



EUROPE

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

Copenhague, 11-14 septembre 2006

Point 6 de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC56/6
+EUR/RC56/Conf.Doc./2
26 juin 2006
60780
ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport du treizième Comité permanent du Comité régional

Le présent document constitue un rapport de synthèse des travaux accomplis par le treizième Comité permanent du Comité régional (CPCR) depuis la cinquante-cinquième session du Comité régional. Il porte sur les sessions du CPCR tenues en septembre et en novembre 2005 ainsi qu'en avril et mai 2006.

Le rapport sur la cinquième et dernière session de septembre 2006 du treizième CPCR sera soumis au Comité régional en tant qu'addendum au présent document.

Le rapport complet de chacune des sessions du CPCR est disponible sur le site Web du Bureau régional (http://www.euro.who.int/Governance/SCRC/20051116_1?language=French).

Sommaire

	<i>Page</i>
Introduction	1
Cinquante-cinquième session du Comité régional	1
Examen des résultats	1
Suivi	1
L'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe	2
Questions d'ordre financier et administratif.....	4
Onzième Programme général de travail 2006-2015.....	4
Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources	6
Projet de budget programme 2008-2009 et Plan stratégique à moyen terme 2008-2013	7
Questions d'ordre technique et politique.....	8
Vers une Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles.....	9
Sécurité sanitaire	9
Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional	10
Comité européen de l'environnement et de la santé	10
Lutte antitabac	10
Tuberculose et paludisme	10
Hygiène du travail.....	11
Indicateurs liés à la version actualisée de 2005 de la Politique-cadre de la Santé pour tous de la Région européenne de l'OMS.....	11
Séances d'information technique	12
Financement de la santé.....	12
Prévention du VIH/sida	13
Compte rendu des préparatifs en vue de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité.....	13
Informations à jour sur la grippe.....	13
Autres points à l'ordre du jour	14
Programme de la présidence autrichienne de l'UE	14
Suggestions régionales concernant les postes électifs à la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé en mai 2006.....	15
Composition des organes et des comités de l'OMS.....	15
Discours d'un représentant de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.....	15
Annexe. Composition du treizième CPR 2005-2006.....	17

Introduction

1. Le treizième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CPCR), présidé par le docteur Jens Kristian Gøtrik, s'est réuni à quatre occasions depuis la clôture de la cinquante-cinquième session du Comité régional.

- JW Marriott Bucharest Grand Hotel (Bucarest), 15 septembre 2005 ;
- Hôtel Hilton (Vienne), 21 et 22 novembre 2005 ;
- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Copenhague), 27 et 28 mars 2006 ;
- Palais des Nations (Genève), 21 mai 2006.

2. Lors de la deuxième session du CPCR, le docteur Hubert Hrabcik et le docteur David Harper ont été élus vice-présidents à l'unanimité.

3. Le directeur régional de l'OMS pour l'Europe a informé le CPCR en sa troisième session qu'il avait nommé le docteur Nata Menabde, directrice de la Division du soutien aux pays au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, au poste de directrice régionale adjointe et ce, avec l'autorisation du directeur général. Cette nomination n'affectait en rien l'organigramme du Bureau régional.

Cinquante-cinquième session du Comité régional

Examen des résultats

4. Le Comité permanent était d'avis que la cinquante-cinquième session du Comité régional avait été bien gérée, avec de bons exposés tant de la part du secrétariat que des membres du CPCR. Il s'est réjoui de la participation d'orateurs invités et a proposé qu'à l'avenir, une invitation permanente soit lancée au Commissaire européen de la santé et de la protection des consommateurs. Les séances d'informations techniques organisées en dehors des réunions officielles avaient été une réussite : elles constituaient un moyen d'encourager des débats animés sur des questions spécifiques sans qu'il ne soit nécessaire de parvenir à un accord sur le texte d'un projet de résolution.

Suivi

5. En sa deuxième session, le CPCR a procédé à un examen approfondi de l'action menée par le secrétariat à la suite des résolutions adoptées et des discussions engagées lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional. Les domaines suivants ont été considérés :

- Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents (résolution EUR/RC55/R6) ;
- renforcement des systèmes nationaux de vaccination (résolution EUR/RC55/R7) ;
- renforcement des systèmes de santé (résolution EUR/RC55/R8) ;
- cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS ;
- politique-cadre de la Santé pour tous ;
- prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS ;
- santé mentale ;
- VIH/sida ; et
- Comité européen de l'environnement et de la santé.

L'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

6. Comme il avait été suggéré lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional, le CPRC avait établi un Groupe de travail afin d'élaborer une vision stratégique du rôle et de la position du Bureau régional en 2020. Le Groupe de travail était composé de quatre membres du CPRC, de deux membres du personnel de l'OMS et de six experts externes. Quatre réunions de ce groupe avaient été prévues, avec rapport au CPRC à l'issue de chaque réunion, et présentation d'un document à la cinquante-sixième session du Comité régional qui révélerait les points de vue communs du Groupe de travail, du CPRC et du secrétariat.

7. En sa deuxième session, le CPRC a été informé que l'objet de la première réunion du Groupe de travail (tenue au Bureau régional les 26 et 27 septembre 2005) avait été de définir les principales tendances sanitaires escomptées dans la Région européenne jusqu'en 2020, et de présenter des hypothèses de travail sur la situation sanitaire de la population. Le Groupe de travail avait recensé un certain nombre de tendances structurelles négatives, telles que l'augmentation des inégalités de santé, la multiplication du nombre de menaces sanitaires, la non-reconnaissance des avantages de systèmes de santé intégrés et les réductions des dépenses publiques dans le domaine de la santé. Les tendances négatives comprenaient la progression de l'obésité, les problèmes de santé mentale et la dépendance au tabac, à l'alcool et à d'autres substances.

8. Cependant, le Groupe de travail avait conclu que l'état de santé de la population de la Région européenne de l'OMS s'améliorerait en moyenne, mais avec un risque d'accroissement des manques d'équité en matière de santé entre pays et dans les pays. La santé deviendrait de plus en plus une question politique et de société essentielle, et des conseils et une médecine fondés sur des bases factuelles feraient l'objet d'une demande de plus en plus importante.

9. Pour accroître l'efficacité des systèmes de santé, l'OMS devrait diriger une action intersectorielle pour agir sur les déterminants de la santé, accorder une grande importance au rapport coût-efficacité, contribuer à renforcer les capacités nationales d'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles, et traduire dans les faits des valeurs telles que l'équité et la solidarité au moyen de buts et d'objectifs mesurables.

10. Le Comité permanent a estimé que le Groupe de travail avait bien commencé à repérer les tendances sur lesquelles il était possible d'influer. Il a cependant relevé l'absence des traumatismes et des accidents ou des changements climatiques, et suggéré que la durabilité soit incluse en tant que valeur fondamentale. Comme la santé publique figurerait certainement en bonne place parmi les préoccupations politiques des pays, le Groupe de travail devrait se rendre compte de la nécessité d'établir des liens entre une démarche politique à court terme et la démarche de santé publique davantage fondée sur des bases factuelles et à plus long terme ; cet aspect devrait être pris en considération lors de sa deuxième réunion, qui porterait sur le positionnement du Bureau régional dans le contexte de 2020.

11. Le CPRC a également attiré l'attention sur l'importance du thème de la troisième réunion, à savoir les partenariats et l'environnement international, et suggéré que la collecte de fonds soit également examinée à cette occasion. Des représentants d'organisations partenaires pourraient être invités à participer à cette réunion, et il a été demandé instamment aux membres du CPRC de participer à toutes les réunions futures du Groupe de travail.

12. En sa troisième session, le CPRC a été informé des conclusions des deuxième et troisième réunions du Groupe de travail organisées les 9 et 10 janvier et 24 et 25 mars 2006, respectivement. La deuxième réunion s'était principalement penchée sur la position du Bureau régional en 2020. Pour ce faire, le Groupe de travail avait examiné trois questions dont le contenu avait été communiqué préalablement à la réunion :

- Quelles sont les principales fonctions et missions envisagées pour l'OMS et le Bureau régional en 2020 afin de faire face à la situation et aux tendances sanitaires évoquées et examinées lors de la première réunion ?

- Quelle serait, en 2020, la principale valeur ajoutée apportée ou soutenue par l’OMS eu égard à ses spécificités et à son statut bien particulier au sein de la famille des Nations Unies ?
- Quels sont les principaux changements que le Bureau régional devrait apporter à ses responsabilités, ses fonctions et sa manière d’opérer afin de jouer le rôle qui lui est dû en 2020 ?

13. Le Groupe de travail avait défini les principales fonctions du Bureau régional de la manière suivante : jouer un rôle pilote dans les interventions de santé publique en cas de crise, soutenir le développement des systèmes de santé, promouvoir l’action sur les déterminants de la santé, renforcer son rôle normatif dans les domaines relevant de sa responsabilité et promouvoir le dialogue avec les citoyens. Sa valeur ajoutée découlait de son autorité morale, de l’impartialité ressentie à son sujet, de la position du Bureau comme lien entre l’est et l’ouest, et de son pouvoir de sensibilisation. Les principaux changements à apporter à sa mission étaient de coopérer plus étroitement avec les nombreux partenaires actifs dans le domaine sanitaire et de continuer à être le porte-parole de la santé publique face à une mondialisation croissante. À cette fin, il serait nécessaire de développer l’application d’instruments légaux tels que la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac. Le rôle de l’Organisation à ses différents niveaux devrait également faire l’objet d’une définition plus précise.

14. Des représentants d’organisations partenaires (Conseil de l’Europe, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Commission européenne, Agence allemande de coopération technique GTZ et Banque mondiale) ont été invités à participer à la première journée de la troisième réunion du Groupe de travail. On leur avait également demandé d’examiner trois questions :

- Quels sont les points forts et les points faibles du Bureau régional ?
- Comment les partenaires envisagent-ils le rôle que doit jouer le Bureau régional en 2020 ?
- Comment les partenaires envisagent-ils la collaboration future entre leur organisation et le Bureau régional en 2020 ?

15. Si les représentants des partenaires ont globalement accepté les points forts définis par le Groupe de travail, ils ont aussi mis en évidence le besoin de promouvoir davantage la notoriété des activités du Bureau régional et d’élaborer une méthodologie plus précise en vue de la sélection des organisations partenaires et de la collaboration avec ces derniers. En outre, ils ont attiré l’attention sur certaines incohérences dans l’attitude et le rôle des États membres en tant qu’organes directeurs de diverses organisations (et parfois au sein d’une même organisation), une situation qui avait tendance à compliquer le travail du Bureau régional, tout comme le manque d’une politique précise eu égard aux organisations non gouvernementales (ONG) et aux centres collaborateurs de l’OMS. Le secrétariat a indiqué que le Siège avait mis au point un exercice d’évaluation des centres collaborateurs de l’OMS au niveau mondial et que celui-ci était actuellement en cours.

16. Leur point de vue quant à la mission du Bureau régional en 2020 était assez similaire à celui présenté par le Groupe de travail, à savoir : jouer un rôle pilote dans les interventions menées par la communauté internationale en cas de menaces sanitaires, promouvoir une politique sanitaire globale et intersectorielle, prodiguer des conseils pour le développement des systèmes de santé et stimuler les activités de recherche susceptibles de générer des bases factuelles sous-tendant les actions. En ce qui concernait la collaboration à venir, ils ont souligné les progrès accomplis ces dernières années et recommandé que le Bureau régional poursuive sa stratégie de partage des fonctions et des tâches, notamment avec la Commission européenne et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, tout en continuant sa collaboration avec le Conseil de l’Europe dans le domaine de la gouvernance éthique.

17. Le CPRC s’est félicité des progrès accomplis par le Groupe de travail et a insisté sur l’importance d’apporter une définition précise au rôle et aux fonctions futurs du Bureau régional. Il a reconnu la valeur ajoutée, en termes de santé publique, découlant de la collaboration avec les organisations partenaires et, notamment, avec la Commission européenne et le Centre européen de

prévention et de contrôle des maladies. Eu égard aux effets potentiels des initiatives de réforme actuellement en cours au Nations Unies et aux modifications à venir du mandat des organisations partenaires, le CPRC a fait remarquer que le plan d'action devrait être actualisé à intervalles réguliers.

18. À sa troisième session, le CPRC a été saisi d'un premier projet de document à ce sujet en vue de la cinquante-sixième session du Comité régional. Celui-ci incorporerait dans son ensemble les principaux thèmes examinés lors des différentes réunions du Groupe. En guise d'introduction, il expliquerait d'abord les conditions ayant conduit à la création du Groupe de travail, les objectifs qui lui ont été assignés ainsi que la méthodologie adoptée. La première section importante du rapport porterait sur la situation sanitaire et les principales tendances escomptées dans la Région d'ici 2020, alors que la deuxième section se pencherait sur la mission et les fonctions du Bureau régional ainsi que la valeur ajoutée que celui-ci apporterait à ce moment-là. Le document se concentrerait ensuite, dans sa troisième partie, sur les partenariats et le contexte international, alors que la conclusion permettrait de définir un certain nombre d'orientations majeures à l'adresse du Bureau régional, les étapes à franchir, la situation envisagée à moyen terme et les résultats escomptés en 2020. Le CPRC a adopté ce premier projet de document en vue de la cinquante-sixième session du Comité régional.

19. La directrice régionale adjointe a informé le CPRC, en sa quatrième session, que le Groupe de travail avait tenu sa quatrième et dernière réunion (Copenhague, 4 et 5 mai 2006). Le secrétariat avait préparé un projet de document pour la cinquante-sixième session du Comité régional, et le CPRC avait procédé à un examen préliminaire dudit document. Le directeur régional a rappelé qu'il n'était guère facile de proposer une « vision » du Bureau régional en 2020 étant donné que l'Organisation n'avait pas encore terminé la préparation de son onzième Programme général de travail 2006-2015 et de son Plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Bien que ces trois documents contiennent une analyse essentiellement similaire de la situation, le texte présenté par le Groupe de travail à la cinquante-sixième session du Comité régional n'était pas un rapport en soi, mais bien une synthèse des points de vue exprimés par le Groupe de travail, le CPRC et le secrétariat du Bureau régional.

20. Selon le CPRC, le projet de document était bien équilibré car il couvrait tous les points présentés lors des quatre réunions du Groupe de travail et des sessions du CPRC. S'il a accueilli favorablement le projet de partage des tâches avec les organisations partenaires, il a néanmoins rappelé que l'OMS était, comme le stipulait sa Constitution, une organisation intergouvernementale, et que le Bureau régional était tenu de servir l'ensemble des 52 États membres de la Région européenne. En ce qui concernait le rôle pilote du Bureau régional, le CPRC a souligné l'importance d'établir une distinction entre, d'une part, la gouvernance politique (exercée par les organes directeurs mondiaux et régionaux de l'OMS) et, d'autre part, la direction assurée par le secrétariat. Il a cependant remarqué que les décisions politiques s'inspiraient souvent des propositions émises par la direction. Par conséquent, pour que ces décisions soient bien claires, il fallait que ces propositions le soient tout autant. Enfin, le sentiment général était aussi que le rapport devrait être encore plus sélectif quant aux priorités du Bureau régional jusqu'en 2020.

Mesures à prendre par le Comité régional

**Examiner le document relatif à l'avenir du
Bureau régional de l'OMS pour
l'Europe (EUR/RC56/11)**

Questions d'ordre financier et administratif

Onzième Programme général de travail 2006-2015

21. En sa première session, le CPRC a été informé qu'un projet complet du onzième Programme général de travail de l'Organisation 2006-2015 serait très probablement disponible avant sa prochaine session. Il a estimé qu'il était important de permettre des consultations individuelles approfondies avec les États membres dans le cadre du processus de rédaction du Programme général. En conséquence, il a recommandé que le secrétariat organise, au début ou à la mi-décembre 2005, une réunion des États

membres européens de l'OMS, lors de laquelle le projet pourrait être passé en revue dans son intégralité avant d'être soumis à la session du Conseil exécutif, en janvier 2006.

22. En sa deuxième session, le CPRC s'est félicité des dispositions prises pour tenir une consultation régionale sur le onzième Programme général de travail au Bureau régional, à Copenhague, les 10 et 11 janvier 2006. Eu égard à la complexité du projet de document établi en vue de sa présentation lors de la cent dix-septième session du Comité exécutif, il a recommandé que la discussion soit orientée de façon appropriée au moyen de questions posées préalablement, de tables rondes sur les quatre principaux chapitres, et de la direction donnée par la présidence d'un bout à l'autre de la réunion. Le CPRC a souligné la nécessité d'un débat ouvert et franc. Il serait demandé au rapporteur de la consultation de présenter un résumé rapide de ses conclusions, qui pourraient ensuite être transmises aux membres européens du Conseil exécutif.

23. En sa troisième session, le CPRC a été informé que le rapport de synthèse concis de la consultation avait servi de base aux interventions des membres européens du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif et du Conseil exécutif lui-même lors de leurs sessions tenues en janvier 2006. Suite aux discussions menées par ces deux organes, le projet avait été renvoyé au secrétariat de l'OMS pour y être remanié. Il avait fait l'objet d'une nouvelle révision lors d'une session extraordinaire du Comité du programme, du budget et de l'administration tenue le 27 février 2006. Alors que plusieurs membres de ce Comité et observateurs avaient encore exprimé quelques réserves quant à la version ainsi corrigée, il avait été cependant décidé de présenter le document à la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé en mai 2006.

24. Selon le CPRC, l'adoption d'une position consolidée lors de la session du Comité exécutif avait été bien utile aux États membres européens. Cependant, il régnait encore une certaine confusion quant au rôle de ce document qui pouvait être compris soit comme un ensemble de principes directeurs pour la santé publique mondiale, soit comme un programme général de travail pour l'Organisation. Celui-ci ne tenait pas compte non plus des nombreux débats actuellement en cours sur la manière de réformer le système des Nations Unies, et une dimension régionale faisait en outre défaut.

25. Il a été demandé au directeur régional de faire part, au directeur général, du point de vue du CPRC selon lequel un certain nombre d'États membres européens hésiteraient à approuver le document sous sa forme actuelle. Le CPRC a proposé, en revanche, que la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé prenne simplement acte du projet, et le renvoie aux comités régionaux afin que ceux-ci puissent y apporter leurs suggestions avant que le projet ne soit présenté de nouveau à l'Assemblée lors de sa soixantième session de 2007. On pourrait également envisager d'utiliser la première partie du document du budget programme 2006-2007 comme programme général de travail de l'Organisation pour la période biennale actuelle. Dans pareil cas, un nouveau programme général de travail serait rédigé pour 2008-2015, ce dernier ayant pour avantage de coïncider avec le projet de Plan stratégique à moyen terme de l'OMS.

26. Lors de sa session tenue la veille de l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la santé, le CPRC a été informé que le point le plus susceptible de susciter un débat lors de Cinquante-neuvième Assemblée était celui consacré au onzième Programme général de travail. Le CPRC a remercié le directeur régional d'avoir fait part de la critique des États membres européens envers les versions préliminaires précédentes du onzième Programme général de travail à la direction mondiale de l'Organisation. Il s'est en outre félicité que cette critique ait été dans une certaine mesure prise en compte. Néanmoins, il était toujours d'avis qu'il existait une confusion fondamentale entre le projet actuel de onzième Programme général de travail (dont le principal objectif était de proposer un « programme mondial d'action sanitaire ») et le Plan stratégique à moyen terme (visant à expliquer les activités menées par l'Organisation à moyen terme). Cependant, il estimait que la version actuelle du onzième Programme général de travail pouvait être adoptée à condition que l'on clarifie les liens existants entre les deux documents. Le Comité permanent attendait avec intérêt d'émettre des observations à l'égard du Plan stratégique à moyen terme à la cinquante-sixième session du Comité régional.

Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources

27. En septembre 2005, il avait été demandé aux comités régionaux de l'OMS de formuler des observations sur les principes directeurs concernant l'allocation stratégique des ressources, comme indiqué (à l'époque) dans le document RC/2005/1. Comme la question était inscrite à l'ordre du jour de la cent dix-septième session du Conseil exécutif, une version préliminaire du document de travail détaillé du Conseil (annexe aux Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources : dispositif de validation) avait été envoyée aux membres du CPRC avant sa deuxième session. Pour la première fois, il avait présenté des fourchettes relatives indicatives à l'intérieur desquelles devaient se situer les allocations de ressources effectives pendant une période de planification stratégique de six ans.

28. Comme déjà proposé dans les principes directeurs, le dispositif de validation reposait sur l'examen de trois composantes. Le poids relatif de ces éléments avait été fixé de façon arbitraire, pour des raisons « politiques », et avait été gelé à des fins de modélisation aux valeurs suivantes :

- la composante « fixe » représenterait 43 % des ressources totales, 28 % étant affectés au Siège de l'OMS (sa seule source de financement) et 15 % distribués également entre les six régions de l'OMS ;
- la composante « engagement » (montant fixe par État membre desservi) représenterait 2 % des ressources totales ;
- la composante « besoins » représenterait 55 % des ressources totales. Dans un souci d'équité et d'aide aux pays qui ont le plus de besoins, les pays étaient regroupés en dix quantiles (déciles), avec un coefficient de pondération de 30 % et l'exclusion totale des deux tranches supérieures. Deux aspects étaient pris en compte : un indice fondé sur les besoins (soit l'espérance de vie à la naissance et le produit intérieur brut par habitant, ajustés pour la parité du pouvoir d'achat, soit l'indicateur du développement humain du Programme des Nations Unies pour le développement, qui incluait un facteur lié à l'éducation) ; et un facteur démographique (avec lissage selon l'une des deux méthodes suivantes : la racine carrée et le carré du logarithme ajusté de la population (ALPS)).

29. L'application des paramètres ci-dessus se traduisait par quatre permutations pour la composante « besoins ». L'étape finale du processus de validation consistait à calculer les valeurs moyennes de ces quatre permutations, afin d'inclure les deux premières composantes et de retenir une fourchette relative de ± 5 %. La part de la Région européenne dans le budget programme 2006-2007 (tel qu'il a été adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2005) était de 6,1 % ; l'application du mécanisme de validation s'est traduite par un chiffre moyen de 7,9 %, avec un minimum de 7,5 % et un maximum de 8,3 %.

30. Le CPRC s'est félicité de la très grande clarté de la présentation du mécanisme proposé et a pleinement souscrit à la méthode de modélisation adoptée. En particulier, il a émis l'espoir que l'application de la fourchette relative aux indications moyennes de ressources produites par les quatre permutations représenterait un compromis acceptable qui éviterait de longues discussions méthodologiques au sein du Conseil exécutif.

31. Le CPRC a suggéré que cet exposé devrait également être présenté lors de prochaines réunions appropriées. En outre, il a décidé que le président du CPRC écrirait aux membres européens du Conseil exécutif, en adressant une copie aux autres États membres de la Région européenne, pour attirer l'attention sur le fait que tous les éléments de leur administration nationale devaient soutenir fermement la proposition. Les délégations des États membres européens participant à la cent dix-septième session du Conseil exécutif seraient également invitées à la réunion d'information prévue la veille de l'ouverture de la session du Conseil et au cours de laquelle la question serait à nouveau abordée. Enfin, une attention particulière serait accordée à l'information des membres européens du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil.

32. À la suite d'une intervention particulièrement convaincante d'un membre du Comité du programme, du budget et de l'administration de l'Organisation lors de sa réunion de février 2006, le modèle mathématique utilisé comme dispositif de validation pour l'allocation stratégique des ressources avait été modifié par le Siège de l'OMS. La proposition suivante était par conséquent présentée aux régions en mars 2006 :

- augmentation jusqu'à 35 % de la progressivité des déciles pour la répartition des pays ;
- exclusion de la poliomyélite et des fonds d'urgence de la base 2006-2007 ;
- pour l'ensemble des pays les moins avancés, allocation basée sur le même coefficient de pondération que les pays figurant au décile 1.

33. Alors que ces deux premiers points pouvaient être justifiés en termes de santé publique, le troisième point allait à l'encontre des principes de base du modèle : une importance encore plus grande était accordée aux paramètres économiques aux dépens des paramètres de santé publique.

34. Le CPRC estimait qu'un consensus avait été atteint quant aux principes directeurs sous-tendant l'allocation stratégique des ressources. En effet, le modèle mathématique dans sa version initiale reposait sur une base statistique solide, était empreint d'objectivité et avait été conçu pour accorder plus de poids aux pays les moins nantis. Le CPRC voulait par conséquent conserver le modèle mathématique d'origine ; si nécessaire, et par souci de consensus, il était néanmoins disposé à accepter les deux premiers changements proposés. Il a prié le secrétariat d'informer largement les membres européens du Comité du programme, du budget et de l'administration et du Conseil exécutif à ce sujet avant leurs réunions de mai 2006¹.

Projet de budget programme 2008-2009 et Plan stratégique à moyen terme 2008-2013

35. En sa troisième session, le CPRC a été informé que le Siège de l'OMS avait actuellement l'intention de réunir le projet de budget programme 2008-2009 de l'Organisation et le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 en un seul document. Ceci permettrait de réduire la charge de travail lors de la préparation des projets de budget programme pour les périodes biennales à venir et d'en assurer ainsi une plus grande cohérence.

36. Pour chacun des 15 objectifs stratégiques,² le projet de document unifié présentait une analyse de la situation et une description des actions que l'OMS et ses États membres devraient mettre en œuvre. Les « résultats escomptés au niveau de l'Organisation » étaient également mentionnés, à savoir les engagements du secrétariat. Les prévisions concernant les ressources seraient consolidées et incorporées à la version présentée aux comités régionaux en septembre 2006.

37. Le CPRC a favorablement accueilli la proposition du secrétariat de préparer les tables de conversion afin de permettre une analyse comparative entre les dépenses encourues dans les 35 domaines d'activités du budget 2004-2005, les 36 domaines du budget 2006-2007 et les 16 objectifs stratégiques du projet de budget programme 2008-2009. En outre, le Comité permanent a confirmé qu'il serait utile de répartir la même information dans les neuf catégories utilisées au Bureau régional pour le suivi des programmes. Celles-ci formeraient la structure de base du rapport du directeur régional sur les activités de l'OMS dans la Région européenne durant la période 2004-2005. Le CPRC a aussi recommandé que le

¹ Une autre consultation a eu lieu par la suite, et lors de la réunion du Comité du programme, du budget et de l'administration préalablement à la cent dix-huitième session du Conseil exécutif, un consensus a été atteint quant à l'adoption d'un modèle incorporant tous les changements repris au paragraphe 32. Les pourcentages définitifs sont les suivants pour le Bureau régional :

base	6,5 %
moyenne	6,9 %
fourchette	6,2-7,5 %

² Un 16^e objectif stratégique a été ultérieurement rajouté.

point relatif au projet de budget programme 2008-2009 et inscrit à l'ordre du jour de la cinquante-sixième session du Comité régional soit examiné directement après celui relatif à l'avenir du Bureau régional.

38. En sa quatrième session, le CPR a examiné le projet de résolution du Comité régional correspondant (EUR/RC56/Conf.Doc./4). Il était conscient du fait qu'au terme des débats engagés lors de la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, il serait probablement nécessaire de scinder la résolution du Comité régional en deux documents.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner les documents relatifs au projet de budget programme 2008-2009 et au Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 (EUR/RC56/10 et /10 Add.1) ainsi que le projet de résolution correspondant (EUR/RC56/Conf.Doc./4)

Questions d'ordre technique et politique

39. Lors de la deuxième session du CPR, des membres de la direction du Bureau régional ont présenté de brefs exposés concernant les différents points qui pourraient être inscrits à l'ordre du jour de la cinquante-sixième session du Comité régional. Le CPR a estimé que deux questions devraient être examinées lors de la prochaine session du Comité régional :

- la Stratégie européenne de lutte contre les maladies non transmissibles ;
- le projet de budget programme 2008-2009 de l'Organisation (voir paragraphes 35-38 ci-dessus).

40. Le Comité permanent a retenu deux autres questions pour inclusion parmi les principales questions à l'ordre du jour :

- la sécurité sanitaire (examen général de la préparation aux épidémies, aux crises et aux catastrophes et de l'action intégrée à mener) ; et
- le rapport sur l'avenir du Bureau régional (lié au onzième Programme général de travail et au Plan stratégique à moyen terme) (voir paragraphes 6-20 ci-dessus).

41. Ces quatre questions recevraient chacune un créneau de deux heures dans le programme de la session. En outre, un créneau de deux heures serait consacré à la suite donnée aux sessions précédentes du Comité régional. Elle porterait en particulier sur :

- le rapport du Comité européen de l'environnement et de la santé (point obligatoire) ;
- un rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac ;
- tuberculose et paludisme ;
- hygiène du travail.

42. Le CPR a également décidé que des séances d'informations techniques seraient consacrées aux sujets suivants :

- situation en matière de pandémie de grippe ;
- systèmes de santé (bases factuelles et stratégie sur le financement des dépenses de santé) ;

- prévention du VIH/sida ;
- préparatifs en vue de la Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur la lutte contre l’obésité.

Vers une Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles

43. En sa troisième session, le CPRC a été informé qu’un groupe de rédaction composé de représentant de huit États membres avait été désigné en avril 2005. Des versions successives du projet de stratégie avaient été examinées lors de réunions des homologues nationaux et des représentants des pays membres. La réunion finale du groupe de rédaction était prévue pour les 10 et 11 mai 2006. La stratégie, dans sa version actuelle, énonçait les différents défis, présentait les bases factuelles sous-tendant les actions, définissait la marche à suivre et proposait un cadre d’action intégrée.

44. En sa quatrième session, le CPRC a été informé que le projet de résolution relatif à la Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles (EUR/RC56/Conf.Doc./3) n’était pas encore terminé. Il avait été envoyé aux homologues nationaux pour que ceux-ci y apportent leurs commentaires. Ils avaient d’ailleurs proposé jusque-là deux amendements : a) ajout d’une référence à la résolution WHA55.25 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant dans le premier paragraphe de préambule ; et b) ajout de « entre les États membres et en leur sein » à la fin du dernier paragraphe de préambule.

45. En outre, le CPRC a accepté d’ajouter « et l’augmentation des disparités en matière de santé » à la fin du sixième paragraphe de préambule, et « par une démarche multisectorielle, si besoin est » à la fin du sous-paragraphe 2a). Le sous-paragraphe 2d) devrait aussi être amendé de manière à mentionner « pour garantir l’accès universel », et le dernier point du sous-paragraphe 3b) devrait être divisé en deux parties. Finalement, dans le sous-paragraphe 3c), il serait demandé au directeur régional de faire rapport à la cinquante-huitième session du Comité régional en 2008.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document relatif à la Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles (EUR/RC56/8) et le projet de résolution correspondant (EUR/RC56/Conf.Doc./3)

Sécurité sanitaire

46. Les grandes lignes d’un document de travail sur « la promotion de la santé et de la sécurité dans la Région européenne de l’OMS » ont été exposées à la troisième session du CPRC. L’objectif dudit document, qui serait présenté à la cinquante-sixième session du Comité régional, était de définir les menaces potentielles à la santé humaine, actuelles et à venir, ayant un impact sur la sécurité, d’évaluer les enseignements tirés et de proposer une stratégie qui aiderait les États membres à renforcer leur système de santé et à mieux se préparer aux menaces sanitaires. Après une analyse de la définition de crises, de catastrophes et d’urgences, dont les concepts s’entrecroisaient, et des notions connexes de risques et de menaces sanitaires, le document examinerait les enseignements tirés d’un certain nombre de crises sanitaires récentes ayant sévi dans la Région européenne. Les interventions proposées porteraient notamment sur les points suivants :

- inclusion des bases factuelles relatives aux mécanismes d’alerte et d’action précoces dans les stratégies intégrées de préparation pour les systèmes de santé nationaux ;
- promotion d’une démarche multirisque pour la préparation aux crises sanitaires et les mesures prises en conséquence ;
- la mise en œuvre complète du Règlement sanitaire international 2005 ;
- collaboration intersectorielle dans le domaine de la sécurité sanitaire avec un important ancrage institutionnel au sein des ministères de la Santé ;

- développement d'un système sanitaire à l'infrastructure unifiée ;
- approvisionnement approprié de secours médical ;
- activités d'information et de communication.

47. Dans sa conclusion, le document se pencherait sur le rôle de l'OMS (notamment dans le cadre de son Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie) et le renforcement de la préparation institutionnelle de l'OMS.

48. Le CPRC a attiré l'attention sur l'existence du Comité de sécurité sanitaire de la Commission européenne et demandé une harmonisation du concept de « sécurité sanitaire » entre les deux organes. Parmi les questions fondamentales à examiner, il convenait de mentionner la solidité ou la robustesse des systèmes de santé en période de crise, lorsqu'une intervention intégrée et multisectorielle s'avérerait nécessaire. Le document devrait par conséquent recenser et définir le rôle spécifique que les systèmes de santé pourraient jouer en termes de coordination, de gestion, etc.

49. Étant donné que le thème de la sécurité sanitaire serait abordé lors de la cinquante-sixième session du Comité régional et que les États membres seraient ensuite consultés, le CPRC a proposé, en sa quatrième session, que le Comité régional décide de faire appel au directeur régional lors de sa cinquante-sixième session afin que se poursuivent les activités dans ce domaine au cours des 12 prochains mois.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document et le projet de décision sur la sécurité sanitaire (EUR/RC56/9)

Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional

Comité européen de l'environnement et de la santé

50. Le rapport présenté par le Comité européen de l'environnement et de la santé à la cinquante-sixième session du Comité régional se concentrerait sur la concrétisation des engagements pris lors de la Quatrième Conférence ministérielle de Budapest (juin 2004) et, notamment, la mise en œuvre du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe. Deux réunions du Comité seraient organisées pendant la période considérée : à Helsinki (décembre 2005) sur les enfants et les substances chimiques, les rayonnements et autres dangers, et à Oslo (mai 2006) sur les accidents. Un groupe spécial avait été créé pour le Plan d'action, et le rapport se pencherait sur ses activités pendant l'année ainsi que sur l'examen à moyen terme prévu pour juin 2007.

Lutte antitabac

51. Le Comité régional, lors de sa cinquante-deuxième session, avait demandé que soit rédigé un rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac depuis 2002 et de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne. Le rapport présenté à la cinquante-sixième session du Comité régional analyserait par conséquent la situation en matière de consommation de tabac et de politiques de lutte dans la Région. Il se pencherait également sur le processus et le rôle des différents partenaires afin d'assurer la mise en œuvre complète de la Convention-cadre. Le projet de rapport serait révisé lors d'une réunion des homologues nationaux tenue à Dublin en avril 2006.

Tuberculose et paludisme

52. Depuis la cinquante-deuxième session du Comité régional, davantage d'États membres et une proportion plus importante de la population totale étaient bénéficiaires de la stratégie DOTS pour la lutte antituberculeuse. En réponse à la prévalence accrue de co-infection tuberculose et VIH/sida, les

deux programmes avaient renforcé leur coopération et plusieurs projets conjoints avaient été lancés. Un forum ministériel européen sur la lutte antituberculeuse serait organisé en 2007.

53. En ce qui concernait la lutte antipaludique, en revanche, l'ensemble des pays affectés par ce fléau dans la Région européenne avaient reconnu la nécessité d'un engagement politique plus ferme à cet égard. Ils avaient adopté la Déclaration de Tachkent en octobre 2005, demandant la fin de la transmission du paludisme à *Plasmodium falciparum* en Asie centrale d'ici 2010 et l'éradication de la maladie dans la Région dans son ensemble d'ici 2015. Le Bureau régional a continué à apporter son soutien aux États membres dans la présentation de propositions au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et au Dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments.

Hygiène du travail

54. Le Bureau régional possédait un important réseau de centres collaborateurs de l'OMS en hygiène du travail et espérait trouver des ressources supplémentaires pour renforcer ses activités dans ce domaine. S'inspirant de la stratégie mondiale sur l'hygiène du travail qui serait présentée à l'Assemblée mondiale de la santé en 2007, les activités régionales devraient se développer davantage.

Indicateurs liés à la version actualisée de 2005 de la Politique-cadre de la Santé pour tous de la Région européenne de l'OMS

55. Lors de la troisième session du CPRC, le directeur régional a fait observer que le Comité régional, dans sa résolution EUR/RC55/R4, lui avait demandé de « soumettre au Comité régional en 2006 un document de suivi relatif aux indicateurs coordonnés et, lorsque cela était possible, présentés conjointement avec le Siège de l'OMS, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et EUROSTAT, susceptibles d'être utilisés pour contrôler la mise en œuvre de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous dans les différents pays ». L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé lui avait informé qu'il fallait au moins trois ans pour mettre au point des indicateurs scientifiques et ce, en collaboration avec des organisations partenaires, dans la mesure où celles-ci étaient disposées à participer à cette initiative. Le CPRC a demandé qu'un document exposant brièvement les difficultés rencontrées lors de l'application de la résolution et proposant des solutions soit présenté lors de sa prochaine session.

56. Comme il a été demandé, le CPRC a été mis au courant, en sa quatrième session, des suites données à la requête que soit rédigé un document de suivi. La politique-cadre de la Santé pour tous n'a présenté ni stratégie normative commune, ni ensemble commun d'objectifs et de repères, elle s'est en revanche penchée sur le rôle central des valeurs, et a mis en évidence l'application d'un processus à durée indéterminée qui serait constamment enrichi par les diverses données d'expérience et perspectives nationales.

57. Trois dimensions devraient être prises en compte pour sonder la manière dont les pays mettaient en œuvre le cadre de la Santé pour tous : les valeurs (en particulier, l'équité, la solidarité et la participation), les systèmes de santé (évaluer les facteurs systémiques exerçant une influence sur la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé, et cerner les actions intersectorielles pour la santé ainsi que l'importance accordée à la santé dans toutes les autres politiques) ; et, finalement, la gouvernance éthique, dont la fonction de direction – ou *stewardship* en anglais (dans ce contexte, la capacité des systèmes de santé à appliquer les valeurs essentielles de la Santé pour tous).

58. Si des données importantes sur des indicateurs spécifiques étaient déjà disponibles dans la base de données de la Santé pour tous du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ainsi qu'à la Commission européenne (Eurostat) et à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), il existait cependant quelques lacunes quant aux exigences de la nouvelle politique-cadre en matière de suivi. Tout d'abord, on ne disposait actuellement d'aucune information sur l'importance accordée à la santé dans les autres politiques nationales (transport, logement, environnement, etc.). Ensuite, on était confronté à de véritables problèmes méthodologiques lorsqu'il s'agissait de sonder l'interprétation des valeurs et leur mise en pratique, et d'effectuer une analyse comparative et de garantir la comparabilité

des données recueillies. Finalement, même dans le cas des indicateurs existants, il y avait des lacunes en termes de disponibilité et de validité des données. Enfin, il y avait d'importantes fluctuations entre les pays en ce qui concernait la fiabilité des données, et des différences en termes de fréquence et de continuité de la collecte des données.

59. Trois options ont été par conséquent proposées pour le suivi de la Santé pour tous :

- une démarche intégrée qui permettrait des comparaisons entre les pays de la Région européenne de l'OMS. Un consensus devrait être trouvé avec d'autres agences et les mécanismes de collecte des données devraient être développés dans les États membres (délai de 4 à 5 ans, coût estimé à 6 millions de dollars des États-Unis par période biennale) ;
- un suivi régional sélectif, à portée limitée et s'inspirant des indicateurs existants. La gouvernance éthique pourrait être analysée par le biais d'études de cas (délai de 2 à 3 ans, coût estimé à 4 millions USD par période biennale) ;
- un suivi « assuré par les pays », dont la rigueur dépendrait de chaque État membre et des indicateurs choisis. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe apporterait son soutien méthodologique et aiderait les pays à échanger leurs données d'expérience (délai de un à deux ans, coût estimé à deux millions d'USD par période biennale).

60. Le CPRC a reconnu que le Comité régional ne s'était peut-être pas pleinement rendu compte des conséquences de la demande exprimée dans la résolution adoptée l'année précédente. Le Comité permanent a cependant rappelé que cette demande avait été formulée dans le but principal d'empêcher qu'un certain nombre d'organes internationaux ne s'adressent aux États membres pour solliciter la même information.

61. Le CPRC a admis que le secrétariat ne pourrait pas présenter une solution toute faite lors de la cinquante-sixième session du Comité régional ; celui-ci devrait, en revanche, expliquer verbalement la complexité du problème et souligner que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe collaborait déjà étroitement avec l'OCDE, la Commission européenne et d'autres organes dans le domaine de l'information sanitaire. Il serait dès lors demandé aux États membres d'exposer clairement leurs souhaits en matière de suivi de la mise en œuvre de la politique-cadre de la Santé pour tous. Il ne faisait aucun doute que davantage de travaux devraient être menés durant cette prochaine année sur les aspects méthodologiques du processus. On pourrait éventuellement avoir recours à un nombre restreint d'indicateurs indirects, combinés à l'administration d'un questionnaire et à la compilation d'études de cas.

Mesures à prendre par le Comité régional

**Examiner le document sur la suite donnée
aux questions abordées lors des sessions
précédentes du Comité régional
(EUR/RC56/12)**

Séances d'information technique

Financement de la santé

62. Un résumé du document intitulé « La politique de financement de la santé dans la Région européenne de l'OMS » a été présenté à la troisième session du CPRC. L'objectif de se documenter portant sur la politique de financement de la santé dans la Région européenne de l'OMS n'était pas d'élaborer un schéma applicable à l'ensemble des pays, mais plutôt de préconiser une approche conceptuelle et cohérente en vue d'analyser les politiques de financement. Cela supposait l'adoption de plusieurs objectifs politiques s'inspirant largement des valeurs fondamentales de l'OMS, l'utilisation d'une méthodologie standard pour décrire et analyser les fonctions associées à l'ensemble des systèmes de financement de la santé, ainsi qu'une reconnaissance de la manière dont les facteurs contextuels clés pouvaient déterminer la capacité des pays à atteindre lesdits objectifs politiques ou à mettre en œuvre certains types de réformes.

63. Le CPCR a reconnu que les objectifs d'une séance d'information technique sur le financement de la santé étaient totalement différents de ceux d'une séance consacrée à la grippe aviaire, par exemple, où il s'agissait de fournir des informations actualisées sur la situation. Il a par conséquent recommandé qu'un document de travail soit diffusé préalablement à la séance d'information quitte à ce qu'il soit amendé à la lumière des observations reçues.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document de référence sur le financement de la santé (EUR/RC56/BD/1)

Prévention du VIH/sida

64. En mars 2006, le CPCR a été informé de l'aggravation de l'épidémie de sida dans les nouveaux États indépendants (NEI) de l'ex-URSS (caractérisés par une très forte prévalence chez les toxicomanes par voie intraveineuse, notamment chez les jeunes qui s'échangent les seringues) et en Europe occidentale (propagation de l'épidémie sous l'effet des transmissions hétérosexuelles et des migrations).

65. Si le but régional lié à l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », visant à garantir l'accès de 100 000 personnes supplémentaires aux médicaments antirétroviraux d'ici 2005, avait été atteint, il serait néanmoins nécessaire de se fixer un nouvel objectif de 300 000 personnes supplémentaires d'ici 2010 si l'épidémie se propageait au même rythme. La séance d'information technique organisée dans le cadre de la cinquante-sixième session du Comité régional se pencherait donc sur la prévention, en préparation d'une importante conférence de l'Union européenne sur ce sujet au cours du printemps 2007, sous la présidence allemande de l'UE.

Mesures à prendre par le Comité régional

Recevoir des informations actualisées lors de la séance d'information technique organisée en marge de la cinquante-sixième session du Comité régional

Compte rendu des préparatifs en vue de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité

66. Le CPCR a été informé, en sa troisième session, des efforts considérables déployés en préparation de la Conférence sur l'obésité. Quatre consultations techniques ainsi que des réunions des équipes spéciales et des comités d'experts avaient été organisées en 2005, tandis que plusieurs autres consultations seraient tenues en 2006 sur l'obésité chez l'enfant. Un groupe de rédaction avait été constitué afin d'élaborer une charte sensée être adoptée lors de la Conférence. Il tiendrait sa troisième réunion en avril 2006. Une importante réunion préalable à la Conférence était prévue aussi aux Pays-Bas à la fin juin 2006. Les États membres ont exprimé un vif intérêt à ce sujet, et la collaboration avec les organisations partenaires, notamment la FAO et la Commission européenne, était excellente.

Mesures à prendre par le Comité régional

Recevoir des informations actualisées lors de la séance d'information technique organisée en marge de la cinquante-sixième session du Comité régional

Informations à jour sur la grippe

67. À la demande du pays qui accueillait la deuxième session, le CPCR a entendu des informations sur les progrès récents accomplis en Autriche en matière de mise au point de vaccins et de planification de la préparation en vue d'une éventuelle pandémie de grippe.

68. Lors de la troisième session du CPCR, il a été signalé que, lors de la réunion des États membres tenue en collaboration avec la Commission européenne en mars 2006, 50 pays avaient confirmé qu'ils disposaient de plans nationaux de préparation à la grippe aviaire, contre 31 lors de la réunion de novembre 2005. Une mission de l'OMS était actuellement en cours au Turkménistan, et la Fédération de Russie avait maintenant mis en œuvre un plan au niveau régional (*oblast*). Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies devait organiser une réunion à Uppsala (Suède) du 15 au

17 mai 2006, où l'on espérait confirmer l'existence de tels plans dans l'ensemble des États membres de la Région européenne. En outre, une réunion de sept pays se tiendrait à Istanbul les 12 et 13 avril 2006 afin d'améliorer la coopération entre les services de santé humaine et animale d'Azerbaïdjan, d'Arménie, de Géorgie, d'Irak, d'Iran, de Syrie et de Turquie. La collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) était excellente, notamment à la suite des flambées de grippe aviaire chez les populations humaines de Turquie.

69. Une carte montrant la propagation de la grippe aviaire dans la Région européenne de l'OMS entre le 1^{er} et le 23 mars 2006 a été présentée au CPR. Deux pays (l'Azerbaïdjan et la Turquie) avaient signalé des cas humains, et la maladie allait probablement rester endémique chez les oiseaux sauvages. Les problèmes pratiques rencontrés dans le domaine de la surveillance devaient être résolus, et l'information sanitaire devait se poursuivre, notamment chez les femmes et les jeunes. Le principal défi, cependant, consistait à coordonner la surveillance en cours durant la phase post-épidémique. Il était en outre difficile d'entreprendre des recherches sur la prévalence réelle de la maladie chez les populations potentiellement touchées.

70. Le CPR a félicité l'équipe dirigée par l'OMS pour ses activités en Turquie. Néanmoins, il a reconnu qu'un endiguement immédiat de la propagation de la grippe aviaire ne pouvait être assuré car cela supposait que l'OMS et les pays devaient agir avant même la confirmation d'une épidémie. Le Comité permanent s'est également penché sur le défi posé par la production de masse de vaccins en quantités suffisantes avant que la « première vague de l'épidémie » ne soit passée.

71. En réponse à une question sur les résultats de la Conférence internationale des donateurs sur la grippe aviaire et humaine tenue à Beijing les 17 et 18 janvier 2006, le CPR a appris que les engagements financiers prenaient du temps à se matérialiser, bien que le Bureau régional ait reçu des ressources du Siège de l'OMS. Selon le CPR, on devait exiger des gouvernements nationaux qu'ils accélèrent la mise à disposition des fonds.

72. Le CPR a souligné que l'OMS devait absolument rester indépendant (lorsque cette indépendance rendait son action efficace) de sorte à annoncer la détérioration d'une situation dès que l'information devenait disponible, même avant la confirmation officielle de la part des gouvernements nationaux. Le Comité permanent a également attiré l'attention sur la nécessité d'avoir recours aux techniques de communication modernes afin que l'OMS puisse diffuser des messages simples à des fins d'information sanitaire.

73. Au moment de la quatrième session du CPR, un troisième atelier OMS/Union européenne (UE) sur la préparation à la pandémie de grippe s'était tenu à Uppsala (Suède) du 15 au 17 mai 2006. Une réunion regroupant des représentants de toutes les organisations partenaires et des États membres de la Mer noire avait été aussi organisée en Turquie sur le même sujet.

Mesures à prendre par le Comité régional

Recevoir des informations actualisées lors de la séance d'information technique organisée en marge de la cinquante-sixième session du Comité régional

Autres points à l'ordre du jour

Programme de la présidence autrichienne de l'UE

74. Lors de la deuxième session du CPR, le docteur Clemens-Martin Auer, vice-ministre autrichien de la Santé, a présenté les priorités de son pays dans le domaine de la politique sanitaire au cours de sa présidence de l'UE pendant le premier semestre 2006. Son pays avait l'intention de se concentrer sur le diabète et la santé de la femme. Le professeur Anita Rieder, du Centre de santé publique de l'Institut de médecine sociale de l'Université médicale de Vienne, a présenté au CPR un exposé détaillé sur le premier rapport de l'Autriche consacré au diabète (2004) et le deuxième rapport de l'Autriche sur la santé des femmes (2005). Les objectifs de la présidence autrichienne étaient, d'une

part, d'élaborer des stratégies communes de prévention primaire du diabète de type 2, de prise en charge de cette maladie en vue de la réduction des complications et de prévention des maladies cardiovasculaires liées au diabète et, d'autre part, d'entreprendre la rédaction d'un rapport sur la santé de la femme en Europe.

75. Le CPRC a reconnu que l'Autriche avait une tradition d'excellence dans le domaine du développement des services de santé et suggéré que les soins aux diabétiques pouvaient être considérés comme un bon point de départ pour l'amélioration de la sécurité des patients et la lutte contre les inégalités de santé, deux thèmes de la présidence britannique actuelle de l'UE.

Suggestions régionales concernant les postes électifs à la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé en mai 2006

76. En sa deuxième session, le Comité permanent a approuvé les propositions du directeur régional concernant les postes de vice-président de l'Assemblée mondiale de la santé et de vice-président de la Commission A, ainsi qu'en ce qui concerne la composition du Comité de vérification des pouvoirs. Pour ce qui est de la Commission générale et de la Commission des désignations, le CPRC a noté que le Royaume-Uni préférerait continuer à participer aux travaux du premier, mais a été heureux d'entendre que ce pays voulait qu'une pratique similaire soit appliquée à ces commissions comme convenu par le Comité régional dans le cas de la composition du Conseil exécutif (voir résolution EUR/RC53/R1). Il souhaitait recevoir, lors de sa session suivante, des propositions concernant les membres de ces deux commissions, élaborées sur cette base.

77. Le CPRC a confirmé lors de sa troisième session qu'il était en faveur, en principe, de la proposition selon laquelle trois membres permanents du Conseil de sécurité des Nations Unies originaires de la Région européenne de l'OMS pouvaient siéger successivement deux années sur trois au Bureau de l'Assemblée mondiale de la santé et à la Commission des désignations. Un consensus devrait être atteint à ce sujet avec les États membres concernés. Le Royaume-Uni a accepté de laisser sa place à la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé de 2006, partant du principe que cet arrangement pouvait faire l'objet d'une rotation entre les États membres concernés.

Composition des organes et des comités de l'OMS

78. Tenant compte de la résolution EUR/RC53/R1 du Comité régional, et notamment du souhait de respecter l'équilibre géographique entre les différentes régions d'Europe, le CPRC a mené des discussions préliminaires en sa troisième session sur les candidatures présentées pour le Conseil exécutif, le CPRC et le Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

79. Lors de sa quatrième session, il a été rappelé au CPRC les différents critères objectifs, approuvés par le Comité régional, lors de la sélection des membres du Conseil exécutif et du Comité permanent, et de l'avantage d'examiner toutes les désignations et les élections (y compris pour le bureau du Comité régional) en un seul processus.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examiner le document relatif à la composition des organes et des comités de l'OMS (EUR/RC56/7) et désigner ou élire des membres

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

80. Le président de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURSA), s'adressant au CPRC en sa troisième session, a accueilli favorablement l'initiative prise par

le directeur régional d'élaborer une politique explicite en matière de gestion du personnel et de faire participer le personnel au processus par le biais d'une large consultation. À l'heure actuelle, environ 50 % du personnel du Bureau régional vivait et travaillait en dehors de Copenhague. Il importait d'assurer que les efforts visant à recruter davantage de personnel sous contrat au niveau local se doublent d'une stratégie garantissant des conditions de services identiques à celles du personnel basé dans la capitale danoise.

81. Au cours de ces deux dernières années, l'administration du Bureau régional avait plutôt réussi à régulariser la situation du personnel titulaire de contrats à court terme et investi de fonctions à long terme. Il était essentiel d'assurer la viabilité des progrès accomplis à cet égard en surveillant la situation du personnel s'approchant de la limite des quatre contrats de 11 mois consécutifs. Pour ce faire, l'Association du personnel a instamment prié l'administration d'élaborer une planification appropriée des ressources humaines.

82. Il était cependant à déplorer que la consultation régulière au niveau mondial dans le cadre du Conseil mondial personnel/administration n'ait pas eu lieu depuis plus d'un an, bien qu'une session extraordinaire dudit Conseil soit prévue pour avril 2006 afin d'examiner les dernières propositions en matière de réforme des contrats. L'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe était cependant disposée à y participer, même si l'on disposait de très peu de temps pour cet exercice, afin de parvenir à l'objectif commun de créer un environnement professionnel à la fois sûr et sain pour l'ensemble du personnel de la Région.

83. Le directeur de la Division de l'administration et des finances a confirmé que les efforts visant à régulariser la situation du personnel titulaire d'un contrat temporaire avaient permis de renverser le rapport personnel à court terme/personnel à long terme (de 60/40 à 40/60). Néanmoins, au cours de la présente période biennale, un nouveau groupe d'employés atteindrait la limite des 4 x 11 mois. La plupart de ces cas étaient cependant en voie d'être résolus par un recours aux procédures normales de recrutement prévoyant l'élaboration de descriptions de postes et l'application de mécanismes compétitifs en matière de sélection.

84. Le président de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a reconnu que le problème était de nouveau d'actualité et a répété que la meilleure manière d'éviter une résurgence de ce problème était de garantir une planification adéquate des ressources humaines. Il espérait que les différences entre personnel à court terme et personnel à durée déterminée s'aplaniraient sous l'effet des nouvelles propositions de réforme contractuelle. Il espérait aussi que davantage de ressources financières soient consacrées au développement et à la formation du personnel, et que des mesures d'encouragement ou des récompenses soient offertes aux employés ayant fait preuve d'une performance exceptionnelle. Finalement, il a attiré l'attention sur la situation dans la Région européenne où les chargés de liaison assumaient, pour des raisons budgétaires, des fonctions de représentants de l'OMS bien qu'ils soient titulaires de contrats applicables aux administrateurs nationaux.

85. Le CPRC a reconnu que le personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe constituait son atout le plus précieux ; il était donc inacceptable que les principes « d'une seule et même OMS » ne puissent également être appliqués aux questions de statut contractuel, de développement professionnel et de mesures d'encouragement.

Annexe

Composition du treizième CPR 2005-2006

Membres, suppléants et conseillers

Autriche

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

Conseillère

Dr Verena Gregorich-Schega
Directrice, Relations sanitaires internationales
Ministère fédéral de la Santé et des Femmes

Belgique

Dr Godfried Thiers³
Directeur de l'Institut scientifique de santé publique

Danemark

Dr Jens Kristian Gøtrik⁴
Directeur général et conseiller technique
Conseil national de la santé

Conseillère

Mme Marianne Kristensen
Conseillère principale au Conseil national de la santé

Estonie

Mme Triin Habicht⁵
Responsable de la Division de politique sanitaire, Département de la santé publique
Ministère des Affaires sociales

Dr Marge Reinap⁶
Spécialiste en chef de la santé publique
Ministère des Affaires sociales

Dr Ülla-Karin Nurm⁷
Responsable du Département de la santé publique
Ministère des Affaires sociales

³ Membre nommé d'office, participant en sa capacité de président exécutif du Comité régional.

⁴ Président.

⁵ Première et troisième sessions.

⁶ Deuxième session.

⁷ Quatrième session.

Hongrie

Dr Gábor Kapócs⁸
Vice-secrétaire d'État
Ministère de la Santé

Dr Mihály Kökény⁹
Commissaire gouvernemental à la coordination de la santé publique

Conseillère
Mme Katalin Novák
Directrice du Département de la coopération internationale et de la coordination de l'intégration
européenne
Ministère de la Santé

Italie

Dr Francesco Cicogna
Conseiller technique principal à la Direction générale pour l'UE et les relations internationales
Ministère de la Santé

Ouzbékistan

Professeur Feruz Nazirov
Ministre de la Santé

Dr Abdunumon Siddikov¹⁰
Responsable des relations économiques extérieures
Ministère de la Santé

Pays-Bas

Mme Annemiek van Bolhuis
Directrice de la Division des affaires internationales
Ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

M. Lejo van der Heiden¹¹
Coordinateur, Santé publique mondiale
Département des affaires internationales
Ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

Royaume-Uni

Dr David Harper
Directeur, Protection de la santé, Développement sanitaire et scientifique international
Ministère de la Santé

Conseiller
M. Anthony Kingham
Global Health Team (Équipe de la santé mondiale), Division internationale
Ministère de la Santé

⁸ Première session.

⁹ Deuxième, troisième et quatrième sessions.

¹⁰ Membre suppléant, deuxième, troisième et quatrième sessions.

¹¹ Membre suppléant, troisième session.

Serbie-et-Monténégro

Professeur Tomica Milosavljevic¹²
Ministre de la Santé de la République de Serbie

Dr Snezana Simic¹³
Ministre auxiliaire de la Santé de la République de Serbie

Observatrice

Luxembourg

Dr Danielle Hansen-Koenig¹⁴
Directrice de la Santé
Direction de la santé

¹² Première, deuxième et troisième sessions.

¹³ Quatrième session.

¹⁴ En tant que membre de la Région européenne au Conseil exécutif de l’OMS.