



EUROPE

Treizième Comité permanent du Comité régional de l'Europe Troisième session

Copenhague, 27 et 28 mars 2006

EUR/RC55/SC(3)/REP
3 avril 2006
60572
ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport sur la troisième session

Introduction

1. Le treizième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CPCR) a tenu sa troisième session au Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour à Copenhague les 27 et 28 mars 2006.
2. Dans ses remarques liminaires, le directeur régional de l'OMS pour l'Europe a informé le CPCR que, dans un courrier adressé récemment aux différents États membres européens de l'OMS, il leur avait annoncé la nomination du 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 avait pour objectif de renforcer l'efficacité du Bureau régional afin de répondre à la demande croissante de ses services, notamment dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de grippe aviaire.
3. Le directeur de la Division des programmes sanitaires a déclaré que la première session de la Conférence des parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac s'était tenue au Siège de l'OMS à Genève du 6 au 17 février 2006 ; le représentant de l'Autriche avait été sélectionné comme l'un des vice-présidents. Un document relatif à la mise en œuvre de la Convention-cadre dans la Région européenne de l'OMS serait présenté à la cinquante-sixième session du Comité régional de l'Europe plus tard cette année.

Questions découlant de la 117^e session du Conseil exécutif

Onzième Programme général de travail 2006-2015

4. Dès qu'un projet de onzième Programme général de travail de l'Organisation fut rendu disponible à la fin de 2005, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe avait organisé une consultation avec les États membres de la Région (Copenhague, 10 et 11 janvier 2006). 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 a été cependant décidé de présenter le document à la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé (WHA59) en mai 2006.
5. Selon le CPCR, 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.
6. Le directeur régional devait rencontrer le directeur général et d'autres directeurs régionaux la semaine suivante. Le onzième Programme général de travail serait à l'ordre du jour. Il lui a été demandé de faire part du point de vue du CPCR selon lequel un certain nombre d'États membres européens hésiteraient à approuver le document sous sa forme actuelle. Le CPCR 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 programme stratégique à moyen terme de l'OMS.

7. Il a été demandé au directeur régional de présenter un rapport à ce sujet au CPR lors de sa prochaine session.

Allocation stratégique des ressources

8. 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 avait été par conséquent présentée aux régions en mars 2006 :

- augmentation de 20 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.

9. 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.

10. Le CPR 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 CPR 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 prochaines réunions de mai 2006.

Résolutions adoptées par le Conseil exécutif à sa 117^e session

11. Le CPR a exprimé quelque inquiétude quant à la résolution EB117.R13, sur les activités de recherche et de développement essentielles en santé, dans la mesure où aucun accord n'avait encore été atteint sur les nombreux segments placés entre crochets. D'autre part, il attendait avec impatience la résolution d'un certain nombre de problèmes en suspens par le sous-groupe du Conseil exécutif chargé d'examiner le rapport de la Commission sur les droits de la propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique.

12. En ce qui concernait le document EB117/19 relatif à l'état de recouvrement des contributions des États membres, le directeur de la Division de l'administration et des finances a signalé que l'Azerbaïdjan avait réglé ses contributions et que le Bélarus avait fait part de son intention de le faire ; le Turkménistan et l'Arménie avaient aussi proposé des plans de recouvrement. Par conséquent, il était probable qu'à la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, le Kirghizistan soit le seul État membre européen actuellement redevable d'arriérés dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution de l'OMS.

Rapport des progrès accomplis par le Groupe de travail sur l'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

13. 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 le rôle du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe 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 de l'Europe 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 ?

14. Le Groupe de travail avait défini les principales fonctions du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe 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.

15. 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 de l'OMS pour l'Europe ?
- 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 ?

16. 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.

17. 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.

18. Lors de sa quatrième réunion organisée les 4 et 5 mai 2006, le Groupe de travail élaborerait un plan d'action afin que le Bureau régional puisse assumer correctement ses responsabilités en 2020. Un projet de rapport final du Groupe de travail à la cinquante-sixième session du Comité régional serait présenté au Comité permanent lors de sa quatrième session.

19. 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. Il a recommandé que le Comité régional, lors de sa cinquante-sixième session, prenne en considération le rapport du Groupe de travail en examinant le onzième Programme général de travail.

Examen de l'ordre du jour et du programme provisoires de la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

20. Le CPRC a avalisé l'ordre du jour et le programme provisoires de la cinquante-sixième session du Comité régional, faisant observer que bon nombre de questions techniques devaient être examinées soit pendant la session elle-même, soit lors des séances d'information technique organisées dans le cadre de la session.

Examen des préparatifs des débats de la cinquante-sixième session du Comité régional, y compris les projets de résolutions

21. Le CPRC a été mis au courant des documents et des projets de résolutions qui seraient présentés au Comité régional dans le cadre des différentes questions techniques et administratives inscrites à l'ordre du jour de sa cinquante-sixième session, ainsi que des documents qui seraient rendus disponibles dans le cadre des séances d'information.

Questions techniques et administratives à l'ordre du jour

Vers une Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles

22. Le directeur de la Division des programmes sanitaires a informé le CPRC qu'un groupe de rédaction composé de représentants 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.

23. 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.

24. Le CPRC a exprimé le souhait d'examiner le projet de résolution correspondante lors de sa quatrième session, après la réunion finale du groupe de rédaction.

Programme stratégique à moyen terme 2008-2013 et projet de budget programme 2008-2009

25. La conseillère spéciale pour la gestion et la mise en œuvre des programmes a fait remarquer que le Siège de l'OMS avait actuellement l'intention de réunir le programme stratégique à moyen terme 2008-2013 et le projet de budget programme 2008-2009 de l'Organisation 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.

26. Pour chacun des 15 objectifs stratégiques, 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 objectifs stratégiques étaient actuellement en cours de préparation et seraient soumis à l'examen des pairs à la fin avril 2006. Les prévisions concernant les ressources seraient consolidées et incorporées à la version présentée aux comités régionaux en septembre 2006.

27. 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 15 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.

28. Le CPRC a aussi recommandé que le 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 au onzième Programme général de travail et au rapport du Groupe de travail sur l'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Sécurité sanitaire

29. La directrice régionale adjointe a tracé 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 », qui serait présenté à la cinquante-sixième session du Comité régional. L'objectif dudit document 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 l'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, la 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, la collaboration intersectorielle dans le domaine de la sécurité sanitaire avec un important ancrage institutionnel au sein des ministères de la Santé, le développement d'un système sanitaire à l'infrastructure unifiée, un approvisionnement approprié de secours médical ainsi que des activités d'information et de communication. 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.

30. 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.

Rapport du Groupe de travail sur l'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

31. La coordinatrice technique du Bureau du directeur régional a présenté le schéma proposé pour le rapport du Groupe de travail. 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.

32. Le CPRC a avalisé le schéma proposé pour le rapport du Groupe de travail tout en soulignant qu'il pouvait servir de modèle pour le Programme général de travail de l'Organisation.

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

Comité européen de l'environnement et de la santé

33. Le directeur du Programme spécial sur la santé et l'environnement a déclaré que le rapport présenté par le Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES) 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 auraient été 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.

Hygiène du travail

34. Le directeur du Programme spécial sur la santé et l'environnement a fait remarquer que le Bureau régional possédait un important réseau de centres collaborateurs de l'OMS en hygiène du travail et espérait nommer un conseiller régional 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, une stratégie régionale devrait également être formulée.

Lutte antitabac

35. Le directeur de la Division des programmes sanitaires a rappelé que 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

36. Le directeur de la Division des programmes sanitaires a relevé que, 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 à Copenhague en octobre 2006.

37. 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.

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

38. 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.

39. 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.

Séances d'information technique

Financement de la santé

40. Le conseiller régional pour le financement des systèmes de santé a résumé un document intitulé « Approaching health financing policy in the WHO European Region ». L'objectif de ce document 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.

41. Le CPRC 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.

Prévention du VIH/sida

42. Le directeur de la Division des programmes sanitaires a informé le CPRC de l'aggravation de l'épidémie de sida dans les nouveaux États indépendants (NEI) de l'ex-Union Soviétique (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).

43. 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.

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

44. Le directeur de la Division des programmes sanitaires a mis au courant le CPR 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 à Amsterdam à la fin juin 2006. Les États membres ont exprimé un vif intérêt à ce sujet, et la collaboration avec les organisations partenaires, notamment l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et la Commission européenne, était excellente.

Informations à jour sur la grippe

45. Le directeur de la Division des programmes sanitaires a 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.

46. Le conseiller spécial sur les maladies transmissibles a présenté 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. 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.

47. 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.

48. 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.

49. Le CPCR 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.

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

50. Le président de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURSA) 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.

51. 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.

52. 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.

53. 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.

54. 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.

55. 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.

Composition des organes et des comités de l'OMS

56. 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 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. Le débat se poursuivrait lors de sa quatrième session, la veille de l'ouverture de la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé.

Composition de l'Assemblée mondiale de la santé

57. Le directeur régional a informé le CPRC qu'il avait contacté des candidats pour l'élection du vice-président de l'Assemblée mondiale de la santé et du vice-président du Comité A, ainsi que pour le Comité des pouvoirs, comme précédemment convenu avec le CPRC.

58. Le CPRC 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 prochaine Assemblée mondiale de la santé en 2006, partant du principe que cet arrangement pouvait faire l'objet d'une rotation entre les États membres concernés.

Autres points à l'ordre du jour

Lieu de la cinquante-septième session du Comité régional

59. Le CPRC a assisté à une présentation vidéo du Centre de conférence Sava de Belgrade, le lieu proposé pour la cinquante-septième session du Comité régional. Le CPRC était heureux de recommander ce centre à la cinquante-sixième session du Comité régional.

Durée de la prochaine session

60. Le CPRC a convenu que sa prochaine session commencerait à 12 h 30 le dimanche 21 mai 2006, au Palais des Nations de Genève, afin de disposer de suffisamment de temps à l'examen du rapport final du Groupe de travail sur l'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Annex 1

Towards a European strategy on noncommunicable diseases

Update for SCRC

Summary

Regional Committee resolution EUR/RC54/R4 requested the Regional Director to develop a comprehensive action-oriented strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases in the European Region by 2006. To facilitate this process, a network of WHO national counterparts was established in early 2005 and a drafting group composed of representatives of eight Member States was appointed at the first network meeting in April 2005. A first draft of the document was discussed at the second meeting of national counterparts in December 2005 and revisions were made on the basis of comments received. The second draft of the document has now been circulated to national counterparts to allow country consultations to take place prior to the third meeting scheduled for 7 and 8 April 2006. The final draft of the document is on schedule for delivery by 1 June.

Introduction

In resolution EUR/RC54/R4, adopted by the WHO Regional Committee for Europe at its fifty-fourth session in September 2004, Member States decided to give high priority to noncommunicable diseases (NCD) and to develop a comprehensive action-oriented strategy for the Region by 2006. The strategy was to focus on implementation, to take account of the specificity and diversity of the European Region and to be prepared in collaboration with Member States, intergovernmental agencies, nongovernmental organizations (NGOs) and other relevant partners. This paper provides an update on progress in development of the strategy and gives an indication of its main lines.

Update on progress in development of the European NCD strategy

To facilitate the development of the European NCD strategy, a network of WHO national counterparts was established in early 2005 and a drafting group composed of representatives of eight Member States was appointed at the first network meeting in April 2005. The drafting group worked closely with the Secretariat of the WHO Regional Office for Europe during 2005, meeting in June and September, and a first draft of the document was prepared by November 2005. To support the work of the drafting group, the Secretariat also sought the advice of an expert reference group that met on 24 and 25 November 2005, and consulted with around 20 WHO programmes in the Regional Office. The Secretariat also arranged two internal meetings with colleagues to consider the strategy carefully from the health systems perspective, and in terms of gender mainstreaming.

The first draft of the European NCD strategy was discussed in detail at the second meeting of national counterparts on 6 and 7 December 2005. The meeting concluded that the structure and direction of the first draft were, in general, in line with the objective (as contained in resolution EUR/RC54/R4) and could serve as a basis for further development using the detailed comments from the counterparts. The drafting group was asked to continue its work, preparing the second draft of the strategy by late February/early March. It was agreed that, once a solid draft had been developed and endorsed by the national counterparts, the process would be opened up to other groups for comment. There was also agreement on the usefulness of having a European NCD report to support the European NCD strategy.

The drafting group met on 1 and 2 February to review all the comments received during the first round of consultation and to direct the preparation of the second draft. The revised document was completed and circulated to national counterparts on 11 March 2006. The counterparts will now undertake country consultations and will bring feedback to their third meeting on 7 and 8 April 2006. A first draft resolution

will also be discussed at the meeting. The second draft document will be submitted for broader consultation with the European Commission, other WHO regions, European NGOs and other relevant stakeholders, as well as the expert reference group. If the national counterparts are satisfied with the document, it is expected that the drafting group will be asked to finalize the draft on their behalf. A final meeting of the drafting group is scheduled to take place on 10 and 11 May and it is expected that the final draft of the European NCD strategy will be completed by 1 June 2006.

Opportunities are being sought to connect related processes and technical work within the Regional Office, in particular the preparation of the WHO Ministerial Conference on Obesity and the development and implementation of the European NCD strategy. In addition, the draft strategy will be shared with national counterparts in other relevant technical areas, such as tobacco control, alcohol and nutrition.

The Regional Director has agreed that the European NCD report should be prepared during the 2006–2007 biennium and will have the status of a high corporate priority product. The report is likely to be published in late 2006 or early 2007.

Main lines of the European NCD strategy

The biggest health challenge facing Europe today is that of noncommunicable diseases. Eighty-six per cent of deaths and 77% of disease burden in Europe are caused by this broad group of disorders, which includes cardiovascular diseases, cancer, mental disorders, diabetes mellitus and chronic pulmonary disease. Common features can be identified that link these conditions: determinants, risk factors, characteristics and opportunities for interventions. By focusing on prevention and improved control, it is possible to prevent or modify risk factors, to prevent the onset, the recurrence and the progression of disease, and to prevent disability and painful or premature death related to these disorders. This investment would improve the quality of life and well-being of people and societies, and lead to a more equitable distribution of the benefits of existing knowledge.

The goals of the strategy are to significantly reduce disease burden from NCD, to improve quality of life and to make healthy life expectancy a more equitably distributed reality throughout Europe. The strategy outlines a comprehensive, action-oriented approach that seeks to achieve two objectives: integrated action on risk factors and determinants, and the strengthening of health systems in prevention and control of noncommunicable diseases.

The current version of the document is 20 pages long and presents the challenges faced by Europe, the evidence for effective action, the strategic approach and an action framework to guide Member States. It then outlines action to be taken to ensure a comprehensive approach, and its conclusions lead into the attached resolution. As requested in resolution EUR/RC54/R4, the draft strategy is integral to the updated Health for All framework, and takes account of Member States' existing commitments made in the context of WHO ministerial conferences, relevant strategies and resolutions, and of the experience gained through the Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (CINDI) programme.

Annex 2

Medium-term strategic plan 2008–2013 and programme budget 2008–2009

The budget presentation at the fifty-sixth session of the Regional Committee (RC56) is intended to be conducted along the same lines as it is every two years. There will be no external guest apart from a colleague from WHO headquarters, most probably Assistant Director-General Anders Nordstrom. However, since the technical content will now cover a six-year period, it is likely that the debate this year will focus more on content and less on budget figures than in the past. As per normal practice, the main document is produced by WHO headquarters and will be supplemented by a four-to-six-page document representing the “European perspective”. The Standing Committee of the Regional Committee (SCRC) recently gave suggestions as to what it felt should be included in this European document. The suggestions are summarized in the last section of this paper.

Why a change in managerial framework?

The new medium-term strategic plan (MTSP) and programme budget (PB) process is a key instrument for advancing WHO’s reform agenda. The ongoing reform aims at improving performance, providing greater accountability and demonstrating results at all levels of the Organization. To summarize, the cardinal reasons for introducing the MTSP are to improve performance and accountability by:

- ensuring greater consistency between biennia;
- extending the two-year plan to cover a six-year period that better reflects the more strategic nature of WHO’s work;
- removing the vertical area of work (AOW) structure that did not facilitate working together and across teams and was a poor fit at country and regional levels;
- reducing the heavy workload resulting from overlapping processes and lightening the burden for the last two-budget periods; and
- achieving better alignment with other organizations in the United Nations system that have five- or six-year cycles.

One document – Development of the MTSP and related PB is a single and integrated process

The MTSP and the PB will be presented *as a single document* to the forthcoming Regional Committee, RC56, and subsequently in 2007 to the Executive Board in January and the Sixtieth World Health Assembly in May. The main document will present the technical content of the MTSP, and the budget figures for the 2008–2009 period will be given in a financial annex.

The MTSP no longer revolves around areas of work, but will be constructed around 15 strategic objectives (SO) in 4 domains:

1. health outcomes (five SO)
2. determinants (four SO)
3. policies, systems and technologies (four SO)
4. global health agenda and WHO response (two SO).

For each SO, there will be a separate section in the MTSP that will:

- present a **situation analysis** – discussing challenges, opportunities and problems identified, and providing the rationale and justification for the SO; the SO are objectives for Member States and for the WHO Secretariat;
- outlines the **strategic approaches** – these describe the best joint avenues for Member States and the WHO Secretariat to achieve the agreed objective;
- define, for the WHO Secretariat, the six-year **organization-wide expected results** (OWERS); these represent what the WHO Secretariat alone anticipates achieving or changing as a direct consequence of its own actions over the six-year period, and include:
 - **indicators** (aligned to Millennium Development Goals where applicable) with baselines and targets – the yardsticks against which performance will be measured.

While the funds needed to implement the MTSP for any two-year period are expected to change between biennia, no major changes are anticipated in the scope of the strategic objectives or related results over the term of the MTSP.

The MTSP will present to Member States an overall ‘resource outlook’ for the entire six-year period but details will only be given for the immediate two-year period. For biennium 2008–2009, the financial tables will provide an overview of the actual costs anticipated to be incurred by the Secretariat during the first two-year period in delivering the OWERS.

SCRC advice for the European perspective

The SCRC was asked to advise the Secretariat on the format of the document ‘*Proposed programme budget 2008–2009: the WHO European Region’s perspective*’. This document is traditionally prepared to support the presentation of the programme budget within the context of the European Region. Specifically, advice was sought on how best to present the financial tables in order to give a chronological, understandable comparison between biennia.

The SCRC asked that the following should be done:

1. a crosswalk prepared for both the Regional Office’s expenditure 2004–2005 and its programme budget 2006–2007 to the new 15 SO structure; and
2. the links should be shown between the 15 SO and specific sections of the Eleventh General Programme of Work.

The Regional Office was asked to convey these views to the team at WHO headquarters preparing the MTSP, as they were requirements of a global nature. In the event that the requirements are not included in the global document, they should be prepared with reference to the European situation and included in the specific “European perspective” document accompanying the global document.

Annex 3

Enhancing health and security: an outline summary of the challenges in the WHO European Region and the health sector response

The purpose of this paper is to outline current and potential future threats to human health with possible implications for security, to take stock of lessons learnt and to propose an approach towards enhancing health and security in the WHO European Region. It is intended to serve as a basis for discussion by the Standing Committee for the Regional Committee towards the development of a WHO strategy to enhance health and security in the European Region and, more specifically:

- to provide a framework for action to enhance health and security at a pan-European level;
- to agree on a road map to tackle health and security through strengthened health systems; and
- to support Member States in improving preparedness for and the effectiveness of the response to health threats with security implications by promoting a comprehensive health systems response.

Introduction

The WHO European Region has been affected over the last decades by numerous events¹ that have endangered health and security. Some of these events have created crises and public health emergencies of an international nature, while others have been more localized. Newly emerging public health risks² like avian influenza have sparked international concern, and health is increasingly discussed in terms of its potential implications for national security and the safety of people and national health systems.

A crisis is an unstable situation that reveals the incapacity of local health systems on which people depend to respond to the increased demands upon them.

Health and security

There is no widely accepted and agreed definition of “health security”. A working definition would be that it focuses on health issues that have potential security implications – generally health emergencies of an acute rather than a chronic nature, with serious public health consequences and potential cross-border implications.

The role and impact of health on security - or stability - is reflected in a new international consensus that there is a shared responsibility for collective security and to meet the challenge of prevention: “Any event or process that leads to large-scale death or lessening of life chances and undermines states as the basic unit of the international system is a threat to international security”.³

Recent history has confronted some of the 52 Member States of the WHO European Region with dramatic political and socioeconomic changes, leaving health systems and people in many countries with insecure environments and insufficient resources and capacities to cope with new challenges.

¹ “Events” refers to manifestations of disease or occurrences that create a potential for disease.

² A “public health risk” is the likelihood of an event that may adversely affect the health of human populations, with emphasis on one that may spread internationally or may present a serious and direct danger to public health.

³ *A more secure world: Our shared responsibility. Report of the Secretary-General’s High-level Panel on Threats, Challenges and Change.* New York, United Nations, 2004

Several recent studies have shown the extent to which the spread of diseases like severe acute respiratory syndrome and avian influenza, and the consequences on health of other emergencies can impact on security at the national and international levels.

Potential biological, chemical and radiological terrorist attacks, conflicts and natural disasters that could cause mass displacement and ill-health would contribute to instability with cross-border consequences.

Challenges

The combination of increasing social inequalities, the deterioration and relative collapse of health systems in parts of the European Region, the re-emergence of some communicable diseases, the increasing frequency of extreme weather events and other natural and man-made disasters, armed conflicts that escalate into complex emergencies, and unprecedented social violence makes the European Region even more vulnerable today than it has been in the past.

Extreme weather events are expected to increase in frequency and severity. Floods are the most common natural disasters in the European Region. Heat-waves have caused serious health effects, and increased water scarcity in the Region will require an adjustment in water use in all sectors and the use of a variety of environmental and health risk assessment methods and economic tools.

New global threat scenarios such as a potential influenza pandemic or the deliberate use of biological, chemical or radio-nuclear agents, conflicts, global environmental changes and the trade in hazardous substances pose new challenges to national health systems and governments. The realistic scenario of a global influenza pandemic with the potential to trigger a severe health and security crisis has certainly contributed to raising awareness: with up to 30% of the population potentially infected at the same time, a pandemic could cause socioeconomic consequences that would go far beyond the health sector.

Global environmental changes like the loss of ecosystem services and climate changes might further contribute to changes in disease patterns, triggering migration and causing economic losses to vulnerable populations.

The history of the European Region has further shown that it is not free from the risks of inter-state conflicts, internal conflicts and civil war. The extensive experience gained in the Region and the lessons learnt from the response to the health challenges raised by the complex emergencies in the Balkans underline the importance of national health systems being fully prepared to respond effectively to the health security aspects of violence-related crises. They also highlight the importance of WHO's institutional readiness to effectively support Member States and their health systems and essential services.

Health sector response

Implementing the legal framework

WHO's first legally binding instrument, the International Health Regulations (IHR), has been revised, and the revision was endorsed by all Member States in May 2005. The resultant document, IHR (2005), constitutes a renewed legal framework for Member States and WHO to collectively address public health emergencies of international concern, whatever their nature (infectious agent, chemical, nuclear, etc.) or origin (natural, accidental, deliberate).

World Health Assembly resolution WHA58.1 on Health action in relation to crises and disasters reinforced the Organization's mandate to support Member States in preparing their health systems to cope effectively with the health aspects of crises and to strengthen its own institutional readiness.

Strengthening health systems

Health and security risks require complex preparedness strategies for health systems. Predefined systems of coordination, as well as command and control structures, plans for scaling up the health response in a crisis situation through the mobilization of extra resources and personnel, and essential predefined treatment protocols, among many other emergency management elements, need to be established well in advance.

Health systems all over Europe are confronted with high expectations, multiple health crises and limited resources. Good governance and good management of health systems are particularly important prerequisites for effective operational crisis response, and are dependant on well functioning health information systems.

In the past, the response to health challenges in the European Region has been organized predominantly along the lines of vertical technical support provided to countries, with the extensive professional expertise of vertical programmes mobilized to respond effectively to the health challenges of a particular crisis. However, this approach tends to suffer from serious systemic short-comings, as it is highly cost-intensive and has the intrinsic danger of creating parallel structures and duplication.

For vertical technical success stories to be translated into sustainable long-term improvements in health security, there must be a gradual integration of vertical programmatic approaches into a coherent and systematic, horizontally-coordinated framework. To effectively increase long-term crisis preparedness and build an overarching common system to respond to health threats, a strong system infrastructure must be established at the country level. A “one-system” mechanism that involves developing the capacity of national health systems can provide the means to respond to the known, as well as to the as yet unknown, future threats to health and security.

Information and communication

Risk communication is essential for public health programmes. Risk perceptions shape individual behavior to a large extent, and social mobilization and health education can effectively promote risk reduction and increase the coping capacity of communities. Simple and easily understandable messages communicated by the media can effectively educate the public on protective measures to reduce risks to health. Providing accurate and timely information to the public is of major importance in any public health emergency. Rumours and perceived attempts to hide crucial information can contribute to panic and jeopardize security.

Lessons learnt (case studies)

This chapter will build on recent case studies and analyze the lessons learnt from the response to various health crises in the Region. It will cover the response to the environmental health crisis associated with lead contamination in the United Nations-administered province of Kosovo, the health consequences of the heat-wave in France, the floods in central Europe, the earthquakes in Turkey and Armenia, and the avian and human influenza outbreaks in Turkey and Azerbaijan.

WHO's role

Maintaining the highest possible level of health is a core mandate of WHO. The orientations for the current biennium 2006–2007, as outlined in the programme budget, comprise several goals that address health and security.

Through epidemic alert, it is intended “to ensure global health security and foster action to reduce the impact of communicable diseases”.

Through actions in the area of environment and health, it is intended “to achieve safe, sustainable and health-enhancing human environments, protected from biological, chemical and physical hazards, and secure from the effects of global and local environmental threats”.

Through preparedness and health system response, it is intended “to reduce avoidable loss of life, burden of disease and disability among populations affected by crises, emergencies and disasters, to optimize health at times of post-crisis transition, and to contribute to recovery and development”, with a strong emphasis on building local capacity.

WHO is an active partner of various bodies of the United Nations and supports the effective coordination of emergency and humanitarian action. It is an active member of the Inter-Agency Standing Committee Working Group and other interagency initiatives, and collaborates closely with the United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. The recent United Nations humanitarian reform process and the associated introduction of cluster lead agencies - with WHO being the health cluster lead agency - gives it an even stronger mandate in humanitarian response operations.

Building WHO institutional readiness

A coordinated, horizontal health system response has increasingly become a core orientation for the Regional Office. Only a continuous in-house effort and close collaboration between all levels of the organization, at headquarters, in the regional offices and at country level, can enable WHO to ensure that coordinated public health interventions are tailor-made to respond appropriately to fast-evolving emergency scenarios and health security needs.

The establishment of a joint regional operational platform to mobilize international expertise and resources would definitely improve the logistical aspects of future crisis response operations. It will require close coordination with the relevant programmes in headquarters and in the regional offices to ensure the necessary back-up and support.

The way forward

The Regional Office for Europe will continue to collaborate with Member States to ensure that the evidence base and the lessons learnt, including early warning and early action mechanisms, are integrated and reflected in preparedness strategies for national health systems.

The Regional Office promotes a multi-hazard approach for preparedness and response to health crises, involving the entire health system in a coordinated response to possible contingencies.

Good governance to improve stewardship within health systems is essential for the implementation of IHR (2005), in order to mobilize a comprehensive response at the national and international levels.

An institutionalized and dedicated preparedness programme for health security and health crises, with a strong institutional anchor in the ministries of health, is a crucial element for the development of intersectoral collaboration on health security.

Essential public health measures should be integrated into intersectoral coordination efforts that include the private sector and civil society.

Setting out the principles of public communication, education and awareness, with a communication strategy for future crises prepared and tested well in advance, can prevent a health threat from becoming a political crisis.

Annex 4

Working group on the Future of the WHO Regional Office for Europe

Outline of the Report

1. Introduction

- Context
- Objectives
- Methodology

2. Health status and expected major trends in health in the WHO European Region in 2020

- Negative trends for the health system in coming 15 years
- Positive trends for the health system in coming 15 years
- Major risks to health in coming 15 years
- Hypotheses of evolution in health for coming 15 years
- Directions for improvement over coming 15 years

3. Positioning the WHO Regional Office for Europe (EURO) in 2020

- Mission and functions of EURO in 2020
- Added value of EURO in area of health in 2020
- Major changes required within EURO in light of 2020

4. Partnerships and international environment in 2020

- Strengths and weaknesses of EURO
- Role of EURO in 2020 as seen by partners
- Future collaboration between other organizations and EURO

5. The way forward towards 2020

(Four to five major directions to be taken forward by EURO from now to 2020 should be extracted from first three meetings; for each of those directions, the expected outcome in 2020 should be indicated, each outcome should include milestones, timeframe and expected situation at mid-term)

- *Distribution of roles and functions within WHO*
- *Continuous analysis and adaptation of EURO to upcoming challenges*