



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Cinquante-quatrième session**

Copenhague, 6–9 septembre 2004

Point 4 de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC54/4
11 juin 2004
40190
ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport du onzième Comité permanent du Comité régional

Ce document présente un rapport de synthèse des travaux accomplis par le Comité permanent du Comité régional (CPCR) depuis la cinquante-troisième session du Comité régional. Il porte sur les sessions du CPCR tenues en septembre et en novembre 2003 et en avril et mai 2004.

Le rapport sur la session de septembre 2004 sera soumis au Comité régional en tant qu'addendum au présent document.

Le rapport complet de chacune des sessions du CPCR est disponible sur le site Web officiel du Bureau régional (http://www.euro.who.int/Governance/SCRC/20031204_1).

Sommaire

	<i>Page</i>
Introduction	1
Suivi de la cinquante-troisième session du Comité régional	1
Tuberculose	1
Santé mentale	1
Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous	1
Évaluation externe des programmes du Bureau régional sur les réformes des systèmes de soins de santé	2
Thèmes techniques	2
Environnement et santé	2
Maladies non transmissibles	4
Convention-cadre sur la lutte antitabac	6
Questions administratives	6
Stratégie de pays du Bureau régional	6
Orientations stratégiques des activités du Bureau régional avec les entités organisationnelles géographiquement dispersées, y compris les bureaux de pays de l’OMS	7
Projet de budget programme 2006–2007 et onzième Programme général de travail	8
Onzième Programme général de travail	10
Partenariats pour la santé	11
Questions de procédure	11
Assemblée mondiale de la santé	11
Ratification des modifications des articles 24 et 25 de la Constitution de l’OMS	12
Conseil exécutif	12
Comité régional de l’Europe	13
Composition des organes et des comités de l’OMS	14
Autres points à l’ordre du jour	15
Discours d’un représentant de l’Association du personnel du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe	15
Annexe 1. Composition du onzième CPR 2003–2004	17

Introduction

1. Le Comité permanent du Comité régional (CPCR), sous la présidence du docteur Božidar Voljč, a tenu la première session de son onzième mandat dans les Redoutensäle du Centre des congrès de la Hofburg, à Vienne, immédiatement après la clôture de la cinquante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe. Le docteur Godfried Thiers a été élu à l'unanimité vice-président du onzième CPCR lors de sa deuxième session tenue à l'Hôtel Metropol d'Erevan (Arménie), les 24 et 25 novembre 2003. Le docteur Haik Darbinyan, premier vice-ministre arménien de la Santé, a souhaité la bienvenue aux participants. La troisième session du CPCR s'est tenue au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Copenhague du 31 mars au 2 avril 2004. La quatrième session, quant à elle, s'est tenue au Palais des Nations de Genève le 16 mai 2004.

Suivi de la cinquante-troisième session du Comité régional

2. Le CPCR a fait un examen très préliminaire des résultats de la cinquante-troisième session du Comité régional, puis un examen plus approfondi des actions de suivi mises en œuvre par le secrétariat lors de sa deuxième session.

Tuberculose

3. Le directeur de la Division du soutien technique, Réduction de la charge de morbidité, a informé le CPCR lors de sa deuxième session que le Bureau régional avait beaucoup travaillé sur la tuberculose, en particulier dans les pays d'Europe centrale et orientale, depuis que le Comité régional avait adopté la résolution EUR/RC52/R8 en 2002. Néanmoins, l'incidence de la tuberculose multirésistante augmentait dans certains pays et cette maladie continuait de représenter un important défi politique.

4. Le CPCR a relevé que la tuberculose allait souvent de pair avec l'infection à VIH/sida, et que des fonds plus importants étaient nécessaires pour lutter contre ces deux maladies. Il attendait avec intérêt de recevoir des informations à jour détaillées sur la situation lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional.

Santé mentale

5. Le directeur de la Division du soutien technique, Réduction de la charge de morbidité, a signalé que des préparatifs étaient en cours en vue de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, qui se tiendrait à Helsinki du 12 au 15 janvier 2005. Deux réunions préalables à la conférence avaient eu lieu en 2003, sur les thèmes des droits de l'homme et de la stigmatisation, et quatre se tiendraient en 2004 et porteraient respectivement sur la prévention du suicide, le stress sociétal, les enfants et la santé mentale sur le lieu de travail. Leurs constatations et conclusions seraient incorporées dans le plan d'action que la Conférence devrait adopter. Le programme de la Conférence était conçu de façon à faciliter la participation de ministres, en particulier à la table ronde, et l'adoption de la déclaration et du plan d'action le dernier jour.

6. Le CPCR a attiré l'attention sur la nécessité d'inscrire la question de la violence à l'ordre du jour de la Conférence, et de s'appuyer sur les travaux qui avaient déjà été accomplis dans le domaine de la santé mentale, en particulier dans le cadre de diverses présidences de l'Union européenne et dans le contexte du Conseil de l'Europe.

Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous

7. Le directeur régional a signalé que des activités étaient en cours en ce qui concerne trois des quatre « piliers » du plan d'actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous qui avait été adopté

par le Comité régional à sa cinquante-troisième session. Le premier domaine (un examen de l'utilisation faite de la SANTE 21 par les États membres) était pris en charge par l'Observatoire européen des systèmes de santé de Bruxelles ; les activités concernant le deuxième domaine (évaluation des valeurs soutenant la santé publique) étaient réalisées par un groupe de réflexion composé d'experts choisis par le directeur régional ; enfin, un chercheur contractuel travaillait sur le troisième domaine (recherche d'outils dont pouvaient disposer les décideurs).

8. Le CPRC tenait à ce que les États membres soient pleinement consultés au cours du processus d'actualisation. Il attendait avec intérêt une discussion approfondie à la cinquante-quatrième session du Comité régional, après quoi la première version de la politique-cadre actualisée pourrait être établie et envoyée aux États membres pour observations.

Évaluation externe des programmes du Bureau régional sur les réformes des systèmes de soins de santé

9. Le CPRC est convenu que le président et le directeur régional décideraient ensemble des mesures à prendre pour donner suite à l'évaluation externe des programmes du Bureau régional sur les réformes des systèmes de soins de santé qui avait été réalisée en 2001.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le rapport du directeur régional (EUR/RC54/6) et le document relatif au suivi des sessions précédentes du Comité régional (EUR/RC54/12)

Thèmes techniques

Environnement et santé

10. Lors de la deuxième session du CPRC, le directeur régional a rappelé que le Comité régional, à sa cinquante-troisième session, avait demandé au Bureau régional de « trouver des moyens d'assurer une communication plus rapide de statistiques de meilleure qualité sur la mortalité », en particulier eu égard au grand nombre de personnes âgées qui étaient décédées au cours de la canicule de l'été. Cependant, l'OMS était tributaire des États membres pour la collecte de données, les statistiques sur la mortalité représentaient une excellente série à long terme et les méthodes de collecte de données devaient rester les mêmes pour assurer la comparabilité dans le temps.

11. Dans le cadre des préparatifs en vue de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, organisée à Budapest en juin 2004, une réunion devait se tenir à Bratislava en février 2004 sur la prise en compte des événements météorologiques extrêmes dans le cadre de la politique de santé. Le CPRC a suggéré que les participants à cette réunion pourraient examiner et évaluer la possibilité d'utiliser d'autres sources de données sur la mortalité (telles que les archives des entreprises de pompes funèbres et des églises) et que leurs conclusions pourraient être communiquées aux États membres. Le CPRC a également manifesté de l'intérêt pour la démarche consistant à expérimenter un « système sentinelle » dans les zones urbaines de certains pays.

12. En outre, le directeur de la Division du soutien technique, Déterminants de la santé, a informé le CPRC des préparatifs en vue de la Conférence de Budapest lors de sa deuxième session. La troisième réunion préparatoire intergouvernementale aurait lieu à Evora (Portugal) les 27 et 28 novembre 2003 ; la troisième réunion du groupe de travail spécial sur le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe se tiendrait à Bruxelles les 15 et 16 décembre 2003 ; et la réunion intergouvernementale finale (préalable à la conférence) devait se dérouler les 25 et 26 mars 2004 à Malte. La question devrait être inscrite à l'ordre du jour de la cinquante-quatrième session du Comité régional, afin que celui-ci approuve les documents adoptés lors de la Conférence, examine l'avenir de l'initiative Environnement et santé, et étudie les implications pour la stratégie globale concernant la santé des enfants et des adolescents.

13. Le CPRC a demandé que le document présenté à la cinquante-quatrième session du Comité régional ne se limite pas à donner des informations sur les résultats de la Conférence, mais examine également les effets de l'initiative Environnement et santé sur la santé des populations en Europe.

14. Lors de la troisième session, le directeur de la Division du soutien technique, déterminants de la santé, a rappelé le processus qui a conduit à la Conférence de Budapest. La Première Conférence (Francfort, 1989) avait permis de définir les principes régissant les activités à mettre en œuvre dans ce domaine (voir la Charte de Francfort) et conduit à la création du Centre européen de l'environnement et de la santé. Les participants à la Deuxième Conférence (Helsinki, 1994) avaient examiné les résultats d'une étude approfondie sur l'hygiène environnementale en Europe et élaboré un processus pour l'élaboration de plans d'action nationaux pour l'environnement et la santé. La Troisième Conférence (Londres, 1999) s'était penchée sur les actions réalisées en partenariat et avait abouti à l'adoption d'un Protocole juridiquement contraignant sur l'eau et la santé ainsi que d'une Charte sur le transport, l'environnement et la santé. Le mandat du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES) avait été reconduit.

15. La Quatrième Conférence, placée sous le thème « Un futur pour nos enfants », avait été précédée de quatre réunions préparatoires intergouvernementales durant lesquelles les principaux résultats, à savoir la Déclaration de la Conférence et le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe, avaient été négociés ligne par ligne. La Déclaration garantirait un engagement politique ferme en vue de faire face aux effets de l'environnement sur la santé des enfants, de résoudre de nouveaux problèmes tels que les événements météorologiques extrêmes ou le logement et la santé, et d'adopter de nouveaux outils d'élaboration de politiques (par exemple, un système d'information sur l'environnement et la santé). Elle prévoirait également le renouvellement et l'extension du mandat du CEES, ainsi qu'une augmentation du nombre d'États membres représentés au sein du Comité. Le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe serait structuré autour de quatre objectifs prioritaires régionaux, accompagnés d'un tableau de mesures que les pays pourraient mettre en œuvre afin d'atteindre ces objectifs.

16. Le document présenté à la cinquante-quatrième session du Comité régional décrirait par conséquent le processus qui avait conduit à la Conférence, mettrait en lumière les résultats de la Conférence et se pencherait sur les orientations des activités de l'OMS en matière d'environnement et de santé pour ces cinq prochaines années. Il mettrait également en exergue les partenariats avec d'autres organes intergouvernementaux. Le projet de résolution joint inviterait instamment les États membres à appliquer la Déclaration et le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe ; à définir les principales orientations de l'OMS ; à approuver le nouveau CEES ; et à appeler l'OMS à poursuivre son rôle pilote dans ce domaine.

17. Le CPRC a salué les nombreux efforts investis dans la préparation finale des documents de la Conférence et attesté des résultats obtenus à la suite d'un long processus engagé depuis la Première Conférence de 1989. Le représentant de l'Autriche, le pays qui a joué un rôle pilote dans la préparation du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe, a déploré que le tableau de mesures ne fasse pas partie intégrante du Plan d'action, et recommandé que les déclarations des conférences à venir ne dépassent pas deux ou trois pages afin de capter l'attention du public.

18. Des inquiétudes se sont exprimées quant au chevauchement potentiel avec l'initiative « Un environnement pour l'Europe » de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, et il a été suggéré que l'on harmonise le cycle des conférences prévues par les deux organisations. Le CPRC a cependant reconnu la réticence de certains États membres qui préféreraient que l'on ne s'engage pas dans ce sens et que l'on continue à établir une distinction avec les aspects sanitaires.

19. Le nouveau mandat bien défini proposé pour le CEES a été favorablement accueilli, mais le CPRC craignait que les États membres ne disposent que de très peu de temps entre la Conférence de Budapest et la cinquante-quatrième session du Comité régional pour présenter des candidatures au Comité élargi. Il a été dès lors demandé au directeur régional de notifier préalablement les participants, dans sa lettre

d'invitation à la cinquante-quatrième session du Comité régional, de la possibilité d'une élection extraordinaire des membres du nouveau CEES lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional, et d'inviter les États membres à présenter également des candidatures pour cet organe.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document sur l'environnement et la santé : suivi de la Conférence de Budapest

(EUR/RC54/10)

Examiner le projet de résolution correspondant

(EUR/RC54/Conf.Doc./5)

Élire les nouveaux membres du CEES

Maladies non transmissibles

20. Le directeur de la Division du soutien technique, Réduction de la charge de morbidité, a expliqué au CPRC lors de sa deuxième session de novembre 2004 que la Région européenne de l'OMS devait élaborer une stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles qui tienne compte des caractéristiques diverses et particulières de la Région, offrait un cadre cohérent pour les travaux en cours et futurs, et recourait à une démarche axée sur les besoins des pays. En se fondant sur un certain nombre de « piliers » existants (tels que la stratégie mondiale sur les maladies transmissibles et les travaux accomplis en vue de l'adoption d'un instrument analogue sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, les plans d'action européens sur l'alcool et sur l'alimentation et la nutrition, et les initiatives et consultations régionales concernant le tabac, la santé mentale, la violence et la santé, etc.), le Bureau régional avait l'intention de présenter un document de travail lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional et une proposition de stratégie européenne sur les maladies non transmissibles à la cinquante-sixième session du Comité régional.

21. La stratégie régionale serait élaborée en consultation avec les États membres, tandis qu'un « groupe de référence » fournirait des conseils de spécialistes. Il s'agirait d'offrir aux pays les outils dont ils avaient besoin pour lutter contre des facteurs de risque courants d'une façon intégrée, de les inciter à élaborer leurs propres politiques en matière de maladies non transmissibles et de les mettre en mesure de le faire, d'influer sur les politiques extérieures au secteur de la santé qui avaient des effets sur celle-ci (telles que celles relative au commerce, à l'agriculture et au développement urbain) et de promouvoir la réforme des systèmes de soins de santé.

22. Le CPRC a reconnu que l'OMS était bien placée pour concevoir des outils et des processus que les États membres pouvaient ensuite utiliser pour élaborer leurs propres stratégies, en les adaptant à leur situation particulière. Il a pleinement souscrit à la démarche intégrée et globale préconisée concernant la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, mais a suggéré qu'elle soit étendue à la promotion de la santé. La stratégie proposée devrait également prendre compte des résultats de la Conférence de Budapest et des activités menées actuellement au sein de l'Union européenne (UE).

23. Le CPRC a marqué son accord sur le calendrier proposé pour l'élaboration de la stratégie : au cours de la période 2004–2006, il serait possible de procéder à des consultations approfondies avec les États membres, afin d'assurer la transparence et la durabilité de la stratégie.

24. Lors de la troisième session du CPRC, le directeur de la Division du soutien technique, Réduction de la charge de morbidité, a présenté une version préliminaire du document qui serait soumise à la cinquante-quatrième session du Comité régional. Il a rappelé que la Stratégie mondiale de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles avait été réaffirmée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2000 (résolution WHA53.17). Lors du cinquante-deuxième session du Comité régional en 2002, le directeur régional avait proposé l'élaboration d'une stratégie européenne. Une stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé devait être présentée à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2004.

25. La stratégie européenne se fondait sur le fait que les maladies non transmissibles étaient la principale charge de morbidité dans la Région, concourant à plus de 75 % de la mortalité totale en 2000. Le Bureau régional avait besoin d'un cadre homogène pour mettre en œuvre ses activités présentes et à venir dans le domaine des maladies non transmissibles et des maladies chroniques. Il fallait donner en effet une dimension européenne aux stratégies élaborées au niveau mondial afin de prendre en compte la spécificité et la diversité de la Région. De même, le Bureau désirait encourager une démarche axée sur les pays qui s'inspire des connaissances, des données d'expérience et des pratiques existantes.

26. La stratégie européenne aurait donc pour objectif de mener une lutte intégrée contre les facteurs de risque courants ; d'inciter les États membres à élaborer des politiques en matière de maladies non transmissibles et de les mettre en mesure de le faire ; d'influer sur les politiques extérieures au secteur de la santé qui avaient des effets sur celle-ci ; de promouvoir la réforme des systèmes de santé afin de mieux répondre aux besoins à long terme des personnes atteintes de maladies chroniques ; et d'établir une base de données servant à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles.

27. La version préliminaire destinée à la cinquante-quatrième session du Comité régional a donc tout d'abord justifié l'élaboration d'une stratégie européenne en matière de maladies non transmissibles, expliquant la charge (notamment en termes économiques) de ces maladies en Europe. Le document a ensuite mis l'accent sur les déterminants multifactoriels, sur les défis et sur la nécessité d'adopter des mesures intégrées. Après l'énumération des engagements pris à cet égard et des actions actuellement mises en œuvre, le document a repris un nombre limité de messages clés et mis en évidence les domaines prioritaires pour l'OMS.

28. À l'exercice mené dans l'ensemble du Bureau et aux réunions préparatoires tenues à ce jour viendrait s'ajouter une réunion d'experts début mai 2004, et un document révisé (tenant compte des commentaires du CPR) serait rédigé début juin 2004 à l'adresse de la cinquante-quatrième session du Comité régional. La deuxième phase préparatoire, pour la période 2004–2005, prévoirait notamment une consultation avec les États membres, l'élaboration de techniques de modélisation et d'outils pratiques, la représentation cartographique de la situation européenne et le renforcement de la base factuelle, et la prise en compte des résultats des conférences ministérielles. La troisième phase, prévue pour 2006, permettrait d'établir la version finale de la stratégie à l'adresse de la cinquante-sixième session du Comité régional.

29. Le CPR a accepté le concept du document de la cinquante-quatrième session du Comité régional tel que présenté, ainsi que les différentes étapes proposées en vue de poursuivre l'élaboration de la stratégie européenne en matière de maladies non transmissibles. Il était opportun d'examiner le rôle de la prévention dans les systèmes de santé européens, comme il serait important de consulter largement les États membres à ce sujet. L'accent devrait être porté sur la prévention secondaire et tertiaire, ainsi que sur la prévention primaire.

30. Le CPR a également insisté sur la nécessité d'inclure les enfants dans la stratégie et d'impliquer le personnel des systèmes de santé dans la prévention secondaire et tertiaire. Enfin, il a fait remarquer que le niveau national était le niveau critique pour l'application de la stratégie, et a reconnu le besoin d'adapter ses différentes composantes afin de mieux lutter contre les facteurs de risque spécifiques à chaque pays.

31. Lors de la quatrième session du CPR, le directeur régional s'est félicité du soutien apporté par les États membres européens à la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, et de l'importance que ceux-ci ont accordée au problème de l'obésité.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document relatif à la Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles (EUR/RC54/8)
Examiner le projet de résolution correspondant (EUR/RC54/Conf.Doc./3)

Convention-cadre sur la lutte antitabac

32. Le directeur de la Division du soutien technique, Déterminants de la santé, a informé le CPRC lors de sa deuxième session que deux pays de la Région européenne avaient déjà ratifié la Convention-cadre sur la lutte antitabac. Le processus de ratification par la Communauté européenne était également bien avancé. Le Bureau régional coopérait avec les États membres pour encourager la ratification et l'adoption de plans d'action nationaux. En outre, des activités régionales portaient sur le tabagisme passif et l'arrêt du tabac, et sur l'élaboration d'une stratégie d'information et la création de bases de données connexes.

33. Le CPRC a relevé que les pays de la Communauté des États indépendants (CEI) devaient faire face à une publicité plus agressive pour les produits à base de tabac, qui ciblait en particulier les jeunes. Il convenait d'accorder une attention particulière au fait que, dans certains pays, on commençait à fumer à un âge plus précoce, et le CPRC a demandé instamment à l'OMS d'élaborer une stratégie spécifique pour s'attaquer à ce problème et d'inscrire cette question (ainsi que celle relative à la fumée de tabac présente dans l'air ambiant) à l'ordre du jour de la Conférence de Budapest.

34. D'une manière plus générale, le CPRC a reconnu qu'il ne suffisait pas que les pays ratifient la Convention-cadre ; il fallait aussi que la lutte contre le tabagisme figure en bonne place parmi les préoccupations politiques et que des efforts soient accomplis pour mettre fin à l'expansion des entreprises de tabac dans les pays en développement.

35. Lors de sa session d'avril 2004, le directeur régional a informé le CPRC de la ratification de la Convention-cadre sur la lutte antitabac par neuf pays, dont deux États membres de la Région européenne (Malte et Norvège).

Questions administratives

Stratégie de pays du Bureau régional

36. Conformément à la résolution EUR/RC53/R2, les bureaux de pays avaient commencé à établir de brefs rapports précis et on avait entrepris de concevoir des critères ou des indicateurs permettant d'évaluer les effets de l'application de la Stratégie de pays.

37. Le CPRC a confirmé que l'évaluation devrait porter sur la période 2002–2003 et qu'elle devrait se limiter à déterminer la mesure dans laquelle la Stratégie avait influé sur la façon dont l'OMS avait travaillé dans les pays. En d'autres termes, il ne fallait pas essayer d'évaluer les effets de la Stratégie sur la situation sanitaire de tel ou tel pays. Le CPRC a également recommandé que les rapports de pays (pour tous les pays de la Région européenne) soient approuvés au niveau national avant d'être présentés à la cinquante-quatrième session du Comité régional.

38. Lors de la troisième session du CPRC, le directeur de la Division du soutien aux pays a relevé que la démarche adoptée consistait par conséquent à réaliser une évaluation indirecte sur la base des améliorations du processus, afin de déterminer l'impact des activités de l'OMS sur certains paramètres tels que la définition des besoins, le processus de prise de décisions et la base de connaissances dans les États membres. L'évaluation du programme EUROSANTÉ mis en œuvre en 2000 avait servi de base de référence. Des données quantitatives ont été utilisées lorsqu'elles étaient disponibles, complétées de descriptions explicatives et d'informations qualitatives provenant des « rapports de clôture » sur les Accords de coopération biennaux et d'autres sources. Chaque rapport de pays énumérait par conséquent les domaines de collaboration prioritaires pour les exercices biennaux 2002–2003 et 2004–2005, les principaux résultats obtenus en 2002–2003, les principaux produits ainsi que les secteurs d'activités développés par le Bureau régional dans le pays en question et d'autres aspects témoignant de la présence du Bureau régional dans le pays. L'une des toutes premières conclusions de cet exercice était que l'OMS n'avait pas encore établi de systèmes permettant d'évaluer sa performance dans les différents pays et de déterminer si les États membres se sentaient désormais mieux encadrés par l'OMS.

39. Le CPRC a accueilli le projet de document. C'était la première fois que la diversité des actions menées par l'OMS dans la Région européenne était illustrée en détail, même s'il s'agissait principalement des activités du Bureau régional. La section liminaire consacrée à la méthodologie devrait être conservée dans la version présentée à la cinquante-quatrième session du Comité régional car elle a mis en lumière les considérations techniques qui entouraient encore les résultats du *Rapport sur la santé dans le monde 2000*. Il a été suggéré que les prochains Accords de coopération biennaux incluent des objectifs et des indicateurs spécifiques permettant d'en faciliter les évaluations consécutives.

40. La structure et la taille des rapports spécifiques aux pays ont été adoptées. De plus amples informations devraient être fournies quant au rôle de l'OMS en tant qu'agence technique normative. Une note devrait être ajoutée à chaque rapport afin de préciser si l'OMS possédait un bureau de pays dans l'État membre en question. Alors que les États membres devraient être consultés sur le contenu de leur rapport respectif, le CPRC a souligné que la responsabilité rédactionnelle du document final incomberait à l'OMS, comme c'était le cas dans d'autres organisations internationales.

41. Eu égard aux conclusions de l'exercice, le CPRC a reconnu qu'il était probablement plus difficile d'évaluer l'impact dans les pays membres de longue date de l'OMS que dans les nouveaux États indépendants, et sur la santé dans son ensemble que dans des secteurs spécifiques du système de santé. Néanmoins, les conclusions devraient être résumées en termes plus positifs : il a été prouvé que l'OMS avait un impact sur le processus de prise de décisions des pays et, finalement, sur les résultats au niveau de la santé.

42. Le directeur de la Division du soutien aux pays a conclu le débat lors de la troisième session du CPRC en présentant une étude de cas illustrant la collaboration de l'OMS avec la Bosnie-Herzégovine. Après l'obligation de respecter la planification imposée par les bailleurs de fonds lors de la situation d'urgence complexe des années 1990, l'Organisation et le gouvernement de Bosnie-Herzégovine avaient réalisé, au début de cette décennie, une évaluation conjointe des besoins du pays en matière de santé, défini ses priorités et préférences, et engagé un processus de négociations en vue de la signature d'un Accord de coopération biennal pour 2004–2005.

43. L'OMS était actuellement bien placée pour devenir l'une des principales parties prenantes et faire office de partenaire stratégique dans le secteur de la santé, avec un plan de travail axé sur les résultats et une définition bien précise de son rôle et de ses fonctions. En conséquence, la Commission européenne a octroyé à l'OMS une subvention de 2 millions d'euros afin de mettre en œuvre un projet de réforme des soins de santé dans le pays, et des agences donatrices telles que l'Agence canadienne de développement international, la Japanese International Cooperation Agency et la Banque mondiale coordonnaient leurs activités en collaboration étroite avec celles de l'Organisation.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document relatif à la mise en œuvre de la stratégie de pays du Bureau régional
(EUR/RC54/Inf.Doc./2)

Orientations stratégiques des activités du Bureau régional avec les entités organisationnelles géographiquement dispersées, y compris les bureaux de pays de l'OMS

44. Le directeur régional a informé le CPRC lors de sa session de novembre 2003 qu'il avait organisé une « réunion de brainstorming » sur les bureaux organisationnels géographiquement dispersés du Bureau régional, qui devait se tenir à Rome les 8 et 9 janvier 2004. Cette question pourrait également être abordée lors d'une réunion prochaine du Forum du futur. Le CPRC a recommandé que les participants à la réunion de Rome soient mis au courant de la différence entre les bureaux organisationnels géographiquement dispersés et les centres collaborateurs de l'OMS, mais qu'ils devaient se consacrer à l'élaboration de propositions concernant les premiers.

45. Lors de sa troisième session, le directeur régional a informé le CPRC que le « groupe de brainstorming » s'était réuni à deux reprises ; et que la version préliminaire du document devant le

Comité avait été rédigée à la lumière de ses discussions. Le document portait sur les bureaux géographiquement dispersés, définis en tant qu'entités techniques situées en dehors de Copenhague mais entièrement intégrées au Bureau régional, et dont la mission était de servir tous les pays de la Région dans un domaine technique donné. Ils étaient par conséquent très différents des bureaux de pays de l'OMS qui menaient l'ensemble des activités de l'OMS dans un seul pays. Il ne fallait pas non plus les confondre avec les centres collaborateurs de l'OMS qui, eux, ne faisaient pas partie intégrante de la structure du Bureau régional et dont les membres du personnel n'étaient pas des employés de l'OMS.

46. Le Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS a été établi à la suite de la Conférence de Francfort en 1989, et la Région possédait actuellement cinq centres (à Barcelone, à Bruxelles et à Venise, ainsi que les deux antennes de Rome et de Bonn). Les bureaux géographiquement dispersés menaient des activités techniques de haute qualité dans plusieurs domaines qui, autrement, ne seraient pas pris en compte. Leur financement provenait du budget ordinaire de l'Organisation (4,3 millions de dollars des États-Unis en 2002–2003) et d'autres sources (accords avec les pays hôtes et contributions volontaires, soit 20 millions de dollars). Ils occupaient un nombre total de 97 employés.

47. L'équilibre existant actuellement entre les différents centres et le Bureau de Copenhague était considéré comme satisfaisant. Cependant, un nouveau centre pourrait être créé si des activités devaient être réalisées dans un domaine technique donné, si le Bureau régional ne disposait pas des ressources suffisantes et si un État membre se proposait d'accueillir le centre. Le document de la cinquante-quatrième session du Comité régional a énoncé les lignes directrices pour l'établissement et la gestion d'un bureau géographiquement dispersé, tout en confirmant que le CPR et le Comité régional seraient consultés avant l'ouverture ou la fermeture d'un centre.

48. Le CPR a félicité le groupe de travail pour ce document à la fois excellent et pratique qui définissait des orientations précises pour l'avenir. Il a en outre confirmé que Copenhague ne devrait pas devenir un petit bureau central principalement responsable de la coordination des entités extérieures. Le Comité permanent a reconnu que les bureaux géographiquement dispersés dans la Région européenne apportaient une valeur ajoutée à l'Organisation, mais (tout comme l'Association du personnel du Bureau européen de l'OMS) a exprimé ses inquiétudes quant à l'isolement sans doute ressenti par les employés de ces bureaux ainsi qu'aux possibles effets négatifs sur la mobilité interne du personnel et, finalement, sur l'efficacité d'une structure décentralisée. Il était certes nécessaire que le personnel des bureaux géographiquement dispersés jouisse des mêmes conditions de service que dans le reste de l'Organisation. En guise de conclusion, le CPR a recommandé que les bureaux géographiquement dispersés soient appelés, à l'avenir, « les bureaux de l'OMS/EURO pour... ».

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document relatif à la Stratégie européenne sur les bureaux géographiquement dispersés (EUR/RC54/9)

Examiner le projet de résolution correspondant (EUR/RC54/Conf.Doc./4)

Projet de budget programme 2006–2007 et onzième Programme général de travail

49. Le directeur de la Division de l'administration et des finances a informé le CPR lors de sa session de novembre 2003 que le Bureau régional procédait actuellement à une planification détaillée concernant la période biennale 2004–2005, notamment en vue de déterminer les besoins des pays qui seraient satisfaits au moyen des fonds du budget ordinaire et ceux pour lesquels des ressources extrabudgétaires seraient nécessaires. Les résultats préliminaires de cette planification avaient montré que la Région européenne aurait besoin de 115 millions de dollars sous forme de financements provenant d'autres sources en 2004–2005 ; compte tenu des prévisions concernant les fonds reportés de la période biennale actuelle à la suivante, il a été calculé que le « solde à financer » s'élevait à 101 millions de dollars.

50. Le conseiller principal pour la gestion et la mise en œuvre des programmes a confirmé que la structure par domaine d'activités utilisée dans le budget programme 2004–2005 serait conservée sous

réserve de quelques modifications mineures pour 2006–2007, et qu'il y aurait un renforcement de la tendance à inclure aussi bien les fonds du budget ordinaire que ceux provenant d'autres sources. L'objectif fixé par le directeur général consisterait à dépenser 75 % de l'ensemble des fonds dans les régions et les pays. Le cadre du projet de budget programme 2006–2007 devrait être disponible lors de la session d'avril 2004 du CPRC et un premier projet serait présenté à la cinquante-quatrième session du Comité régional pour observations.

51. Le CPRC a pris note du fait que le directeur général s'était également engagé à transférer de nombreux fonctionnaires du Siège aux bureaux régionaux et à des postes sur le terrain, et a suggéré que les membres européens du Conseil exécutif soulèvent cette question lors de la prochaine session du Conseil.

52. Lors de la troisième session du CPRC, le directeur de la Division de l'administration et des finances a présenté les principales caractéristiques du projet de budget programme 2006–2007. Celui-ci serait encore structuré en « domaines d'activités », inclurait plusieurs conditions pour la mobilisation des ressources et établirait de nouvelles priorités générales tout en maintenant le gel de la répartition du budget ordinaire. On a surtout remarqué que le budget programme traduirait un engagement explicite à obtenir des résultats au niveau des pays.

53. Les différentes étapes de la préparation du projet de budget programme 2006–2007 étaient similaires à celles des exercices biennaux précédents, à savoir notamment l'examen d'un projet lors des sessions du Comité régional en 2004, l'examen d'un projet révisé par le Conseil exécutif en janvier 2005 et l'approbation du document lors de la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé en mai 2005.

54. Le CPRC a dès lors été informé du projet de budget de la Région européenne pour chacun des domaines d'activités en 2006–2007, comparé au budget approuvé pour 2004–2005. Alors que le budget total intégré ne devait connaître qu'une faible majoration (de 204 millions à 210 millions de dollars), des augmentations importantes avaient été proposées dans les domaines suivants : santé génésique et de l'enfant ; prévention et lutte contre les maladies transmissibles ; et bases factuelles. Les domaines de l'environnement (y compris la sécurité alimentaire) et des maladies du Fonds mondial (paludisme, tubercule et VIH/sida) devraient se voir attribuer moins de ressources (de 40 millions à 27 millions de dollars dans le dernier cas).

55. Une comparaison établie par source de financement prévisionnel pour les périodes 2004–2005 et 2006–2007 a indiqué une faible augmentation des niveaux de ressources disponibles émanant du budget ordinaire et d'autres sources. Le montant total des besoins non satisfaits restait à peu près au même niveau pendant les deux exercices biennaux, soit 106 millions de dollars. En prévision d'un accroissement significatif des fonds provenant d'autres sources au Siège de l'OMS, il importait que la Région européenne obtienne par conséquent sa part juste et opportune de contributions volontaires.

56. Le CPRC s'est déclaré préoccupé par la diminution projetée des ressources financières allouées au VIH/sida en 2006–2007, mais a été informé d'une révision à la baisse des fonds estimés provenant d'autres sources en 2004–2005. En outre, la majorité de ces ressources devait être investie dans le développement de l'infrastructure (projet à caractère unique).

57. Une question a été soulevée concernant le prélèvement de 13 % réalisé sur les contributions volontaires afin de couvrir les « frais d'appui aux programmes ». En guise de réponse, il a été fait remarquer que le directeur général avait décidé de réduire ce prélèvement à 5 % pour financer des actions liées à l'éradication de poliomyélite. Une certaine souplesse était donc possible à ce niveau. Les fonds destinés au soutien administratif et débloqués au début de chaque exercice biennal ont atténué le problème de liquidités auquel était confronté le Bureau régional, et permis d'utiliser les contributions volontaires pour couvrir certaines dépenses de personnel.

58. Le CPRC a proposé que l'Organisation, en examinant sa présence dans les pays, s'inspire des pratiques établies dans d'autres agences du système des Nations Unies afin de déterminer si des économies d'échelle pouvaient être réalisées.

59. Cependant, la nécessité d'établir le bon équilibre entre le budget ordinaire et les fonds provenant d'autres sources, et d'obtenir une part adéquate de contributions volontaires pour la Région européenne, a été reconnue comme étant le principal problème. Le CPRC s'est félicité des mesures prises par le secrétariat pour établir un « budget supplémentaire » sous la forme d'une liste détaillée de conditions dans cette dernière catégorie. En l'absence d'un document d'orientation sur les contributions volontaires dans l'ensemble de l'Organisation, ses membres ont accepté de continuer à soutenir l'adoption d'un mécanisme spécifique dans le but de compenser la décision, l'année précédente, de mettre un terme à l'application des clauses de la résolution WHA51.31 (relatives à la répartition du budget ordinaire entre les régions) (voir également les paragraphes 68–70 ci-dessous).

60. Lors de sa quatrième session, les membres du CPRC se sont une nouvelle fois félicités de l'effort accru de transparence et de responsabilité exprimé par un budget supplémentaire clairement établi pour 2004–2005, qui porte à 116 millions de dollars les besoins du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en matière de contributions volontaires.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner les documents relatifs au projet de budget programme pour la période 2006–2007 (EUR/RC54/11, EUR/RC54/Inf.Doc./4) **et sa perspective régionale** /EUR/RC54/11 Add.1)
Examiner le projet de résolution correspondant (EUR/RC54/Conf.Doc./6)

Onzième Programme général de travail

61. Le conseiller principal pour la gestion et la mise en œuvre des programmes a informé le CPRC, lors de sa deuxième session, que le onzième Programme général de travail de l'Organisation serait très différent du dixième. Il porterait sur une période de dix ans (2006–2015), avec des révisions triennales ; il fixerait des orientations stratégiques pour l'Organisation et les États membres ; il comprendrait des buts et des objectifs (comme le neuvième Programme général de travail) et refléterait les objectifs du Millénaire pour le développement et les principes des soins de santé primaires et de la Santé pour tous.

62. Lors de sa troisième session, une deuxième version préliminaire a été distribuée et le CPRC a été informé que si une version complète du Programme général de travail n'était pas encore disponible, le processus et le contenu étaient en cours d'élaboration. Une version préliminaire complète serait examinée par la cinquante-cinquième session du Comité régional en septembre 2005, avant la présentation du projet final au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la santé en 2006. Aucune décision n'avait encore été prise quant au niveau comme au calendrier des consultations régionales potentielles.

63. Dans un monde en constante évolution, le onzième Programme général de travail mettrait l'accent sur la santé au sens propre et l'inscrirait à l'ordre du jour plus général du développement. La priorité serait accordée aux valeurs morales telles que la solidarité et l'éthique, et au besoin d'une bonne gouvernance dans le secteur de la santé. Le onzième Programme général de travail établirait différentes méthodes pour atteindre les objectifs de santé, présenterait plusieurs scénarios et examinerait le rôle de l'OMS et des États membres dans chacun des modèles exposés. Les principaux défis seraient mis en évidence ; il s'agirait notamment de conjurer les inégalités en matière de santé, de répondre aux besoins des pauvres et des personnes vulnérables, de développer les capacités des systèmes de santé et de tirer profit des connaissances existantes et des nouveaux acquis. L'OMS jouerait un rôle pilote au niveau mondial, offrirait ses services aux différents pays, influencerait les politiques de développement, encouragerait l'établissement de relations étroites avec les gouvernements et fixerait des priorités bien définies.

Partenariats pour la santé

64. Durant l'examen préliminaire, lors de sa première session, des résultats de la cinquante-troisième session du Comité régional le CPRC a relevé que la participation accrue de représentants d'organisations partenaires et d'États membres de l'OMS en avait été l'un des éléments les plus marquants. Leur volonté de participer activement aux débats et l'intérêt qu'ils y avaient porté avaient toutefois fait qu'il avait été difficile de respecter le programme.

65. Contrairement à ce qui avait été pratiqué jusque-là, les représentants d'organisations partenaires avaient été invités à prendre la parole lors de l'examen de chaque point de l'ordre du jour de la cinquante-troisième session du Comité régional. Cela avait limité le temps disponible pour des interventions de représentants d'États membres et, surtout, d'organisations non gouvernementales. Le CPRC proposait que cette nouvelle disposition fasse l'objet d'une évaluation.

66. Lors de la troisième session du CPRC, le conseiller régional pour la coopération externe et les partenariats a décrit le format proposé en vue de présenter les principaux partenariats du Bureau régional dans le domaine de la santé à la cinquante-quatrième session du Comité régional. Il s'agirait notamment d'interventions par un ou deux partenaires stratégiques clés dans deux domaines techniques différents (maladies non transmissibles et environnement et santé) et du rapport du directeur régional à la rubrique consacrée. En outre, un bref document illustré d'exemples concluants (notamment dans le domaine des maladies non transmissibles et de l'environnement et de la santé) et examinant les relations avec les ONG à la lumière des nouveaux principes directeurs mondiaux serait rédigé afin de décrire la politique du Bureau régional en matière de partenariats.

67. Le président exécutif de la cinquante-troisième session du Comité régional a fait observer que les interventions devaient respecter autant que possible les thèmes proposés afin de susciter l'intérêt des participants et d'accroître l'utilité des débats.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document relatif aux partenariats pour la santé (EUR/RC54/Inf.Doc./3)

Questions de procédure

Assemblée mondiale de la santé

Application de la résolution WHA51.31

68. Le directeur régional a informé le CPRC lors de sa session de novembre 2003 que d'autres comités régionaux de l'OMS avaient adopté des résolutions demandant qu'il soit mis fin à l'application de la résolution WHA51.31 sur les allocations du budget ordinaire aux régions. Cependant, un grand nombre de pays de la partie orientale de la Région européenne traversaient une période de transition et avaient donc besoin d'une assistance continue et en augmentation dans un avenir immédiat. Le Bureau régional avait quantifié ses besoins budgétaires totaux sous une forme qui pouvait être présentée à des donateurs potentiels et souhaitait élaborer une politique régionale transparente sur la collecte de fonds et l'application.

69. En conséquence, le CPRC a recommandé que les membres européens du Conseil exécutif plaident, lors de la session du Conseil de janvier 2004, contre la cessation de l'application de la résolution et en faveur de la présentation, par le directeur général, d'une évaluation approfondie du modèle utilisé lors de la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la santé, en 2004, comme prévu par le paragraphe 4 de la résolution. En outre, on remettrait aux membres européens du Conseil exécutif un bref document d'information présentant ces arguments et proposant une nouvelle « formule » ou un nouvel arrangement pour une distribution équitable des ressources combinées de l'Organisation compte tenu des besoins des pays. Cet arrangement devrait inclure une politique transparente sur l'affectation des contributions volontaires.

70. Lors de sa quatrième session, le CPRC a reconfirmé le point de vue exprimé lors de la cinquante-troisième session du Comité régional, à savoir qu'il était nécessaire d'effectuer une évaluation complète de l'application de la résolution WHA51.31. En outre, le CPRC a recommandé que les États membres européens soient notifiés de la décision éventuelle, lors de la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la santé, de mettre un terme à l'application de cette résolution. Si tel était le cas, il serait conseillé aux États membres européens de jouer un rôle actif dans l'élaboration de contre-propositions.

Suggestions régionales pour des postes électifs à l'Assemblée mondiale de la santé

71. Lors de la session de novembre 2003 du CPRC, le représentant suppléant d'un membre européen du Conseil exécutif a estimé que ni la résolution EUR/RC53/R1 ni la résolution EUR/RC53/R6 ne portaient explicitement sur la question de l'application de la pratique de la « semi-permanence » aux présentations de candidats à des postes électifs dans des commissions de l'Assemblée mondiale de la santé. Cependant, le président exécutif de la cinquante-troisième session du Comité régional était d'avis que le Comité régional, par sa résolution EUR/RC53/R6, avait adopté l'ensemble du rapport du dixième CPRC, y compris la recommandation de son sous-groupe tendant à ce que la pratique de la « semi-permanence » ne soit pas appliquée à ces présentations de candidats.

72. Lors de la même session, le directeur régional a présenté au CPRC des noms de personnes proposées comme candidats à des postes électifs à la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la santé, sur la base de critères relatifs à la rotation, et à l'équilibre géographique et hommes-femmes. Le CPRC a soutenu les propositions concernant le vice-président de l'Assemblée mondiale de la santé, le vice-président de la Commission A, le rapporteur de la Commission B et les membres du Comité des pouvoirs. Cependant, il a prié le secrétariat d'obtenir l'avis du conseiller juridique de l'Organisation sur le fait de savoir si les résolutions EUR/RC53/R1 et EUR/RC53/R6 s'appliquaient aux postes électifs à l'Assemblée mondiale de la santé, et a demandé à recevoir un document énonçant cet avis lors de sa session d'avril 2004, afin de pouvoir présenter des suggestions finales pour le Bureau de l'Assemblée et la Commission des désignations.

73. Après réception de l'avis du conseiller juridique de l'Organisation, aux termes duquel la pratique de la « semi-permanence » ne faisait l'objet d'aucune obligation ou d'aucun droit légal, le CPRC a décidé lors de sa troisième session qu'il était libre de prendre la décision qui s'impose. Il a donc proposé la candidature de la Fédération de Russie, de la France et du Royaume-Uni au Bureau de l'Assemblée et à la Commission des désignations, mais a voulu préciser que ces pays avaient été choisis au cas par cas, et non pas en leur capacité de membres permanents du Conseil de sécurité des Nations Unies. À l'avenir, d'autres pays pourraient donc être sélectionnés pour siéger à ces deux organes.

Ratification des modifications des articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS

74. Le CPRC a décidé, lors de sa deuxième session, que son président devait écrire aux ministres de la Santé des États membres européens qui n'avaient pas encore ratifié les modifications des articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS, pour leur demander instamment de le faire. En outre, le CPRC a demandé que l'on utilise les bureaux de liaison de l'OMS comme voie de communication pour cette question.

Conseil exécutif

75. Le CPRC a tenu à attirer l'attention des membres européens du Conseil exécutif sur les difficultés que connaissaient certains nouveaux États indépendants pour le versement de leurs arriérés de contributions au budget ordinaire de l'Organisation. Étant donné que ces pays s'étaient vu attribuer ces arriérés lors de la dissolution de l'ex-Union soviétique et qu'ils payaient leurs contributions actuelles, il serait souhaitable d'agir pour obtenir l'annulation de cette dette ou l'adoption d'un arrangement spécial concernant le paiement, ce qui rétablirait leurs droits de vote.

76. Par conséquent, le CPRC a convenu, lors de sa deuxième session, d'envoyer les documents repris ci-après aux membres européens du Conseil exécutif, en préparation de la réunion avec le président du CPRC juste avant la session du Conseil de janvier 2004 :

- le rapport de la deuxième session du onzième CPRC ;
- une note d'information sur les dispositions prises pour donner suite à la résolution WHA51.31 ;
- une note d'information sur les arriérés des États membres de la Région européenne.

77. Lors de la troisième session du CPRC, le directeur de la Division de l'administration et des finances a fait rapport sur les questions découlant de la 113^e session du Conseil exécutif.

78. Le représentant suppléant d'un membre du Conseil exécutif a résumé les questions saillantes soulevées par le Conseil exécutif. Le directeur régional a informé le CPRC que le Bureau régional donnerait la priorité absolue à deux problèmes, à savoir l'alimentation et l'exercice physique, ainsi que la qualité des systèmes de santé et leur capacité à faire face aux menaces sanitaires. L'objectif était de soutenir les initiatives mondiales tout en tenant compte des besoins spécifiques de la Région.

79. Le président exécutif de la cinquante-troisième session du Comité régional a demandé si des progrès avaient été réalisés en vue de résoudre la situation des États membres qui avaient perdu leur droit de vote à l'Assemblée mondiale de la santé pour non-versement des arriérés de leurs contributions estimées, soit environ 25 États au total, dont 7 dans la Région européenne. Bien que la situation soit différente pour chacun de ces 25 États membres, la plupart d'entre eux s'étaient endettés à la suite des changements politiques, et la situation épidémiologique était plus grave dans les États en défaut de la Région européenne. Le CPRC a reconnu qu'il était important de trouver une solution le plus rapidement possible à cette situation, avant que cet épineux problème ne devienne chronique.

80. Lors de sa quatrième session, le CPRC a de nouveau fait remarquer que la session du Conseil exécutif faisant immédiatement suite à l'Assemblée mondiale de la santé était, désormais, une réunion d'affaires de quatre jours durant laquelle des points substantiels étaient abordés. En outre, comme l'a confirmé le CPRC, il serait utile que les États membres européens notifient à l'avance (lors de la réunion organisée immédiatement après la session du CPRC) de leur intention de soulever toute question particulière à cette occasion.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document relative aux questions découlant des décisions et des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif (EUR/RC54/7)

Comité régional de l'Europe

Dates et lieux des sessions du Comité régional en 2004 et 2005

81. Le directeur régional a informé le CPRC lors de sa session de novembre 2003 qu'à ce moment-là, seule la Roumanie avait confirmé sa proposition d'accueillir la session du Comité régional en 2005.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le projet de résolution relatif aux dates et lieux des futures sessions du Comité régional (EUR/RC54/Conf.Doc./8)

Examen de l'ordre du jour provisoire de la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

82. Lors de sa session de novembre 2003, le CPRC a également examiné une liste de points proposés en vue de leur inscription à l'ordre du jour de la cinquante-quatrième session du Comité régional. Lors de la troisième session, le directeur régional a résumé l'ordre du jour et le programme provisoires de la

cinquante-quatrième session du Comité régional. Le CPRC a accueilli favorablement le nouveau point inscrit à l'ordre du jour concernant le suivi des problèmes abordés lors des sessions précédentes du Comité régional, et suggéré qu'il soit prolongé pour durer deux heures.

83. Lors de sa quatrième session, le CPRC a été informé que le nouveau point à l'ordre du jour aborderait les activités de suivi menées dans le cadre a) du Rapport sur la santé en Europe, b) de l'actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous, c) de la stratégie de pays du Bureau régional, d) de la tuberculose et e) de la santé mentale. Un document de travail du Comité régional rendrait compte de ces activités. Le CPRC a marqué son accord sur la proposition de concentrer le rapport oral présenté à la cinquante-quatrième session du Comité régional sur trois questions importantes : a), b) et c).

84. Il a été également décidé que le rapport biennal du directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région européenne devrait être structuré sur la base des différentes initiatives auxquelles se consacre le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (tels que les activités menées dans les pays, les partenariats ou le maintien des compétences techniques), plutôt que sur la base des activités des différents programmes comme c'était le cas auparavant.

85. Finalement, le CPRC a recommandé que la cinquante-quatrième session du Comité régional donne lieu à des discussions techniques sur le thème des « mesures prises par les systèmes de santé pour faire face aux crises sanitaires ».

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner l'ordre du jour provisoire (EUR/RC54/2 Rev.1) et le programme provisoire (EUR/RC54/3) de la cinquante-quatrième session du Comité régional

Examen des projets de résolution présentés lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

86. Le CPRC a examiné les projets de résolution qui seraient présentés lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional et émis quelques observations qui seraient incorporées dans les projets finals.

Composition des organes et des comités de l'OMS

87. Lors de la session de novembre 2003 du CPRC, le président exécutif de la cinquante-troisième session du Comité régional, qui avait également été président du sous-groupe du dixième CPRC sur la composition du Conseil exécutif, a rappelé que le Comité régional avait adopté à l'unanimité la résolution EUR/RC53/R1, mais il a constaté que certaines questions pratiques pourraient surgir lorsque la résolution serait mise en œuvre pour la première fois.

88. Le CPRC a donc recommandé que la lettre usuelle envoyée aux États membres par le directeur régional, dans laquelle il demandait la présentation de candidatures à un siège au Conseil exécutif et dans d'autres comités, soit accompagnée en 2004 du rapport intégral du sous-groupe du CPRC ainsi que de ses appendices (qui se trouvaient dans l'annexe 2 du rapport du dixième CPRC, publié sous la cote EUR/RC53/4) et d'autres documents d'information appropriés. Le CPRC a également reconnu que lui-même (et non le directeur régional) serait ensuite chargé d'encourager des groupes de pays à se réunir, si nécessaire, pour parvenir à un accord sur des candidats à présenter.

89. Lors de sa troisième session, le CPRC a tenu des discussions préliminaires sur les candidatures pour le Conseil exécutif, le CPRC et le Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

90. Le président exécutif de la cinquante-troisième session du Comité régional a rappelé que le Comité régional l'année précédente avait adopté la résolution EUR/RC53/R1 selon laquelle les regroupements géographiques devaient être respectés lors de la sélection des États membres de la Région européenne de

l'OMS pour la présentation de candidatures à un siège au Conseil exécutif. Le secrétariat a été par conséquent invité à dresser une liste des candidatures reçues, tenant compte de ces regroupements géographiques.

91. Lors de sa quatrième session, le CPRC a effectué un premier examen de la liste des candidatures afin de faciliter la tâche du président dans ses discussions avec les délégations des États membres lors de la prochaine Assemblée mondiale de la santé. L'un des membres a proposé, qu'à toutes choses égales, l'équilibre hommes-femmes soit pris en compte lorsque le CPRC ferait part de sa proposition à la cinquante-quatrième session du Comité régional.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document relatif aux élections pour différents comités (EUR/RC54/5 et EUR/RC54/5 Add.1)

Autres points à l'ordre du jour

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

92. Le président de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, s'adressant au nom de plus de 600 membres du personnel répartis dans plus de 30 pays, a signalé au CPRC lors de sa troisième session que des progrès étaient actuellement en cours en vue de résoudre certains problèmes mis en lumière dans les discours des années précédentes. Un document rédigé conjointement par l'ensemble des associations de personnel de l'OMS sur le travail en partenariat avait été reçu favorablement à la réunion 2003 du Conseil mondial personnel/administration, et un accord avait été conclu sur un ensemble de principes directeurs guidant les relations entre le personnel et l'administration. Les possibilités de développement professionnel ainsi que les récompenses et la reconnaissance des mérites figuraient parmi les autres questions soulevées au Conseil (et au sujet desquelles des recommandations avaient été émises à l'adresse du directeur général). Entre-temps, de sérieux efforts avaient été déployés afin de résoudre un certain nombre de problèmes mis en évidence lors d'une enquête réalisée l'année précédente auprès du personnel du Bureau régional.

93. Néanmoins, en matière de réforme contractuelle, tout ne se passait pas aussi bien pour le Bureau régional puisque plus de 60 % du personnel était recruté sous contrat à court terme. Des mesures devaient encore être prises afin de réduire le nombre d'employés comptant de longues années de services mais titulaires de contrats à court terme, et d'éviter d'offrir des contrats inappropriés à des membres du personnel remplissant des fonctions de base. Le Système de gestion et de performance du personnel (PMDS) avait été adopté avec enthousiasme dans l'ensemble du Bureau régional, mais de nombreux efforts restaient encore à faire pour améliorer son application, et l'Association du personnel attendait avec impatience l'évaluation du système.

94. L'un des objectifs actuels de l'Association du personnel était d'apporter un soutien accru aux bureaux éloignés et au personnel de terrain. Le personnel recruté localement devrait être représenté de manière adéquate lors des enquêtes sur les salaires locaux et les ajustements de poste, les améliorations apportées à la structure du Bureau de Copenhague devraient être appliquées ailleurs, et une attention particulière devrait être accordée à la sécurité sur l'ensemble des sites de l'OMS. En général, l'Association du personnel était cependant heureuse d'annoncer qu'un bon nombre de conditions avaient été améliorées durant l'année écoulée.

95. Le CPRC a partagé les préoccupations exprimées par l'Association du personnel quant à l'utilisation excessive de contrats à court terme, et s'est intéressé à l'état de l'évaluation du système PMDS. À cet égard, le directeur de la Division de l'administration et des finances a fait remarquer que 60 nouveaux postes avaient été créés durant ces 12 derniers mois, et que les contrats à court terme ne devaient pas tous

aboutir à des contrats permanents. Le processus de réforme contractuelle devrait normalement s'achever d'ici l'été 2004. Une version révisée du système PMDS était en cours de préparation au Siège de l'OMS.

96. Le directeur régional a déclaré que l'une des lacunes du système PMDS était l'absence de véritables récompenses ou de toute reconnaissance du dévouement et du professionnalisme. En vue de résoudre le problème de l'utilisation excessive de contrats à court terme, le directeur régional a instamment demandé aux États membres de consentir à des contributions volontaires supplémentaires et de les verser dans les meilleurs délais.

Annexe 1

Composition du onzième CPR 2003–2004

Membres, suppléants et conseillers

Arménie

Professeur Ara Babloyan
Président du Centre médical commun « Arabkir »
Institut de santé infantile et juvénile

Autriche

Dr Hubert Hrabcik
Directeur général de la santé publique
Ministère fédéral de la Santé et de la Femme

Conseiller

Dr Verena Gregorich-Schega
Directrice, Relations internationales dans le domaine de la santé
Ministère fédéral de la Santé et de la Femme

Belgique

Dr Godfried Thiers¹
Directeur de l'Institut scientifique de santé publique Louis Pasteur

Croatie

Professeur Marija Strnad
Directrice adjointe de l'Institut national de santé publique

Danemark

Dr Jens Kristian Gøtrik
Directeur général de la santé et directeur général, Conseil national de la santé

Conseillers

M. Mogens Jørgensen
Chef de la Division des affaires internationales, des narcotiques et des maladies transmissibles
Ministère de l'Intérieur et de la Santé

Mme Marianne Kristensen
Conseillère principale, Conseil national de la santé

Grèce

Professeur Jenny Kourea-Kremastinou
Doyen, École nationale de santé publique

¹ Vice-président du onzième CPR

Lettonie

Dr Viktors Jaksons
Président du Conseil, Hôpital pédiatrique universitaire

Ouzbékistan

Professeur Feruz Nazirov
Ministre de la Santé

Suppléant

Dr Abdunumon Siddikov
Chef des Relations économiques extérieures
Ministère de la Santé

Slovénie

Dr Božidar Voljč²
Directeur du Centre national de transfusion sanguine

Observateurs

Dr Jarkko Eskola³
Consultant, Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Finlande

M. Antony Kingham⁴
Chef de l'Équipe internationale de santé publique
Ministère de la Santé
Royaume-Uni

² Président du onzième CPR

³ Président exécutif de la cinquante-troisième session du Comité régional

⁴ Suppléant à un membre du Conseil exécutif de la Région européenne