



EUROPE

Dix-septième Comité permanent du Comité régional de l'Europe Deuxième session

Ohrid (ex-République yougoslave de Macédoine), 9 et 10 novembre 2009

EUR/RC59/SC(2)/REP
2 mars 2010
100623
ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport sur la deuxième session

Introduction

1. Le dix-septième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CPCR) a tenu sa deuxième session à Ohrid, en ex-République yougoslave de Macédoine, les 9 et 10 novembre 2009. Le docteur Boban Mugosa (Monténégro) a fait parvenir ses excuses pour son absence, due à la maladie, tandis que la Lituanie est représentée par son membre suppléant, M. Viktoras Meizis.
2. Faisant rapport sur les récents événements survenus au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, le directeur régional a le triste devoir d'informer le Comité permanent du récent décès du docteur Gudjón Magnússon, ancien directeur de la Division des programmes sanitaires. En ce qui concerne la grippe pandémique H1N1 2009, des membres du personnel du Bureau régional ont constitué le noyau d'une équipe multidisciplinaire envoyée pour prêter assistance au ministère de la Santé d'Ukraine pour gérer la flambée épidémique récente dans ce pays. Les thèmes débattus lors d'une réunion récente du directeur général de l'OMS avec les directeurs régionaux et les chefs des bureaux de pays de l'OMS ont confirmé la préoccupation de toute l'Organisation quant aux systèmes de santé et à la migration des personnels de santé, tandis que les bureaux de pays de la République de Moldova et du Tadjikistan ont été salués comme des modèles de bonnes pratiques. Au sein du Bureau régional, un programme de formation de grande envergure est mené avant le lancement du système mondial de gestion (GSM) de l'Organisation dans la Région européenne le 1^{er} janvier 2010.
3. Le rapport de la première session du dix-septième CPCR (Copenhague, 17 septembre 2009) est adopté sans amendement.

Suites de la cinquante-neuvième session du Comité régional : examen des mesures prises par le CPCR et le secrétariat

4. La directrice régionale adjointe note qu'un document de travail a été distribué, déterminant les points des résolutions adoptées et des débats tenus lors de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR59) pour lesquels des mesures de suivi sont requises. Dès lors, les débats de la session actuelle du CPCR peuvent être centrés sur trois éléments plus importants.

Gouvernance sanitaire dans la Région européenne de l'OMS

5. Le directeur de la Division de l'administration et des finances rappelle que le seizième CPCR avait abordé le thème de la gouvernance sanitaire et qu'une discussion préliminaire avait eu lieu lors du CR59. Le dix-septième CPCR continuera à travailler sur ce sujet avec la participation de la directrice régionale désignée. Dès lors, cette question sera l'un des volets d'un large débat informel qui aura lieu avec elle le lendemain. En gros, ce sujet comporte deux aspects : un aspect interne consistant à examiner les rôles respectifs du CPCR et du Comité régional, leurs relations avec le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la santé, l'interaction entre le Bureau régional de l'Europe et le Siège de l'OMS, etc. L'aspect externe réside dans l'examen de la « scène » actuelle de la santé internationale dans la Région européenne de l'OMS, qui est encombrée et caractérisée par une multitude d'acteurs aux mandats qui se recourent. C'est pourquoi, comme cela a été demandé par le dix-septième CPCR lors de sa première session, un document de travail a été préparé par le secrétariat reprenant une liste d'accords entre l'OMS ou son Bureau régional de l'Europe et d'autres

organisations internationales. Le membre suisse du CPR, agissant aux termes du mandat reçu du CPR, a fait circuler un document pour la discussion du lendemain, proposant une procédure pour aborder ce dossier complexe au cours de l'année à venir.

6. Le CPR distingue également deux dimensions en ce qui concerne la gouvernance appliquée à la Région européenne : d'une part, les aspects plus généraux en lien avec les relations entre le Bureau régional et le Siège de l'OMS et, plus particulièrement, le Bureau et l'Union européenne (UE) ; d'autre part, des questions plus pointues, comme le mandat du CPR ou le recours à des groupements sous-régionaux pour la désignation de pays siégeant au Conseil exécutif. On peut considérer que cette dernière catégorie, plus limitée, englobe la disposition par laquelle les États membres de la Région européenne de l'OMS qui sont des membres permanents du Conseil de sécurité des Nations Unies sont membres du Conseil exécutif trois ans sur six. Les pays concernés ont été informés, lors du CR59, du fait que le CPR a l'intention de réexaminer cette disposition, qualifiée de « semi-permanence », dans le cadre de son analyse de l'ensemble du dossier de la gouvernance, et qu'aux termes de la résolution EUR/RC53/R1, le Comité permanent doit faire rapport de ses conclusions au CR60 en 2010.

7. Étant donné l'interface très mince entre les aspects internes et externes, le Comité permanent convient de poursuivre sa discussion sur ce sujet avec la directrice régionale désignée le lendemain. Les points précis à discuter sont des idées sur la manière d'émettre des propositions spécifiques au CR60, sur l'endroit où ce dernier pourrait formuler des recommandations quant à la procédure à suivre pour aborder certains dossiers à l'avenir, et sur les thèmes pouvant être décrits, mais pas directement traités lors du CR60. Vu que le Traité de Lisbonne doit entrer en vigueur prochainement, il est avancé que les relations avec l'UE constituent un sujet adéquat pour les recommandations sur la procédure.

8. Le Comité permanent accepte également de créer un groupe de travail sur la question de la gouvernance, composé de son président, du conseiller auprès du membre de la Suède et du membre de la Lituanie, et présidé par le membre de la Suisse. En fonction des conclusions de la discussion du lendemain, le groupe de travail s'accordera sur son mandat et le diffusera auprès des membres du Comité permanent pour approbation avant la fin novembre 2009. D'autres groupes de travail pourraient être mis en place, si nécessaire, afin de prendre en considération des aspects précis de la question de la gouvernance.

Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé

9. Le directeur de la Division des systèmes de santé des pays informe le CPR du fait que, comme cela a été demandé par des représentants assistant au CR59, une consultation aura lieu au Siège de l'OMS le 8 décembre 2009, avant que ce thème ne soit abordé par le Conseil exécutif lors de sa 126^e session, en janvier 2010. Une définition de l'objet de cette consultation est en cours d'élaboration. Une version préliminaire du projet révisé de code de pratique a récemment été envoyée par le Siège de l'OMS, à usage interne uniquement ; une version finalisée du projet de code, accompagnée d'une compilation de résumés des débats tenus sur le sujet lors de sessions du Comité régional de l'OMS en septembre 2009, sera diffusée auprès des participants à la consultation.

10. Le CPR félicite le directeur régional pour avoir invité son homologue de la Région africaine à prendre part aux débats du CR59 : il s'agit d'une bonne pratique qui apporte une valeur ajoutée et devrait être maintenue. Il est noté que le Programme des Nations Unies pour le

développement a récemment publié son Rapport mondial sur le développement humain 2009, intitulé *Lever les barrières : mobilité et développement humains* (<http://hdr.undp.org/fr/>).

11. Le Comité permanent constate que l'objet de la consultation de décembre 2009 est de mieux comprendre les éventuelles divergences d'opinions au sein de la Région, plutôt que de parvenir à un accord sur une position consensuelle à adopter par la Région dans son ensemble. Il fait observer que les États membres de l'UE pourraient envisager d'organiser une réunion de coordination juste avant la consultation. À cette fin, le Siège de l'OMS devrait être exhorté à diffuser le projet révisé de code de pratique le plus rapidement possible, et en tout cas pour le 1^{er} décembre 2009 au plus tard, afin de permettre son examen à l'échelle nationale. La question de la migration des personnels de santé fait nécessairement intervenir un grand nombre de ministères (affaires étrangères, enseignement, travail, emploi, etc.), de sorte qu'une vaste procédure de consultation sera nécessaire tant avant qu'après la 126^e session du Conseil exécutif. Enfin, le CPR note que la décision d'accepter ou non un code de pratique sera prise par l'Assemblée mondiale de la santé et non par le Conseil exécutif, et que d'autres réunions pourraient, si nécessaire, être organisées avec les pays ou entre les pays de janvier à mai 2010.

Bilan actuel relatif à la grippe pandémique H1N1 2009 et accès au vaccin

12. Le directeur par intérim de la Division des programmes sanitaires fait le point sur la situation actuelle en ce qui concerne la grippe pandémique H1N1 2009. Au 6 novembre 2009, plus de 480 000 cas et 6 000 décès ont été signalés dans près de 200 pays et territoires du monde entier, dont près de 80 000 cas confirmés en laboratoire dans 49 pays et 326 décès dans 28 pays de la Région européenne de l'OMS. Toutefois, ces chiffres sont largement sous-estimés, car de nombreux pays n'ont procédé à une confirmation clinique et à des tests en laboratoire que pour les cas de maladie grave ou les circonstances à haut risque. La saison grippale d'hiver a commencé inhabituellement tôt dans la Région européenne de l'OMS, et l'on constate une transmission accrue et active du virus de la grippe pandémique dans toute l'Europe septentrionale et orientale (y compris en Ukraine et au Bélarus).

13. En Ukraine, il y avait eu au 9 novembre 2009 plus de 900 000 cas de syndromes grippaux et plus de 65 000 cas d'infections respiratoires aiguës et de pneumonie. Sur plus de 43 000 personnes hospitalisées, 2 300 ont eu besoin de soins intensifs et 50 ont été placées sous ventilation mécanique ; 155 décès par infection respiratoire aiguë ont été signalés. Les premiers rapports indiquent que l'évolution rapide de la situation dans le pays est principalement liée à la grippe pandémique H1N1 2009, quoique l'on ne puisse totalement exclure d'autres causes de maladies respiratoires. Une équipe multidisciplinaire de neuf experts de l'OMS, du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et du CDC d'Atlanta, ainsi que d'experts des États membres, a été déployée dans le pays à la demande du ministère de la Santé, pour assister les autorités sanitaires nationales. Il est prévu que l'équipe d'évaluation rencontre le président et le Premier ministre le même jour afin de bénéficier d'un engagement politique et d'un soutien pour les mesures prioritaires.

14. À ce jour, la plupart des cas humains de nouvelle infection par le virus de la grippe pandémique H1N1 2009 ont provoqué une maladie à durée limitée sans complication. À l'échelle mondiale, une hospitalisation a été nécessaire pour 1 à 10 % des patients en phase clinique de la maladie. Parmi ceux-ci, de 10 à 25 % ont dû être admis dans une unité de soins intensifs, et l'issue a été fatale pour 2 à 9 % d'entre eux. Il semble que la probabilité d'une maladie grave est au moins dix fois plus importante pour les femmes enceintes que pour le reste de la population. À propos de la gestion clinique, l'OMS recommande notamment de

fonder les décisions initiales relatives au traitement sur les caractéristiques de la présentation clinique et les données épidémiologiques plutôt que d'attendre une confirmation en laboratoire, et d'administrer rapidement un traitement par antiviraux en combinaison avec d'autres mesures relevant d'un traitement de soutien aux patients des groupes à risque présentant une affection sans complication due à une infection par le virus de la grippe et à tous les patients présentant une maladie clinique grave ou évolutive. Des mesures appropriées de lutte contre les infections (protection standard et protection contre les gouttelettes) doivent être respectées en tout temps, avec une protection supplémentaire à chaque fois que des procédures produisant des aérosols sont mises en œuvre.

15. Étant donné les stocks limités de vaccins aux premiers stades de la pandémie, les recommandations formulées en juillet 2009 par le Groupe consultatif stratégique d'experts (SAGE) sur la vaccination de l'OMS sont toujours d'application. Les travailleurs de la santé doivent être vaccinés en priorité absolue, pour protéger l'organisation de base des services de santé. Ensuite, on pourrait envisager une démarche de vaccination progressive de groupes précis, la priorité étant donnée (en fonction de la situation propre au pays) soit aux femmes enceintes, soit aux enfants âgés de plus de six mois présentant une ou plusieurs pathologies chroniques, soit aux jeunes adultes en bonne santé de 15 à 49 ans, soit aux enfants en bonne santé, soit aux adultes en bonne santé de 50 à 64 ans, soit aux adultes en bonne santé de 65 ans et plus.

16. Des considérations de santé publique ont aussi motivé ces récentes (octobre 2009) recommandations du SAGE :

- recours à une dose unique de vaccin chez les adultes et adolescents âgés de 10 ans au moins, pour autant que cet usage corresponde aux indications des organes de réglementation ;
- lorsque les stocks de vaccins sont limités, fourniture d'une dose unique de vaccin à un nombre maximal d'enfants lorsque les autorités nationales ont désigné ce groupe comme prioritaire ;
- pour autant qu'aucune contre-indication précise n'ait été déterminée par l'organe de réglementation, recours à un quelconque vaccin homologué pour protéger les femmes enceintes ;
- possibilité de co-administration de vaccins contre la grippe saisonnière et pandémique à condition qu'ils soient tous deux inactivés ou que l'un soit un vaccin inactivé et l'autre un vaccin vivant affaibli.

17. Dans la Région européenne de l'OMS, la population des pays ayant conclu des accords d'achat préalables avec des fabricants de vaccins ou bénéficiant d'une production nationale planifiée pourrait représenter 700 millions de personnes. Huit des pays restants (avec une population totale de plus de 100 millions de personnes) sont éligibles pour une aide fournie par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et seront tributaires d'un accès aux stocks de vaccins de l'OMS contre la grippe pandémique H1N1 2009 offerts par les fabricants. Certains pays à revenu moyen n'ayant ni accords d'achat préalables en vigueur ni production intérieure ont pu se procurer des vaccins par contact direct avec les fabricants et par négociations avec d'autres pays. En outre, le Bureau régional collabore avec le service d'approvisionnement de l'UNICEF pour un approvisionnement groupé. À ce jour, quelque 17 pays de la Région ont entamé les vaccinations, et 8 autres devraient commencer en novembre 2009.

18. La surveillance après vente est considérée comme l'élément clé d'un suivi constant de la sûreté des vaccins monovalents. Le Siège de l'OMS coordonne une surveillance active du syndrome de Guillain-Barré, et les principaux organes de réglementation du monde émettent des synthèses hebdomadaires qui sont transmises au SAGE et au Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale de l'OMS. À ce jour, la plupart des réactions signalées ont été bénignes et de courte durée. Des inquiétudes quant à la sûreté (notamment quant à l'emploi d'adjuvants) ont été formulées principalement en dehors du contexte scientifique, et des campagnes anti-vaccination actives sont en cours dans plusieurs régions du monde. Il est urgent de réagir par une communication efficace destinée tant à la communauté scientifique qu'au grand public.

19. Le membre ukrainien du CPCR a salué la réaction rapide du Bureau régional et l'évaluation objective réalisée par l'équipe mandatée à cet effet. Elle remercie également les États membres qui ont apporté une assistance humanitaire à son pays mais exprime sa préoccupation face aux mesures prises par un pays voisin, apparemment au nom de l'ensemble de l'UE, en vue de fermer ses frontières avec l'Ukraine. Le membre de la Suède, pays siégeant actuellement à la présidence de l'UE, note que ces mesures n'ont pas été soutenues par d'autres pays membres de l'UE au cours d'une récente réunion de son Comité de sécurité sanitaire, et que le pays concerné a été prié de fournir une explication de ses actes. De même, le ministère suédois des Affaires étrangères cherche une explication, tandis que le Bureau régional a, en vain, cherché une clarification auprès de son point focal national pour le Règlement sanitaire international (2005) (RSI).

20. Les membres du Comité permanent saluent l'exposé et demandent qu'il soit diffusé, ainsi que la note d'information qui l'accompagne, à la fois en version papier et sous forme électronique. Ils soulignent à quel point les données épidémiologiques et les informations relatives aux hospitalisations fournies par l'OMS sont importantes pour la planification : dans certains de leurs pays, les taux d'hospitalisation s'avèrent bien inférieurs au chiffre de 1 à 10 % cité, ce qui va de pair avec des achats d'appareils de ventilation en quantité excessive, tandis qu'il est contestable de recommander l'administration immédiate d'un traitement par antiviraux aux personnes appartenant aux groupes à risque (plutôt qu'à tous les patients présentant un syndrome grippal), étant donné que 20 à 40 % des patients souffrant d'une maladie grave n'avaient pas d'affection pré-existante. En réponse, le directeur par intérim de la Division des programmes sanitaires explique que les chiffres cités reflètent des informations compilées en provenance de divers pays à l'échelle mondiale, révélant un éventail de données qui varient largement d'un pays à l'autre ; l'OMS s'engage avec chaque pays pour proposer des recommandations quant aux meilleurs exemples à suivre et pour aider à la réalisation d'analyses risques-avantages précises.

21. Des inquiétudes ont été formulées quant au calendrier de livraison des vaccins par les fabricants ou leur mise en circulation à partir des stocks de l'OMS. De même, le CPCR se fait l'écho des préoccupations du directeur régional motivées par le fait que certains médecins déconseillent la vaccination. Si certains membres estiment que l'OMS devrait proposer aux États membres d'autres conseils sur la manière de mieux faire accepter les vaccins (ou réitérer les recommandations du SAGE à l'échelon régional), d'autres pensent que sensibiliser davantage à la gravité de la pandémie changerait la situation. La nécessité d'une pharmacovigilance a été soulignée : il est important d'obtenir des pays ayant entamé la vaccination des données correctement consolidées sur les vaccins utilisés, les groupes vaccinés et les complications rencontrées. Ce type de données qui, jusqu'à présent, a révélé moins d'effets secondaires néfastes que cela n'était escompté, pourraient être assez utiles pour vaincre les résistances des médecins face à la vaccination.

22. Enfin, dans le but de renforcer la coordination entre l'OMS et l'ECDC, le Bureau régional prend des dispositions sur le plan technique pour veiller à ce que les rapports des pays à destination du site Web EuroFlu (<http://www.euroflu.org/index.php>) soient transmis à ces deux organisations pour éviter les rapports en double.

Ordre du jour provisoire de la soixantième session du Comité régional

23. Le directeur régional note qu'un certain nombre de points doivent être inclus à l'ordre du jour du CR60, soit parce qu'ils font partie d'un processus touchant toute l'Organisation (comme la proposition de budget-programme 2012-2013), soit en réponse à des engagements pris lors de sessions précédentes du Comité régional (par exemple, gouvernance ou rapport sur la mise en œuvre du Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle). Le CPRC est en mesure de suggérer d'autres points à caractère technique ou politique pour examen lors de la session, sur la base de thèmes qui seront repris dans le *Rapport sur la santé dans le monde* dans les années à venir, des sujets importants à l'échelon mondial ou des points à l'ordre du jour de futures sessions du Conseil exécutif. Les décisions à ce sujet pourraient être prises lors de la prochaine session du CPRC, en mars 2010, et ce en consultation avec la nouvelle directrice régionale.

24. Le CPRC note que dans un passé récent, le Comité régional n'a pas discuté du budget-programme proposé dans des termes spécifiquement régionaux. Dès lors, il suggère que le CR60 procède à l'examen du budget-programme proposé pour 2012-2013 sous deux sous-titres, l'un reprenant l'opinion du Comité régional sur le budget mondial dans son ensemble, et l'autre esquissant les aspects qui devraient être considérés comme des priorités régionales spécifiques, en tenant compte de contraintes mondiales générales.

25. En préparation du débat qui aura lieu lors de sa prochaine session, le Comité permanent demande au secrétariat de compiler une synthèse des sujets repris à l'ordre du jour de sessions du Comité régional en tant que points techniques ou relatifs aux politiques à mener ou en tant que thèmes de débats techniques au cours des six dernières années, et de présenter ces informations sous la forme d'un tableau avec les 13 objectifs stratégiques du Plan stratégique à moyen terme de l'Organisation. Cela permettrait au CPRC de déterminer les aspects nécessitant un examen plus approfondi de la part du Comité régional. En outre, il serait utile de disposer d'une liste de sujets pour lesquels il serait obligatoire de faire rapport au Comité régional, aux termes des résolutions qu'il a précédemment adoptées.

26. Le CPRC relève également que les thèmes de la grippe pandémique H1N1 2009 et de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Parme, mars 2010) devraient être inclus à l'ordre du jour du CR60 : le premier pour des raisons évidentes, et le second parce que la déclaration qui devrait être adoptée à la Conférence requerra une approbation de la part du Comité régional.

Composition d'organes et de comités de l'OMS

27. Le Comité permanent est informé du fait que deux sièges revenant à la Région européenne au Conseil exécutif deviendront vacants en 2011, et qu'il conviendrait, dès lors, de procéder à des désignations lors du CR60, tandis que trois sièges du CPRC devront faire l'objet d'une élection en 2010.

28. Le CPRC convient que la procédure et les traditions régissant la désignation de pays comme membres du Conseil exécutif et leur élection à d'autres organes ne devraient pas être modifiées dans l'intervalle précédant le CR60, en attendant la fin de ses travaux sur la gouvernance (voir plus haut, paragraphes 5 à 8). La lettre du directeur régional invitant les États membres à soumettre leur candidature (à envoyer en janvier 2010) devrait exposer clairement cette position et clarifier le fait que les groupements sous-régionaux spécifiés dans la résolution EUR/RC53/R1 ne s'appliquent qu'aux candidatures pour le Conseil exécutif.

Questions à examiner avec les membres européens du Conseil exécutif en janvier 2010 et collaboration avec son Comité du programme, du budget et de l'administration

29. La directrice régionale adjointe note qu'un certain nombre de points de l'ordre du jour provisoire de la 126^e session du Conseil exécutif concernent directement la Région européenne ou ont été débattus récemment par le Comité régional. Parmi ces sujets, on trouve les objectifs du Millénaire pour le développement, la migration des personnels de santé, les maladies non transmissibles, l'alcool et la sûreté des produits sanguins. Malgré le fait que le point relatif à l'échange de virus grippaux et à l'accès aux vaccins et à d'autres avantages soit en rapport avec les répercussions de l'épidémie de grippe aviaire H5N1, il a été convenu par la Réunion intergouvernementale sur la préparation en cas de grippe pandémique, en octobre 2009, que la situation concernant la grippe pandémique H1N1 2009 devrait aussi être examinée à ce point de l'ordre du jour.

30. Le CPRC est également informé du fait qu'en réponse aux vives préoccupations exprimées par certains États membres lors de la session de 2008 du Comité du programme, du budget et de l'administration concernant le report inégal et excessif de fonds non dépensés d'un exercice biennal au suivant, le secrétariat est en train de préparer un document exposant brièvement les moyens de surmonter ce problème. Les mesures initiales proposées pourraient être débattues lors d'une réunion des directeurs régionaux adjoints/directeurs de la gestion des programmes et de membres du personnel du Siège de l'OMS plus tard dans la semaine ; les interventions proposées seraient ensuite débattues lors de la session du Comité du programme, du budget et de l'administration ayant lieu avant la 126^e session du Conseil exécutif.

31. Le directeur régional confirme que la réunion traditionnelle avec les membres européens du Conseil exécutif et les représentants d'autres États membres assistant à la session du Conseil exécutif, ainsi qu'avec le président du CPRC, sera organisée la veille de l'ouverture de la 126^e session du Conseil exécutif. Lors de cette réunion, l'attention des participants pourrait être attirée en particulier sur le point à l'ordre du jour provisoire de la 126^e session du Conseil exécutif relatif au projet de code de pratique mondial concernant le recrutement international des personnels de santé.

Suggestions régionales pour des postes électifs à la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé

32. Conformément à la pratique établie, la nouvelle directrice régionale formulera des suggestions pour pourvoir des postes électifs à la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé.

Dates et lieux des réunions du dix-septième CPR

33. Le dix-septième CPR convient d'organiser sa troisième session au Bureau régional de l'OMS, à Copenhague, les 1^{er} et 2 mars 2010.

Questions diverses

34. Tout en convenant d'avoir, à une date ultérieure, une discussion générale sur les avantages et les inconvénients de se réunir dans des endroits difficiles d'accès, le Comité permanent accepte avec gratitude l'invitation du gouvernement d'Andorre à organiser l'une de ses sessions dans ce pays en 2010-2011.

35. S'adressant au Comité permanent pour la dernière fois, le directeur régional exprime sa reconnaissance pour le soutien et les conseils qu'il a reçus du CPR au cours de ses deux mandats. Il pense qu'il est très important que le Bureau régional continue à se faire le champion de l'approche horizontale, basée sur les systèmes de santé et la dispensation de services aux pays, qui a marqué toute l'Organisation de son empreinte ces dernières années ; que l'esprit de solidarité et d'unité entre les divers États membres et la Région européenne de l'OMS reste l'une des valeurs capitales constituant le fondement du travail effectué, et il espère que le personnel continuera à être sélectionné et évalué uniquement sur la base de ses qualités professionnelles.

36. Les Nations Unies et leurs agences spécialisées ont l'énorme avantage de pouvoir revendiquer une position de neutralité, sur la base d'un vote par pays, et il est préoccupé par le fait que la formation de blocs régionaux (comme l'UE) puisse compromettre cette position. La Région européenne de l'OMS est unique en ce sens qu'elle réunit des pays très disparates (caractéristique qu'il a toujours cherché à renforcer), et il est très fier que l'intégrité régionale ait été maintenue durant son mandat.

37. Le président exécutif du CR59, qui assiste à la session en tant qu'observateur, exprime son appréciation pour l'honnêteté absolue et provocatrice dont le directeur régional (et son adjointe) ont toujours fait preuve. Il peut, à juste titre, tirer fierté de ses accomplissements et de l'empreinte qu'il a laissée sur le Bureau régional.

Réunion informelle de brainstorming

38. La deuxième journée a été consacrée à une réunion informelle de brainstorming avec la directrice régionale désignée afin de débattre, notamment, d'activités préparatoires à son entrée en fonction, le 1^{er} février 2010.

39. Le président du CPR souhaite la bienvenue à la directrice régionale désignée et, au nom du CPR, la félicite pour sa nomination, par le Comité régional, au poste de directrice régionale. La directrice régionale désignée remercie le CPR. Elle se déclare honorée, en toute humilité, par la confiance des États membres et affirme qu'elle fera de son mieux pour répondre à leurs attentes.

Ordre du jour

40. Comme il s'agit d'une session informelle, aucun ordre du jour officiel n'a été préparé. Le président et la directrice régionale désignée proposent que cette dernière commence par exposer brièvement ses idées quant à la meilleure manière d'aborder les priorités et les défis qui attendent la Région et le Bureau régional. Elle informera également le CPR au sujet du « processus de transition » (incluant des visites préparatoires au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe) et de la marche à suivre proposée pour commencer le plus tôt possible à mettre en œuvre et concrétiser ces idées. La directrice régionale désignée fait remarquer qu'à son avis, le CPR a une importance cruciale dans ce processus, que ce soit avant le 1^{er} février 2010 ou, plus officiellement, par la suite. Dès lors, elle se réjouit de la « session de brainstorming » et, surtout, attend avec impatience les recommandations, conseils et réflexions du CPR à ce stade formatif.

41. Étant donné que les questions de gouvernance figurent tant dans son projet que dans le plan de travail déjà convenu par le CPR, il est décidé que le président du Groupe de travail du CPR sur la gouvernance esquisserait dans les grandes lignes (après l'exposé de la directrice régionale désignée) le plan de travail du Groupe de travail, en ayant ajouté les aspects évoqués par la directrice régionale désignée. On obtiendrait ainsi une liste consolidée de questions de gouvernance précisant celles qui seront abordées par le Groupe de travail du CPR et celles qui seront couvertes initialement dans le cadre du processus de transition précédant le 1^{er} février 2010. Le CPR approuve la proposition, d'autant plus que cela garantirait que tous les aspects soient répertoriés et, ultérieurement, après le 1^{er} février 2010, repris en tant qu'éléments du processus officiel du CPR.

Priorités et défis attendant la Région européenne de l'OMS et le Bureau régional

42. La directrice régionale désignée commence par réaffirmer que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est actuellement plus important que jamais, mais qu'il doit s'adapter au contexte européen en mutation afin de rester fort et concurrentiel, d'apporter une valeur ajoutée et de garder sa position de tête. Cette adaptation se justifie par les changements significatifs survenus ces dernières décennies concernant les dossiers de santé publique (par exemple, inégalités sociales plus criantes avec leurs effets sur la santé, crise économique, changement climatique, épidémie de maladies non transmissibles et environnement soumis à une âpre concurrence avec de nombreux nouveaux acteurs en Europe). Le Bureau régional doit s'adapter et réagir à ces changements comme il l'a fait au début des années 1990.

43. Il n'y a pas de statu quo dans le domaine de la santé, et le Bureau régional doit, de toute urgence, reconsidérer son rôle, revoir sa manière d'envisager l'avenir et d'assumer sa position de chef de file, clarifier encore son identité parmi d'autres acteurs, établir de nouveaux partenariats et renouveler les anciens, et trouver de nouvelles manières de travailler, de diriger et de réagir aux défis auxquels la santé publique est confrontée à tous les niveaux, notamment en exploitant et en développant les formidables capacités existant en Europe.

44. Définissant sa manière d'envisager l'avenir, la directrice régionale désignée mentionne qu'elle a pris comme point de départ la Constitution de l'OMS. Dans sa vision des choses, l'élément moteur est le fait que le Bureau régional doit être un chef de file en matière de politique de santé et de santé publique en Europe, ainsi qu'un centre d'excellence dans le domaine de la santé publique. Ceci requiert une organisation forte, qui s'articule autour de bases

factuelles ; une organisation avec de bons programmes techniques et un personnel renommé pour ses grandes capacités professionnelles ; une organisation au service de toute la Région, qui unit et intègre les différentes zones et sert d'élément de liaison entre elles, tout en promouvant la solidarité et l'équité en faveur de la santé. Ceci requiert également un lieu où l'on se tient au courant des évolutions, qui innove, inspire et aide les États membres en déterminant les problématiques de santé publique et en emmenant le mouvement en la matière, tout en pouvant être tenu responsable des décisions prises par le Comité régional et l'Assemblée mondiale de la santé et en contribuant, avec les États membres, à transformer ces décisions en actes.

45. Le Bureau régional doit travailler en étroite partenariat avec le Siège de l'OMS et les autres Régions de l'OMS, les institutions de l'Union européenne et d'autres acteurs habituels ou nouveaux, et développer, entretenir et renforcer son vaste réseau pour défendre et soutenir la mise en œuvre par des actions conjointes si nécessaire. Surtout, le Bureau régional doit procurer un environnement de travail positif qui inspire et responsabilise le personnel.

46. La directrice régionale désignée présente ensuite la marche à suivre pour mettre à effet chacun des principaux éléments de sa vision de l'avenir. La redéfinition de la politique européenne de la santé dans le sens d'une vision européenne commune des États membres et autres partenaires sera la clé du renforcement du rôle de chef de file assumé par le Bureau régional en matière de politique sanitaire et de santé publique. Les questions de gouvernance interne les plus importantes concernent le fait de veiller à ce que le Comité régional attire la participation de plus de décideurs politiques au plus haut niveau et à ce que le rôle du CPR soit élargi et renforcé, peut-être en suivant l'exemple de la relation entre le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la santé. Ces questions, ainsi que les autres aspects soulevés, ont été qualifiées tant par le Comité régional que par le CPR d'importantes pour les années à venir, et seront encore débattues ultérieurement au cours de la réunion, en même temps que les travaux prévus pour le Groupe de travail du CPR sur la gouvernance.

47. Les 35 bureaux de l'OMS en Europe doivent tous fonctionner comme des éléments parfaitement intégrés au Bureau régional en tant qu'organisation travaillant en réseau, avec des rôles et des identités clairement définis qui, ensemble, font partie d'un Bureau renforcé, au sein duquel la cohésion est forte. Il devrait y avoir un équilibre correct et une combinaison entre la centralisation et la décentralisation, et le Bureau régional devrait être une puissante plaque tournante avec toutes les fonctions politiques de base. Le Bureau régional ne devrait pas s'appuyer uniquement sur son propre personnel, à Copenhague, et sur son réseau de bureaux de l'OMS, il devrait aussi exploiter les ressources considérables des institutions des États membres, des experts et des réseaux en Europe, « mettant en réseau les réseaux existants ».

48. Les partenariats sont d'une importance cruciale dans le nouvel environnement européen, qui est devenu beaucoup plus compétitif ces dix dernières années. L'un des partenaires clés est l'Union européenne (UE), dont de nombreuses institutions s'occupent activement de dossiers relatifs à la santé et à des sujets connexes, et ce pour un nombre croissant d'États membres des deux organisations. Elle a l'intention de mettre en place un « partenariat stratégique pour la santé en Europe » avec l'UE, au profit des 53 États membres de l'OMS dans la Région européenne, et précise que les premières discussions à ce sujet ont déjà eu lieu. D'autres partenaires et partenariats de l'OMS, existants ou nouveaux, seront évalués afin de clarifier les rôles, les responsabilités, les priorités de travail, les liens et les relations bilatérales pour éviter la répétition des tâches, assurer les synergies et maximiser le rendement pour les États membres.

49. L'Europe a un important rôle à jouer s'agissant de soutenir l'évolution planétaire et d'y contribuer, notamment en abordant le thème des effets de la mondialisation sur la santé et en

collaborant avec d'autres Régions de l'OMS. Ces questions, qui font également partie du domaine d'activité confié au Groupe de travail du CPCRC et dont le suivi doit être assuré dans le cadre du mandat de ce dernier, seront débattues ultérieurement au cours de la réunion.

50. La diversité de la Région fait à la fois sa beauté et sa force, mais représente un défi pour le Bureau régional, qui doit être digne d'intérêt pour tous ses États membres. Le Bureau régional jouit d'une position exceptionnelle pour jouer un rôle important en agissant comme un élément de liaison, en veillant à la coopération internationale et en facilitant cette dernière par l'échange d'expertise, de savoir-faire et de bonnes pratiques (déterminer ce qui fonctionne ou pas). Le travail interpays dans le cadre de partenariats conjoints est aussi une excellente manière de renforcer les capacités et d'apprendre, notamment lorsque des pays aux besoins similaires sont groupés, comme dans les Balkans et la Communauté des États indépendants. À chaque période biennale, le Bureau régional négocie des programmes techniques bilatéraux précis avec les pays de la Région qui en ont le plus besoin, et ces programmes doivent être renforcés. Toutefois, certains pays de ce groupe ont probablement moins de besoins actuellement, et la situation doit être réexaminée. Le Bureau régional pourrait également soutenir et faciliter les partenariats bilatéraux entre États membres – ils recèlent un potentiel exceptionnel pour l'exploitation efficace de liens bilatéraux et de connaissances, tout en étant la preuve d'une solidarité. Tous les pays jouent les rôles décrits ci-dessus, et on pourrait envisager que le Bureau régional soutienne ces efforts, tandis que l'assistance à certains pays, en commençant par la Fédération de Russie et la Turquie, ferait l'objet d'un débat. Les pays de l'UE aussi ont besoin du soutien du Bureau régional, mais peut-être plus pour les encourager à faire de la sensibilisation, leur servir de source d'inspiration et promouvoir l'échange des meilleures pratiques, plutôt que sous forme de soutien matériel ; bien entendu, leur aide et leur solidarité avec le reste de la Région sont aussi impératives qu'elles le sont pour les pays ne faisant pas partie de l'UE.

51. Les principales priorités de travail du Bureau régional sont le dernier élément clé de la perspective d'avenir présentée. Les priorités doivent être établies en fonction de bases factuelles et refléter le gros de la charge de morbidité de la Région, ainsi que ses causes et ses déterminants, afin d'améliorer la situation sanitaire. Les cinq principaux domaines prioritaires englobent la prévention des maladies non transmissibles et la promotion de la santé (ce qui couvre, par exemple, les déterminants sociaux, l'alcool, le tabac, la nutrition/l'obésité et l'exercice, repris dans un plan d'action destiné à assurer le suivi de la stratégie intégrée de lutte contre les maladies non transmissibles présentée au Comité régional lors de sa cinquante-septième session – CR57 – à Belgrade) ; les maladies transmissibles (travail en partenariat avec l'UE et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) pour toute l'Europe) ; les systèmes de santé (renforcement des soins primaires, qualité des soins, fonctions de santé publique, formation, ressources humaines pour la santé et financement, dans le cadre d'un plan d'action pour mettre en œuvre la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, avec des conseillers pour la politique de santé établis dans des pays qui s'attaquent à de grandes réformes du système sanitaire, où la promotion de démarches sectorielles réussies pourrait également être faite) ; l'information, les bases factuelles et la communication, ce qui restera la base du travail en matière de santé publique, et enfin le domaine de l'hygiène de l'environnement et du changement climatique, dans lequel la marche à suivre devra être déterminée après les conférences de Copenhague et de Parme, et soumise au Comité régional. Il y a, évidemment, d'autres aspects et priorités, comme les personnes âgées, la toxicomanie, la formation en santé publique, et des priorités relatives à la gestion interne des bureaux comme la dotation en personnel, la situation budgétaire et l'environnement de travail. Ces dossiers seront traités à partir de février 2010, lorsque la directrice régionale désignée entrera en fonction et aura une meilleure compréhension de la situation actuelle.

52. En conclusion, elle décrit brièvement le déroulement des opérations et la voie à suivre pendant et après la transition. Elle considère que le CPRC, pendant la période de transition, est le seul organe officiel formulant des conseils à l'adresse de la directrice régionale désignée et réaffirme qu'il restera incontournable. Toutefois, étant donné la nécessité urgente d'un consensus, une consultation informelle de plus grande envergure concernant ces dossiers aura lieu en janvier 2010, ce qui, elle l'espère, sera une source d'inspiration pour les travaux à réaliser et contribuera à garantir qu'un consensus sera atteint lors du CR60, en septembre 2010.

53. Cette consultation informelle permettra d'enrichir les débats du CPRC à tous les stades, à commencer par celui de sa prochaine session officielle, en mars 2010. Les observations des membres du CPRC, à titre individuel ou collectif, seront également appréciées sous forme électronique à n'importe quel moment, surtout si le temps manque pour évoquer tous les dossiers lors de la présente réunion. Les visites préparatoires au Bureau régional se poursuivent, et elle entend bien s'inscrire dans le prolongement du bon travail qu'elle a vu effectuer au Bureau, et l'intensifier.

54. Lors de la session de mars 2010 du CPRC, il y aura une première discussion sur les grands points d'un document relatif aux questions soulevées par l'exposé de sa vision de l'avenir. Ce document sera ensuite présenté au CR60 à Moscou, en septembre 2010, de sorte qu'il y aura un mandat précis sur la voie à suivre (avec les principales étapes) pour les cinq prochaines années.

Débat général

55. Tous les membres du CPRC soutiennent avec enthousiasme et sans réserve l'exposé présenté par la directrice régionale désignée sur sa vision de l'avenir pour les cinq prochaines années.

56. Cet exposé est salué, car il représente un équilibre, puisqu'il est à la fois éloquent et de grande portée, aborde les choses dans leur globalité, mais aussi dans leur spécificité, et a un caractère visionnaire, mais aussi pratique. Il dénote de la fraîcheur et de l'exigence, est prometteur et important en ce sens qu'il brosse un tableau de l'Europe d'aujourd'hui et une vision de l'avenir. À leur avis, cette vision de l'avenir épingle, décrit et clarifie toutes les démarches requises pour que le Bureau régional se développe et obtienne une position de chef de file en matière de santé publique en Europe. Les nombreuses idées neuves, ainsi que la redéfinition de la politique européenne de la santé, suscitent des manifestations de soutien et des applaudissements de la part de tous.

57. Chaque membre du CPRC mentionne et souligne également nombre des aspects de la vision d'avenir pris isolément. En particulier, le CPRC attire l'attention sur l'importance du Bureau régional pour tous les pays de la Région (y compris les pays de l'UE) ; la nécessité de rendre le Comité régional attrayant pour les décideurs politiques ; l'importance des maladies non transmissibles, la promotion de la santé, le tabac et l'alcool, et les systèmes de soins de santé ; la nécessité de renforcer les bureaux de pays et les capacités globales du Bureau régional par du personnel technique de haut niveau (ce qui contribuerait à améliorer l'image et la réputation du Bureau régional) ; et l'importance d'une collaboration, par le biais de partenariats, avec d'autres organisations actives dans le secteur de la santé en Europe. Il est spécialement fait mention de l'importance, toujours vérifiée, des maladies transmissibles, étant donné les événements actuels (grippe aviaire et grippe pandémique H1N1 2009 : cela est et a toujours été un domaine dans lequel les ministères de la Santé et les pouvoirs publics se

tournent vers l'OMS pour des renseignements probants, des normes, des recommandations, un soutien, et voient l'Organisation comme un chef de file.

58. Tous les membres concluent, d'une façon ou d'une autre, que cette vision de l'avenir a été présentée de manière élégante et exhaustive, et non pas seulement pour 2010, mais aussi pour les cinq années suivantes. Le CPRC décide d'appeler cette vision de l'avenir la « perspective d'Ohrid » et souhaite à la directrice régionale désignée plein succès pour sa mise en œuvre. Conscient du fait qu'il s'agit d'un programme très ambitieux et exigeant, le CPRC demande aussi expressément ce que lui-même et les États membres peuvent faire pour apporter leur aide.

59. La directrice régionale désignée remercie les membres du CPRC pour leur réaction enthousiaste et leur soutien sans réserve, et est enchantée que l'on évoque sa vision de l'avenir sous le nom de « perspective d'Ohrid ». Leurs remarques lui rappellent un autre point à discuter, à savoir une demande du directeur général qui voudrait que la question du Groupe de prospection régional et du vote soit réexaminée au cours de la session du Comité régional.

60. En réponse à la demande du CPRC, qui voudrait que les principaux obstacles prévisibles à la mise en œuvre soient définis, la directrice régionale désignée fait remarquer qu'ils sont tous en rapport avec le volume de moyens disponibles et la flexibilité avec laquelle ceux-ci pourront être réorientés dans les premiers mois de 2010. Le premier briefing sur la situation budgétaire, le fait que les plans de 2010-2011 pour le Bureau régional et les accords de collaboration avec les pays ont déjà été arrêtés, et la mise en œuvre du nouveau système de gestion mondiale (GSM) de l'Organisation dans la Région européenne en 2010, sont autant d'éléments qui donnent à penser que la flexibilité est très restreinte. En outre, il est plus facile de récolter des fonds pour les maladies transmissibles et non transmissibles que pour les systèmes de santé, et l'on ne peut vraiment pas prévoir quand les contributions volontaires sont versées. L'on rencontre des problèmes similaires lorsqu'il s'agit de trouver et de recruter le personnel requis. Il faut en priorité sélectionner une équipe de direction forte, qui soutiendra la directrice régionale désignée dans la mise en œuvre de la perspective d'Ohrid en assurant l'orientation et la gestion stratégique de ses diverses composantes. Comme l'a noté le CPRC, il faudra également recruter du personnel technique hautement qualifié. Dès lors, pour progresser rapidement, il est essentiel que dans les premières années, au cours desquelles la flexibilité est limitée, les États membres soutiennent la mise en œuvre de la perspective d'Ohrid en combinant les donations spontanées spécifiquement consacrées à l'équipe de direction et les détachements de personnel technique.

61. Le CPRC comprend et soutient la demande de donations spontanées pour aider à mettre en œuvre la perspective d'Ohrid, et certains acceptent d'étudier la situation financière dans leur pays en fin d'année et de voir si des moyens sont disponibles. Il est également suggéré que l'on demande au Siège de l'OMS si la mise en application du système GSM peut être retardée à partir de janvier 2010, afin de faciliter l'introduction des changements requis pour aligner le budget 2010-2011 sur les nouvelles priorités.

Rôle moteur en matière de politique de santé et de santé publique en Europe

62. À la question principale : « Êtes-vous d'accord d'avoir une politique de santé renouvelée pour l'Europe ? », le CPRC répond unanimement par l'affirmative.

63. Quoique le calendrier suggéré, qui implique d'obtenir un mandat du CR60 en 2010 et d'élaborer la politique européenne pour 2011, est considéré comme ambitieux, le CPRC convient qu'il s'agit d'un élément clé de la perspective d'Ohrid et que cela requiert de prendre

des mesures de toute urgence. L'idée d'avoir des groupes de discussion au CR60 de Moscou, au moins concernant les inégalités et les déterminants sociaux ainsi que leurs effets sur la santé, est approuvée. Si possible, il pourrait aussi y avoir des tables rondes sur d'autres déterminants de la santé et sur l'impact des défis contrecarrant le développement, comme la mondialisation.

Gouvernance

64. Les membres du CPR ont déjà convenu qu'il est très important d'inciter les décideurs politiques à assister à une partie de la session annuelle du Comité régional relative à la prise de décisions, notamment parce que cela les encouragerait à se sentir concernés. Au cours du débat qui suit et qui porte sur la manière d'y parvenir, le CPR se montre conscient des problèmes soulevés (par exemple, les affaires communautaires occupent une part importante du temps des ministres) et formule un certain nombre de suggestions. Il est notamment proposé d'associer une conférence ministérielle à la session du Comité régional, ce qui est une bonne idée, mais il faut examiner les détails pratiques liés à l'organisation de réunions à la suite l'une de l'autre, d'autant plus que les quatre prochaines sessions du Comité régional doivent se tenir dans différents pays de la Région. Il est également suggéré d'étoffer le contenu des programmes des sessions du Comité régional (peut-être par objectif stratégique dans le Plan stratégique à moyen terme de l'Organisation), avec des résolutions requérant de véritables, d'après négociations (ce processus devra être étudié).

65. La perspective d'Ohrid offrira l'occasion de s'attirer un soutien politique et signalera que le Bureau régional est à la pointe du développement. Cela pourrait être exploité pour attirer les ministres au CR60 à Moscou. Reste le défi de savoir comment faire le meilleur usage possible du peu de temps que les ministres auront à la session du Comité régional : peut-être le processus suivi par l'UE pourrait-il être une source d'inspiration. Pour les réunions du Conseil de la santé de l'UE, les préparatifs et négociations ont été de grande envergure (voir la suggestion ci-dessus) et les ministres sont venus prendre des décisions. Cependant, dans le contexte de l'OMS, il est aussi essentiel que les ministres de pays situés en dehors de l'UE rencontrent les ministres de l'UE et discutent avec eux, et que ces derniers manifestent leur solidarité. Le traité de Lisbonne, avec ses effets sur les travaux de l'UE en matière de coordination internationale et de relations extérieures, devra également être pris en compte dans ce cadre.

66. Le Comité régional a demandé au CPR d'examiner son mandat et de présenter des suggestions. Dès lors, les commentaires de la directrice régionale désignée sont parfaitement pertinents (par exemple, envisager un arrangement inspiré de la relation entre l'Assemblée mondiale de la santé et le Conseil exécutif, donner au CPR davantage de responsabilités et de pouvoirs décisionnels, élargir la participation, avec des membres à part entière et des observateurs, nommer le président d'entre les rangs du CPR ou, comme auparavant, parmi les personnes assistant à la session du Comité régional consacrée à cette nomination). Il y a d'autres suggestions précises, à savoir garantir la transparence pour les États membres qui ne sont pas membres du CPR l'année en question et, éventuellement, inclure un représentant de la Commission européenne comme observateur. Le CPR a formé un Groupe de travail sur la gouvernance, et il est convenu que les membres de ce dernier participent au débat. Le président du groupe de travail fait remarquer qu'une vision de l'avenir dénotant autant de dynamisme commande que tous les pays (et spécialement les « grands ») soient consultés. L'objectif global doit être de rendre le CPR plus efficient et efficace, tout en veillant à ce qu'il ne soit pas marginalisé.

Le Bureau régional en tant qu'organisation fonctionnant en réseau

67. Les membres du CPRC sont unanimes à penser que toutes les fonctions de base doivent être localisées à Copenhague, et que seules les fonctions auxiliaires doivent être externalisées. Ils considèrent qu'il s'agit d'une décision stratégique très importante qui aiderait à clarifier toute imprécision quant aux bureaux géographiquement dispersés, étant donné que ceux-ci peuvent et doivent être de très importantes entités génératrices de savoir. Le CPRC soutient aussi sans réserve la proposition d'une étude sur les bureaux géographiquement dispersés, s'inspirant du rapport préparé par le professeur Silano en 2001 (document EUR/RC52/Inf.Doc./4).

68. Le CPRC convient également que les bureaux de pays devraient faire l'objet d'une étude visant à déterminer les moyens de les renforcer davantage et de trouver de nouvelles modalités pour ceux qui sont situés dans les pays de l'UE. Font partie des suggestions émises l'identification des fonctions stratégiques de base des bureaux de pays ; la mise en place, dans les pays de l'UE, de partenariats avec la Commission européenne afin de partager les tâches et les capacités ; l'étude de la nécessité de nommer un personnel plus international comme chefs de bureaux et le recours plus fréquent aux rotations et aux accords sous-régionaux. Le CPRC suggère aussi de procéder à un examen des centres collaborateurs de l'OMS en Europe et de leur utilité pour les travaux techniques du Bureau régional, ainsi que de mettre en place des stratégies et des critères « de sortie » pour tout ce qui précède. Le CPRC convient que le CR60, en 2010, devrait être approché pour obtenir à coup sûr un mandat en vue de réaliser le travail décrit ci-dessus, en proposant de faire rapport au CR61 en 2011.

69. L'importance et l'utilité des réseaux a été démontrée par le passé en Europe, et cette question devrait être réexaminée afin de définir quel devrait être le rôle des réseaux et qui devraient en être les membres. De nouveau, un mandat pourrait être obtenu auprès du CR60 en 2010, et les travaux pourraient commencer immédiatement.

Partenariats

70. Les membres du CPRC approuvent l'idée de mettre en place un partenariat stratégique avec l'UE et se félicitent d'apprendre que les travaux ont déjà commencé dans ce sens, étant donné qu'ils conviennent que l'UE n'est pas une menace, mais une occasion à saisir. Les questions communautaires attirant l'attention d'États non membres de l'UE, il est important de mettre en place ce partenariat en clarifiant les rôles et mandats respectifs et en se partageant le travail comme indiqué dans la perspective d'Ohrid. Comme la directrice régionale désignée, ils soulignent que ce partenariat doit profiter aux 53 pays de la Région et être établi avec la participation de la Commission européenne (spécifiquement de ses directions générales de la santé et des consommateurs, des relations extérieures, de la recherche et de l'élargissement) et des présidences du Conseil européen – certaines des présidences à venir mettent déjà ce sujet à leur ordre du jour. Le CPRC convient que le Parlement européen devrait également être engagé dans le processus et que, chaque fois que cela sera possible et raisonnable, il conviendra de lancer des projets conjoints avec l'ECDC. Le CPRC propose également de s'assurer le soutien du Conseil et de prendre en considération le nouveau Traité de Lisbonne et la politique communautaire de la santé (qui est actuellement soumise aux pays membres pour consultation).

71. Les membres du CPRC soulignent l'importance de la question des partenariats, qui doit être gérée en fonction des possibilités qui se présentent, et font remarquer qu'il ne faut pas les compromettre en agissant à tort et à travers. Ils conviennent qu'il faut procéder par étapes et que ce sujet doit être abordé dans les sessions de mars et de juin 2010 du CPRC, puis présenté

au CR60 à Moscou. Ils s'accordent également à dire que le nouveau Commissaire européen à la santé et aux consommateurs doit être invité au CR60 à Moscou.

72. Le CPRC convient que les déclarations hâtives prononcées lors de sessions du Comité régional, par exemple par les représentants d'organisations non gouvernementales (ONG) n'aident en rien et ne sont pas productives. Puisque l'on jette un regard neuf sur les partenariats existants, il convient de se pencher aussi sur la relation avec le Conseil de l'Europe. L'idée de protocoles d'accord avec des partenaires clés est une possibilité, et une réunion spéciale d'une demi-journée, pendant une session du Comité régional, consacrée aux partenariats pourrait également être utile. Il pourrait s'agir d'un forum de coordination pour tous les acteurs clés, et non simplement d'un « forum des ONG ». Les travaux sur ce sujet pourraient commencer le plus tôt possible, en demandant un mandat au CR60 en 2010.

73. La Région européenne a un rôle important à jouer : elle doit faciliter l'évolution mondiale et y contribuer. Il y a trois dimensions possibles : l'impact de la mondialisation et des thématiques mondiales sur la santé en Europe, le soutien de l'Europe à l'évolution mondiale, et l'Europe et les autres Régions de l'OMS. Ces aspects sont abordés dans le document présenté par le président du Groupe de travail du CPRC sur la gouvernance et seront développés dans ce contexte.

La diversité de la Région européenne de l'OMS

74. Les membres du CPRC soulignent l'importance du travail de l'OMS dans les nouveaux États indépendants et les pays des Balkans et la nécessité de faire encore mieux, ainsi que de rechercher une amélioration du même type avec la Fédération de Russie et la Turquie. Ils conviennent que des efforts doivent être consentis pour veiller à ce que le Bureau régional joue également un rôle dans les pays de l'UE. Ils soulignent le fait que, quoique l'attention du Bureau régional doive rester concentrée sur les pays qui en ont le plus besoin, l'utilité du Bureau pour l'UE pourrait être étudiée en promouvant la collaboration internationale, par exemple, ainsi que le recours à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (avec, peut-être, une collaboration plus poussée avec l'Organisation de coopération et de développement économiques – OCDE). Toutes ces questions doivent être soumises au CR60 en 2010, afin de solliciter un mandat pour entreprendre les travaux nécessaires, avec des résultats qui pourraient être présentés au CR61 en 2011.

Principales priorités de travail pour le Bureau régional

75. Le CPRC approuve non seulement les commentaires déjà formulés, mais aussi les priorités répertoriées, et tous les membres sont totalement d'accord de classer les maladies non transmissibles comme priorité absolue, d'autant plus que les investissements dans ce domaine ont été très limités par rapport à d'autres. La santé mentale doit aussi figurer clairement à l'ordre du jour, notamment en raison de la Conférence ministérielle sur la promotion de la santé qui doit se tenir en Finlande en 2013. Une description des travaux à réaliser doit être présentée au CR60 en 2010 afin de solliciter un mandat, le plan d'action pour les maladies non transmissibles devant être rédigé à temps pour être soumis au CR61 en 2011, tandis que le calendrier des engagements politiques pour d'autres dossiers en 2011-2012 doit encore être clarifié. Le CPRC convient également qu'après la Conférence de Parme, un débat devrait avoir lieu au CR60 en 2010 pour décider de la marche à suivre dans le domaine de l'environnement et de la santé.

76. Le CPRC soutient aussi la proposition de la directrice régionale désignée, qui suggère de renforcer les programmes techniques au Bureau en rationalisant leur encadrement. Les membres du CPRC accueilleraient avec plaisir une première proposition lors de leur session de mars 2010, une fois que la directrice régionale désignée aura pris ses fonctions.

Gouvernance internationale de la santé dans la Région européenne de l'OMS

77. Il est rappelé au CPRC que le CR59 a débattu des questions de gouvernance de la santé sans tenter de parvenir à de quelconques conclusions et a exprimé l'espoir que ses débats pourront aider le CPRC, avec la nouvelle directrice régionale, à présenter un document pour examen par le CR60 en 2010. La veille, le CPRC a décidé de former un Groupe de travail spécial sur la gouvernance de la santé en Europe, composé de ses membres de l'ex-République yougoslave de Macédoine (Vladimir Lazarevik, président du CPRC), de la Lituanie (Viktoras Meizis), de la Suède (Fredrik Lennartsson) et de la Suisse (Gaudenz Silberschmidt, président du groupe de travail). Le mandat du groupe de travail a pris effet en novembre 2009 et expirera au moment du CR60, en septembre 2010, sauf décision du Comité régional concernant une poursuite des travaux.

78. Le président du Groupe de travail du CPRC a préparé et fait circuler pour discussion un document structurant en cinq domaines la gouvernance internationale de la santé en Europe et proposant un processus pour l'examen des dossiers au cours de l'année à venir. La Suisse a déjà travaillé sur certains de ces dossiers (par exemple, sur une proposition en vue de faire de la Commission C de l'Assemblée mondiale de la santé un forum sur les partenariats) et l'expérience a démontré la nécessité d'une documentation. Avec l'approbation du CPRC, la Suisse est disposée à financer les travaux qui doivent être entrepris pour le groupe de travail et le processus de transition le concernant, par l'intermédiaire de l'Institut universitaire d'études du développement de Genève, qui pourrait préparer un document de référence sur les problématiques soulevées par le CPRC et mettre à la disposition de ce dernier un consultant. De plus, l'Institut universitaire pourrait accueillir la réunion de consultation en janvier 2010, suivant la proposition de la directrice régionale désignée, pour demander l'avis d'un plus large public sur la perspective d'Ohrid.

79. La directrice régionale désignée soutient pleinement les propositions. Elle remercie et félicite le membre suisse pour son offre généreuse, qui cadre bien avec les travaux du CPRC sur la gouvernance et le mandat de son groupe de travail. Les tâches du groupe de travail doivent englober tous les travaux devant être faits sur la gouvernance, y compris ceux qui sont menés avec le secrétariat de l'OMS, et non pas uniquement les dossiers qui seront réalisés par l'Institut universitaire. Il est important que dans les trois semaines à venir, il y ait une clarification quant à ce qui sera fait dans le cadre du processus de transition (et de la mise en œuvre de la perspective d'Ohrid) par le groupe de travail lui-même, le secrétariat de l'OMS et l'Institut universitaire. Il est encore plus important qu'il soit clair que le Groupe de travail du CPRC sera « le groupe directeur » pour tous les travaux sur la gouvernance, ainsi que le canal par lequel il sera fait rapport au CPRC et, ensuite, au Comité régional.

80. Dans ce contexte, le président du Groupe de travail du CPRC présente un tableau reprenant toutes les questions et propositions en rapport avec la gouvernance telles qu'elles ont été suggérées par le Comité régional, le CPRC et la directrice régionale désignée. Celles-ci ont désormais été étoffées et sont groupées en six grands domaines. Il est proposé que ce

tableau soit un document de travail pour le CPRC et son Groupe de travail sur la gouvernance de la santé, à la fois pour structurer les questions de gouvernance et pour servir de liste de contrôle afin de veiller à ce qu'aucun thème ne soit négligé. Ce tableau devrait aussi permettre de faciliter le processus de rédaction de documents de référence et de propositions à soumettre au CR60 en septembre 2010, notamment en déterminant les questions qui doivent faire l'objet d'un suivi et par qui. Le CPRC convient qu'il est bon et utile de gérer de cette manière toutes les questions complexes en rapport avec la gouvernance de la santé en Europe.

81. Le CPRC évoque ensuite chacun des six grands domaines un par un, ainsi que le détail des questions groupées dans chacun de ces domaines. Les commentaires et suggestions du CPRC sont incorporés « à l'écran » par le président du groupe de travail, qui fera circuler le tableau final immédiatement après la réunion.

82. Concernant les grands domaines, il est convenu que le texte du premier « bloc » doit être repris dans le document de référence de l'Institut universitaire, afin d'expliquer pourquoi des travaux sont menés sur la gouvernance de la santé et pour sensibiliser à l'importance de celle-ci, également pour les États membres à l'échelle nationale. L'inclusion de questions couvrant le renforcement des capacités nationales tant dans la gouvernance de la santé que dans la diplomatie fait l'objet d'une demande spécifique. La cohérence des politiques au niveau national est également importante, et peut-être qu'un projet de résolution du Comité régional pourrait être préparé pour inviter les États membres à renforcer leur coordination.

83. Le deuxième domaine, relatif au partenariat stratégique avec l'UE, suscite de longs débats. Beaucoup de thèmes sont ajoutés et le secrétariat du Bureau régional est prié de compléter l'analyse des partenariats existants, y compris les partenariats officiels. Les États membres ont aussi des relations particulières avec des agences (telles que l'OCDE et le Conseil de l'Europe), ce qui peut influencer leurs partenariats. La Fédération de Russie et la Turquie pourraient être approchées et faire l'objet de consultations bilatérales dans le cadre de l'initiative proposée par la directrice régionale désignée, à savoir le renforcement du travail du Bureau régional dans les pays.

84. Le grand domaine suivant qui déclenche beaucoup de débats est « Gouvernance dans la Région européenne de l'OMS », qui couvre les nombreuses problématiques internes et externes relatives au CPRC – et au Comité régional. Les questions relatives à la composition du Conseil exécutif (et, en particulier, les questions sensibles des groupements sous-régionaux au moment de la désignation des pays et de la « semi-permanence ») ont également fait l'objet de longs débats faisant suite aux discussions tenues par le dix-septième CPRC lors de sa deuxième session.

85. Le débat entourant les groupements sous-régionaux pourrait aussi affecter les désignations au CPRC, et les avantages et les inconvénients des groupements sous-régionaux en tant que tels sont longuement discutés. Ces avantages et inconvénients sont également influencés par la composition précise des groupes sous-régionaux et le fait que ces groupements soient « politiques » ou « représentatifs ».

86. Il est fait remarquer que les trois pays jouissant d'un statut de « semi-permanence » au Conseil exécutif ont été informés, lors du CR59, du fait que le CPRC a l'intention de reconsidérer cette disposition dans le cadre de la gouvernance ; il leur a également été dit que le CPRC mettra sur pied un groupe de travail pour examiner la question en détail, et qu'ils seront invités à y exposer leur avis (voir le rapport de la première session du dix-septième CPRC).

87. Ce long débat fait ressortir que ces deux questions ont un caractère sensible et qu'il est important de suivre une procédure correcte pour soumettre ce grand domaine au CR60. Peut-être que la chose la plus importante sur laquelle il faut insister est que l'objectif général est de renforcer le CPRC (et la représentativité de tous les organes directeurs régionaux), de le rendre plus efficace et de ne pas le marginaliser (ce qui pourrait arriver si sa composition était restrictive ou non représentative). Si, par exemple, certains pays doivent être consultés en parallèle parce qu'ils ne sont pas membres du CPRC, cela affaiblira la gouvernance de la santé en Europe.

88. En conclusion, il est convenu que le tableau amendé serait structuré en fonction des commentaires formulés, puis mis en circulation auprès des membres du CPRC pour examen plus approfondi. En même temps, leurs commentaires seront sollicités à propos des priorités et du calendrier de mise en œuvre, pour indiquer les questions qui sont importantes et doivent être abordées maintenant et celles qui peuvent attendre et être évoquées plus tard. Le tableau sera communiqué à l'Institut universitaire et sera conservé comme document de travail et liste de contrôle pour le groupe de travail et le CPRC.

Conclusions

89. La directrice régionale désignée remercie le CPRC pour ces débats stimulants et les nombreuses suggestions qui ont été faites, qu'elle incorporera dans le prochain projet de document exposant la perspective d'Ohrid et la marche à suivre pour l'avenir. Ce projet sera présenté et examiné lors de la consultation de janvier 2010, qui a été généreusement financée par la Suisse dans le cadre du processus de transition et qui sera organisée au nom de la directrice régionale désignée par l'Institut universitaire dans les environs de Genève. Cette consultation aura lieu avec une série d'experts de la santé publique, de représentants de certains États membres (en profitant également de l'occasion de leur participation à la session du Conseil exécutif) et de certains membres du personnel du Siège de l'OMS. Les réactions formulées lors de cette consultation seront présentées au CPRC lors de sa prochaine session, en mars 2010.

90. Le mandat du groupe de travail sera mis en circulation pour commentaires (y compris auprès de la directrice régionale désignée) avant la fin novembre 2009, puis finalisé et présenté au CPRC. Il doit y avoir une nette démarcation entre les tâches effectuées par l'Institut universitaire et celles qui sont exécutées par le secrétariat du Bureau régional.

91. La directrice régionale désignée conclut en indiquant qu'à l'heure actuelle, elle escompte que l'ordre du jour du CR60 couvre la marche à suivre pour l'avenir, la gouvernance, le partenariat avec l'UE, les propositions en vue de la redéfinition de la politique européenne de la santé, et les points obligatoires. Comme cela a été mentionné précédemment, la possibilité de tables rondes sera aussi examinée.

92. Clôturant cette réunion de brainstorming spéciale, le président remercie la directrice régionale désignée d'avoir fait part au CPRC de la manière dont elle envisage l'avenir à ce stade initial. À son tour, la directrice régionale désignée remercie le CPRC pour son invitation et sa réaction très positive à la « perspective d'Ohrid » qu'elle a esquissée. En son nom personnel et en celui de tous les participants, elle remercie le président du CPRC d'avoir accueilli cette session très utile dans ce cadre magnifique d'Ohrid, et exprime également ses remerciements pour son hospitalité et celle du ministre de la Santé et de l'ex-République yougoslave de Macédoine.