confrontée au cours de ces dix prochaines années, seront le thème principal de la Première Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les maladies non transmissibles. Je voudrais remercier le Turkménistan d'accueillir cette conférence à Achgabat en décembre prochain.

Le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool fournit une structure pour des interventions stratégiques efficaces. À ce jour, 37 pays possèdent des politiques nationales ou sous-nationales sur l'alcool, et 10 autres sont en train d'en élaborer.

Nous avons étudié la consommation et la nocivité de l'alcool, ainsi que les interventions stratégiques en matière de boisson, dans les 53 États membres, et avons publié le rapport d'avancement 2013 sur l'alcool et la santé dans 35 pays d'Europe. La consommation d'alcool par habitant adulte a nettement diminué dans l'ensemble de la Région européenne au cours de ces 20 dernières années. En dépit de la baisse générale de la consommation en Europe occidentale et centrale, la baisse la plus importante se situant dans le sud de l'Europe, la partie orientale de la Région enregistre une tendance à la hausse.

Nous avons constaté les résultats tangibles des politiques de lutte contre le tabagisme. Le Tadjikistan est devenu État Partie à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, que seuls trois États membres de notre Région doivent encore ratifier. La Fédération de Russie a adopté une législation sévère en matière de lutte contre le tabagisme. L'Ukraine a dit adieu à la cigarette et interdit la publicité sur le tabac. Le Kazakhstan a pris les rênes en adoptant les mises en garde les plus percutantes d'Europe sous forme de photos. Et l'Irlande a commencé à introduire des emballages standard pour les produits du tabac.

Les politiques menées apportent des résultats tangibles. Entre 2008 et 2012, la Turquie a enregistré une baisse de 13 % de la prévalence du tabagisme chez les adultes, un pourcentage qui laisse présager que la Région pourrait atteindre les objectifs mondiaux si d'autres pays lui emboîtent le pas.

Les débats en cours concernant la directive de l'Union européenne (UE) sur les produits du tabac représentent un immense potentiel pour le renforcement des politiques européennes de lutte antitabac. L'OMS a promis un appui technique et politique au projet de directive. Mais nous ne devons pas nous reposer sur nos lauriers. L'industrie du tabac se démène, et j'exhorte toutes les délégations ici présentes à rester fermes face à ses multinationales.

Nous discuterons de la mise en œuvre de la Convention-cadre demain, pendant le déjeuner ministériel, et j'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue au docteur Haik Nikogosian, chef du secrétariat de cette Convention.

Ces dernières années, nous avons fait d'énormes progrès dans le domaine de la nutrition et de l'obésité.

Vous avez enregistré de beaux succès dans la mise en place et le renforcement de systèmes de suivi et de surveillance essentiels pour influencer la formulation de politiques. L'évolution des politiques dans les pays a été remarquable : 49 États membres ont élaboré ou actualisé leurs politiques nationales, et plusieurs pays les ont minutieusement évaluées.

Néanmoins, l'impact négatif d'une mauvaise alimentation et de la sédentarité, notamment de l'obésité chez les enfants, est élevé et s'intensifie de plus en plus dans les pays de la Région européenne.

La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, accueillie par le gouvernement autrichien, a été un extraordinaire succès : 48 États membres y ont assisté et ont approuvé la Déclaration de Vienne, qui représente un tournant dans le domaine de la santé publique en Europe. Vous avez accepté de prendre des mesures coordonnées afin de lutter efficacement contre la mauvaise alimentation, l'obésité, la malnutrition et la sédentarité.

Pendant ce Comité régional, nous discuterons en détail de la Déclaration de Vienne et des mesures qu'elle propose.

Et à présent, permettez-moi de me concentrer sur les questions restées en suspens dans le domaine des maladies transmissibles.

Grâce à votre engagement, nous avons bien progressé dans la mise en œuvre du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques. Un réseau de surveillance harmonisé et coordonné est nécessaire pour fournir des informations propres à la Région. En collaboration avec nos partenaires, nous avons encadré le suivi de la consommation d'antibiotiques dans 17 États membres n'appartenant pas à l'UE. Douze d'entre eux sont prêts à publier leurs statistiques pour la première fois. Grâce à un partenariat avec l'Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM, Pays-Bas) et la European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID), nous avons mis en place un nouveau réseau en vue de la surveillance de la résistance aux antimicrobiens pour tous les pays non membres de l'UE. Ces réseaux viennent compléter l'excellent système de surveillance existant pour les pays de l'UE. Nous avons également aidé les pays à renforcer leur coordination intersectorielle et leur capacité de surveillance.

Grâce à une bonne collaboration avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), nous avons aidé à étendre la Journée européenne d'information sur les antibiotiques aux pays non membres de l'UE dans la Région, et j'aimerais remercier Son Altesse Royale la princesse Mary du Danemark pour son appui.

Les mesures de 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 ont commencé à porter leurs fruits ; vous trouverez des détails à ce sujet dans le rapport d'avancement.

Cela n'a pu être possible que grâce à un appui ferme aux pays, fourni avec des partenaires tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Commission européenne et l'ECDC. Au total, le personnel de l'OMS s'est rendu 71 fois dans les pays ces deux dernières années ; il a fourni un appui à 23 États membres et organisé neuf études approfondies des programmes. J'ai discuté avec vous et avec de nombreux chefs d'État de l'importance d'une démarche axée sur le système de santé pour la lutte contre la tuberculose.

Les pays ont augmenté leurs capacités de dépistage de la tuberculose multirésistante, de sorte qu'aujourd'hui, on estime que plus de la moitié des cas sont dépistés dans notre Région. Et le pourcentage de patients soignés est passé à 96 % en 2012. Néanmoins, le taux de guérison est extrêmement variable, et oscille entre 18 et 80 %. Nous travaillons avec les États membres et le Fonds mondial pour combler les lacunes qui subsistent.

Je vous encourage à aller voir le condensé des meilleures pratiques dans la zone d'exposition.

En réponse à l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH dans la Région, nous mettons en œuvre le Plan d'action européen en matière de VIH/sida.

En 2011, le nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans la Région européenne est passé à 600 000, mais le traitement n'arrive pas encore à suivre le rythme des infections à VIH, qui sont quelque 1,5 million.

Deux initiatives clés permettront de mieux concrétiser nos engagements. Les nouveaux principes directeurs de l'OMS sur l'usage des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH proposent une démarche de santé publique pour intensifier les traitements et maîtriser la transmission. Nous allons organiser une consultation technique régionale en octobre, merci à la Turquie qui l'accueillera.

Nous travaillons également pour faire cesser la transmission mère-enfant du VIH et éliminer la syphilis congénitale dans la Région, grâce à un partenariat avec le Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'UNICEF et le FNUAP.

En 2012 et 2013, il y a encore eu des flambées épidémiques de rougeole et de rubéole dans différents pays. Elles compromettent l'objectif d'élimination de ces maladies dans la Région pour 2015. C'est la principale raison pour laquelle un programme de mesures accélérées vous est présenté, ainsi qu'une exhortation à vous engager plus résolument en vue de l'élimination de ces maladies. J'attends avec impatience les discussions sur ce point de l'ordre du jour, mercredi.

Permettez-moi à présent de vous dresser un bilan sur le maintien du statut « exempt de poliomyélite » dans la Région européenne, comme le demandait le Comité régional en 2010. Lors de sa réunion annuelle, en mai, la Commission régionale européenne de certification a répertorié les pays à risque pour la transmission après importation du poliovirus et souligné la nécessité de faire preuve de vigilance. La Commission avait de bonnes raisons de le faire. En 2010, une flambée épidémique importante a menacé le statut « exempt de poliomyélite » de la Région, et l'importation récente du virus sauvage de la poliomyélite dans la Région nous rappelle la nécessité de ne pas baisser sa garde.

Au cours de ces 25 dernières années, Israël a mené une surveillance environnementale systématique, et dans le courant de cette année, a détecté un poliovirus sauvage de type 1, étroitement apparenté aux virus isolés en Égypte et au Pakistan. Cela dénote une circulation du virus dans l'environnement en Israël. Je tiens à souligner que, grâce à la très haute couverture vaccinale d'Israël, il n'y a pas eu de cas de poliomyélite paralytique.

En effet, les excellents systèmes de surveillance et de notification d'Israël lui ont permis de réagir efficacement en menant des activités de vaccination supplémentaires afin d'interrompre la transmission et d'empêcher l'exportation et l'apparition de cas. Depuis le mois de mai de cette année, nous avons collaboré avec les autorités nationales pour les aider à mener leurs enquêtes et à organiser leur réaction. L'introduction du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) et la vaccination de près de 800 000 enfants depuis la mi-août représentent un véritable exploit. Je remercie la ministre de la Santé, le directeur général de la Santé et le Premier ministre d'avoir pris des mesures et de s'être engagés personnellement dans cette campagne.

La Commission de certification se réunira le mois prochain pour examiner les résultats des mesures prises par Israël pour interrompre la transmission, et pour étudier le risque pesant sur le statut « exempt de poliomyélite » de la Région.

Une couverture vaccinale nationale et sous-nationale étendue, couplée à une surveillance rigoureuse, est essentielle pour la concrétisation des objectifs de lutte contre les maladies. L'engagement politique est une nécessité absolue et non plus seulement une option. Nous, à l'OMS, comptons bien faire notre part. Pendant la session de jeudi sur les questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé, nous vous consulterons au sujet de la rédaction d'un Plan d'action régional européen sur les vaccins, qui sera harmonisé par rapport au Plan d'action mondial pour les vaccins et mis en phase avec Santé 2020.

Permettez-moi de signaler brièvement que la Semaine européenne de la vaccination a de nouveau été une réussite, avec la participation des 53 États membres.

On a observé d'importants progrès dans l'élimination du paludisme, avec seulement 253 cas signalés en 2012. La Région européenne pourrait être la première Région de l'OMS à parvenir à l'élimination d'ici 2015.

Néanmoins, les maladies réémergentes à transmission vectorielle, en particulier la dengue et le chikungunya, font l'objet d'une préoccupation croissante dans la Région. L'activité des moustiques vecteurs de maladies constitue 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. Comme l'a demandé le Comité régional en 2012, nous avons élaboré un cadre d'action régional, en coopération avec vous, l'ECDC et l'European Mosquito Control Association (EMCA), qui sera d'ailleurs examiné ce mardi.

L'amélioration de la santé publique et la mise en place de systèmes de santé centrés sur la personne (notamment les ressources humaines pour la santé, le financement de la santé et l'amélioration de la gouvernance) sont tous des domaines prioritaires de Santé 2020. En ce qui concerne la recherche en santé, je tiens à remercier le Comité consultatif européen de la recherche en santé (EACHR) et son président, le professeur Tomris Turmen, qui est représenté ici par la vice-présidente, le docteur Laura Rosen, et le président sortant, le professeur Martin McKee, pour leur soutien à la recherche en santé internationale et la coordination de ces activités.

La couverture sanitaire universelle garantit à l'ensemble de la population un accès aux services de santé de qualité dont elle a besoin (notamment la prévention, la promotion, le traitement et la réadaptation), tout en protégeant les individus et leur famille des difficultés financières. Et c'est important pour toute la Région : les pays touchés par la crise économique doivent préserver l'accès aux services nécessaires. Dans les pays de la partie orientale de la Région, on observe un engagement politique grandissant envers la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

La couverture sanitaire universelle constitue l'une de mes priorités, et je suis déterminée à intensifier notre soutien en vue d'y parvenir et de la préserver dans les années à venir.

Deux événements importants relatifs au renforcement des systèmes de santé seront organisés plus tard cette année.

Cinq ans après son adoption, nous allons examiner la mise en œuvre de la Charte de Tallinn lors d'une réunion de haut niveau organisée en octobre. Je tiens d'ailleurs à remercier l'Estonie qui va accueillir cet événement. Nous procéderons à un échange d'exemples inspirants de renforcement des systèmes de santé, et convenir des orientations futures pour honorer nos engagements dans le contexte de Santé 2020.

En outre, le 35<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires sera célébré en novembre. Nous œuvrons en étroite collaboration avec le Kazakhstan à la préparation d'une réunion au cours de laquelle nous décrirons la situation régionale en ce qui concerne les soins de santé primaires, et présenterons la marche à suivre en vue d'y intégrer les opérations essentielles de santé publique (EPHO).

Nous disposons de bases factuelles convaincantes prouvant la nécessité d'une action en amont en vue d'intégrer la prévention des maladies, la promotion de la santé et d'autres fonctions essentielles de santé publique, ainsi que les travaux sur les déterminants sociaux, dans les systèmes de santé, comme l'a d'ailleurs demandé le Comité régional en 2012.

Nous avons activement collaboré avec les États membres afin de soutenir la prise de décisions politiques efficaces permettant de réduire les effets néfastes de la crise économique sur les résultats sanitaires et l'équité en santé. Cette initiative est principalement menée par le Bureau de l'OMS pour

le renforcement des systèmes de santé à Barcelone, et je remercie ce bureau, ainsi que l'Espagne, pour leur soutien.

Quatre ans après la première réunion sur ce sujet, nos travaux dans ce domaine ont débouché sur l'organisation, en avril, de la Conférence d'Oslo sur les systèmes de santé en période de crise économique mondiale, généreusement accueillie par la Norvège. Celle-ci a permis de réunir les secteurs de la santé et des finances, et un accord a été conclu sur le document final dont nous reparlerons ce mardi. Les participants ont d'ailleurs insisté sur le fait que, et je tiens à le souligner, malgré les contraintes budgétaires, les gouvernements et les ministères de la Santé ont le choix, et peuvent se concentrer sur les domaines et les services qui favorisent la croissance économique et renforcent l'équité.

Outre le travail que nous avons effectué en vue de rassembler des éléments de preuve, nous cherchons également à renforcer les capacités des responsables politiques. Tous les commentaires des participants montrent que notre cours de Barcelone sur le financement de la santé, que nous organisons tous les ans, est excellent, et je vous encourage à y envoyer des représentants.

En outre, nous recevons un nombre croissant de demandes de la part des États membres afin d'apporter notre appui à la mise en œuvre de réformes d'ensemble. Par exemple, le gouvernement grec s'engage à réaliser la réforme de son système de santé. À la demande du gouvernement grec et de la Task Force de l'UE pour la Grèce, l'OMS a récemment accepté de renforcer son rôle technique et normatif dans le processus d'élaboration des politiques relatives aux systèmes de santé en Grèce, avec la Grèce.

Je tiens également à féliciter Chypre, l'Irlande et le Portugal avec lesquels nous menons une collaboration similaire et fructueuse sur les réformes du système de santé en vue de préserver l'accès à des services de qualité et à la couverture sanitaire universelle.

En notre qualité d'agence chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé pour les urgences humanitaires, nous aidons les pays à se préparer et à faire face aux situations d'urgence et aux crises sanitaires.

Nous avons révisé nos procédures concernant les crises, renforcé le Centre des Opérations d'urgence dans nos nouveaux locaux de la nouvelle « UN City », conformément au nouveau Cadre mondial d'action d'urgence de l'OMS, et l'avons testé dans le cadre de plusieurs exercices de simulation, notamment lors d'un récent exercice mondial interinstitutions.

Nous aidons également des pays comme l'Azerbaïdjan, la Fédération de Russie et la Slovénie à se préparer aux rassemblements de masse.

Le renforcement des principales capacités pour appliquer le Règlement sanitaire international (RSI), par la formation d'experts et la réalisation d'exercices de simulation, constitue un autre domaine important de la sécurité sanitaire. En février 2013, en collaboration avec la Commission européenne et avec le soutien de l'Allemagne et du Royaume-Uni, nous avons tenu une réunion à Luxembourg afin de dresser le bilan du processus de mise en œuvre, cinq ans après l'entrée en vigueur du RSI. De plus amples informations sont disponibles dans le rapport de situation, et nous vous demanderons conseil ce jeudi concernant les critères de prolongation du délai au-delà de 2014 pour la mise en place des principales capacités.

Comme la crise en République arabe de Syrie est à l'origine d'un important déplacement de populations et de l'afflux d'un nombre croissant de réfugiés dans les pays voisins, nous avons coordonné, en décembre 2012, une mission interinstitutions des Nations Unies pour l'évaluation des besoins de santé dans des camps de réfugiés du sud de la Turquie. Elle a conclu que des services de santé de qualité sont dispensés aux réfugiés en Turquie.

En étroite consultation avec les autorités turques, nous renforçons notre capacité d'intervention en assurant la présence de l'OMS sur le terrain dans le sud de la Turquie.

Il est essentiel de procéder à une évaluation systématique des répercussions sur la santé provoquées par un environnement en mutation rapide. Cette évaluation doit être suivie d'une prise de mesures pour garantir des retombées positives pour la santé.

Demain, il vous sera présenté un rapport sur les activités du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé et du Groupe de travail.

En tant que précurseurs dans l'adoption d'une approche axée sur la santé dans toutes les politiques, nous nous employons, en collaboration avec les États membres et avec des partenaires clés, à apporter des éléments de preuve par l'intermédiaire du Processus européen Environnement et santé, et à aider les États membres à mettre en œuvre des approches intersectorielles.

Nous avons intensifié notre appui technique aux pays pour honorer les engagements pris dans la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé, en produisant un certain nombre de nouvelles évaluations et de nouveaux outils, et en établissant de nouveaux réseaux sur la sécurité chimique et l'économie. Nous sommes reconnaissants à tous les États membres et partenaires qui soutiennent généreusement nos activités sur l'environnement et la santé, et en particulier à l'Allemagne pour son appui continu au Centre européen de l'OMS pour l'environnement et la santé de Bonn, et un projet qui a permis de faire progresser la préparation de plusieurs pays et leurs capacités de relever les défis posés par le changement climatique.

Je vais maintenant vous donner un aperçu de plusieurs initiatives et événements majeurs au Bureau régional et à l'OMS au niveau mondial, en m'attardant particulièrement sur les aspects de la gestion et de la gouvernance de notre travail. Nous avons continué à améliorer notre efficacité, à rechercher un financement durable, à approfondir et à développer nos partenariats, et à renforcer la communication.

En avril 2013, nous avons déménagé notre siège de Copenhague dans nos nouveaux locaux d'UN City, avec toutes les agences des Nations Unies présentes au Danemark. Nous sommes profondément reconnaissants au gouvernement danois pour ces excellentes installations et pour sa générosité. Sa Majesté la Reine Margrethe du Danemark ainsi que le Secrétaire général des Nations Unies, M. Ban Ki-moon, nous ont fait l'honneur d'inaugurer UN City.

L'OMS a engagé un processus de réforme afin de mieux se préparer aux défis sanitaires de plus en plus complexes du XXI<sup>e</sup> siècle. Des progrès importants ont été accomplis depuis que je vous ai entretenu de la situation l'an passé, et ce principalement grâce à l'engagement sans précédent et à la participation active des États membres. Je vous suis immensément reconnaissante pour l'importante contribution que vous apportez de tant de manières différentes.

Je profite de cette occasion pour exprimer ma gratitude à tous les membres du personnel de la Région pour leur participation au processus, et pour avoir su s'adapter aux changements requis par la réforme. Tous les niveaux de l'OMS ont étroitement collaboré à ce processus ; le directeur général a pleinement assumé un rôle de chef de file et l'ensemble des directeurs régionaux au sein du Groupe de politique mondiale se sont résolument engagés dans ce processus. J'ai très particulièrement apprécié l'occasion qui m'a été offerte de coprésider, avec le docteur Asamoah-Baah, le Groupe spécial de l'OMS sur la mobilisation et la gestion des ressources, et de jouer un rôle actif dans le dialogue sur le financement.

La réforme de l'OMS a un impact évident. Le travail réalisé par le Comité régional et le Comité permanent du Comité régional (CPCR) démontre que l'OMS est bien une organisation d'États membres qui exerce ses fonctions importantes principalement par l'intermédiaire des États membres. Sur les conseils du Comité régional et du CPCR, nous avons garanti une plus grande cohérence et une meilleure gouvernance dans la Région européenne. Le Groupe de travail du CPCR sur la gouvernance a examiné certains dossiers tels que la composition des organes directeurs, la proposition en temps opportun d'amendements aux projets de résolutions et l'examen des pouvoirs, qui seront examinés plus en détail ce mercredi.

L'Assemblée mondiale de la santé a donné des indications claires à l'OMS eu égard à la composante programmatique de la réforme en approuvant le Douzième Programme général de travail et le budget programme pour 2014-2015. Ainsi disposons-nous d'une vision et d'un plan d'action.

Le budget programme possède plusieurs nouvelles caractéristiques : une évaluation plus réaliste des recettes et des dépenses, une chaîne de résultats solide et une description claire de la contribution des différents niveaux de l'OMS aux travaux. Les concepts sous-tendant le « contrat » de la Région européenne pour 2012-2013, que j'ai d'ailleurs présenté il y a deux ans comme « outil stratégique de responsabilisation », ainsi que les enseignements tirés à cet égard ont largement contribué au processus mené au niveau mondial.

Au cours de cette session du Comité régional, je vais évoquer l'exécution du budget programme pour 2014-2015 dans la Région européenne, qui a d'ailleurs déjà bien progressé. Santé 2020 aide à traduire le budget programme approuvé par l'Assemblée en un plan opérationnel pour l'Europe. Nous avons organisé une retraite de dix jours à l'échelle du Bureau régional pour assurer la cohérence, en particulier dans la mise en œuvre de Santé 2020, et nous avons consulté les États membres pour définir les priorités des accords de collaboration biennaux (ACB). Selon notre modèle institutionnel, le personnel basé à notre siège de Copenhague continuera de fournir un soutien technique à nos États membres.

Pourtant il faut encore financer le projet de budget programme. Notre premier dialogue sur le financement a eu lieu en juin, une réunion d'ailleurs fructueuse entièrement soutenue par les États membres et les partenaires. J'attends avec impatience de collaborer avec vous à l'organisation de la deuxième réunion prévue en novembre. J'ai grand espoir que ce mécanisme innovateur permettra le financement complet du budget programme, et mettra fin à l'incertitude financière quant à la réalisation de nos plans de travail.

Afin d'assurer la durabilité au Bureau régional, nous avons pris des mesures sans pour autant nous empêcher d'honorer nos engagements envers les États membres, notamment la baisse des coûts de personnel (en limitant le recrutement tout en préservant les capacités techniques et l'excellence) et la réduction des coûts de déplacement et des dépenses consenties aux services de consultants.

Lors de sa session de 2010, j'ai promis au Comité régional que nous mettrions au point une stratégie de partenariat pour la Région européenne. Quoique nous attendions certaines décisions sur la collaboration avec des acteurs non étatiques pour remplir cet engagement, je suis heureuse de vous annoncer que nous continuons de travailler avec tout un ensemble de partenaires, dans le cadre d'une collaboration active qui ne cesse de s'approfondir au fil des années.

Au Bureau régional, nous avons renforcé la coopération avec l'UE et ses institutions. Permettez-moi de vous présenter quelques faits saillants à cet égard. Nous avons poursuivi notre collaboration avec les pays assurant la présidence de l'UE, à savoir Chypre, l'Irlande et la Lituanie, et continué à apporter notre soutien à leurs priorités en matière de santé. Nous avons accueilli une délégation du Comité des régions de l'UE au Bureau régional. Un grand nombre d'événements importants ont été organisés, et nous avons collaboré avec le Parlement européen. Nous avons examiné nos feuilles de route conjointes avec la Commission européenne lors de la très fructueuse réunion annuelle des hauts responsables qui s'est tenue au Siège de l'OMS en juin. Ces feuilles de route ont sensiblement renforcé notre collaboration.

Nous avons accru l'envergure et la portée des activités réalisées avec les partenaires comme les agences des Nations Unies, la Banque mondiale, l'OCDE, les partenariats mondiaux pour la santé (en particulier le Fonds mondial et l'alliance GAVI), les réseaux sous-régionaux et les organisations de la société civile.

J'ai l'honneur d'accueillir les directeurs régionaux de l'UNICEF et du FNUAP. Nous signerons tous les trois un cadre d'action commun lors de la séance consacrée aux partenariats de ce mercredi. Il doit

vous aider à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et à relever de nouveaux défis dans le contexte des politiques de Santé 2020.

Outre plusieurs conférences et événements régionaux, l'année écoulée a offert de nombreuses occasions d'engager des discussions bilatérales avec les États membres. Je me suis rendue dans 18 pays et j'ai pu m'entretenir avec vous, ainsi qu'avec vos Présidents et Premiers ministres, afin de promouvoir l'adoption d'approches intersectorielles et de veiller à ce que la santé constitue une priorité importante auprès des autorités publiques.

J'ai eu l'honneur d'accueillir 13 ministres de la Santé et délégations au Bureau régional au cours de l'année. J'accorde une grande importance à ces visites, dans la mesure où elles s'avèrent particulièrement utiles pour orienter notre travail et choisir les domaines de collaboration future.

En outre, nous avons commencé à élaborer des stratégies de coopération avec les pays. La première de ces stratégies a d'ailleurs été signée dans la Région avec la Suisse en mai, en présence du directeur général. Nous avons commencé à mettre en place de telles stratégies avec la Belgique, Chypre, la Fédération de Russie, la Grèce et la Turquie.

Les mécanismes sous-régionaux restent un moyen de plus en plus efficace de collaborer avec les États membres. Nous mettons en œuvre des activités avec le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et des projets sous-régionaux avec les pays de la Communauté des États indépendants.

Notre Région, à la fois belle et complexe, constitue l'espace de vie pour 900 millions d'habitants de la planète, et environ 90 langues y sont parlées. Sa diversité nous donne une occasion unique de puiser dans un incroyable réservoir d'expertise et d'expérience.

Nous sommes à la pointe du progrès dans de très nombreux domaines de la santé publique. Je suis sûre qu'avec vous, nous pouvons remplir notre mission.

Je vous remercie pour votre attention.