



EUROPE

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

Copenhague, 14-17 septembre 2009

Point 7 b) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC59/8

24 juillet 2009

90427

ORIGINAL : ANGLAIS

**Gouvernance en matière de santé
dans la Région européenne de l'OMS**

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a abordé cette question dans un certain nombre de documents ces dernières années. D'une manière générale, la gouvernance en matière de santé comprend deux aspects, l'un national et l'autre international. À sa cinquante-huitième session, le Comité régional a eu un débat approfondi sur ce que les États membres pourraient faire pour renforcer le rôle des autorités de santé, en particulier les ministères de la Santé, et l'efficacité de leur action. Les systèmes de santé évoluent, ce qui confère des responsabilités nouvelles aux pouvoirs publics en matière d'amélioration de la santé et de renforcement des systèmes de santé aux niveaux national et supranational. Les États membres disposent d'un nombre croissant de mécanismes, de stratégies et d'outils pour atteindre leurs objectifs en matière de politique de santé.

Au niveau international également, la gouvernance en matière de santé est essentielle pour l'avenir de la santé dans la Région européenne de l'OMS. Dans ce contexte, il importe de discuter du rôle évolutif du Bureau régional, élément d'une seule OMS mondiale, dans le contexte des relations avec le Siège de l'Organisation à Genève et des importantes activités qui ont lieu en coopération avec l'Union européenne, l'Organisation de coopération et de développement économiques et de nombreux autres acteurs tels que le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Les discussions qui auront lieu à la session actuelle du Comité régional seront axées sur les questions suivantes : quel rôle du Bureau régional serait le plus bénéfique pour les États membres ? Comment le Bureau régional peut-il offrir de la manière la plus utile des conseils, un soutien et des idées aux États membres dans ce scénario évolutif de gouvernance caractérisé par la mondialisation, une crise internationale et des aspirations à l'équité ? Comment est-il possible de mettre en place des partenariats avec d'autres acteurs internationaux pour s'efforcer d'assurer « la possession du meilleur état de santé que l'être humain est capable d'atteindre » dans la Région européenne de l'OMS ? Quels sont les dispositions organisationnelles qui pourraient aider le Bureau régional à atteindre ces buts de la façon la plus efficiente possible ?

Les discussions relatives à ce thème se dérouleront en deux étapes. La première d'entre elles consistera à analyser et à élaborer des propositions en vue d'améliorer les mécanismes de gouvernance, et ce au cours de la session actuelle du Comité régional. En ce qui concerne l'ensemble des décisions concernant de telles propositions, elles pourront être prises par le Comité régional à sa soixantième session, l'année prochaine, après la nomination d'un nouveau directeur régional. En conséquence, aucun projet de résolution n'a été établi pour examen par le Comité régional au stade actuel.

Sommaire

page

Introduction	1
Questions théoriques relatives à la gouvernance en matière de santé dans les États membres et au niveau supranational	3
Gouvernance du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe : évaluation	6
Questions à examiner et recommandations	10
Questions générales relatives à la gouvernance.....	10
Questions de gouvernance touchant le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.....	11
Références	12
Annexe 1. Liens entre les résolutions adoptées par le Comité régional de l’OMS pour l’Europe et par l’Assemblée mondiale de la santé au cours de la période 2004-2008.....	15
Annexe 2. Résumé et principales conclusions de l’enquête de satisfaction auprès des États membres.....	19
Annexe 3. Répartition des sièges européens au Conseil exécutif et critères de sélection.....	27

Introduction

1. Comment la gouvernance en matière de santé se présente-t-elle dans la Région européenne de l'OMS ? Dans quelle mesure les États membres sont-ils responsables de la santé de leur population ? Quels sont les processus que les États membres souhaitent suivre dans le domaine de la prise de décision concernant la santé ? La thèse centrale du présent document est que l'OMS doit jouer un rôle important en soutenant la gouvernance en matière de santé dans les pays, mais quels sont les rôles que les États membres préféreraient que l'OMS (et d'autres organismes) jouent pour soutenir leurs activités concernant la gouvernance en matière de santé ? Quel est le rôle du Règlement sanitaire international par comparaison avec d'autres dispositions réglementaires nationales et supranationales ? Idéalement, pour répondre à ces questions et à d'autres questions similaires, le présent document devrait porter sur les points suivants : i) l'ensemble de la situation sur le plan de la gouvernance en matière de santé en Europe ; ii) les informations factuelles qui existent sur les conséquences d'une telle gouvernance sur la santé de la population européenne ; et iii) la contribution propre du Bureau régional de l'OMS et d'autres organisations internationales. Malheureusement, ces points dépassent les limites du présent document et vont largement au-delà des informations factuelles disponibles.

2. Les discussions relatives à la gouvernance dans le secteur de la santé se situent dans la ligne de récents débats plus larges à caractère universitaire et relatifs à la recherche et à la politique de santé qui sont axés sur les problèmes et défis nouveaux qui se présentent aux États modernes et sur la façon dont les relations entre l'État et la société ont évolué (1,2,3,4). Confrontés à ces problèmes et à ces défis, les pays et les organisations supranationales ont conçu des moyens imaginatifs de favoriser une bonne gouvernance (5,6,7,8).

3. Bien que la gouvernance et la direction – l'une des quatre fonctions du système de santé qui sont décrites dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* – ne soient pas des notions identiques, ces deux mots ont été considérés comme des synonymes dans le domaine de la santé par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe à sa cinquante-huitième session, à la lumière des arguments de ceux qui considéraient que le second terme et sa traduction posaient des problèmes. Initialement, le Programme des Nations Unies pour le Développement a défini la gouvernance comme suit : « l'exercice de l'autorité politique, économique et administrative dans la gestion des affaires d'un pays à tous les niveaux » (6). Pour sa part, la direction a été définie comme suit : « fonction de l'État qui assure le bien-être de la population et a trait à la confiance et à la légitimité de ses activités du point de vue des citoyens » et plus récemment comme suit : « le rôle du gouvernement en matière de santé et sa relation avec d'autres acteurs dont les activités ont des incidences sur la santé » (9).

4. Initialement, la gouvernance et la fonction de direction étaient le plus souvent conçues comme des catalyseurs d'autres fonctions des systèmes de santé. La gouvernance était importante parce que l'on pensait qu'elle modulait les intérêts des parties prenantes et améliorait la prestation des services, leur financement et la création de ressources. Elle était également considérée comme un mécanisme qui régulaient les interactions entre les différents éléments du système et les différentes parties prenantes dans un contexte de transparence et de responsabilité (10). Cependant, les études récentes dépassent ces explications pour établir une relation directe avec l'amélioration de la santé et d'autres résultats des systèmes de santé tels que la réactivité, la protection financière et l'efficacité. Cette importance accordée aux liens qui existent entre l'amélioration de la gouvernance et les principaux résultats des systèmes de santé est liée directement à la Conférence de Tallinn sur les systèmes de santé, la santé et la prospérité (11).

5. Cependant, comme cela est bien connu, l'amélioration de la santé peut être mesurée à la fois sur les plans du niveau de santé et de la répartition de cette amélioration. En ce qui concerne les niveaux de santé, une corrélation positive a été constatée entre une bonne gouvernance et une amélioration de la santé de la population, et entre une bonne gouvernance et une baisse de la

mortalité infantile (12) ; cependant, comme des données provenant de la Région européenne le révèlent, la situation est plus complexe en ce qui concerne la répartition de la santé. Malgré la nette amélioration d'indicateurs tels que l'espérance de vie moyenne à la naissance et l'espérance de vie corrigée de l'incapacité au cours des dernières décennies, d'énormes différences subsistent lorsque les données sont ventilées par strates (13). Des différences entre groupes sociaux, entre pays, entre régions de pays et entre villes (et même entre quartiers) sont observées en Europe, tant dans l'Union européenne (UE) qu'en dehors de celle-ci, qui constitue le groupe de pays le plus riche. Il est préoccupant de constater que les disparités entre les États membres et à l'intérieur de ceux-ci sont en augmentation. Pourquoi les manques d'équité en matière de santé constituent-ils un problème aussi épineux (14) et pourquoi sont-ils si difficiles à surmonter ? Et surtout, quel est le lien qui existe entre les manques d'équité et la gouvernance ? Pour mener une action efficace, il est nécessaire de mieux comprendre cette question.

6. En conséquence, la gouvernance en matière de santé est un élément essentiel pour l'avenir de la santé dans la Région européenne de l'OMS et en fait dans toute société. C'est pourquoi, ces dernières années, le Bureau régional a établi un certain nombre de documents qui énoncent un engagement dans le domaine de la gouvernance en matière de santé et la gouvernance des systèmes de santé :

- L'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EUR/RC56/11) ;
- La politique cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : actualisation de 2005 (EUR/RC55/8) ;
- des déclarations et des chartes, dont un grand nombre ont été approuvées par des résolutions du Comité régional, qui énoncent les orientations et définissent les stratégies dans de nombreux domaines : la Déclaration de Budapest sur l'environnement et la santé, 2004 (EUR/RC54/R3) ; la Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe : relever les défis, trouver des solutions, 2005 (EUR/RC55/R2) ; la Déclaration de Varsovie pour une Europe sans tabac, 2002 (EUR/RC52/R12) ; la Déclaration sur les jeunes et l'alcool, 2001 (EUR/RC51/R4) ; la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, 2006 (EUR/RC57/R4) ; la Déclaration de Berlin sur la tuberculose, 2007 ; et la Déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale, 2004 ;
- la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, 2008 ;
- Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC58/9) et la résolution connexe adoptée par le Comité régional (EUR/RC58/R4).

7. D'autres publications récentes du Bureau régional ont également abordé ces questions dans une optique théorique (15). Le thème de la santé dans toutes les politiques mis en avant par l'UE au cours de la présidence finlandaise du Conseil de l'UE et approuvé par les États membres lors de la réunion commune OMS-UE de Rome en 2007 (16) a également souligné l'importance d'une bonne gouvernance de l'action intersectorielle pour la santé, de même que la Charte de Tallinn sur les systèmes de santé, la santé et la prospérité, qui a été signée par un certain nombre de partenaires sous la direction de l'OMS.

8. Le présent document sur la gouvernance en matière de santé dans la Région européenne de l'OMS devrait être considéré comme une vue d'ensemble des principaux aspects de cette question, qui sont également illustrés et mis en évidence par certains documents thématiques qui seront également examinés au cours de la session actuelle du Comité régional, à savoir :

- La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS ;
- Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS ;

- Politiques relatives au personnel de santé dans la Région européenne de l'OMS.
9. Le présent document analysera d'abord la gouvernance en matière de santé du point de vue de la théorie relative à la politique de santé et appliquera cette analyse au rôle du Bureau régional, avant de proposer l'examen d'un ensemble de recommandations et de propositions de changements précis à apporter dans la Région. De ce fait, il comprendra deux sections principales : i) un examen théorique succinct de la gouvernance en matière de santé dans les États membres et au niveau supranational ; et ii) une évaluation de la gouvernance du Bureau régional de l'OMS.
10. Eu égard aux discussions approfondies qui ont eu lieu récemment dans la Région, comme cela a été indiqué plus haut, ce document reposera à la fois sur une démarche (principalement) descriptive et analytique (« la situation telle qu'elle est ») et une démarche (relativement) prescriptive (« la situation telle qu'elle devrait être »). Il a été examiné par le Comité permanent du Comité régional et est maintenant présenté au Comité régional à sa cinquante-neuvième session. Ce document fera l'objet de discussions lors de la session de septembre 2009, mais aucune décision définitive ne sera prise à ce stade. Les décisions concernant les recommandations formulées cette année par le Comité régional seront prises à la soixantième session de ce dernier, à Moscou en 2010.

Questions théoriques relatives à la gouvernance en matière de santé dans les États membres et au niveau supranational

11. La notion de gouvernance a été initialement conçue par plusieurs disciplines sociales, principalement la science politique, la théorie organisationnelle et l'économie (17). Elle a par conséquent revêtu différentes significations pour devenir en fin de compte une notion générique qui englobe différents phénomènes. De nombreux auteurs (18) donnent trois sens au mot « gouvernance » : i) une théorie qui aide les analystes des politiques à comprendre les nouveautés qui apparaissent dans les relations entre l'État et la société ; ii) un résultat dynamique : les processus complexes de direction, de coordination et de fixation de buts par lesquels la société est gouvernée aujourd'hui ; et iii) une structure : le système hybride de hiérarchies, de marchés, de réseaux et de communautés qui participent à la prestation de larges services aux citoyens dans la société moderne.

12. Les États membres européens considèrent-ils la gouvernance en matière de santé comme un droit ou une obligation à caractère exclusif ou souhaitent-ils la partager avec la communauté internationale ? En outre, considèrent-ils la gouvernance en matière de santé dans l'optique de la théorie, de processus ou de structures, ou estiment-ils qu'il faut l'envisager sans ces trois aspects ? Si la gouvernance est conçue comme une théorie, il importe de déterminer comment les questions de santé sont régies dans la Région européenne de l'OMS : quels sont les rôles et les responsabilités qui incombent véritablement aux États membres et que ceux-ci souhaitent assumer en matière de gouvernance des questions en matière de santé et des systèmes de santé aux niveaux national et supranational ? Quels sont à leur avis les rôles véritables de l'État et quelle est la nature des responsabilités individuelles ? Comme indiqué plus haut, ce document et d'autres publications déjà mentionnées fournissent des bases de réflexion abondantes pour l'examen de cette question sur le plan politique mais l'on ne dispose jusqu'à présent que de peu de bases factuelles empiriques.

13. Si l'on considère que la gouvernance est le processus dynamique qui consiste à diriger et à coordonner la politique de santé, il faut commencer par déterminer si les pouvoirs publics sont en mesure à eux seuls d'améliorer la santé de la population telle qu'elle est traditionnellement comprise. En fait, l'opinion publique, les médias et de nombreux responsables politiques nationaux attribuent souvent au gouvernement en général et au ministère de la Santé et à son équipe de direction en particulier les résultats sanitaires du pays (et demandent leur démission

chaque fois qu'un problème grave se produit dans ce domaine). Une question connexe, plus nuancée, est également posée : le pouvoir global du gouvernement de diriger et de définir le processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé reste-t-il illimité ou est-il affaibli par de nouvelles forces sociales – et, dans cette dernière hypothèse, quelle est l'ampleur de cet affaiblissement.

14. Les réponses à ces questions ont différentes dimensions. En premier lieu, même au niveau national, ce que l'on sait des déterminants de santé – génétique, environnement physique et social, aspects comportementaux, soins de santé, etc. (19,20) – contredit une conception restrictive de la gouvernance en matière de santé dans les États membres et au niveau supranational ; la science et l'expérience montrent que la santé est produite avec la participation d'un grand nombre d'acteurs publics et privés relevant d'autres secteurs (par exemple, enseignement, logement, emploi, agriculture). Une étude récente confirme que des indicateurs liés aux soins de santé peuvent expliquer de 44 % à 57 % de la différence d'espérance de vie, considérée comme mesure de la santé, le reste étant attribuable à des déterminants de santé non médicaux (21). En outre, aujourd'hui, aucun pays ne peut être considéré comme « pleinement responsable » de la santé de la population, et ce en raison des aspects complexes de la mondialisation (22). Les États et le secteur privé aux niveaux national et international ont participé et participeront encore à des réformes complexes des systèmes de santé dans le monde entier.

15. Sur le plan normatif, on est amené à se demander si le rôle des États membres dans la gouvernance en matière de santé ne devrait pas consister à diriger et à coordonner les apports des acteurs multiples, sans essayer de monopoliser les interventions et les stratégies. Du reste, la doctrine de l'OMS a toujours reposé sur la plurisectoralité, idée à laquelle adhèrent maintenant de nombreuses autres parties prenantes : voir par exemple *Health Impact Assessment* (23) et la déclaration susmentionnée relative à la santé dans toutes les politiques. Le même principe se trouve à la base de la définition du système de santé qui a été donnée par la Conférence de Tallinn¹. Il est aujourd'hui fréquent d'inviter les gouvernements à tenir compte des intérêts, des opinions et des attentes des parties prenantes et, en particulier, de veiller à ce que les systèmes de santé prennent mieux en considération l'opinion et les choix des citoyens et les connaissances des professionnels de santé.

16. Si la gouvernance est conçue non comme une théorie ou un processus, mais comme une structure (hiérarchies, marchés, réseaux et communautés), la question « De quoi les États membres sont-ils effectivement responsables ? » se présente sous un jour nouveau. Les gouvernements d'Europe et du monde entier mènent leurs activités en se fondant sur différents modèles, dont certains prévoient des interventions hiérarchiques directes, tandis que d'autres se fondent davantage sur les forces du marché, des partenariats public-privé, etc. Dans ce contexte, les mécanismes et stratégies utilisés par les pouvoirs publics pour atteindre les objectifs de leur politique de santé ont évolué dans une mesure telle que de nombreux commentateurs conçoivent la gouvernance comme « un ensemble d'outils et d'instruments anciens et nouveaux qui permettent d'atteindre les objectifs de la politique des pouvoirs publics » (24,25,26). En conséquence, la fonction de direction comprend deux éléments cruciaux : la mise en place d'un cadre réglementaire cohérent qui garantisse tant la qualité des services que le comportement équitable des acteurs, et la prise de décisions quant à l'opportunité de le faire au moyen d'une réglementation directe imposée d'en haut ou d'outils réglementaires – qui englobent notamment la délégation de pouvoirs, des incitations et des sanctions. Dans cette optique, la difficulté consisterait à assurer un équilibre approprié entre incitations, objectifs et sanctions, et donc la mise en place de mécanismes réglementaires anciens et nouveaux, qui vont de la réglementation

¹ « Au sein du cadre politique et institutionnel de chaque pays, un système de santé est l'ensemble des organismes, institutions et ressources du secteur public et du secteur privé mandatés pour améliorer, maintenir ou rétablir la santé. Les systèmes de santé englobent à la fois des services aux personnes et des services à la population, et des activités visant à influencer les politiques et les actions d'autres secteurs pour agir vis-à-vis des déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé. » (11).

directe par les pouvoirs publics à la réglementation effectuée par des organismes totalement ou partiellement indépendants, à l'autorégulation, à la co-régulation etc. (27).

17. Une dernière question connexe a trait à la façon dont une responsabilisation est assurée, de façon à ce que les différents acteurs – et l'État lui-même – rendent compte de leurs actions dans un certain nombre de dimensions – financières, politiques et démocratiques, et relatives à la qualité des prestations (28). En résumé, pour une bonne gouvernance des systèmes de santé modernes, il faut que les acteurs rendent des comptes tant sur les résultats et le respect des règles financières que sur les processus et les procédures (29). Dans ce scénario très complexe qui comporte de multiples décisions ramifiées et un grand nombre d'agents, il est crucial de localiser clairement les responsabilités, de diffuser des informations suffisantes et d'instituer des sanctions appropriées (30). En principe, les considérations qui précèdent devraient également être applicables dans une certaine mesure à la gouvernance internationale en matière de santé.

18. L'obligation d'assurer une gouvernance internationale en matière de santé est le plus souvent attribuée aux seules organisations internationales existantes et dotées d'une mission spécifique, mais il a été récemment suggéré que la fonction de direction des activités sanitaires des gouvernements pourrait également être exercée au niveau transnational grâce à une assistance offerte à d'autres États qui en ont besoin ou à un leadership portant sur des questions mondiales de santé (31). Cela pourrait-il signifier que certaines organisations internationales pourraient avoir des relations relativement superficielles, tandis que d'autres auraient des « liens plus étroits » ? Il serait également possible d'établir une distinction entre différents organismes supranationaux en matière de santé ; certaines organisations supranationales (par exemple, l'Organisation des Nations Unies et l'Organisation de coopération et de développement économiques) ont principalement un rôle de représentation et une influence morale sur la santé, tandis que d'autres prennent des décisions relevant de la gouvernance dans des domaines qui ont des effets potentiels directs et indirects clairs sur la santé. Par exemple, les organismes européens (l'UE et d'autres institutions, dont la Commission européenne et la présidence du Conseil de l'UE) ont une mission qui porte sur des questions de fond dans le domaine de la santé, non seulement via les systèmes de santé (qui, au sein de l'UE, relèvent au premier chef des 27 États membres, en raison du principe de subsidiarité), mais également par leur action dans des domaines qui influent sur la santé, tels que les politiques agricoles, commerciales et monétaires.

19. Manifestement, on connaît mal les incidences de ces politiques sur la santé des citoyens de l'UE. Il serait souhaitable d'évaluer la mesure dans laquelle les dimensions nationales et supranationales se complètent en vue d'améliorer la santé et d'atteindre d'autres buts des systèmes de santé tels que la protection financière et la réactivité. Des études du récent élargissement de l'UE pourraient offrir à l'ensemble de la Région des enseignements précieux concernant le succès ou l'échec de certaines politiques (notamment en matière de nutrition ou d'environnement). L'OMS pourrait par exemple préconiser avec prudence une évaluation systématique de telles mesures récentes de politique de santé prises au niveau de la Commission européenne ou participer à l'examen de la suite donnée à la directive relative aux soins de santé transfrontaliers.

20. Des considérations semblables sont valables pour les activités relatives à la santé que mène le Conseil de la Communauté des États indépendants (CEI). Ce dernier a des attributions moins étendues que l'UE, mais il serait malgré tout utile d'examiner le rôle exact qu'il joue dans le domaine de la santé et les incidences de ses politiques communes sur la santé, et de déterminer si une évaluation de ces incidences a été réalisée. Le présent document ne porte pas sur l'appartenance des pays à d'autres entités supranationales dotées d'un mandat relatif à des matières autres que la santé, bien que l'existence même de groupements géographiques sous-régionaux (États baltes, pays scandinaves, Balkans ou pays du Caucase) soulève des questions intéressantes : dans ces pays, certaines institutions (telles que le Conseil nordique) exercent déjà des responsabilités sur des secteurs qui influent sur la santé des citoyens. On peut également

citer l'exemple de l'Organisation de coopération de Shanghai, au sein de laquelle la Fédération de Russie coopère avec les pays d'Asie centrale et la Chine en ce qui concerne des questions très diverses, dont la santé publique. En conséquence, dans la pratique, l'existence de sous-régions est considérée dans le présent document comme neutre sur le plan de ses effets sur la santé.

21. Enfin, bien que des progrès importants aient été récemment signalés (32), les efforts accomplis pour mesurer et évaluer la gouvernance aux niveaux national et international se trouvent encore à un stade initial (33). Manifestement, des travaux plus approfondis sont nécessaires à cet égard. Les discussions menées depuis la Conférence de Tallinn ont visé dans une large mesure à mieux comprendre et à exprimer de façon quantitative et qualitative les relations qui existent entre les fonctions des systèmes de santé et leurs objectifs. En conséquence, l'optique de la gouvernance donne une dimension nouvelle au débat sur les indicateurs des performances des systèmes de santé (34,35).

Gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : évaluation

22. Les questions de politique générale que ce document devrait aborder sont les suivantes : i) la gouvernance actuelle en matière de santé dans la Région européenne de l'OMS est-elle optimale ? ii) Existe-t-il au sein du Bureau régional des manques d'efficacité potentiels qui pourraient nuire à l'efficacité de ce dernier ? et iii) Une amélioration de divers aspects du système en place permettrait-elle d'obtenir de meilleurs résultats ? En l'absence de données solides qui portent tant sur les détails de la mission dont les États membres préféreraient voir l'OMS s'acquitter que sur les effets de l'action de l'OMS, la présente section analysera principalement les modalités de la gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

23. L'influence de l'OMS ne découle pas de sa participation à un aspect déterminé de la vie sociale ou économique tel que la politique agricole, budgétaire ou commerciale (comme c'est le cas de l'UE), mais de son mandat d'organisme des Nations Unies spécialisé dans la santé. L'OMS est une organisation intergouvernementale à laquelle les États membres s'adressent pour obtenir des orientations (normes et conseils), un soutien et des idées en ce qui concerne tous les aspects de la vie qui sont liés à la santé. En bref, son influence découle de l'autorité qu'elle possède parce qu'elle guide les États membres sur la voie qui mène au « meilleur état de santé que tout être humain est capable d'atteindre » (36).

24. Il est à noter que l'OMS est le seul organisme des Nations Unies qui soit doté d'une structure très décentralisée : chacune des six régions de l'OMS a un comité régional « souverain » et un directeur régional élu, qui est responsable devant lui. Il est généralement estimé que ce système est avantageux pour l'Organisation, en raison de la dynamique démocratique et de la proximité vis-à-vis du terrain qui en découlent. Le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, principal organe directeur de la Région européenne, est constitué de représentants de chaque État membre ; il se réunit chaque année en septembre pendant trois jours et demi, lors de sessions au cours desquelles les États membres définissent des politiques régionales, formulent des recommandations et contrôlent les activités du Bureau régional de l'OMS. Le Comité régional examine également le budget, et ses opinions, observations et suggestions sont ultérieurement communiquées au directeur général pour examen lors de la mise au point définitive du budget, avant son adoption par l'Assemblée mondiale de la santé.

25. Toute analyse de la gouvernance de l'OMS au niveau régional doit prendre en compte le contexte des mécanismes et institutions de gouvernance de l'Organisation au niveau mondial. Depuis plus de 60 ans, l'Assemblée mondiale de la santé, le Conseil exécutif, le directeur général de l'OMS et la structure en place au Siège de l'OMS, ainsi que les politiques et outils correspondants (la Constitution de l'OMS, les règles, les normes, les codes de conduite et le

Programme mondial de travail) sont des références essentielles pour la gouvernance dans la Région européenne. Au cours de ces dernières décennies, des efforts renouvelés ont été accomplis en vue d'atteindre l'objectif « d'une seule OMS ». Le directeur général actuel, le docteur Margaret Chan, a placé l'amélioration de la coordination avec les six directeurs régionaux à l'avant-plan de son action politique. Il résulte clairement de ses récentes déclarations politiques qu'« une seule OMS » est son objectif principal et le principe directeur qui devrait contribuer à surmonter des difficultés réelles ou perçues comme telles qui résultent de la structure décentralisée de l'OMS, qui est définie par la Constitution. Réciproquement, la Région européenne et les autres régions participent à la vie de l'Organisation au niveau central et approuvent sans réserve cette démarche coordonnée.

26. Les considérations qui précèdent définissent la légitimité politique du Comité régional de l'Europe. Deux autres questions de politique générale doivent être examinées : la capacité de représentation du Comité régional et son efficacité.

27. En ce qui concerne sa capacité de représentation, il est manifeste que les États membres tiennent à participer aux sessions du Comité régional de l'Europe et que la qualité de leur participation est très bonne. Ces sessions, qui se déroulent chaque année depuis la fondation de l'OMS, se caractérisent par des taux d'absentéisme négligeables, et l'on n'a observé aucune interruption ni incident majeur. Un examen des listes des représentants met en évidence le niveau élevé de la participation, qui indique l'intérêt suscité par les sessions du Comité régional. Par exemple, la proportion de ministres de la Santé qui ont conduit la délégation de leur pays et participé à au moins une partie de la session au cours des dix dernières années s'est élevée en moyenne à 38 %. Par définition, les États membres ont le droit de soulever toutes les questions qu'ils jugent dignes d'intérêt au cours des sessions du Comité régional. Dans l'ensemble, l'organisation des sessions semble permettre un débat franc et totalement libre conformément aux attentes des États membres, si l'on en juge par le rôle actif joué par leurs délégués et les contributions positives de ces derniers. Ces dernières années, des efforts ont également été accomplis pour améliorer le degré de participation : les séances sont devenues plus dynamiques (plus courtes, mieux ciblées, organisées de façon plus rationnelle, etc.) et il est clair que les États membres participent davantage. Il faudrait recourir à une démarche plus systématique pour évaluer l'efficacité du Comité régional ces dernières années et étudier les formules et les mécanismes qui pourraient favoriser une démarche plus participative encore, par exemple en donnant aux États membres plus de possibilités de proposer des thèmes de discussions ou préparer des exposés sur certains thèmes.

28. En ce qui concerne l'efficacité, pour un organe tel que le Comité régional, elle devrait être mesurée essentiellement en fonction de l'aptitude de ce dernier à définir une philosophie appropriée et à donner les bonnes orientations, sur le plan de la direction politique et du choix des thèmes essentiels de santé publique à aborder. Cela est conforme à son mandat de principal organe directeur de la Région, car il n'est pas un club, une instance universitaire ou un organe similaire. De ce point de vue, l'efficacité pourrait être exprimée en fonction du nombre de résolutions adoptées (qui va de 5 à 12 par session, avec une moyenne de 8,4 au cours des dix dernières années), du lien qui existe entre ces résolutions et les résolutions adoptées au cours de l'Assemblée mondiale de la santé (voir annexe 1), etc. Il faut mentionner que le Comité régional à sa cinquante-huitième session s'est employé à rendre compte de la suite donnée aux résolutions adoptées lors des sessions précédentes et a tenu compte du fait que la portée d'un certain nombre de résolutions n'est pas limitée dans le temps ; cela a débouché sur l'adoption d'une règle selon laquelle toutes les résolutions futures devraient prévoir un calendrier clair d'établissement de rapports sur la suite qui leur a été donnée.

29. Un examen des programmes des dix dernières sessions du Comité régional met en évidence un effort manifeste pour combiner des discussions portant sur les questions politiques les plus urgentes avec un examen de questions techniques « brûlantes ». La participation des

États membres à la gestion de leur propre système de santé (renforcement des systèmes européens de santé dans le prolongement de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), la nécessité d'améliorer l'équité en matière de santé dans la Région (objectifs du Millénaire pour le développement), les valeurs qui sous-tendent les actions régionales (examen de la politique de la santé pour tous) et plusieurs autres questions relèvent de la première catégorie. En revanche, les discussions concernant les politiques en matière d'environnement, les maladies non transmissibles, la fonction de direction des systèmes de santé ou l'examen de la situation relative à la tuberculose dans la Région européenne sont des exemples de la seconde.

30. Le Comité permanent du Comité régional (CPCR) est lui aussi un organe essentiel dans la gouvernance de la Région. En vertu d'un accord explicite, la Région européenne de l'OMS est dirigée, depuis 1993, entre deux sessions successives du Comité régional, par le CPCR, organe constitué d'un président et de neuf autres représentants des États membres élus par le Comité régional, qui se réunissent cinq ou six fois (et jamais moins de deux fois) par an (résolution EUR/RC42/R5, 1993). Le CPCR est responsable de la gouvernance courante de l'Organisation, en étroite coopération avec le directeur régional, et assure la liaison entre le Comité régional et le Bureau régional. Il est chargé de représenter le Comité régional entre les sessions annuelles de ce dernier et de conseiller le Bureau régional et le directeur régional en transmettant les opinions des États membres au secrétariat.

31. Dans la pratique, toutes les décisions soumises au Comité régional ont préalablement été examinées et approuvées par le CPCR (37). Ce dernier semble être un mécanisme de gouvernance efficace par rapport à son coût pour l'Organisation. Bien qu'il ne dispose pas de pouvoir de décision, le CPCR contribue à guider l'élaboration des politiques et des programmes dans la Région, et il semble avoir été convenablement associé à l'élaboration des décisions stratégiques prises par le Comité régional.

32. Le directeur régional est, en vertu de ses fonctions, le secrétaire du Comité régional et de toute subdivision de celui-ci, y compris le CPCR (38). Dans la pratique, on considère que le Bureau régional tout entier est le « secrétariat du Comité régional ». L'année dernière, pour la première fois, le secrétariat a procédé auprès des États membres à une enquête dans laquelle il leur a demandé leurs avis et attentes concernant la coopération avec l'OMS. Le taux de réponse a été de 62 %. Il semble que, dans l'ensemble, les États membres aient une opinion positive de la façon dont le secrétariat s'acquitte de sa tâche (environ 85 % des répondants). Les suggestions d'améliorations concernent principalement la mise en œuvre pratique des valeurs essentielles, la collaboration avec d'autres organisations, les activités des bureaux de pays, les questions liées aux médias et à la communication, certains domaines de la santé publique, les systèmes de santé et certains autres aspects (pour un résumé des conclusions de l'enquête, voir annexe 2).

33. Les sous-comités régionaux jouent également un rôle utile dans la gouvernance de la Région. Selon les règlements intérieurs du Comité régional et du CPCR, ces deux organes sont soutenus dans leur action par un certain nombre de sous-comités (par exemple, un sous-comité relatif à l'environnement et à la santé, le Groupe de prospection régional et d'autres comités spéciaux) qui peuvent être créés « pour l'étude de tout point de son ordre du jour et l'établissement de rapports à son sujet ». Ces règlements intérieurs ne définissent pas le nombre ou les catégories de tels sous-comités, et leur statut est déterminé entièrement par les décisions du Comité régional et du CPCR.

34. À en juger par l'expérience acquise ces dernières années, il est nécessaire de procéder à un examen systématique des résultats obtenus par les sous-comités régionaux et de leurs liens avec le CPCR et le Comité régional. Il faudrait en particulier déterminer si les rattachements hiérarchiques sont appropriés. Par exemple, le sous-comité de l'environnement et de la santé ne relève pas du CPCR mais directement du Comité régional, ce qui contredit quelque peu la

nature véritable du CPRC ; est-il possible d'améliorer cette situation ? Par ailleurs, certains sous-comités semblent avoir prolongé leur existence pendant une période extrêmement longue ; leur durée ne devrait-elle pas être bien précisée, comme c'est le cas pour les résolutions ? Dans le cas d'autres sous-comités (par exemple, le Groupe de prospection régional, qui recherche des candidats au poste de directeur régional), on peut soutenir qu'il n'y a guère de marge de manœuvre si l'on veut éviter de porter atteinte aux droits des candidats potentiels ou d'accroître sans nécessité la bureaucratie au cours du processus démocratique. Le CPRC est également chargé d'établir des listes des candidats les plus aptes pour les élections à des sièges dans divers comités ; l'utilité de cette fonction pourrait également être examinée. En bref, il faudrait s'efforcer de préciser les fonctions des sous-comités régionaux.

35. Un autre domaine qui mérite une attention particulière est celui des liens entre le Conseil exécutif de l'OMS, au niveau mondial, et les activités du Comité régional et du CPRC. Ce dernier comprend un représentant des membres européens du Conseil exécutif, lequel a un statut d'observateur. Actuellement, la Région européenne a huit représentants au sein du Conseil exécutif de l'OMS, sur un total de 34 membres. On pourrait estimer que les préoccupations du Comité régional de l'Europe pourraient être exprimées par ces huit membres lors des réunions du Conseil exécutif, et que les préoccupations de ce dernier seraient pour leur part portées à la connaissance du CPRC. Cependant, si cela semble bien fonctionner au sein du CPRC, il n'est pas facile de déterminer si les membres européens du Conseil exécutif doivent placer le point de vue et les intérêts de la Région au dessus d'autres points de vue et intérêts lorsqu'ils s'expriment lors des sessions du Conseil exécutif ; en d'autres termes il faudrait savoir si les membres communs du Conseil exécutif et du CPRC expriment, lors des réunions de ceux-ci, les sujets de préoccupation respectifs du Comité régional de l'Europe et du Conseil exécutif et, dans l'affirmative, avec quel degré d'exactitude.

36. De même, il n'existe pas de doctrine ou disposition juridique qui définisse si les membres européens du Conseil exécutif sont censés représenter les opinions (pleinement légitimes) de leurs États membres ou l'opinion de la Région, si une telle opinion existe en l'occurrence. Malgré le droit des différents membres de défendre leur avis personnel et le point de vue et les intérêts des États membres qu'ils représentent, il semble que des mécanismes transparents soient nécessaires pour mieux faire en sorte que le point de vue régional soit exprimé chaque fois que cela est approprié. En résumé, il serait souhaitable de disposer de mécanismes de coordination plus explicites avec les membres du Conseil exécutif pour faire en sorte qu'ils expriment le point de vue de la Région européenne.

37. Dans le même ordre d'idées, l'accent mis par le Comité régional, ces dernières années, sur des partenariats efficaces et producteurs de valeur ajoutée soulève des questions supplémentaires. Il faut en effet accorder de l'attention à la façon dont les États membres de la Région européenne qui appartiennent également à d'autres organisations supranationales expriment leur position lors des réunions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé, et au sein d'autres instances d'une manière générale. Cela concerne en particulier l'UE, qui compte 27 des 53 membres de la Région européenne de l'OMS ; par exemple, lors des discussions qui ont porté sur l'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, lors de la cinquante-sixième session du Comité régional, celui-ci a indiqué que l'UE était un partenaire particulièrement important. Des mécanismes de coordination avec l'UE existent et le Comité régional reçoit régulièrement des informations à leur sujet. Comme il n'est pas rare que l'UE s'exprime en tant qu'organisation lors des sessions du Conseil exécutif par le truchement d'un ou plusieurs États membres, il faut analyser soigneusement les options possibles et leurs incidences sur le plan de la gouvernance. En particulier, une bonne coordination avec des États qui ne sont pas membres de l'UE est souhaitable.

Questions à examiner et recommandations

38. Quels sont les préférences des États membres en ce qui concerne la gouvernance en matière de santé dans la Région européenne ? Que peut-on faire pour améliorer la gouvernance aux niveaux national et international, ainsi qu'au sein du Bureau régional de l'Europe ? Il est prévu qu'une situation plus claire se dégage au cours des mois à venir, après un débat éminemment politique. Dans l'intervalle, des questions ayant trait tant au fond qu'au processus concernant des questions générales ainsi que des questions précises liées au Bureau régional seront abordées dans cette liste de recommandations destinée au CPCR et au Comité régional. Les aspects nationaux sont essentiels, mais ils ne seront pas abordés ici (à moins que les États membres ne décident de partager ces informations avec les autres membres du Comité régional). Le Comité régional est invité à porter son attention sur la gouvernance internationale en matière de santé en Europe, à définir des questions à examiner et à décider des points à étudier de façon plus approfondie dans l'avenir.

Questions générales relatives à la gouvernance

39. Le Comité régional pourrait s'engager à aborder de façon explicite la question plus générale de la gouvernance en matière de santé dans la Région, en définissant ce qu'est « une bonne gouvernance en matière de santé en Europe » tant sur le plan conceptuel (l'essence) que dans une optique opérationnelle (la pratique) aux niveaux national et international. Ces définitions pourraient être conçues en fonction des dimensions de la gouvernance qui sont définies dans le présent document – à savoir la théorie, le processus dynamique, et les structures et les outils nécessaires. Il serait important de délimiter de façon aussi claire que possible les responsabilités respectives des acteurs.

40. Le Comité régional souhaitera peut-être rappeler aux États membres qu'une bonne gouvernance ne suppose pas nécessairement une bureaucratie excessive. Le rapport coût-efficacité et l'équité interpays (faible fardeau réglementaire) devraient être pris en compte lors de la définition de la gouvernance.

41. La Charte de Tallinn constitue un instrument très important sur le plan de la gouvernance en matière de santé. Dans ce contexte, il faut procéder à des travaux de recherche complémentaires pour clarifier les relations qui existent entre une bonne gouvernance et la santé, ainsi qu'entre une bonne gouvernance et les autres résultats obtenus par les systèmes de santé. Le Comité régional est encouragé à soutenir la poursuite des travaux déjà réalisés dans le cadre de la Conférence de Tallinn et à faire en sorte que le Comité consultatif européen de la recherche en santé participe davantage à ce processus.

42. Le Comité régional souhaitera peut-être réaffirmer la résolution, adoptée par le Comité régional à sa cinquante-huitième session, qui définit la nécessité d'outils pour mesurer la gouvernance, tout en donnant des indications approximatives sur les délais et les résultats attendus.

43. Le Comité régional pourrait envisager la réalisation d'une série d'études au cours des prochaines années, afin d'examiner les questions de fond mentionnées plus haut et les éléments contextuels qui favorisent une bonne gouvernance en matière de santé. Il faudrait surtout évaluer l'influence que de « bons processus » ont sur le succès. À cet effet, il serait possible de sélectionner des études de cas réussies portant sur la gouvernance (mesurée en fonction d'une amélioration de la santé, de l'accès, de la protection sociale, etc.) dans la Région. Comme cela a été indiqué plus haut, les groupes d'exemples de bonne gouvernance dans le contexte des réformes des systèmes de santé devraient inclure les meilleures pratiques dans les domaines suivants : i) le leadership ; ii) la participation des parties prenantes et des patients ; et iii) la transparence et le partage d'informations utilisables.

Questions de gouvernance touchant le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe

44. Il est conseillé au Comité régional d’examiner le nombre, l’objet, le statut et les méthodes de travail des sous-comités et d’agir rapidement dans les domaines où des mesures devraient être prises. Par exemple, il serait possible d’évaluer la valeur ajoutée et l’efficacité du Groupe de prospection régional pour le poste de directeur régional. On pourrait faire de même en ce qui concerne le rôle du CPRC dans les élections aux différents sous-comités. En outre, tous les sous-comités devraient systématiquement relever du CPRC et la durée de leur mandat devrait être clairement définie.

45. Il est conseillé au Comité régional d’étudier des améliorations des mécanismes de coordination avec le Conseil exécutif et l’Assemblée mondiale de la santé, ainsi qu’avec d’autres instances analogues. À cet effet, il pourrait inviter des membres du Conseil exécutif à exprimer le point de vue de la Région européenne, chaque fois que cela est approprié ; renforcer le rôle du représentant européen du Conseil exécutif qui siège au CPRC en qualité d’observateur ; faire en sorte que les réunions qui ont lieu au cours de l’Assemblée mondiale de la santé soient mieux préparées ; et assurer une meilleure coordination avec l’UE, de façon à ce que les opinions d’autres pays de la Région européenne de l’OMS soient également prises en considération.

46. Le Comité régional est invité à charger le CPRC de faire rapport à la prochaine (soixantième) session, en proposant un petit nombre d’initiatives clairement ciblées pour améliorer la gouvernance dans la Région européenne de l’OMS, étant entendu que la suite appropriée serait réservée à ce rapport.

Références²

1. Rhodes RAW. *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Buckingham, Open University Press, 1997.
2. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(6):732–739 (http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000600005&script=sci_arttext).
3. Reich MR. Reshaping the state from above, from within, from below: Implications for public health. *Social Science and Medicine*, 2002, 54(11):1669–1675 (http://www.science-direct.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-44CN141-3&_user=3824252&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=947060025&_rerunOrigin=google&_acct=C000055308&_version=1&_urlVersion=0&_userid=3824252&md5=9c6ba26947d25d27d7bbf9110f16901e).
4. Rhodes RAW. What is new about governance and why does it matter? In: Hayward J, Menon A, eds. *Governing Europe*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
5. Kaufmann D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. *Governance matters*. Washington DC, World Bank, 1999 (Policy Research Working Paper No. 2196; http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/10/27/000094946_99101105050694/Rendere d/PDF/multi_page.pdf).
6. *Governance for sustainable human development: a UNDP policy document*. New York, United Nations Development Programme, 1997 (<http://mirror.undp.org/magnet/policy/>).
7. Agere S. *Promoting good governance: Principles, practices and perspectives*. London, Commonwealth Secretariat, 2000 (Managing the public service: Strategies for improvement series).
8. *Gouvernance européenne : un livre blanc*. Bruxelles, Commission des communautés européennes, 2001 (http://ec.europa.eu/governance/white_paper/index_fr.htm).
9. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007.
10. Travis P et al. *Towards better stewardship: Concepts and critical issues*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>).
11. *La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/E91439.pdf>).
12. Reidpath D, Allotey P. Structure (governance) and health: An unsolicited response. *BMC International Health and Human Rights*, 2006, 6:12 (<http://www.biomedcentral.com/1472-698x/6/12>).
13. European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/hfadb>).
14. Blackman et al. Performance assessment and wicked problems: The case of health inequalities. *Public Policy and Administration*, 2006, 21(2):66–80.
15. Figueras J et al. *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008. (http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf).
16. *Declaration of European Union Member States on "Health in All Policies", Rome, 18 December 2007*, Copenhagen, Brussels, WHO Regional Office for Europe, European

² Tous les sites Web ont été consultés le 17 juillet 2009.

- Commission, 2007 (http://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf).
17. Rhodes RAW. The new governance: Governing without government. *Political Studies*, 1996, 44(4):652–667 (<http://law.hku.hk/gl/rhodes.pdf>).
 18. Pierre J, Peters BG. *Governance, politics and the state*. Basingstoke, MacMillan, 2000.
 19. Lalonde M. *A new perspective on the health of the Canadians*. Ottawa, Department of National Health and Welfare, 1976.
 20. Evans R, Barer M, Marmor T, eds. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York, Aldine de Gruyter, 1994.
 21. Arah OA et al. Conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal of Quality Health Care*, 2006, 18(Suppl.):1:5–13.
 22. *Rapport sur la santé dans le monde, 2003. Façonner l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/fr/>).
 23. *Health impact assessment: Main concept and suggested approach*. Brussels, European Centre for Health Policy, 1999 (<http://www.euro.who.int/document/pae/gothenburgpaper.pdf>).
 24. Salamon LM, ed. *The tools of government: A guide to the new governance*. New York, Oxford University Press, 2002.
 25. Zito A, Radaelli C, Jordan A. Introduction to the Symposium on 'New' Policy Instruments in the European Union. *Public Policy and Administration*, 2003, 81(3):509–511.
 26. Hood C. The tools of government in the information age. In: Moran M, Rein M, Goodin RE, eds. *The Oxford handbook of public policy*. Oxford, Oxford University Press, 2006:469–481.
 27. Lewis R, Alvarez-Rosete A, Mays N. *How to regulate health care in England: An international perspective*. London, King's Fund, 2006 (http://www.kingsfund.org.uk/research/publications/how_to_regulate.html).
 28. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, 2004, 19(6):371–379 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/6/371>).
 29. Bovens M. *Analysing and assessing public accountability; a conceptual framework*. Utrecht, European Governance Papers (EUROGOV), 2006 (C-06-01; <http://www.connex-network.org/eurogov/pdf/egp-connex-C-06-01.pdf>).
 30. Tuohy CH. Agency, contract and governance: Shifting shapes of accountability in the health care arena. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2003, 28(2–3):195–215.
 31. Gostin L, Archer R. The duty of states to assist other states in need: Ethics, human rights, and international law. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2007, 35:526 (<http://www.labmeeting.com/paper/9439626/gostin-archer-2007-the-duty-of-states-to-assist-other-states-in-need-ethics-human-rights-and-international-law>).
 32. Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M. *Governance matters VI: Governance indicators for 1996–2006*. Washington, World Bank, 2007 (World Bank Policy Research Working Paper No 4280; <http://info.worldbank.org/governance/wgi2007/>).
 33. Kickbusch I. Perspectives on health governance in the twenty-first century. In: Marinker M, ed. *Health targets in Europe: polity, progress and promise*, London, BMJ books, 2002:206–230.
 34. Smith P et al. *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (in press).

35. Papanicolas I, Smith P, Mossialos M. Principles of performance measurement. *Euro Observer*, 10(1):1–5 (2008).
36. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. New York, Nations Unies, 1946 (<http://www.who.int/governance/eb/constitution/fr/>).
37. *Information note on the role and way of working of the Standing Committee of the Regional Committee*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1982 (EUR/RC42/4; http://www.euro.who.int/document/rcpolicy/escrc_infdoc_wow.pdf).
38. *Règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional (compte tenu des amendements adoptés le 10 septembre 2001)*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/Document/rcpolicy/frscrcproc2001.pdf>).

Annexe 1

**Liens entre les résolutions adoptées par le Comité régional
de l'OMS pour l'Europe et par l'Assemblée mondiale de la santé
au cours de la période 2004-2008**

On s'est efforcé d'établir un lien entre les résolutions relatives à des thèmes de santé publique qui ont été adoptées par le Comité régional au cours des cinq dernières années (2004-2008) et les résolutions correspondantes adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé pendant la même période. Comme l'indique le tableau qui suit, il existe des liens étroits. Cependant, seulement 34 % des résolutions adoptées au niveau mondial peuvent être rapprochées de résolutions adoptées par le Comité régional ; cela peut dans une certaine mesure s'expliquer par le fait que bon nombre de résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé portent sur des thèmes qui présentent une moindre importance pour la Région européenne de l'OMS.

Résolutions adoptées par le Comité régional	Résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé
Environnement et santé (2004, EUR/RC54/R3)	Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques (2006, WHA59.15) Changement climatique et santé (2008, WHA61.19)
Lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS (2004, EUR/RC54/R4) Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS (2006, EUR/RC56/R2)	Prévention et lutte anticancéreuses (2005, WHA58.22) Résultats de la première session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (2006, WHA59.17) Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale (2007, WHA60.23) Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Stratégie mondiale (2008, WHA61.14)
Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS (2005, EUR/RC55/R1)	Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool (2005, WHA58.26) Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (2008, WHA61.4)

Résolutions adoptées par le Comité régional	Résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé
<p>Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents (2005, EUR/RC55/R6)</p>	<p>La famille et la santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille (2004, WHA57.11)</p> <p>Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants (2005, WHA58.31)</p> <p>La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (2005, WHA58.32)</p> <p>La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (2006, WHA59.21)</p> <p>Amélioration des médicaments destinés aux enfants (2007, WHA60.20)</p> <p>La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport de situation biennal (2008, WHA61.20)</p>
<p>Renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS (2005, EUR/RC55/R7)</p>	<p>Stratégie mondiale de vaccination (2005, WHA58.15)</p> <p>Stratégie mondiale de vaccination (2008, WHA61.15)</p>
<p>Le renforcement des systèmes de santé européens dans le prolongement de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins » (2005, EUR/RC55/R8)</p>	<p>Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale (2005, WHA58.33)</p> <p>Processus de réforme des Nations Unies et rôle de l'OMS dans l'harmonisation des activités opérationnelles de développement dans les pays (2005, WHA58.25)</p> <p>Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (2006, WHA59.22)</p> <p>Systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence (2007, WHA60.22)</p>
<p>Prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS (2005, EUR/RC55/R9)</p>	<p>Sécurité routière et santé (2004, WHA57.10)</p>
<p>Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne (2007, EUR/RC57/R1)</p>	<p>Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement (2004, WHA57.19)</p> <p>Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement (2005, WHA58.17)</p>

Résolutions adoptées par le Comité régional	Résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé
<p>Les objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région européenne de l'OMS : les systèmes de santé et la santé de la mère et de l'enfant – enseignements (2007, EUR/RC57/R2)</p>	<p>Accélérer la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur la plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire (2005, WHA58.30)</p> <p>Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants (2005, WHA58.31)</p> <p>Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (2008, WHA61.18)</p>
<p>Suite donnée à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité et Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle (2007, EUR/RC57/R4)</p>	<p>Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé (2004, WHA57.17)</p> <p>La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant 2006 (2006, WHA59.21)</p> <p>La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport de situation biennal (2008, WHA61.20)</p>
<p>Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS (2008, EUR/RC58/R4)</p>	<p>Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement (2005, WHA58.17)</p> <p>Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (2008, WHA61.18)</p>
<p>Stratégies de modification des comportements et santé : le rôle des systèmes de santé (2008, EUR/RC58/R8)</p>	<p>Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool (2005, WHA58.26)</p> <p>Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (2008, WHA61.4)</p>

Annexe 2

**Résumé et principales conclusions
de l'enquête de satisfaction auprès des États membres**

Résumé

À la suite de la recommandation du Comité régional et conformément aux efforts déployés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe afin d'optimiser ses performances, une enquête de satisfaction a été entreprise auprès des États membres en 2008. Cette enquête visait principalement à connaître l'opinion des États membres sur leur coopération avec le Bureau régional et leur niveau de satisfaction concernant la façon dont le Bureau régional exécute sa Stratégie de pays.

Il a été demandé aux États membres de remplir un questionnaire, qui portait sur différents aspects et dimensions des activités du Bureau régional dans les pays et avec les pays de la Région européenne de l'OMS. Des réponses ont été reçues de 33 États membres, ce qui correspond à un taux de réponse de 62 %.

Les principaux résultats de l'enquête sont présentés dans le tableau suivant.

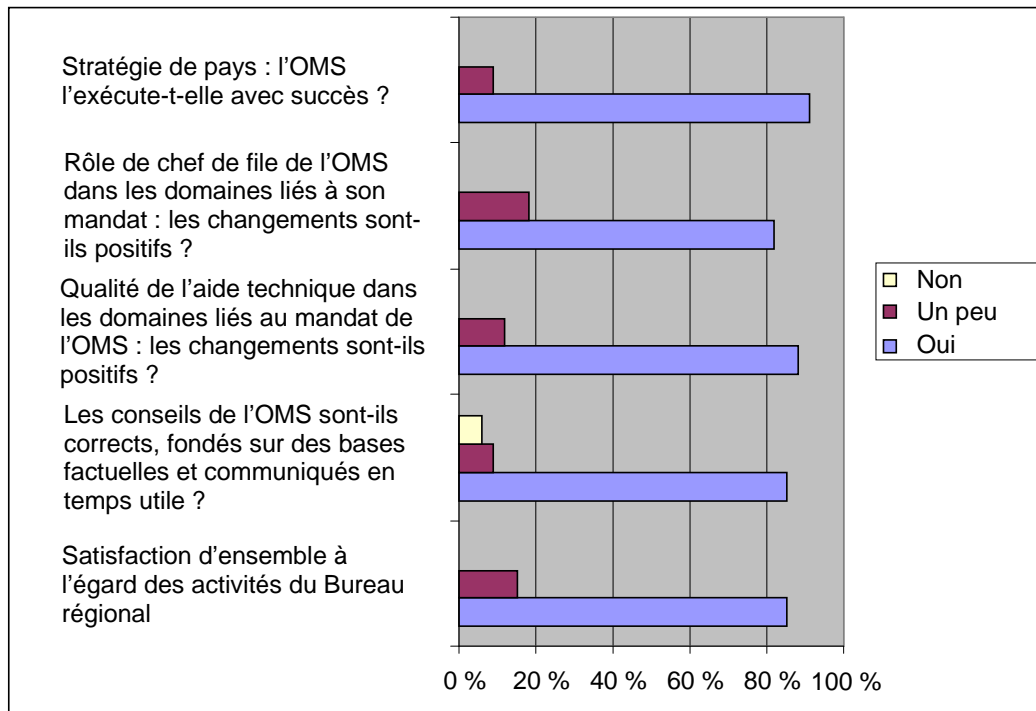
Aspect	Oui	Un peu	Non
Stratégie de pays : l'OMS l'exécute-t-elle avec succès ?	85 %	15 %	
Rôle de chef de file de l'OMS dans les domaines liés à son mandat : des changements positifs ont-ils eu lieu ?	85 %	9 %	6 %
Qualité de l'aide technique dans les domaines liés au mandat de l'OMS : des changements positifs se sont-ils produits ?	88 %	12 %	
Les conseils de l'OMS sont-ils corrects, fondés sur des bases factuelles et communiqués en temps voulu ?	82 %	18 %	
Satisfaction d'ensemble à l'égard des activités du Bureau régional	91 %	9 %	

Cette enquête sera désormais menée tous les deux ans. Le directeur régional et l'équipe de direction du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe veilleront à ce qu'il soit donné suite par des actions aux opinions exprimées par les États membres.

Principales conclusions

Au 31 mars 2009, le taux de réponses global à l'enquête était de 62 % et 33 États membres avaient répondu.

Le diagramme ci-après présente un résumé **quantitatif** des réponses des États membres.



Un résumé des observations d'ordre **qualitatif** reçues des États membres est présenté ci-après.

Section 1 – Considérez-vous que le Bureau régional a dans l'ensemble mis en œuvre avec succès sa Stratégie de pays ?

- Oui : 85 %
- Un peu : 15 %

Ce que l'OMS fait bien :

- elle fournit une assistance et des compétences techniques pour l'élaboration de politiques et de stratégies de santé nationales relatives à différents domaines (par exemple, santé publique, alcoolisme, santé mentale, paludisme, grippe aviaire) ;
- elle fournit des conseils et des analyses sur le développement des systèmes de santé ;
- elle maintient l'orientation de la Stratégie de pays vers le renforcement des systèmes de santé des pays (Conférence de Tallinn) et de la présence de l'OMS dans les pays ;
- elle partage les meilleures pratiques et solutions, et diffuse des informations reposant sur des bases factuelles ;
- elle fournit une assistance technique de qualité dans certains domaines (économie et financement de la santé, évaluation des performances des systèmes de santé, prévention et endiguement des maladies transmissibles, Règlement sanitaire international, politiques nationales en matière de drogues, état de préparation des hôpitaux et action de ces derniers) ;

- elle fournit une assistance technique de qualité élevée pour l'élaboration d'un certain nombre de programmes importants : stratégie en matière de santé reproductive, Gestion intégrée des maladies de l'enfant, Pour une grossesse plus sûre, plans nationaux de vaccination, lutte contre la tuberculose, programme relatif au cancer, infection à VIH, sida et maladies sexuellement transmissibles, et lutte contre le tabagisme ;
- elle a très bien réagi lors d'une flambée épidémique d'oreillons, a fourni une assistance lors d'inondations et a soutenu un centre de coordination national pour les situations d'urgence et les catastrophes en matière de santé publique ;
- elle soutient l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'ensemble de réformes en matière de santé publique.

Ce qui pourrait être amélioré :

- dans la mise en œuvre de la Stratégie de pays, il faudrait veiller davantage à obtenir des résultats concrets appréciables ;
- il faudrait élaborer une stratégie de communication efficace avec les médias au cours du processus de réforme des systèmes de santé ;
- il convient de renforcer les compétences techniques et d'assurer la continuité en recrutant des spécialistes très qualifiés et reconnus sur le plan international dans une perspective à long terme ; il faudrait éviter les contradictions entre les priorités fixées et les compétences techniques disponibles ;
- il faudrait optimiser les procédures internes de gestion des ressources humaines et de recrutement afin d'assurer un recrutement en temps voulu, la continuité et la compétence conformément aux priorités organisationnelles ;
- il faudrait prendre une position plus vigoureuse pour éviter que des représentants d'autres intérêts, par exemple d'ordre économique ou financier, ne s'emparent de questions relatives à la politique de santé ;
- il faudrait exécuter un plus grand nombre de projets soutenus par l'OMS dans les pays industrialisés ;
- il faudrait améliorer les capacités de résolution de problèmes en veillant à mesurer et à vérifier quantitativement les objectifs et les résultats ; il faudrait recourir à un raisonnement fondé sur des informations factuelles pour fixer des objectifs nationaux en matière de politique de santé ;
- il faudrait accorder plus d'attention au programme « changements climatiques et santé » ;
- (selon certains pays d'Europe occidentale) l'aide de l'OMS présente une moindre pertinence et les activités menées au niveau des pays sont limitées, bien que l'importance de l'OMS dans la Région et le leadership global de l'OMS en matière de santé soient reconnus ; il faut adapter la collaboration avec les pays d'Europe occidentale aux besoins de ces derniers, lui accorder plus d'attention et lui affecter plus de ressources.

Section 2 – Dimensions spécifiques de l'exécution de la Stratégie de pays (rôle de chef de file, aide technique)

Considérez-vous que des changements positifs se sont produits dans la façon dont le Bureau régional a assuré et maintenu un *rôle de chef de file* dans les domaines relatifs au mandat de l'OMS ?

- Oui : 85 %
- Non : 6 %
- Un peu : 9 %

Estimez-vous que des changements positifs ont eu lieu dans la façon dont le Bureau régional a fourni une *aide technique* dans les domaines liés au mandat de l’OMS ?

- Oui : 88 %
- Un peu : 12 %

Ce que l’OMS fait bien :

- elle s’acquitte bien de son rôle de chef de file, en consultant et non en prescrivant ;
- elle communique des informations précieuses et fournit un soutien technique utile pour la participation d’experts locaux aux activités ;
- elle partage les informations appropriées : elles sont pertinentes, de qualité élevée et communiquées en temps utile ;
- elle soutient la conception de la politique de santé au niveau des pays ;
- elle conçoit des orientations et des modèles techniques de pratiques optimales ;
- elle fournit un soutien concret ;
- elle favorise le renforcement de la direction des systèmes de santé ;
- elle organise et met en œuvre les accords de collaboration biennaux ;
- elle favorise la communication et gère un site Web ;
- elle collabore étroitement avec l’Union européenne (UE) et avec d’autres organismes des Nations Unies ;
- elle obtient de bons résultats en contrepartie des ressources financières utilisées ;
- elle organise des réunions et conférences internationales qui permettent d’importantes discussions ;
- elle choisit soigneusement les points de l’ordre du jour de la session du Comité régional de façon à ce qu’ils correspondent à des questions prioritaires ;
- elle fournit une aide technique dans les domaines suivants : prévention des maladies non transmissibles et lutte contre celles-ci, lutte contre le tabagisme, santé environnementale, politique en matière de médicaments, planification des ressources humaines pour la santé, développement de la cybersanté, renforcement des capacités de gestion des crises dans le secteur de la santé et questions relatives à la tuberculose ;
- elle se distingue tout particulièrement par son rôle de chef de file et ses compétences techniques dans les domaines du paludisme, de la santé mentale et de la sécurité des patients.

Ce qui pourrait être amélioré :

- dans les situations de crise, les déclarations devraient être formulées clairement ;
- l’OMS devrait éviter les explications philosophiques vagues et mettre l’accent sur une forte capacité d’exécution et une action rapide en temps de crise ;
- elle devrait veiller à ce que les activités soient coordonnées avec les activités pertinentes de l’UE et réduire les doubles emplois avec les travaux du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) ;
- elle devrait produire moins de documents imprimés et plus de publications électroniques ;
- elle devrait être moins politiquement active et recourir davantage aux services de conseillers techniques ;

- elle devrait engager des experts locaux et non uniquement des experts externes ;
- elle devrait davantage promouvoir des modèles de bonnes pratiques aux niveaux national et intersectoriel dans les pays ;
- elle devrait donner des impulsions plus vigoureuses et offrir des capacités techniques plus solides dans le domaine de la santé considérée sous l'angle du sexe.

Section 3 – Prestation de services : qualité de l'interaction et de la collaboration

Recevez-vous en temps utile des informations techniques correctes et des conseils fiables fondés sur des bases factuelles au sujet de **questions techniques ou de politique, en fonction des demandes des États membres ?**

- Oui : 82 %
- Un peu : 18 %

Ce que l'OMS fait bien :

- elle est prête à agir et compétente, et réagit en temps utile ;
- elle offre des services de qualité, et son personnel est très apprécié, compétent, efficace et très capable ;
- elle a nettement amélioré sa collaboration sur le plan de la réactivité ;
- elle fournit des conseils techniques corrects, fiables et fondés sur des bases factuelles en ce qui concerne les questions techniques et de politique sanitaire ;
- elle a créé la base de données de la Santé pour tous ;
- elle respecte ses propres valeurs ;
- sa collaboration avec l'UE est très bonne ;
- elle a exécuté avec succès différents projets concernant, par exemple, la politique en matière de médicaments, les plans d'action nationaux en matière de prévention des traumatismes des enfants et la gestion des catastrophes dans les hôpitaux.

Ce qui pourrait être amélioré :

- les coordonnées des fonctionnaires de l'OMS devraient être mentionnées sur le site Web ;
- les conclusions et les prévisions devraient reposer sur des données statistiques mises à jour ;
- les interactions pourraient être gérées de façon plus efficace ;
- la source des données devrait être indiquée plus clairement ;
- il convient d'améliorer la qualité des informations ;
- les données devraient être alignées sur celles d'autres organisations internationales ;
- il faudrait prévoir des dates limites moins rapprochées pour les réunions et communiquer les documents plus tôt ;
- il faudrait évaluer rapidement les questionnaires ; sinon, les résultats ne sont plus valables ou ne le sont que partiellement pour les États membres ;
- il faudrait réduire les temps de réaction en période de gestion de crise ;
- il faudrait organiser des visites d'experts ;
- il faudrait améliorer l'efficacité économique : les résultats ne correspondent pas toujours aux attentes.

Section 4 – Satisfaction générale concernant les services fournis par le Bureau régional

- Satisfaisants : 91 %
- Quelque peu satisfaisants : 9 %

Ce que le Bureau régional continue de faire bien :

- processus constant d'évaluation et d'amélioration ;
- dialogue avec les États membres.

Priorités en vue d'améliorer les activités du Bureau régional dans les États membres et avec ceux-ci

Sur le plan organisationnel :

- renforcer et mieux coordonner les programmes de santé publique avec les systèmes de santé et avec les programmes du Siège de l'OMS ;
- renforcer l'évaluation économique au niveau régional, améliorer le rapport coût-efficacité des activités, éviter un trop grand nombre de réunions préparatoires ;
- fournir un organigramme plus transparent et plus clair pour guider les États membres vers les personnes à contacter au sein de l'Organisation.

Conseils en matière de politique sanitaire :

- recommandations fondées sur des bases factuelles et axées sur des résultats mesurables ;
- conseils sur la mise en œuvre des valeurs essentielles (équité, solidarité) ;
- développement de la Stratégie de pays ;
- démarche axée sur l'ensemble du système, y compris les autres ministères ;
- formations destinées aux personnalités politiques ;
- assistance en matière de mise en œuvre de la Charte de Tallinn ;
- sécurité sanitaire : comment l'OMS peut-elle dialoguer de façon constructive avec l'UE ?
- clarification des rôles respectifs de l'OMS et de l'ECDC ;
- coopération en matière de recherche ;
- collaboration plus large avec d'autres organisations internationales.

Attention accordée aux besoins des pays :

- réduire l'écart entre les États membres d'Europe occidentale et orientale : consulter davantage les États membres ;
- renforcer encore les bureaux de pays de l'OMS, en particulier leur rôle d'exécution du mandat des Nations Unies ;
- prendre en compte les besoins des pays qui découlent du processus d'adhésion à l'UE ;
- fournir une assistance en ce qui concerne les programmes prioritaires, notamment en formant du personnel de l'OMS et des spécialistes locaux à ces priorités au niveau du pays ;
- mettre en œuvre les accords de collaboration biennaux en temps voulu et dans le respect des ces derniers ;

- créer un forum pour répondre aux besoins des organisations non gouvernementales de façon à renforcer leur rôle aux niveaux national et régional ;
- répondre au besoin constant de coordination entre l'ensemble des organismes des Nations Unies dans les pays.

Programmes :

- soins de santé primaires, inégalités de santé, soins intégrés et prise en charge des maladies (une réunion annuelle sur les objectifs pourrait être utile) ;
- infection à VIH et sida, maladies transmissibles en général, en particulier en Europe orientale et en Europe du Sud-Est.

Communication et informations utilisables :

- assurer une plus grande visibilité dans les médias locaux ;
- améliorer encore le site Web de l'OMS ;
- améliorer encore la base de données de la Santé pour tous ;
- étudier des possibilités plus larges de partage d'expériences pertinentes.

Annexe 3

Répartition des sièges européens au Conseil exécutif et critères de sélection

Introduction

1. Une évaluation du processus par lequel on pourvoit aux sièges vacants au Conseil exécutif a été réalisée par le dixième Comité permanent du Comité régional (CPCR), et les résultats de cette évaluation ont été approuvés par le Comité régional de l'Europe à sa cinquante-troisième session (résolution EUR/RC53/R1). Dans cette résolution, le Comité régional a prié le CPCR d'évaluer l'expérience retirée de la mise en œuvre des recommandations et de faire connaître ses conclusions au Comité régional à sa soixantième session, en 2010.
2. Dans l'optique de la soixantième session du Comité régional, le seizième CPCR a commencé à discuter de cette question en vue de préparer son examen. Au cours de l'année à venir, le dix-septième CPCR poursuivra ces travaux.
3. Dans le passé, le CPCR a recommandé au Comité régional un projet de liste des candidats les plus aptes, en se fondant non seulement sur des critères relatifs aux États membres et aux candidats, mais également (et surtout) sur des groupements géographiques. Le CPCR s'est efforcé d'établir un projet de liste des candidats les plus aptes, distribué au cours de la première matinée de la session du Comité régional, en présentant autant de noms qu'il y a de postes vacants.
4. Cette façon de procéder a parfois suscité le mécontentement d'États membres dont les candidats n'étaient pas repris sur la liste, car ils devaient alors retirer leurs candidatures à la dernière minute et ne comprenaient pas toujours très bien le processus. Les membres du CPCR jugent souvent désagréable de devoir approcher les représentants d'États membres dont les candidats n'ont pas été retenus sur la liste pour les convaincre de retirer leur candidature. Ces États membres sont frustrés et déçus, et se plaignent souvent de ne pas avoir bénéficié de l'égalité des chances.
5. L'examen réalisé par le dixième CPCR, ultérieurement approuvé, a également débouché sur des recommandations concernant les trois États membres européens qui bénéficient d'un siège semi-permanent au Conseil exécutif. Il est également temps de réexaminer cette pratique, comme le demande la résolution EUR/RC53/R1.
6. Comme il convient d'établir un rapport pour la soixantième session du Comité régional, qui se tiendra en septembre 2010, il a été jugé opportun de commencer à évaluer la pratique actuelle et d'analyser les critères utilisés, tant implicites qu'explicites.

Critères appliqués jusqu'à présent

Critères concernant l'État membre		Observations
1.	L'État membre qui a le droit de désigner une personne pour siéger au Conseil exécutif devrait proposer une personne techniquement qualifiée dans le domaine de la santé, comme le prévoit l'article 24 de la Constitution de l'OMS.	
2.	Représentation antérieure au Conseil exécutif : <ul style="list-style-type: none">- pays qui n'a jamais été représenté au Conseil exécutif (bien qu'il ait été membre de l'OMS avant 1991)- pays représenté au Conseil exécutif il y a plus de 20 ans.	<p>Le CPRC a pris cet aspect en considération.</p> <p>Au moment où il discute des désignations reçues, il dispose d'informations sur la représentation antérieure éventuelle de l'État membre considéré au Conseil exécutif et à d'autres comités au cours des années récentes (depuis le milieu des années 1990).</p> <p>L'expérience a cependant montré que cet aspect a moins été pris en compte que des considérations géographiques ou l'expérience et les qualifications de la personne désignée.</p>
3.	Aucun pays ne devrait être membre du Conseil exécutif et du CPRC en même temps.	Ce principe est respecté bien que, dans le cas des membres semi-permanents du Conseil exécutif, il se peut qu'il y ait un chevauchement inévitable de quelques mois étant donné que l'exercice du Conseil exécutif commence en mai, tandis que celui du CPRC s'achève en septembre.
4.	Le fait d'avoir déjà été membre du CPRC est un avantage.	Il est préféré que le pays ait déjà été membre du CPRC lorsqu'il pose sa candidature au Conseil exécutif, étant donné qu'une bonne connaissance des activités de l'OMS et des questions régionales constitue une excellente base pour participer en connaissance de cause aux travaux du Conseil exécutif.
5.	Il conviendrait de tenir compte du fait que l'État a ratifié les articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS.	<p>Ce critère pourrait être supprimé : la Région européenne dispose maintenant de huit sièges au Conseil exécutif étant donné qu'en septembre 2005, un nombre suffisant de pays ont déposé leurs instruments d'acceptation des modifications.</p> <p>Depuis lors, le CPRC n'a plus tenu compte de ce critère.</p>

Critères relatifs au candidat		Observations
a)	Être titulaire d'un poste dans l'administration de la santé de son pays actuellement (ou dans un passé récent) à un niveau proche de celui de la prise de décisions politique.	<p>Ce critère a revêtu une grande importance lors de l'examen des désignations reçues.</p> <p>Cependant, le formulaire actuel de curriculum vitae ne permet pas de donner sur le poste actuel du candidat des informations détaillées qui permettraient au CPRC de se faire une idée de la connaissance que la personne désignée a non seulement des programmes et du point de vue politique de son propre pays, mais également des activités menées dans l'ensemble de la Région.</p> <p>L'expérience montre que c'est normalement par la collaboration ou le contact personnel avec un ou plusieurs membres du CPRC que les qualités véritables d'un candidat sont portées à la connaissance du CPRC dans son ensemble.</p>
b)	Expérience de la collaboration avec des organisations internationales, l'OMS ou d'autres institutions des Nations Unies.	<p>Ce critère a été utilisé dans une moindre mesure, bien que les personnes qui possèdent une telle expérience soient généralement mieux connues du CPRC, ce qui facilite la tâche d'évaluation de ce dernier.</p> <p>Ce type d'expérience permet de bien comprendre la complexité des tâches des membres du Conseil exécutif.</p>
c)	Aptitude à collaborer, à coordonner et à communiquer dans le pays et entre les pays.	<p>Les candidats désignés par les pays occupent normalement un poste élevé dans le système de santé. Cela suppose qu'ils possèdent les compétences nécessaires dans ce domaine.</p> <p>Le CPRC a du mal à déterminer s'il est satisfait à ce critère, à moins qu'un ou plusieurs de ses membres ne connaissent le candidat sur le plan professionnel.</p>
d)	Expérience de la coordination de programmes politiques ou techniques de haut niveau sur le plan national (aux niveaux interrégional et interministériel) ou international (sur le plan bilatéral ou interpays).	<p>La plupart des personnes désignées ont au moins une certaine expérience internationale, bien que son ampleur varie considérablement.</p> <p>Le formulaire actuel de curriculum vitae ne permet que de présenter une liste, qui se limite souvent aux postes occupés par le candidat dans le cadre de divers programmes et n'indique pas véritablement l'ampleur de l'expérience acquise.</p> <p>Une importance secondaire a été accordée à ce critère.</p>

Critères relatifs au candidat		Observations
e)	Disponibilité et motivation	<p>La plupart des membres du Conseil exécutif participent régulièrement à ses réunions et ne s'absentent qu'en cas de force majeure.</p> <p>Dans la lettre que le CPRC envoie à un État membre après l'élection du candidat de celui-ci, il pourrait rappeler que les membres du Conseil exécutif doivent s'intéresser véritablement à ses travaux et donc se libérer en vue des réunions et prendre le temps de lire les documents de référence, afin de pouvoir participer activement aux réunions.</p>
f)	Sexe (la candidature des femmes est encouragée)	Ce critère a été pris en considération ; cependant, il a été difficile de lui accorder une plus grande importance qu'à la compétence du candidat ou qu'à la répartition géographique.

7. Outre les critères susmentionnés, il en est d'autres qui auraient pu être pris en compte mais qui exigeraient l'amplification du formulaire de curriculum vitae ou la communication d'informations complémentaires au seul CPRC.

Autres critères		Observations
i)	Domaine de compétence	<p>Informations plus détaillées concernant les domaines dans lesquels les candidats ont des connaissances et une expérience particulières.</p> <p>Jusqu'à présent, les compétences ont été évaluées en fonction des informations dont disposent les différents membres du CPRC.</p>
ii)	Connaissances linguistiques	<p>Connaissance des langues de travail. Il serait possible d'améliorer le formulaire actuel en prévoyant différents niveaux au sein de chaque catégorie (parler, lire, écrire) et en indiquant des critères qui permettent de déterminer le niveau dans chaque cas.</p> <p>Bien que les connaissances linguistiques soient mentionnées dans le formulaire actuel de curriculum vitae, il est très difficile d'évaluer les niveaux de connaissances linguistiques (et donc l'aptitude d'un candidat à participer activement aux discussions).</p>

Autres critères		Observations
iii)	Expérience sur le plan national	Des informations plus détaillées pourraient être demandées. Le formulaire de curriculum vitae demande actuellement quels ont été les cinq derniers postes occupés. Jusqu'à présent, les compétences dans ce domaine ont été évaluées en fonction des informations dont disposent les membres du CPRC.
iv)	Expérience sur le plan international	Des informations plus détaillées pourraient être demandées. Le formulaire de curriculum vitae prévoit actuellement l'établissement d'une liste rendant compte de l'expérience en matière de travail pour et avec les organisations internationales. Jusqu'à présent, les compétences dans ce domaine ont été évaluées en fonction des informations dont disposent les membres du CPRC.
v)	Expérience concernant l'OMS (aux niveaux régional et mondial)	De plus amples informations seraient utiles à cet égard ; actuellement, les candidats doivent fournir des renseignements sous la rubrique générale « Expérience du travail pour et avec les organisations internationales ». Jusqu'à présent, les compétences en la matière ont été évaluées en fonction des informations dont disposent les membres du CPRC et il est arrivé que des informations générales soient demandées au secrétariat.
vi)	Avoir participé, en faisant preuve d'initiative, aux travaux de conseils et de comités, et avoir compris la nécessité d'exprimer les besoins et les opinions de la Région dans le cadre des processus mondiaux de prise de décisions de l'OMS.	Cet aspect peut être difficile à quantifier et devoir être apprécié en fonction de l'expérience personnelle des membres du CPRC.
vii)	Résultats que le candidat estime avoir contribué à obtenir par son influence ou ses initiatives, dans le passé ou actuellement, au sein de conseils et de comités.	Il est actuellement difficile de prévoir la mesure dans laquelle un candidat fera preuve d'initiative. Les informations demandées sous cette rubrique peuvent donner une idée des aptitudes et compétences d'un candidat.
viii)	Liste de publications	Il ne s'agit pas nécessairement d'un critère pertinent.
ix)	Prix	Prix attribués au candidat.

Autres critères		Observations
x)	Autres activités	<p>Actuellement, le formulaire de curriculum vitae limite la quantité d'informations qu'il est possible de présenter. Les pays demandent souvent s'ils peuvent indiquer des informations complémentaires.</p> <p>Si le CPRC décide d'élargir la liste de critères, il serait possible de prévoir plus de place pour des informations complémentaires (destinées uniquement au CPRC, pour que le document du Comité régional destiné aux États membres ne soit pas trop long).</p>

8. Il résulte de l'analyse rapide qui est présentée ci-dessus qu'il est difficile d'évaluer la compétence des candidats. Si le CPRC décide d'accorder une plus grande importance à ce critère, il serait possible d'envisager d'organiser une réunion informelle avec les candidats au cours de l'Assemblée mondiale de la santé. Cependant, il ne faudrait pas perdre de vue que cette façon de procéder pourrait engendrer des réactions négatives de la part des États membres dont les candidats ne seraient pas retenus sur la liste des candidats les plus aptes.

9. Le fait qu'un État membre a présenté, l'année précédente ou les années précédentes, une candidature qui n'a pas été retenue n'est pas considérée comme un critère d'inscription sur la liste des candidats les plus aptes.

10. Pour éviter la frustration que ressentent les États membres dont le candidat n'est pas retenu sur cette liste et qui sont ensuite censés retirer leur désignation, les options suivantes pourraient être envisagées : i) le CPRC ne formule pas de recommandation pour la liste des candidats les plus aptes et le Comité régional vote en prenant en considération toutes les désignations reçues ou ii) le CPRC présente une recommandation relative à un nombre de candidats égal au nombre de sièges vacants, mais le Comité régional vote en tenant compte de toutes les désignations reçues.

Groupements géographiques

11. Si le but recherché est d'obtenir les meilleures candidatures possibles et s'il faut continuer à établir une liste des candidats les plus aptes, il peut être nécessaire d'accorder une plus grande importance aux critères personnels et une moindre importance au critère de l'appartenance à un groupement déterminé de pays, étant entendu que le CPRC suivrait l'évolution de la situation pour faire en sorte qu'une répartition géographique globale raisonnable soit maintenue.

12. En tout état de cause, il convient de réexaminer les groupements géographiques et de présenter une proposition concernant une répartition nouvelle éventuelle des pays. Par exemple, les groupements historiques (notamment la Communauté des États indépendants) pourraient être réexaminés et il serait possible de tenir dûment compte des effets éventuels de l'adhésion d'un plus grand nombre de pays à l'Union européenne.

Membres « semi-permanents » du Conseil exécutif

13. Conformément à la résolution EUR/RC53/R1, le Comité régional doit réexaminer, à sa soixantième session, la décision portant la périodicité de la représentation au Conseil exécutif

des États membres de la Région européenne qui sont membres permanents du Conseil de sécurité de l'ONU à trois ans sur six.

14. Comme le nombre d'États membres de la Région européenne a augmenté, passant à 53, de nombreux pays estiment qu'en raison de cette pratique, il est difficile à tous les pays de la Région d'avoir une chance égale d'obtenir un siège au Conseil exécutif.

15. Il est également opportun de réexaminer la pratique selon laquelle ces trois États membres font partie du Bureau de l'Assemblée mondiale de la santé. Ici encore, de nombreux États membres estiment qu'ils n'ont pas une chance égale d'avoir un siège au Bureau.

16. En 2004, il a été demandé au conseiller juridique de rendre un avis sur la question des postes électifs, étant donné que le onzième CPR ne savait pas exactement si le Comité régional se rendait effectivement compte qu'en adoptant la résolution EUR/RC53/R6, il approuvait en fait les recommandations du sous-groupe du CPR concernant les postes électifs aux commissions de l'Assemblée mondiale de la santé, y compris le Bureau.

17. Selon l'avis du conseiller juridique, la pratique de la « semi-permanence » et sa pertinence en ce qui concerne les candidatures à des postes électifs dans des commissions de l'Assemblée mondiale de la santé, y compris le Bureau, n'est rien d'autre qu'une pratique et non une obligation juridique ou d'un droit juridique. La « semi-permanence » est une pratique fondée sur des considérations politiques et historiques et non juridiques, par laquelle le Comité régional convient de soutenir, avec une certaine fréquence, la candidature au Conseil exécutif des trois États membres qui sont membres permanents du Conseil de sécurité, et accepte qu'ils soient candidats à un siège au Bureau lors de chaque session de l'Assemblée mondiale de la santé. Cependant, le Comité régional, le CPR ou l'Assemblée mondiale de la santé ne sont pas juridiquement obligés de continuer à suivre cette pratique, que le Comité régional adopte ou non l'avis du sous-groupe chargé d'examiner la question de la semi-permanence au sein des commissions de l'Assemblée mondiale de la santé, y compris du Bureau.

Recommandations préliminaires et questions à aborder

18. C'est l'État membre et non une personne déterminée qui détient le siège au Conseil exécutif et, avant l'élection proprement dite par l'Assemblée mondiale de la santé (qui confirme la désignation effectuée par le Comité régional au cours du mois de septembre précédent), il n'est à ce stade demandé aux pays que de confirmer le nom de leur candidat. Au cours du mandat de trois ans, un changement de gouvernement ou une autre raison peut entraîner un remplacement de la personne désignée comme représentant du pays au Conseil exécutif. Cela se produit très rarement, mais il faut tenir compte du fait que les curriculum vitae ont beau être étudiés très soigneusement, il peut en définitive se produire un remplacement du membre désigné par un pays.

19. Il se peut que les questions suivantes doivent être abordées avant la tenue de la soixantième session du Comité régional en 2010 :

- Convient-il de modifier les critères utilisés pour la désignation des membres du Conseil exécutif ?
- Faut-il modifier la composition des groupements de pays ?
- Faudrait-il accorder une moindre importance au critère relatif aux groupements de pays ?
- La liste des candidats les plus aptes devrait-elle constituer la proposition du CPR ou le Comité régional devrait-il voter en tenant compte de toutes les désignations reçues ?

20. Les options suivantes pourraient être examinées :

A) mettre fin à l'établissement par le CPCR de listes des candidats les plus aptes et demander au Comité régional de voter en tenant compte de tous les candidats (avec ou sans une évaluation initiale par le CPCR)

ou

B) supprimer le critère relatif aux groupements géographiques de pays et privilégier la compétence des candidats lors de l'établissement par le CPCR d'une liste des candidats les plus aptes reposant sur les éléments suivants :

1) le curriculum vitae du candidat (il faudrait envisager d'utiliser un formulaire plus complet) :

i) antécédents

ii) réalisations et expérience

iii) expérience sur le plan international ;

2) critères relatifs au pays :

i) fait que le pays a précédemment détenu un siège au CPCR ou au Conseil exécutif.