



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

**Vingt et unième Comité permanent
du Comité régional de l'Europe**

Troisième session

Copenhague (Danemark), 19 et 20 mars 2014

EUR/SC21(3)/REP
140217

25 juin 2014

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport sur la troisième session

Sommaire

	page
Introduction	1
Examen, par la directrice régionale, des progrès accomplis depuis la deuxième session du vingt et unième CPR	1
Rapport sur la deuxième session du vingt et unième CPR	2
Ordre du jour et programme provisoires de la soixante-quatrième session du Comité régional...	2
Partenariats	3
Réforme de l'OMS – bilan après la 134 ^e session du Conseil exécutif	4
Rapports des présidents des sous-groupes du CPR	6
Sous-groupe consacré à l'affectation stratégique des ressources	6
Sous-groupe sur la gouvernance	8
Sous-groupe sur la mise en œuvre de Santé 2020	9
Questions d'ordre technique.....	10
Conclusions de la conférence d'Achgabat	10
Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2014-2020	11
Investir dans l'enfance	12
Action en faveur des pays	13
Stratégies d'information sanitaire pour la mise en œuvre de Santé 2020	15
Intervention d'un représentant de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.....	16
Composition des organes et comités de l'OMS	17
Autres questions à l'ordre du jour	17
Points focaux du CPR au CR64	17
Points focaux techniques nationaux	17

Introduction

1. Le vingt et unième Comité permanent du Comité régional de l'Europe (CPCR) a tenu sa troisième session dans les nouveaux locaux du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) à UN City à Copenhague (Danemark) les 19 et 20 mars 2014.

Examen, par la directrice régionale, des progrès accomplis depuis la deuxième session du vingt et unième CPCR

2. Dans sa déclaration liminaire, Zsuzsanna Jakab, directrice régionale de l'OMS pour l'Europe, déclare que les activités du Bureau régional ont été principalement axées sur la mise en œuvre de Santé 2020, le cadre politique européen. Un soutien a été apporté aux États membres pour l'élaboration de leurs politiques de santé, notamment, de façon mieux intégrée, sous la forme de dialogues à haut niveau portant sur ces politiques, et elle prévoit de consulter tous les gouvernements afin d'effectuer une analyse des besoins. Elle a effectué des visites officielles en Fédération de Russie et au Kirghizistan, et le Bureau régional a reçu la visite du ministre albanais de la Santé et de la Première Dame de la République d'Estonie, avocate de la santé de l'OMS/Europe dans le domaine des maladies non transmissibles. Le Bureau régional a continué de fournir un appui pour les réformes des systèmes de santé, plus particulièrement aux pays ayant des contraintes budgétaires.

3. L'OMS/Europe a lancé des profils de pays sur la nutrition, l'activité physique et l'obésité dans les 53 États membres, et la stratégie de l'OMS STEPwise pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques (STEPS, pour *STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance*), a été rapidement adoptée dans la Région. En appliquant la méthode STEPS, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, la République de Moldova et le Turkménistan ont déjà terminé le recueil de données sur les enquêtes nationales concernant les facteurs de risque. Une série de tables rondes sur la santé génésique et sur la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent doivent avoir lieu au Kirghizistan et en Ouzbékistan. Le Bureau régional a travaillé en étroite coopération avec le Siège de l'OMS et le Bureau régional de la Méditerranée orientale afin d'opposer une riposte régionale à la flambée de poliomyélite qui s'est déclarée en République arabe syrienne et a collaboré avec la Turquie pour organiser des campagnes de vaccination supplémentaires contre la poliomyélite dans les provinces à haut risque, ciblant les réfugiés syriens. En collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Bureau régional a intensifié ses efforts en vue de prévenir une épidémie de poliomyélite en Ukraine, compte tenu du faible taux de couverture vaccinale dans ce pays.

4. Pour la première fois, un atelier de formation sur la rédaction de plans nationaux relatifs aux maladies non transmissibles, conçu pour les décideurs de haut niveau, s'est tenu en russe, et une formation a été dispensée pour les chefs des bureaux de pays concernant l'élaboration de stratégies de collaboration avec les pays, notamment les techniques visant à faire le lien entre ces stratégies et des initiatives en cours, telles que la mise en œuvre de Santé 2020, la planification ascendante pour le prochain budget programme et l'élaboration de Plans-cadres des Nations Unies pour le développement (UNDAF).

5. Dans la première année du projet Migration et santé publique en Europe (PHAME, pour *Public Health Aspects of Migration in Europe*), l'accent a principalement été mis sur les pays méditerranéens de la Région les plus affectés par un important afflux de migrants. L'Italie, Malte et le Portugal ont fait l'objet d'une évaluation pour déterminer où une assistance technique pourrait être acheminée. La Grèce et l'Italie ont organisé de grands événements sur la santé des migrants et placé ce point parmi les priorités de l'ordre du jour politique.

6. L’OMS/Europe a intensifié sa collaboration avec ses partenaires, tantôt au Forum économique mondial de Davos, tantôt avec les organisations non gouvernementales (ONG). L’envoyé spécial du secrétaire général des Nations Unies pour le VIH/sida en Europe et en Asie centrale a visité le Bureau régional pour discuter d’une collaboration alignée sur le Plan d’action européen en matière de VIH/sida. L’OMS/Europe a également eu des relations très constructives avec la Présidence grecque de l’Union européenne (UE).

7. Enfin, du 14 au 17 mars, la directrice régionale a participé à la réunion du Groupe de politique mondiale de l’OMS à Manille (Philippines). Les membres de la direction y ont discuté de la réforme de l’OMS, de la planification ascendante pour le budget programme 2016-2017, de la collaboration avec des acteurs non étatiques, des maladies non transmissibles et du programme de développement pour l’après-2015.

Rapport sur la deuxième session du vingt et unième CPCR

8. Le rapport sur la deuxième session du vingt et unième CPCR (Floriana, Malte, 16 et 17 décembre 2013) a été distribué et adopté par voie électronique.

Ordre du jour et programme provisoires de la soixante-quatrième session du Comité régional

9. La directrice régionale présente un projet d’ordre du jour et de programme de travail provisoires pour la soixante-quatrième session du Comité régional (CR64). Le directeur général de l’OMS a été invité à s’adresser au Comité régional, tout comme la protectrice de l’OMS/Europe, le Commissaire à la santé de l’UE, le directeur exécutif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l’envoyé spécial du secrétaire général des Nations Unies pour le VIH/sida en Europe et en Asie centrale (ce qui reflète l’ampleur du problème du VIH dans la Région européenne) et le directeur régional de l’Europe du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Il est à espérer que le Comité régional pourra profiter de la présence du directeur régional du PNUD pour organiser une table ronde sur le partenariat et la coordination avec le système des Nations Unies aux niveaux régional et national. Concernant les thèmes stratégiques et techniques, le CPCR devra décider d’inclure la stratégie de pays de l’OMS/Europe comme point de l’ordre du jour ou d’en faire le sujet d’une séance d’information technique, en gardant à l’esprit que la Stratégie mondiale de pays n’a pas été soumise aux organes directeurs mondiaux. Comme les discussions relatives aux acteurs non étatiques sont toujours en cours et que l’on doit donc s’attendre à ce que la situation évolue encore, il a été proposé de présenter un document d’information plutôt qu’une stratégie régionale. Le CPCR a été invité à débattre de thèmes convenant pour les séances d’information technique. Les sujets proposés sont les migrations et la santé, les soins infirmiers et obstétricaux, la stratégie de pays (en supposant que ce point soit retiré de l’ordre du jour), la stratégie d’information sanitaire et la santé des femmes. De même, il fallait convenir de thèmes pour les déjeuners ministériels. Les sujets proposés sont la santé dans le programme de développement pour l’après-2015 et des témoignages de réussite dans le domaine des maladies non transmissibles ou du développement dans la petite enfance (en calculant que ce dernier thème serait à mettre en relation avec le point de l’ordre du jour relatif à l’investissement dans l’enfance). Le lieu de la réunion du Comité régional sera Vilnius (Lituanie) en 2015, Copenhague (Danemark) en 2016, et les invitations à accueillir la session de 2017 sont les bienvenues.

10. Le CPCR formule un certain nombre d’observations et de suggestions sur les projets d’ordre du jour et de programme de travail : étant donné que le rapport sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn ne doit pas être remis avant 2015, il est suggéré d’avoir une seule discussion sur les systèmes de santé en combinant la conférence d’Almaty et la Charte de Tallinn, et de faire

Intervenir plus activement, dans le processus de rédaction du rapport, les pays qui ont accueilli une importante conférence. Il faut aussi envisager une participation plus active des États membres aux séances d'information technique. Un représentant déclare que, au point relatif à la réforme de l'OMS, il convient de faire référence plus explicitement à la distribution des ressources stratégiques et à la collaboration avec des acteurs non étatiques dans l'ordre du jour, et que les questions relatives au budget programme doivent être abordées séparément. Un autre représentant demande de restructurer l'ordre du jour autant que possible autour des priorités programmatiques de l'Organisation. Des clarifications sont demandées au sujet de trois autres rapports de situation. Il est souligné que le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre des résolutions et des stratégies est un élément central de la supervision et de l'évaluation et que tous les rapports de situation à soumettre doivent être présentés et débattus dans le cadre d'un point de l'ordre du jour qui leur est réservé.

11. Le directeur adjoint, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, déclare que le secrétariat avait eu l'intention d'inclure les rapports exigés dans le cadre de la *Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé* dans le rapport de la directrice régionale au Comité régional. De même, le point de l'ordre du jour consacré à l'investissement dans l'enfance comprendra un rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie pour la santé de l'enfant et de l'adolescent. Ce même point couvrira le thème de la maltraitance des enfants et permettra de satisfaire partiellement l'obligation d'établir un rapport sur les traumatismes.

12. La directrice régionale précise que tout sera mis en œuvre pour regrouper les sujets techniques en fonction de la catégorie concernée du budget programme. Le secrétariat vérifiera les dates précises auxquelles doivent être présentés les rapports sur les traumatismes, la santé de l'enfant et de l'adolescent et la Déclaration de Parme, et prendra les mesures de suivi nécessaires en les incluant, le cas échéant, au point de l'ordre sur les rapports de situation.

13. Le CPRC convient que la stratégie de pays ne doit pas être incluse à l'ordre du jour du CR64, mais doit faire l'objet d'une séance d'information technique. Il conviendra de dresser la liste définitive des séances d'information technique et des thèmes à aborder lors des déjeuners ministériels. Le secrétariat est invité à réviser la programmation des points de l'ordre du jour et des événements satellites et à présenter de nouvelles propositions lors de la session tenue par le CPRC en mai.

Partenariats

14. La directrice exécutive, Partenariats stratégiques, présente le rapport sur les « Partenariats pour la santé dans la Région européenne » (document EUR/SC21(3)/12) comme un document d'information à l'attention du Comité régional et demande l'avis du CPRC sur la longueur et la pertinence de ce document. Si le directeur régional du PNUD pour l'Europe n'est pas en mesure d'assister à la réunion du Comité régional, la table ronde prévue sur la collaboration avec le système des Nations Unies pourrait être remplacée par un événement auquel participeraient les représentants d'ONG, qui seraient invités à donner leur avis (que l'on entend rarement) sur une sélection de thèmes.

15. Le CPRC note que dans sa version actuelle, le document sur les partenariats est clair et concis, et qu'une distinction nette a été opérée entre les partenariats hébergés et les autres. Des représentants demandent que plus de détails sur les différents types de partenariats et les domaines d'activités correspondants soient précisés en annexe du document d'information, et requièrent des informations financières sur la collaboration avec les partenaires, si possible. Un représentant déclare que, compte tenu du processus de planification du budget programme, il serait intéressant de savoir combien chacun des partenaires de l'Organisation investit dans des

activités dans les pays, le corollaire étant que l'OMS pourrait adapter sa participation en conséquence. Un effort devrait être consenti pour faire le lien entre le débat régional sur les partenariats et la réflexion sur cette question à l'échelle mondiale. Enfin, la proposition du secrétariat d'organiser une table ronde sur les partenariats avec les ONG est très intéressante ; cet événement pourrait être utile pour renforcer la confiance.

16. La directrice exécutive, Partenariats stratégiques, précise qu'il n'est pas prévu qu'un nouvel accord de partenariat soit signé avant la prochaine réunion du Comité régional. Bien que le secrétariat s'efforcera d'établir des catégories reprenant ses divers partenaires, leurs domaines d'activités et, le cas échéant, leur participation financière, peut-être sous la forme d'une annexe au document, il demeure qu'il est extrêmement difficile d'obtenir une vue d'ensemble claire des dépenses totales consenties par les donateurs pour la santé dans un pays donné.

17. La directrice régionale déclare que l'idée d'une table ronde sur les partenariats avec la participation des ONG est un plan de réserve pour le cas où le directeur régional du PNUD pour l'Europe ne pourrait assister au Comité régional et que de toute façon, le Bureau régional est attaché à une politique de collaboration active avec les ONG. Le débat sur les règles de collaboration entre l'OMS et les acteurs non étatiques se poursuit au niveau mondial et des principes directeurs explicites seront dégagés en temps voulu. Il est clair que, quel que soit le forum choisi pour entamer un dialogue avec le secteur privé, il faudra que l'OMS détermine au préalable le territoire exploré.

18. Le CPRC convient que le rapport doit être traité comme un document d'information, adapté pour refléter l'évolution du débat sur les partenariats qui est en cours au niveau mondial.

Réforme de l'OMS – bilan après la 134^e session du Conseil exécutif

19. La directrice régionale présente le rapport sur la « Réforme de l'OMS : état d'avancement et incidences pour la Région européenne » (document EUR/SC2(3)/17). Ce rapport est un document en évolution, qui ne pourra être parachevé que lorsqu'un certain nombre de questions auront été réglées à l'Assemblée mondiale de la santé, en mai. Lors de la récente réunion du Groupe de politique mondiale, les membres de la direction ont convenu que la planification ascendante pour 2016-2017 doit commencer immédiatement. En conséquence, la directrice régionale a l'intention d'écrire aux ministres de la Santé afin de leur demander de définir leurs priorités pour le prochain exercice biennal. Les priorités des pays doivent être alignées sur les six priorités de leadership du Douzième Programme général de travail. En parallèle, il sera nécessaire de déterminer les biens publics et engagements mondiaux et régionaux (la composante descendante), puis de concilier les deux processus. Elle espère qu'un premier projet de budget programme 2016-2017 sera prêt au début du mois de juillet et propose d'organiser une téléconférence avec le CPRC durant l'été pour une discussion plus approfondie sur cette question. Concernant l'affectation stratégique des ressources, le directeur général cherche à obtenir des recommandations des États membres quant aux critères à appliquer pour la répartition des fonds entre les différents segments du budget proposé et quant à la question de savoir si l'affectation des ressources s'appliquera aux contributions ordinaires et/ou aux contributions volontaires. Enfin, les États membres doivent être conscients du fait qu'il est impossible d'apporter des changements radicaux entre deux exercices biennaux consécutifs, car la proportion élevée de dépenses en personnel empêche des transferts de fonds brutaux d'un bureau ou d'un programme à l'autre dans de courts délais. La question de la réforme de la gouvernance, éternel point à l'ordre du jour en Région européenne, a fait l'objet de longs débats lors de la session tenue en janvier par le Conseil exécutif, en particulier une proposition de limiter le nombre excessif de points à l'ordre du jour du Conseil.

20. Le directeur, Division de l'administration et des finances, fait un exposé oral sur le processus de planification du budget programme 2016-2017. Dans le cadre de la réforme budgétaire proposée, le financement de l'administration et de la gestion serait divisé en une composante « infrastructure et administration » qui devra tirer directement son financement de projets et être comptabilisée aux catégories 1 à 5, et une composante « leadership et gouvernance », entièrement financée par les contributions ordinaires et comptabilisée à la catégorie 6. Cette proposition se traduirait par une hausse sensible des dépenses d'appui aux programmes, ce qui portera un coup dur à la Région européenne : le partenaire le plus important du Bureau régional, l'UE, ne paie que 7 % des dépenses d'appui aux programmes. Il est clair qu'il faudrait une concertation approfondie avec les donateurs au sujet des coûts dans la phase d'élaboration des programmes. Le dialogue de financement a pris fin sans aucune incidence significative pour la Région européenne : aucun changement majeur n'est envisagé dans le mode d'affectation des fonds, et les programmes traditionnellement sous-financés n'ont pas reçu de fonds nouveaux. Peu de progrès ont été accomplis dans le cadre de la réforme des ressources humaines. Le processus de planification pour le budget programme 2016-2017 accuse un retard. En général, les planificateurs sont confrontés à la difficulté de devoir veiller à ce que le budget soit ciblé et précis, mais suffisamment souple pour réagir face à de nouveaux besoins. Le Groupe de politique mondiale a convenu que pour l'exercice biennal 2014-2015, on recourra à des chiffres budgétaires indicatifs pour le segment de coopération technique au niveau des pays, dont 80 % seront affectés aux priorités des pays et le restant à des besoins émergents. Pour ces 80 %, les pays seront encouragés à établir des priorités entre 10 ou 12 domaines de programmes. Par ailleurs, le Groupe de politique mondiale a convenu que le pourcentage du budget alloué au niveau des pays sera augmenté et que davantage de fonds seront aiguillés vers les pays « fragiles ». Les conséquences de ces décisions pour la Région européenne doivent encore être digérées. On ne sait pas clairement comment le budget programme 2016-2017 sera présenté aux Comités régionaux, plus précisément avec quel degré de détail. Le secrétariat aura besoin de plus d'informations avant de décider de la manière de structurer la discussion qui aura prochainement lieu sur le budget programme 2016-2017. Toutefois, maintenant que le Groupe de politique mondiale a donné des orientations claires et que les dissensions internes ont été résolues au secrétariat, il sera possible de présenter diverses options méthodologiques lors de la prochaine réunion du CPR, en mai.

21. Le responsable, Gestion des programmes et des ressources, ajoute que deux des tâches principales, au niveau des pays, consistent à déterminer les résultats sanitaires prioritaires dans le contexte du Douzième Programme général de travail et à évaluer avec précision la manière dont l'OMS pourrait contribuer à la réalisation de ces résultats. Compte tenu de l'échéancier serré, les collaborateurs nationaux doivent se rendre disponibles pour travailler avec les chefs des bureaux de pays afin de définir les priorités nationales au cours des prochains mois.

22. La directrice régionale déclare que, pour des raisons pragmatiques et pour éviter d'avoir à redémarrer le processus de planification à partir de zéro, les pays doivent se servir des outils que constituent leurs stratégies de coopération nationale et accords de collaboration biennaux existants pour déterminer les priorités nationales. Dans la Région européenne, les accords de collaboration ont été finalisés tout récemment pour le prochain exercice biennal, et les priorités qui y sont spécifiées n'ont pas radicalement changé, bien que dans certains cas, il pourrait être indiqué de les réexaminer. Elle rappelle aux États membres que les 10 à 12 domaines prioritaires doivent être répartis entre les cinq catégories, ce qui donne un total de 2 ou 3 priorités par catégorie. Tant à l'échelle régionale qu'à l'échelle mondiale, les États membres doivent décider quels engagements de l'OMS ils souhaitent voir concrétiser. Cette appréciation servira d'inspiration pour la révision des biens publics mondiaux et régionaux. La position a été quelque peu simplifiée et clarifiée parce que certaines résolutions sont maintenant désactivées.

23. Le CPR remercie le secrétariat du Bureau régional du travail accompli pour faire avancer le processus de réforme et relayer les préoccupations des États membres au niveau mondial. Cependant, il doit être absolument clair que, malgré les courts délais et la lassitude qui

apparaît dans le cadre de la planification, les États membres n'accepteront pas, lors du Comité régional de septembre de cette année, un budget programme 2016-2017 sans chiffres. Un membre demande des réassurances quant à la situation financière actuelle du Bureau régional.

24. Le directeur, Division de l'administration et des finances, répond qu'un aperçu de la situation financière a été présenté au CPR en décembre et qu'une mise à jour suivra en mai. Le niveau de financement est actuellement le même qu'à la même époque de l'exercice biennal précédent. Certaines « poches de pauvreté » subsistent, reflétant un financement inégal d'une catégorie et d'un secteur de programme à l'autre.

Rapports des présidents des sous-groupes du CPR

Sous-groupe consacré à l'affectation stratégique des ressources

25. Le président du sous-groupe explique que le Conseil exécutif a demandé un débat plus approfondi sur l'affectation stratégique des ressources avant de présenter un projet à l'Assemblée mondiale de la santé. Un Groupe de travail mondial sur l'affectation stratégique des ressources, constitué d'un État membre par Région, a été formé. Ce groupe de travail est en train de consulter tous les États membres dans le cadre de la préparation d'une réunion qui se tiendra en avril et dont les conclusions seront présentées à l'Assemblée. En tant que membre européen de ce groupe de travail mondial, il a estimé qu'il était important que le CPR apporte une contribution supplémentaire concernant l'affectation stratégique des ressources, en plus des réactions qu'il a obtenues des États membres de toute la Région. Le sous-groupe du CPR s'est déjà réuni deux fois et a décidé d'élaborer à trois niveaux des principes directeurs dont l'on pourrait s'inspirer dans le cadre du processus mondial d'affectation stratégique des ressources, en vue de formuler une stratégie concrète pour le budget programme 2016-2017. Au premier niveau, on trouve des principes directeurs généraux pour le processus mondial ; au deuxième, des principes relatifs aux principaux postes budgétaires précis pour l'affectation du budget au niveau régional ; et au troisième, des principes fondamentaux ou critères à appliquer dans toutes les Régions pour l'affectation du budget par pays. On a supposé que les autres processus budgétaires se déroulant en parallèle avec le débat sur l'affectation stratégique des ressources (planification ascendante, détermination du coût des produits, rôles et responsabilités des différents niveaux de l'Organisation) seraient achevés et applicables au moment de répartir le budget. Les principes généraux incluent certains concepts nouveaux tels que la capacité d'absorption et la « valeur ajoutée » de l'OMS. Ce dernier critère vise à maximiser l'efficacité budgétaire en encourageant l'Organisation à concentrer ses ressources uniquement sur les résultats sanitaires que d'autres intervenants tels que l'UNICEF, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) ou l'Alliance GAVI ne cherchent pas à atteindre. Le mécanisme d'affectation stratégique des ressources devrait être transparent et stable, et pouvoir être mis à jour (dans l'éventualité où l'on passerait à un mécanisme basé sur une formule). Une recommandation sera faite au groupe de travail mondial : que le budget soit alloué uniquement aux sept Bureaux régionaux de l'OMS ; la décision de savoir comment répartir le budget ordinaire entre les pays dans chacune des Régions devrait incomber aux Comités régionaux respectifs. Un tel mécanisme permettrait de rendre les Bureaux régionaux plus responsables et refléterait mieux les spécificités régionales. Le segment de la coopération technique est l'élément le plus sensible, car il représente le moyen le plus précis de mesurer les activités au niveau des pays. Toutefois, il ne doit pas être utilisé pour fixer le budget d'un pays donné, mais plutôt comme une allocation indicative globale pour le travail au niveau national dans toute une Région. Le montant affecté à titre de budget régional doit tenir compte de critères démographiques et du nombre de pays situés dans la Région, et pas seulement du nombre de bureaux de pays. L'efficacité des systèmes de santé et les nouveaux défis en matière de santé qui ne sont pas reflétés dans l'indice de développement humain (IDH) du PNUD seraient également des critères pertinents. Le sous-groupe rappellera au Siège de l'OMS que, dans la Région européenne, la coopération technique n'est pas limitée aux

pays en développement ou à ceux qui ont des bureaux de pays de l'OMS. Le sous-groupe a également formulé un certain nombre de recommandations sur la fourniture de biens publics mondiaux et régionaux, sur l'administration et la gestion, et sur la réaction aux situations d'urgence. Ces recommandations seront toutes transmises au groupe de travail mondial et, de là, à l'Assemblée mondiale de la santé.

26. Un membre propose que le rapport soit distribué aux pays qui ont bénéficié d'une coopération technique avec l'OMS, puisque ceux-ci sont directement concernés par les recommandations du sous-groupe. Un autre plaide pour que la coopération technique dans un pays donné tienne compte du contexte national particulier, et en particulier du fait que, lorsque l'on évalue les besoins sanitaires nationaux, les États membres ont des points de départ différents. En outre, il faut une harmonisation entre les biens publics mondiaux et les programmes nationaux. Il a été constaté que quatre approches distinctes seraient nécessaires pour chacun des quatre segments budgétaires proposés par le Conseil exécutif. Par exemple, la distinction établie entre les contributions volontaires et le budget dans son ensemble n'a pas de sens dans le contexte de la coopération technique avec chaque pays. Lorsque le Groupe de travail mondial sur l'affectation stratégique des ressources aura formulé ses recommandations finales et avant la prochaine session du Comité du programme, du budget et de l'administration, une téléconférence devra être organisée afin de convenir d'une position commune.

27. Le président du sous-groupe déclare que le rapport ne représente qu'une participation aux efforts du Groupe de travail mondial sur l'affectation stratégique des ressources – en fait un débat sur quelque chose qui n'existe pas encore – et que pour cette raison, il serait réticent, pour l'heure, à le diffuser auprès des États membres dans toute la Région.

28. Le directeur, Division de l'administration et des finances, déclare que le sous-groupe du CPRC a soulevé certaines questions que le secrétariat n'avait pas envisagées précédemment, par exemple, le fait de savoir si la part actuelle des dépenses consacrées aux quatre segments est souhaitable ou si certains ajustements seraient nécessaires. De même, le rapport comprend des éléments qui ne faisaient pas partie de la précédente formule pour l'affectation stratégique des ressources. Par exemple, les maladies non transmissibles, l'efficacité des systèmes de santé, la promotion de la santé et des maladies sans corrélation avec l'IDH du PNUD.

29. La directrice régionale félicite le sous-groupe pour son excellent travail qui, indubitablement, influencera la réflexion sur l'affectation stratégique des ressources à l'échelle mondiale et sera utile pour la définition de la future méthodologie de l'Organisation dans ce domaine. Elle convient qu'il est prématuré de diffuser le rapport du sous-groupe auprès des membres du Comité régional et propose qu'il soit transmis au président du groupe de travail mondial et au Siège de l'OMS, afin qu'ils puissent prendre connaissance des idées qu'il contient. En ce qui concerne la taille respective de chaque segment budgétaire, le Groupe de politique mondiale a décidé que chaque Bureau régional devait essayer de transférer des ressources supplémentaires à l'échelon des pays. De toute évidence, une telle opération nécessite certains réajustements et cette proposition n'a pas encore été soumise aux organes directeurs mondiaux. L'objectif premier est de parvenir à une répartition juste et équitable du budget entre les sept Bureaux régionaux, après quoi ce seront les Comités régionaux qui auront le plus grand pouvoir de décision quant à savoir comment répartir l'allocation régionale en aval. Afin de faciliter cette tâche, le Bureau régional a l'intention d'examiner ses principaux engagements envers les États membres européens dans le contexte de l'opération de désactivation des résolutions qui a eu lieu l'année dernière et de formuler un point de vue régional plus détaillé sur le budget programme mondial.

30. Le CPRC décide de transmettre le rapport du sous-groupe au président du Groupe de travail mondial sur l'affectation stratégique des ressources et au Siège de l'OMS et d'organiser une téléconférence avant la session du Comité du programme, du budget et de l'administration en mai, afin de discuter des conclusions des débats au sein du groupe de travail mondial.

Sous-groupe sur la gouvernance

31. Le président du Sous-groupe sur la gouvernance présente un rapport sur ses travaux dans le domaine de la gestion des résolutions, qui ont débouché sur deux projets de documents types : le premier, pour une résolution du Comité régional, et le deuxième, pour les incidences financières et administratives des projets de résolution du Comité régional. Afin de promouvoir la participation active des États membres aux travaux de l'OMS, le sous-groupe s'est efforcé de faire en sorte que les capitales, tout comme les missions permanentes, puissent apporter leur contribution (les États membres ne disposent pas tous de missions permanentes à Genève, Suisse) et a avancé un certain nombre de propositions de nature logistique afin de promouvoir et de maximiser la participation des États membres (WebEx, ShareFile, possibilité de formation et de renforcement des capacités sur le fonctionnement des organismes mondiaux). Sur le thème de la collaboration avec les ONG, le sous-groupe a formulé un certain nombre de suggestions : déclarations écrites sur les points techniques de l'ordre du jour, brèves interventions orales autorisées au préalable et portant uniquement sur les principaux points, et participation accrue des ONG aux séances d'information et tables rondes techniques. Sur les instructions données par le CPRC lors de sa précédente session, ce sous-groupe a élaboré une proposition en vue d'instaurer un système plus juste, plus transparent et plus objectif pour la désignation des membres du Conseil exécutif issus de la Région européenne et des membres du CPRC. Ce système est basé sur six critères approuvés, énoncés dans les résolutions EUR/RC60/R3 et EUR/RC63/R7. La formule employée se fonde sur un système élaboré de pondération et de cotation des critères pour déterminer quel est le meilleur candidat. Elle pourrait être utilisée pour les désignations de n'importe quel organe directeur. Le sous-groupe propose également que les pays qui désignent un candidat à un siège d'un organe directeur de l'OMS présentent un programme ou un manifeste d'un maximum de deux pages décrivant les objectifs et priorités du pays concerné pour cet organe directeur.

32. Les membres du CPRC n'ayant pas pris part aux délibérations de ce sous-groupe accueillent favorablement cette tentative d'établir un système mieux mesurable pour l'évaluation des candidats, mais font remarquer que le système proposé pour les désignations semble complexe et que les candidats sont désignés surtout et avant tout en tant que représentants d'un pays. Leurs mérites et qualités respectives sont, *stricto sensu*, des considérations secondaires. Le document type sur les incidences financières et administratives des projets de résolution du Comité régional est salué comme une tentative d'introduire un élément de responsabilisation financière dans le processus d'élaboration des résolutions, mais devrait inclure une référence à l'impact global de la résolution sur le secteur de programme concerné.

33. La directrice régionale convient que ce sont les États membres, et non des individus, qui sont désignés et sélectionnés pour siéger au Conseil exécutif et au CPRC, mais la Région européenne se distingue par le fait qu'elle est la seule à examiner le curriculum de chaque candidat. Cette pratique, qui a été citée avec l'approbation du conseiller juridique du Siège de l'OMS, est une mesure de protection visant à permettre aux États membres de réfléchir à des candidats de haut niveau pour toute la durée du mandat. Quoi qu'il en soit, le CPRC a été mandaté par le Comité régional pour assurer une plus grande objectivité dans le processus de désignation, mandat dont il s'est dûment acquitté. Le CPRC convient que la présélection des candidatures au Conseil exécutif et au CPRC doit se dérouler comme d'habitude, sur la base des six critères approuvés par le Comité régional, mais que l'outil élaboré par le sous-groupe pourrait être mis à l'essai en mai, en attendant qu'il soit évalué de manière plus approfondie et affiné. Les documents types sur les résolutions élaborés par le sous-groupe doivent être présentés au Comité régional, en incorporant les observations formulées par le CPRC.

Sous-groupe sur la mise en œuvre de Santé 2020

34. Le président du Sous-groupe sur la mise en œuvre de Santé 2020 remercie le secrétariat pour son dynamisme et les efforts assidus consentis pour élaborer toute une gamme de concepts et d'outils dans le cadre de Santé 2020, et en particulier pour ses travaux sur l'élaboration de cibles et d'indicateurs. On ne saurait trop insister sur l'importance d'avoir un plan de santé publique national, ce qui est la clé d'une mise en œuvre réussie de Santé 2020.

35. Le directeur, Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être, présente un exposé sur la mise en œuvre de la politique Santé 2020 au niveau des pays. La directrice régionale a écrit directement aux États membres pour leur demander des détails sur leurs plans de développement sanitaire et pour savoir quel type d'aide ils attendent de l'OMS. Un certain nombre de publications relatives à Santé 2020 ont récemment été traduites en russe. Le Bureau régional a organisé pour les gestionnaires de programmes une formation sur l'élaboration de politiques nationales de la santé dans le cadre de Santé 2020, et le dispositif de mise en œuvre de Santé 2020 a été agrémenté d'outils et de services conçus par différentes divisions et à partir de l'expérience de différents pays. Les accords de collaboration biennaux nationaux comportent toute une série de points d'entrée potentiels permettant à un pays d'appliquer ou de développer un aspect spécifique de la politique Santé 2020. L'objectif est de faire avancer Santé 2020 en suivant toute une série de pistes, avec flexibilité et prise en compte du contexte propre à chaque pays. Dès lors, il est indispensable d'évaluer minutieusement ce contexte pour pouvoir apporter conseils et assistance sur le plan technique. Divers outils décrivant de façon précise la situation actuelle, les impératifs et les perspectives de Santé 2020 dans les différents pays sont présentés, et des exemples d'initiatives prometteuses sont cités.

36. Le membre du CPRC représentant la Fédération de Russie déclare que la Communauté des États indépendants (CEI) a récemment décidé d'adopter l'approche Santé 2020 comme fondement de la stratégie sanitaire dans les pays de la CEI et qu'un accord en ce sens doit être signé au niveau des États. L'approche Santé 2020 est un outil utile pour détecter les diverses lacunes auxquelles les pays doivent remédier dans leur système de santé. Même si un lien explicite n'est pas toujours établi entre une initiative nationale et Santé 2020 et si de nombreux pays n'emploient pas vraiment le terme « santé publique », leurs interventions dans le domaine sanitaire sont, en fait, conformes à la stratégie Santé 2020. Le suivi des indicateurs est une tâche essentielle et stimulera les pays à prendre des mesures ciblées.

37. Le directeur, Division des systèmes de santé et de la santé publique, attire l'attention sur le suivi des progrès en matière de renforcement des systèmes de santé au niveau des pays et sur la transformation et la valorisation des personnels de santé dans le contexte de Santé 2020.

38. Évoquant le questionnaire pour les trois indicateurs de qualité pour la santé, la directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, demande au CPRC plus d'informations sur le mode de collecte de données. Elle annonce également au groupe qu'une réunion d'experts, lors de laquelle seront proposés des indicateurs objectifs du bien-être, se tiendra prochainement. Des informations à ce sujet seront communiquées lors du prochain CPRC et du CR64.

39. Le directeur, Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être, est conscient du fait que les pays n'emploient pas toujours les mêmes termes pour parler de la santé ou des indicateurs qui servent à la mesurer, mais le secrétariat s'est efforcé de faire en sorte que les concepts fondamentaux soient identiques. La santé publique n'est pas un secteur ceint de hauts murs, elle a de nombreuses ramifications qui se prolongent au-delà du mandat des ministères de la Santé, mais elle est néanmoins l'élément central qui forme la toile de fond de tous les autres aspects de l'approche Santé 2020. Dans une analyse croisée des objectifs et interventions stratégiques de Santé 2020, d'une part, et des opérations essentielles de santé

publique (EPHO) destinées à soutenir la mise en œuvre de la fonction de santé publique, d'autre part, la fonction consistant à garantir une gouvernance pour la santé et le bien-être a été jugée comme une excellente voie d'accès interdisciplinaire vers Santé 2020. Dans cet esprit, les ministères de la Santé de certains pays adoptent une approche pangouvernementale en tendant la main à d'autres secteurs. Le secrétariat est donc en train d'élaborer des principes directeurs et des recommandations pratiques sur la façon d'organiser et de tenir des réunions intersectorielles fructueuses.

40. La directrice régionale demande l'avis du CPRC sur la meilleure façon de présenter au Comité régional l'abondance d'informations sur Santé 2020 et propose de poursuivre la discussion lorsque le CPRC se réunira de nouveau en mai. Elle se félicite de l'annonce faite par le représentant de la Fédération de Russie, à savoir que la stratégie sanitaire de la CEI sera mise en œuvre au niveau national, et demande instamment aux autorités sanitaires compétentes d'exploiter au maximum les services fournis par l'OMS. De même, elle a été heureuse d'apprendre que Santé 2020 a été intégrée dans la stratégie de développement du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et sera donc un élément des fonds de pré-adhésion de l'UE pour les pays concernés. Elle exhorte les États membres à faire usage des indicateurs et cibles suggérés par Santé 2020 pour assurer le suivi des améliorations et à exploiter les outils prévus pour l'évaluation des politiques, comme l'ont déjà fait la Finlande et la Lituanie.

Questions d'ordre technique

Conclusions de la conférence d'Achgabat

41. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, présente le texte de la « Déclaration d'Achgabat sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 » (document EUR/SC21(3)/10) et demande au CPRC de l'approuver, ainsi que de donner mandat pour l'élaboration d'une feuille de route en vue d'une mise en œuvre actionniste. Le processus de rédaction a été quelque peu délicat, étant donné que l'Assemblée mondiale de la santé a approuvé le « Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 » au mois de mai et que les participants à la conférence d'Achgabat n'ont pas voulu anticiper sur le projet mondial. Ils ont donc choisi de renforcer l'engagement des États membres en faveur de Santé 2020 et d'adopter des innovations spécifiques à la Région européenne. Trois domaines prioritaires ont été délimités : le manque de cohérence entre le nombre élevé de signataires européens de la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac* et le fait que la Région, dans son ensemble, enregistre la plus forte prévalence de tabagisme à l'échelle mondiale ; le renforcement de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles ; et l'élaboration rapide de systèmes de santé nationaux axés sur la personne.

42. Le CPRC approuve la déclaration et prie le secrétariat de passer à un plan d'action. Étant donné que les éléments de la déclaration relatifs aux politiques sont ambitieux, le secrétariat doit se préparer avec rigueur lorsqu'il présente un projet de résolution pour examen par le Comité régional. Une remarque est émise, à savoir que le tabac est le seul facteur de risque pour les maladies non transmissibles qui est nommé dans la résolution A/RES/64/265 de l'ONU relative à la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et qui ne fait toujours pas l'objet d'un plan d'action visant à contribuer à la réalisation des objectifs. Un État membre demande que le plan d'action couvre également les produits du tabac sans fumée et les produits novateurs tels que les cigarettes électroniques. Enfin, il convient de veiller à ce que tout projet de résolution abordant certaines questions liées au tabac respecte les obligations légales en vigueur.

Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2014-2020

43. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, présente le « Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2014-2020 » (document EUR/SC21(3)/8), qui a été remanié pour tenir compte des observations et conseils reçus lors de la session tenue par le CPR en décembre. Ce document sera prochainement distribué aux États membres dans toute la Région pour consultation et examen en bonne et due forme par les points focaux techniques nationaux. Une version mise à jour sera ensuite présentée à la réunion tenue par le CPR en mai, lors de laquelle d'autres commentaires et suggestions seront incorporés.

44. Le CPR exprime sa satisfaction quant à la nouvelle version améliorée du plan d'action et formule une série de suggestions d'ordre rédactionnel et technique visant à améliorer et à clarifier encore ce document.

45. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, déclare qu'à eux seuls, le nombre et le niveau de détail des commentaires des États membres démontrent déjà l'engagement résolu de ces derniers en faveur du plan d'action. Il sera dûment pris note de toutes les suggestions, qui seront reflétées comme il se doit dans la prochaine version du texte. Il note la réaction positive des États membres par rapport à la définition de profils nutritionnels, qui doit précéder la réglementation du marketing ; promet que les nouvelles versions du plan d'action évoqueront plus explicitement le partenariat avec l'UE en matière de politiques ; explique qu'en ce qui concerne les maladies non transmissibles, l'attention est, au niveau mondial, centrée sur l'obésité, d'où la nécessité de rappeler aux États membres qu'il reste des poches de dénutrition – il est clair que l'on n'a pas mis l'accent là où il le fallait, ce qui sera corrigé dans la prochaine version du projet ; et assure que le texte remanié fera référence à d'autres mesures de promotion de la santé, telles l'usage d'ingrédients frais dans la cuisine, comme l'a suggéré le CPR. Le coût des denrées fraîches sera également évoqué. Malgré l'existence de l'Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile (COSI, pour *Childhood Obesity Surveillance Initiative*) et de l'Enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé (HBSC, pour *Health Behaviour in School-aged Children*), il est manifeste que des efforts supplémentaires sont nécessaires afin d'intégrer des outils pour la collecte de données en fonction de l'âge dans le cadre de suivi général des maladies non transmissibles. La prochaine version du document énumérera l'éventail de maladies liées à la nutrition et donnera plus d'importance à une démarche intersectorielle visant à inclure la nutrition dans toutes les politiques. Lors de l'élaboration de ce plan d'action, le secrétariat a essayé d'inclure des exemples d'interventions nationales réussies sur le plan fiscal, la taxe française sur les boissons sucrées est une bonne illustration évidente, dans l'espoir d'encourager d'autres gouvernements à suivre l'exemple. Mais, de toute évidence, il y a d'âpres discussions sur l'efficacité des mesures fiscales en vue de la régulation de la demande, et cette question devra être discutée dans un forum d'échange approprié. Le secrétariat relira le plan d'action pour répondre aux critiques suivant lesquelles son texte est paternaliste et suppose que les gens sont incapables d'opérer leurs propres choix nutritionnels. En adoptant pour le plan d'action une approche essentiellement régulatrice, on s'est simplement aligné sur les pratiques actuelles des gouvernements de la Région européenne : alors que presque tous les États membres ont des politiques visant à sensibiliser le public (recommandations diététiques, programmes d'incitation à la consommation de fruits à l'école, etc.), ils sont relativement peu à avoir promulgué des mesures qui attaquent de front ou peuvent susciter la polémique, telles que la réglementation du marketing ou l'introduction de taxes et de subventions. Enfin, le secrétariat a pris note de l'objection des États membres quant au terme « aliments sains » et le supprimera.

46. La directrice régionale fait savoir au CPR que le directeur général envisage de mettre en place une commission de l'OMS sur l'obésité de l'enfant, qui doit mener ses travaux dans les prochains mois et faire rapport à l'Assemblée mondiale de la santé en 2015.

47. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, explique que, à la suite de la consultation, en bonne et due forme, des États membres, un projet préliminaire du plan d'action mis à jour sera diffusé auprès du CPRC peu avant sa réunion de mai. Étant donné que des changements ont été demandés et que la consultation politique se poursuit, le président indique qu'il est acceptable que ce document soit disponible quelques jours avant la prochaine réunion.

Investir dans l'enfance

48. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, présente le « Projet de stratégie pour la santé et le développement des enfants et des adolescents dans la Région européenne de l'OMS 2014-2025 » (document EUR/SC21(3)/14) et le plan d'action connexe « Priorité d'intervention : plan d'action pour la prévention de la maltraitance des enfants 2014-2020 » (document EUR/SC21(3)/13), qui ont été considérablement amendés pour tenir compte des commentaires formulés par les États membres et un groupe de travail interdivisionnaire, ainsi que lors d'une réunion d'experts techniques. Il attire l'attention du CPRC sur la vision holistique de la santé des enfants et des adolescents au paragraphe 25 du projet de stratégie, qui représente la perfection, et demande quels éléments de cette vision pourraient être concrétisés dans les dix prochaines années. Où l'OMS devrait-elle concentrer ses efforts pour faire une différence ? Le fait que, dans toute l'Europe, les enfants sont absents de systèmes d'information sanitaire après l'âge de cinq ans, pour ne réapparaître que quand ils sont devenus des électeurs, est un problème surprenant qui est désormais mis en lumière. La plupart des données recueillies par les pouvoirs publics sont centrées sur les ménages plutôt que sur les enfants, ce qui complique la cartographie des parcours suivis par les enfants et les adolescents sur le plan sanitaire. Autre problème préoccupant : le taux obstinément élevé de mortalité de l'enfant par maladies évitables dans certaines zones d'Europe. Quant au Plan d'action pour la prévention de la maltraitance des enfants, il cherche à montrer comment le projet de stratégie fonctionne dans le cas d'un problème spécifique rencontré par la Région européenne. Le plan d'action établit que, dans la plupart des pays européens, la maltraitance à l'égard des enfants est une question relevant de la justice pénale, alors que, dans une perspective de santé publique, une approche fondée sur la prévention et le traitement pourrait être plus appropriée. Les pouvoirs publics devraient chercher à définir plus précisément la maltraitance à l'égard des enfants, et accorder une attention particulière aux groupes à problèmes (toxicomanes, alcooliques, familles vivant dans la pauvreté) pour prévenir la maltraitance.

49. Le CPRC exprime sa satisfaction quant à la version remaniée du projet de stratégie et quant au plan d'action, et formule une série de suggestions d'ordre rédactionnel et technique visant à améliorer et à clarifier davantage encore ces documents.

50. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, note le grand nombre de réserves émises quant aux cibles, buts et objectifs du projet de stratégie. Le secrétariat a tenté de cerner dans quels domaines on pourrait réellement mesurer une amélioration des résultats obtenus, plutôt que de mesurer simplement l'état d'avancement des politiques et des processus. Cela est techniquement difficile, étant donné la restriction imposée de ne pas introduire de nouveaux processus de mesurage. La situation est encore plus compliquée en ce qui concerne la maltraitance à l'égard des enfants, un domaine où les définitions normalisées font défaut et où les comparaisons sont malaisées. Les indicateurs du projet de stratégie devraient-ils être exprimés sous forme de chiffres ou de courbes ? Il conviendra d'analyser et d'affiner les observations faites sur chaque indicateur, dont on a pris bonne note. La prochaine version du projet de stratégie évoquera l'instruction en santé (bien que la version actuelle mentionne l'éducation à la santé ainsi que les connaissances et compétences en matière sanitaire), précisera clairement les sources pour toutes les statistiques présentées, élargira la définition des facteurs de protection, inclura des références au syndrome du bébé secoué, donnera plus d'importance à la petite enfance, se penchera sur les réseaux de services, en dira plus long sur les programmes de santé mentale,

mentionnera le harcèlement, comportera une référence à la formation des enseignants et du personnel des écoles à la détection de toutes les formes de maltraitance des enfants et fera référence aux pays qui mènent les études par eux-mêmes. Certains des échéanciers prévus pour la réalisation des cibles spécifiées (en particulier 2015) sont effectivement trop serrés et seront modifiés. La prochaine version exposera également plus en détail le rôle joué par l'OMS s'agissant d'aider les pays à mettre en œuvre le projet de stratégie. Il est aussi suggéré d'établir des liens entre cette stratégie et les autres stratégies de l'OMS et de l'UE portant sur la même question. Un État membre demande que le rapport relatif à la dernière stratégie soit finalisé et à ce qu'il y soit fait référence dans cette stratégie. Le secrétariat a supprimé toutes les références à l'impact quantitatif de la précédente stratégie, précisément parce qu'il s'est avéré extrêmement difficile de montrer des résultats précis. Certains de ces impacts numériques peuvent, bien sûr, être réintroduits, mais il est important de reconnaître honnêtement la difficulté. Pour la même raison, le nouveau projet de stratégie a cherché à déterminer l'impact qu'il aura sur des programmes de santé identifiés avec précision. La prochaine version des documents reflètera le rôle des autorités locales dans l'amélioration de la santé des enfants et des adolescents (par l'instauration d'un environnement et de transports sûrs), la nécessité de se focaliser sur une véritable législation plutôt que sur des plans et des politiques, et le caractère souhaitable de l'élaboration de critères caractérisant les mauvaises expériences vécues durant l'enfance.

Action en faveur des pays

51. La directrice exécutive, Relations avec les pays et communication globale, présente une « Note de couverture » (document EUR/SC21(3)/16) brochant la toile de fond du débat en cours sur le rôle des bureaux de pays de l'OMS et leurs relations avec les pouvoirs publics nationaux, le « Rapport de la première réunion du groupe de travail sur la nouvelle stratégie de pays pour la Région européenne » (document EUR/SC21(3)/11) et une note conceptuelle annotée pour le projet de document d'information sur la « Coopération entre les pays et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe » à l'attention des États membres, qui se substituerait à une stratégie de pays officielle, si le CPR en décidait ainsi (document EUR/SC21(3)/15). Des discussions internes au sein du secrétariat ont montré que la fonction et les rôles clés des bureaux de pays dans toute la Région sont encore mal compris. Dès lors, elle propose de faire profiter le CPR d'un certain nombre d'exposés.

52. Le conseiller technique, Relations stratégiques avec les pays, explique que, parmi les critères à appliquer pour déterminer la taille d'un bureau de pays, on trouve l'ampleur des besoins de santé de ce pays, calculée d'après des indicateurs démographiques et sanitaires, la capacité de ce pays à répondre à ces besoins, et le degré de coordination et de gestion de projets nécessaires au niveau national. Il est clair que l'attitude d'un État membre désireux d'accueillir un bureau de pays joue également un rôle. La taille d'un bureau de pays peut augmenter ou diminuer au fil du temps afin de refléter l'évolution des besoins et des circonstances.

53. Le chef du bureau de pays de l'OMS en Slovénie affirme que le rôle d'un petit bureau de pays de l'OMS est d'être un guichet unique destiné à soutenir un État membre ayant accepté une aide et une collaboration, généralement dans le cadre d'un accord de collaboration biennal. Il sert également d'intermédiaire avec le reste du système des Nations Unies. On trouve de petits bureaux de pays dans des États membres disposant déjà d'importantes capacités techniques.

54. L'administrateur national du bureau de pays de l'OMS en Bosnie-Herzégovine déclare que le rôle d'un bureau de pays de taille moyenne est de faciliter la transposition d'initiatives dans le domaine sanitaire de l'OMS à l'État membre et de tenir compte des spécificités sous-régionales, dont la gestion de projets transfrontaliers comme le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est. Il contribue aussi à la définition de priorités dans le cadre de l'UNDAF et aide les gouvernements à accéder aux ressources de l'Alliance GAVI et du Fonds mondial.

55. Le représentant de l'OMS au Kazakhstan déclare que le rôle d'un grand bureau de pays est de faciliter la communication bilatérale entre l'État membre et tous les niveaux de l'OMS et de dispenser des conseils pour l'élaboration de politiques, ainsi qu'une assistance technique. Les grands bureaux de pays mettent en œuvre directement des projets de démonstration et jouent un rôle essentiel en cas d'urgence sanitaire et pour la mobilisation de ressources.

56. Formulant un commentaire sur le document d'information et la proposition de renoncer à une stratégie de pays régionale en bonne et due forme, le CPRC observe que le texte qui lui est soumis va au-delà d'une simple classification des bureaux de pays et de leurs fonctions essentielles (qui, il en convient, serait un outil introductif utile pour les ministères de la Santé et d'autres fonctionnaires publics) pour traiter de thèmes beaucoup plus généraux sur la nature des relations entre l'OMS et les États membres. Les fonctions des différents types de bureaux de pays doivent être décrites, ainsi que les dispositifs de collaboration employés entre l'OMS et les pays ne disposant pas d'un bureau de pays. Un représentant fait observer que, dans le contexte de la réforme de l'OMS, la question d'une stratégie de pays mondiale demande à être discutée par les organes directeurs mondiaux. Dès lors, la réticence du directeur général à engager un tel dialogue est déconcertante. Toutefois, l'opinion qui prévaut au niveau mondial, à savoir que la stratégie de pays est une question de gestion interne, ne doit pas empêcher un débat sur ce point au Comité régional, bien que la discussion devrait peut-être être caractérisée d'une manière différente. Étant donné le rôle essentiel joué par les bureaux de pays pour faire progresser les travaux de l'Organisation dans la Région européenne, il est à espérer que la position mondiale évolue, stade auquel la question d'une stratégie retrouvera tout naturellement sa place à l'ordre du jour régional. Un autre représentant déclare qu'il n'appartient pas au Comité régional d'examiner en détail les raisons ayant conduit à l'établissement d'un certain type de bureau de pays dans un État membre donné, et a fortiori de préconiser la nature précise du bureau de pays dont un pays aurait besoin. Mais il est également important de souligner qu'il n'est pas exclu que les pays ne disposant pas d'un bureau de pays aient des contacts avec l'OMS.

57. La directrice régionale précise qu'au Groupe de politique mondiale, il a été demandé au directeur général, entre autres, de faire en sorte que la division Action en faveur des pays actualise la stratégie mondiale d'action en faveur des pays et soumette à examen le Groupe d'action en faveur des pays. Toutefois, les résultats de ce processus ne seront pas soumis aux organes directeurs mondiaux. Le directeur général ne peut prendre des décisions au nom de la Région : il appartient aux membres du CPRC de décider de présenter ou non une stratégie au Comité régional. En même temps, la Région est obligée de s'aligner sur les priorités mondiales. Par conséquent, en l'absence d'une position mondiale, elle recommande un exposé technique sur l'action en faveur des pays (plutôt qu'une stratégie parfaitement articulée). Quel que soit le format du document soumis au Comité régional, il doit surtout et avant tout être utile aux États membres. Il doit décrire ce qu'offre l'OMS, son mode de travail avec les pays qui n'ont pas de bureau de l'OMS, et expliquer quel est le profil de l'OMS/Europe qui l'empêche d'établir un grand nombre de bureaux de pays. La politique régionale exclut que des capacités nationales soient abritées sous le toit des bureaux de pays eux-mêmes. L'appui technique est dispensé par le Bureau régional ou par les bureaux géographiquement dispersés (GDO). L'importance des partenariats et la nécessité d'éviter de répéter les mêmes tâches doivent également être soulignées, compte tenu de la présence dans la Région de partenaires solides tels que l'UE. Enfin, il convient de rappeler que les bureaux de pays représentent un élément essentiel de l'activité de l'OMS dans la Région européenne et qu'aucune fermeture n'est prévue ou envisagée. Toutes les décisions relatives à l'instauration de bureaux de pays, à la réduction de leurs effectifs ou à leur fermeture sont prises de manière bilatérale, avec le pays concerné.

58. Le CPRC décide que le document d'information proposé, modifié pour tenir compte des commentaires du CPRC, doit être soumis au Comité régional avec une note de couverture expliquant pourquoi il n'est pas présenté sous la forme d'une stratégie régionale.

Stratégies d'information sanitaire pour la mise en œuvre de Santé 2020

59. La directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, présente le « Cadre d'un outil d'aide aux stratégies nationales d'information sanitaire pour la mise en œuvre de Santé 2020 et au-delà » (document EUR/SC21(3)/9), dont le principal volet sera constitué par le projet d'annexe 1, qui décrit en détail les éléments de l'outil et comprend une proposition de listes de vérification. Le CPR est invité à indiquer s'il juge utile l'outil brièvement décrit, si les États membres s'engageraient à l'utiliser (sous réserve d'adaptations nationales) et si une résolution appropriée doit être soumise au Comité régional, demandant aux pays d'utiliser cet outil pour développer ou renforcer leur stratégie nationale d'information sur la santé.

60. Le CPR accueille favorablement ce cadre et indique qu'étant donné l'importance accordée à la mise en œuvre de Santé 2020, cet outil doit, d'une manière ou d'une autre, faire l'objet d'un débat au Comité régional. Deux États membres se déclarent en faveur d'une résolution, d'autres sont réticents à l'idée d'une résolution sur cette question, préférant attendre une version plus détaillée de l'outil et entendre plus de commentaires des partenaires de l'OMS dans le cadre de ce projet. D'autres voient des avantages évidents dans le fait de s'engager en faveur d'un outil permettant d'accéder à un système d'information sanitaire unique contenant des données comparables et normalisées en provenance de toute l'Europe et soulignent les dangers inhérents à la multiplication des consultations et aux atermoiements. Un représentant fait observer que l'OMS devrait s'efforcer avant tout d'aider à améliorer les systèmes d'information sanitaire dans les différents États membres plutôt que de leur demander de mettre en œuvre une stratégie. Un État membre demande de promouvoir l'élargissement de la collecte de données sur la santé de l'enfant, en couvrant tous les groupes d'âge.

61. La directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, déclare qu'une résolution au Comité régional pourrait être un catalyseur pour agir, bien que l'existence et l'état actuel de l'outil ne soient aucunement des conditions impératives pour adopter une telle voie d'action, qui découle en fait d'engagements pris en vertu de la résolution WHA60.27 et de la Déclaration de Moscou de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles. De toute évidence, les applications concrètes de cet outil, qui sont de fournir un système d'information sanitaire performant et non pas seulement une stratégie, doivent être mieux mises en évidence. L'annexe 1 vise à servir cet objectif.

62. La directrice régionale propose une stratégie à deux volets pour avancer. Premièrement, une réunion d'information technique sur ce sujet au Comité régional, à laquelle les organisations partenaires du Bureau régional seraient invitées en tant qu'observatrices. Les États membres pourraient ensuite faire pression collectivement pour aller de l'avant avec un système d'information intégré, conformément à la Déclaration de Moscou. Deuxièmement, une réunion devrait être organisée à l'automne avec le nouveau Commissaire européen et d'autres acteurs clés de la Commission européenne pour prendre des décisions sur les étapes les plus importantes des cinq prochaines années. Actuellement, il n'y avait pas assez de substance pour soumettre ce dossier au Comité régional sous la forme d'une stratégie, pour examen.

63. Le CPR décide de ne pas inscrire les stratégies d'information sanitaire à l'ordre du jour du Comité régional, mais d'envisager la possibilité de tenir une séance d'information technique sur ce sujet.

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

64. Le président de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURSA) déclare qu'il y a eu non seulement un recul des droits accordés au personnel, mais aussi des amendements importants du Règlement du personnel en ce qui concerne les désignations. Le Bureau régional a élaboré un plan de gestion des ressources humaines pour assurer la viabilité financière et pour réaligner les effectifs en personnel sur les priorités convenues dans le Douzième Programme général de travail, et l'EURSA a travaillé en étroite collaboration avec la direction pour limiter les incidences sur les membres du personnel concernés, renforcer la transparence et faciliter la communication. Malheureusement, la suppression de postes en raison de la restructuration organisationnelle ou de changements de priorités ne signifie pas que les charges et les responsabilités des postes supprimés ont tout simplement disparu. Elles ont entraîné un surcroît de travail et plus de stress pour le personnel toujours en place. Par ailleurs, il y a eu une augmentation des contrats conclus avec l'extérieur. Il convient de veiller à ce que les contractants ne soient pas employés pour remplir des fonctions essentielles ou gérer les services généraux de l'Organisation. Le mode de gestion des effectifs en vigueur à l'OMS devrait viser à attirer et à maintenir en poste les meilleurs professionnels, tout en respectant les engagements de l'Organisation en faveur de la parité entre les sexes et du respect de la diversité.

65. Autant la direction que le personnel conviennent que le système de justice interne de l'OMS doit être réformé. En parallèle, l'EURSA promeut une politique de tolérance zéro, qui encourage le personnel à prendre des mesures (par exemple via une formation et un appui direct) et à entrer en contact avec la direction et les autres parties concernées, telles que le médiateur et le point focal régional pour le harcèlement, mettant ainsi l'accent non plus sur la résolution des conflits, mais sur leur prévention. Alors que l'OMS mène, à juste titre, une politique de tolérance zéro par rapport à toute forme de discrimination dans le milieu de travail, certaines pratiques administratives que l'EURSA considère comme discriminatoires persistent. Par exemple, dans le contexte des unions entre conjoints de même sexe, les membres du personnel mariés légalement et détenant le passeport d'un pays ne reconnaissant pas ce type d'union se voient refuser la reconnaissance de leur union par l'OMS. Sur la question de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, quelques petites mesures ont été prises en faveur de l'introduction du télétravail occasionnel pour le personnel du Siège de l'OMS. L'EURSA soutient fermement l'adoption d'une politique similaire à l'OMS/Europe, car elle est un moyen de stimuler le moral et la motivation du personnel. En outre, il y a parfois des contradictions entre les pratiques administratives de l'Organisation et les politiques en faveur desquelles celle-ci se déclare. Par exemple, le Bureau régional autorise un congé de maternité de 4 mois, mais l'OMS préconise au monde entier un allaitement exclusif au sein pendant une période de 6 mois. Il convient de rappeler que, par rapport au reste du monde, la Région européenne enregistre le taux le plus bas d'allaitement maternel exclusif. Enfin, l'ensemble de prestations offertes au personnel recruté aux niveaux national et international doit être revu à l'échelle mondiale en 2014. Le moral du personnel et son sentiment de sécurité peuvent être affectés par toute réduction des prestations offertes, ce qui s'ajoute à la perte de sécurité occasionnée par les changements apportés aux politiques en matière de nomination et au fait que le personnel, en général, n'est pas couvert par son régime national de sécurité sociale.

66. L'EURSA est conscient du fait que la gestion des questions d'administration interne et de management a été déléguée par les États membres à la directrice régionale, mais en même temps, ce sont les États membres qui prennent toutes les décisions importantes sur la réforme. Dès lors, il n'est que juste qu'ils soient mis au courant des incidences des réformes qu'ils ont mis en branle sur les politiques en matière de personnel.

67. La directrice régionale remercie l'EURSA pour sa collaboration constructive à la réduction des effectifs de l'administration et de l'encadrement à l'OMS/Europe, qui a permis

d'assurer la viabilité financière du Bureau régional et a renforcé ses capacités techniques. Tout au long de cette opération, la direction a fait de son mieux pour atténuer les effets les plus douloureux de cette transition. Il est vrai que le nombre de contrats de consultants a augmenté légèrement au Bureau régional, mais il y a eu en même temps une baisse sensible du nombre d'accords pour l'exécution de travaux, de sorte que globalement, il y a eu, en 2013, une diminution du nombre de contrats signés avec des personnes n'ayant pas le statut de membres du personnel. Elle soutient sans réserve l'extension du congé de maternité à six mois contre quatre actuellement, en plus de l'inauguration d'une salle réservée aux femmes allaitantes. Quoiqu'elle puisse comprendre certains aspects de la campagne en faveur du télétravail et convienne que certaines tâches pourraient sans aucun doute être accomplies à la maison, il faut également garder à l'esprit qu'une grande partie du travail du Bureau régional est fondée sur le travail d'équipe et implique nécessairement de pouvoir s'entretenir de façon directe et immédiate avec des collègues.

Composition des organes et comités de l'OMS

68. À huis clos, le CPRC procède à l'examen des postes vacants au sein des organes et comités de l'OMS et des candidatures reçues.

Autres questions à l'ordre du jour

Points focaux du CPRC au CR64

69. La directrice régionale assigne chaque point de l'ordre du jour devant être examiné au CR64 à un point focal : questions de gouvernance générale, Malte ; mise en œuvre de Santé 2020, Israël ; résultats de la conférence de Tallinn, Estonie ; conférence d'Almaty, Bélarus ; conférence d'Achgabat, Fédération de Russie ; Investir dans l'enfance, Finlande ; Plan d'action sur la politique alimentaire et nutritionnelle, Autriche ; Plan d'action régional pour les vaccins, République de Moldova ; table ronde sur les partenariats, Lettonie ; « Questions découlant... », Suisse ; séances d'information technique et déjeuners ministériels, Bulgarie ; et dossier de la réforme de l'OMS, en particulier l'affectation stratégique des ressources, Belgique et France.

Points focaux techniques nationaux

70. Présentant un nouveau modèle pour les points focaux techniques nationaux, aligné sur le budget programme 2014-2015, la directrice exécutive, Relations avec les pays et communication globale, déclare que le Bureau régional a réussi à faire passer de 38 à 20 le nombre de ces points focaux comme personnes de contact pour la collaboration dans des secteurs de programmes précis. Sous réserve de l'approbation de ce modèle par le CPRC, le secrétariat demandera aux États membres de confirmer l'identité de leurs 20 points focaux techniques en vue de la publication d'une liste sur le site Web externe et de l'inclusion de leurs coordonnées sur le site SharePoint, afin de permettre aux points focaux d'interagir en tant que de besoin.

71. Certains membres du CPRC plaident en faveur d'une nouvelle réduction pour porter ce nombre à 15.

72. La directrice exécutive, Relations avec les pays et communication globale, admet qu'il pourrait y avoir une certaine marge de manœuvre pour de nouvelles réductions et précise les rôles, les responsabilités et les rapports hiérarchiques des homologues nationaux par rapport aux points focaux techniques nationaux.

73. Le président du CPR propose que le secrétariat soit chargé d'étudier la possibilité de réduire le nombre de points focaux nationaux à moins de 20 et que les États membres qui ont demandé une telle réduction définissent eux-mêmes les secteurs de programme dans lesquels ils estiment que des fonctions pourraient être fusionnées. En tout état de cause, le secrétariat distribuera la liste des points focaux techniques nationaux et leur mandat avec la liste actuelle des candidats stockée dans le système de l'OMS, en demandant de nouvelles désignations à temps pour la session de mai du CPR.

= = =