



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

**Dix-huitième Comité permanent
du Comité régional de l'Europe**

Troisième session

Copenhague (Danemark), 30 et 31 mars 2011

EUR/RC60/SC(3)/REP
110922

6 avril 2011

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport sur la troisième session

Sommaire

	page
Introduction	1
Discours inaugural de la directrice régionale de l’OMS pour l’Europe	1
Questions découlant de la 128 ^e session du Conseil exécutif de l’OMS	2
Version révisée du projet de budget programme 2012-2013 et réforme de l’OMS	3
Commentaires et enseignements tirés de la soixantième session du Comité régional	3
Examen de l’ordre du jour et du programme provisoires de la soixante et unième session du Comité régional	4
Examen des projets de documents pour la soixante et unième session du Comité régional	5
La nouvelle politique européenne de la santé – Santé 2020	5
Renforcement des capacités et des services de santé publique en Europe	6
Rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn	6
Maladies non transmissibles	7
Alcool	7
Résistance aux antibiotiques	8
Tuberculose multirésistante et ultrarésistante	8
Communication en santé	9
Le budget programme comme outil stratégique de responsabilisation	9
VIH/sida	10
Discours d’un représentant de l’Association du personnel du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe	10
Composition d’organes et de comités de l’OMS	11
Fonctions de supervision et transparence du CPR	11
Rapport de supervision du CPR	11
Processus de sélection pour siéger au CPR et liens avec le Comité régional	12
Préparations de la réunion « ouverte » du CPR	12
Coordination régionale pendant et entre les réunions des organes directeurs mondiaux	13
Préparations de la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé et de la 129 ^e session du Conseil exécutif	13
Dates et lieux des sessions du dix-neuvième CPR	13
Autres questions à l’ordre du jour	13

Introduction

1. Le dix-huitième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CPCR) a tenu sa troisième session à Copenhague (Danemark) les 30 et 31 mars 2011 dans les locaux du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Le docteur Boban Mugosa, membre du Monténégro (remplacé par son suppléant, le docteur Zoran Vratnica) a fait parvenir ses excuses pour son absence. L'assemblée a aussi accueilli le docteur Carmen Amela Heras, nouveau membre désigné de l'Espagne, accompagnée de sa conseillère, le docteur Karoline Fernandez de la Hoz.

2. Le rapport sur la deuxième session du dix-huitième CPCR (Andorre-la-Vieille, 18 et 19 novembre 2010) est adopté avec un amendement. Un nouveau paragraphe doit être inséré après le paragraphe 48, comme suit : « Le CPCR est dubitatif quant à la proposition visant à créer de nouveaux bureaux géographiquement dispersés, car il estime que l'accent doit être mis sur le renforcement du Bureau régional. Il exprime également sa préoccupation au sujet du statut du bureau géographiquement dispersé de Rome, et prie la directrice régionale de faire rapport au Comité permanent en sa prochaine session. »

Discours inaugural de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe

3. Dans son discours inaugural (diffusé pour la première fois sur Internet), la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe fait état d'un certain nombre d'événements ayant eu lieu depuis la précédente session du CPCR. Une consultation régionale de haut niveau sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles s'est tenue à Oslo (Norvège) le 25 novembre 2010. Le Bureau régional a organisé une conférence sur les enfants atteints de déficiences intellectuelles les 26 et 27 novembre à Bucarest (Roumanie), à laquelle ont assisté des personnes s'assurant malgré leur handicap mental ainsi que des représentants des familles, d'organismes des Nations Unies et d'organisations intergouvernementales. La déclaration adoptée lors de la conférence sera soumise au Comité régional de l'OMS pour l'Europe à sa soixante et unième session (CR61) pour approbation.

4. Une réunion avec des représentants des missions permanentes des États membres européens auprès de l'Office des Nations Unies et d'autres organisations internationales a eu lieu à Genève le 9 décembre, et des réunions d'information quotidiennes ont été organisées lors de la 128^e session du Conseil exécutif et du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil en janvier 2011. La première réunion du Forum européen sur la politique de la santé pour hauts responsables de gouvernement a eu lieu en Andorre du 9 au 11 mars 2011 ; certaines de ses séances étaient conçues afin de permettre aux participants de procéder à un échange de données d'expériences et de stratégies dans le cadre des efforts actuellement consentis pour atteindre les objectifs fixés dans la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité.

5. Des représentants du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme se sont rendus au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe le 14 mars, et les directeurs régionaux des agences des Nations Unies en Europe et en Asie centrale se sont réunis au Bureau régional les 15 et 16 mars pour évoquer les moyens d'améliorer la cohérence et la coordination interagences. La directrice régionale a assisté à une réunion conjointe OMS/Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) sur la tuberculose infantile à Stockholm (Suède) les 17 et 18 mars, tandis que la Journée mondiale de la tuberculose a été célébrée le 24 mars.

6. La huitième réunion des hauts responsables de l'Organisation mondiale de la santé et de la Commission européenne s'est tenue à Bruxelles les 24 et 25 mars. Le directeur général de l'OMS et les directeurs régionaux de l'OMS pour l'Europe et l'Afrique, la directrice de l'Organisation panaméricaine de la santé (Bureau régional de l'OMS pour les Amériques), ainsi que des hauts

responsables de l'ensemble des six Régions de l'OMS étaient présents à cette occasion. Lors d'une visite officielle au Bureau régional le 28 mars, Sandra Roelofs, Première Dame de Géorgie, a été nommée Ambassadrice de bonne volonté de l'OMS pour les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

7. Parmi les prochaines manifestations prévues, il convient de mentionner la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles (Moscou, avril 2011), en préparation de la réunion de haut niveau des chefs d'État et de gouvernement organisée par l'Assemblée générale des Nations Unies (New York, septembre 2011). La Journée mondiale de la santé du 7 avril 2011 sera placée sous le thème de la résistance aux antimicrobiens, et donnera lieu à d'importantes manifestations à Copenhague, à Kyev, à Londres, à Moscou, à Rome et à Strasbourg. Le renforcement de la coopération entre l'OMS et l'Union européenne (UE) par l'établissement de liens plus étroits avec la Commission européenne et le Parlement européen, ainsi que des actions conjointes avec les pays exerçant la présidence du Conseil européen, figurent parmi les plans et les priorités pour ces six prochains mois. Enfin, en s'appuyant sur une importante analyse des flux de revenus projetés et des dépenses prévues à l'automne 2010, le Groupe de politique mondiale de l'Organisation (comprenant le directeur général de l'OMS, le directeur général adjoint et les directeurs régionaux) a examiné et mettra en place un programme global de réforme de l'OMS.

Questions découlant de la 128^e session du Conseil exécutif de l'OMS

8. Le membre européen du Conseil exécutif désigné pour assurer la liaison avec le CPRC confirme que la 128^e session du Conseil exécutif a conféré au directeur général de l'OMS le mandat explicite d'engager une réforme de l'Organisation. Une version révisée du projet de budget programme pour 2012-2013 sera disponible d'ici la fin du mois, et des propositions de réforme dont la publication est prévue pour la mi-avril seront examinées lors d'une consultation avec les représentants des États membres à Genève préalablement à l'ouverture de la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé en mai 2011.

9. Sur le plan technique, le Conseil exécutif a adopté pas moins de cinq résolutions relatives à différents aspects du renforcement des systèmes de santé : structures durables de financement de la santé et couverture universelle (résolution EB128.R8) ; personnel de santé (EB128.R9) ; gestion des urgences sanitaires et des catastrophes (EB128.R10) ; soins infirmiers et obstétricaux (EB128.R11) ; et dialogue national de politique générale (EB128.R12).

10. Le Conseil exécutif a décidé (dans sa résolution EB128.R14) de créer un groupe de travail, à durée limitée et axé sur les résultats, chargé du processus et des méthodes pour l'élection du directeur général, et ouvert à tous les États membres. Le groupe de travail doit présenter un rapport intérimaire à la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé et un rapport final à la 130^e session du Conseil exécutif en janvier 2012.

11. La directrice régionale informe le CPRC qu'un groupe de travail interne a été instauré afin que le Bureau régional puisse intensifier ses efforts en faveur de la réalisation des OMD (résolution EB128.R1). Elle fait aussi observer que le bureau de l'OMS/Europe pour le renforcement des systèmes de santé, situé à Barcelone, a largement contribué au *Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle* (résolution EB128.R8). Les messages clés de ce rapport méritent d'être largement diffusés dans la Région européenne.

Version révisée du projet de budget programme 2012-2013 et réforme de l'OMS

12. Le directeur de la Gestion des programmes informe le CPR que la 128^e session du Conseil exécutif a demandé une révision à la baisse de l'avant-projet de budget programme 2012-2013, sur la base de la mise en œuvre effective du budget programme 2008-2009, étant donné que les niveaux de revenus projetés dans le budget programme 2010-2011 s'avèrent trop ambitieux dans un climat d'incertitude économique accrue. Les nouvelles priorités de la directrice régionale suscitent de toute façon un certain « rééquilibrage ». Il est probable que la part du budget programme mondial de base pour 2012-2013 affectée au Bureau régional soit néanmoins dans la tranche supérieure de la fourchette obtenue en appliquant le mécanisme de validation élaboré conformément à la décision de l'Assemblée mondiale de la santé WHA57(10) du 22 mai 2004. Le Bureau régional a récemment lancé un exercice de planification opérationnelle pour la période biennale 2012-2013, et déploie des efforts pour prioriser ses résultats et affecter les ressources en conséquence. Il est probable que les compressions budgétaires et le réaligement des activités affectent plus gravement les activités d'appui relatives aux objectifs stratégiques (OS) 12 et 13, ce qui entraînerait un examen minutieux des travaux menés par tous les bureaux de pays de l'OMS dans la Région européenne. Le Comité permanent se félicite des efforts mis en œuvre par le secrétariat afin de refléter les fonctions essentielles de l'OMS dans le projet de budget programme 2012-2013.

13. Pour répondre au besoin d'assouplir l'Organisation et se parer à une baisse probable de 10 à 15 % des revenus au cours de la période 2010-2011, le Conseil exécutif a encouragé le directeur général et les directeurs régionaux à donner suite aux propositions dans le but de présenter un programme de réforme à l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2011. Les trois principaux éléments du programme proposé sont les suivants : a) un plan de renforcement du rôle central de l'OMS dans la gouvernance sanitaire mondiale, notamment la création d'un forum multipartite (sous l'égide de la directrice régionale de l'Europe) ; b) un cadre pour une priorisation systématique et objective à l'OMS, avec un modèle assurant le financement adéquat des fonctions essentielles de l'Organisation ; et c) des réformes de gestion détaillées, notamment une planification simplifiée et un cadre de responsabilisation, une stratégie révisée des ressources humaines (prévoyant des révisions importantes du règlement et du statut du personnel), et une nouvelle conception de l'Organisation.

14. Le CPR apprécie grandement la réforme en cours. Un tel esprit doit imprégner l'ensemble de l'Organisation, y compris le Bureau régional et les bureaux de pays. L'OMS doit devenir plus petite et plus ciblée. L'Organisation doit produire un travail de meilleure qualité qui représente une véritable valeur ajoutée. Le Comité permanent estime que le Bureau régional de l'Europe est à l'avant-garde du mouvement de réforme.

Commentaires et enseignements tirés de la soixantième session du Comité régional

15. Lors de ses sessions précédentes de septembre et novembre 2010, le dix-huitième CPR a examiné la substance et le contenu de la soixantième session du Comité régional (CR60). En ce qui concerne la logistique, la structure et le format des débats, le cadre, etc., les principales observations, sur le plan positif, sont la présence de personnalités de haut niveau, la tenue d'une « journée ministérielle » spécifique, et la combinaison d'éléments d'une session officielle du Comité régional et d'une conférence ministérielle. Parmi les aspects moins positifs, il convient de mentionner l'important volume de documents, certains ayant d'ailleurs été envoyés tardivement, des tables rondes ministérielles insuffisamment interactives, des déclarations liminaires de routine par les membres du CPR, et une plateforme peu optimale en faveur d'un dialogue constructif

avec les organisations non gouvernementales (ONG). Un grand nombre d'événements parallèles (séances d'information technique, déjeuners ministériels, tables rondes ministérielles, etc.) ont aussi été organisés.

16. Le CPR se rallie à cette analyse, en ajoutant qu'il serait utile de trouver un meilleur équilibre entre les sexes lors des futures tables rondes ministérielles. En se concentrant sur des sujets spécifiques, il serait plus facile d'engager un dialogue avec les organisations partenaires. Suffisamment de temps devrait être consacré à la prise de contact informelle entre les participants pendant les pauses-café, les déjeuners, etc. Des membres du CPR pourraient être désignés comme points focaux lors des discussions portant sur des thèmes donnés de l'ordre de jour, et l'on pourrait ensuite convenir de la forme appropriée de leur participation. La directrice régionale est priée d'établir un équilibre en ce qui concerne la composition des tables rondes ministérielles et de favoriser l'interaction avec tous les participants. Des séances parallèles ou des activités lors des pauses-déjeuner pourraient être organisées, et l'on pourrait prévoir une « réunion préalable » des ONG, dont les conclusions pourraient être communiquées au Comité régional par un représentant.

Examen de l'ordre du jour et du programme provisoires de la soixante et unième session du Comité régional

17. Le membre azerbaïdjanais du CPR indique que toutes les dispositions pour le CR61 vont bon train : un protocole d'accord a été signé le 1^{er} mars 2011 avec le Bureau régional ; le lieu convenu pour la session, à savoir le Palais Gulustan, possède d'excellents équipements ; des hôtels ont été sélectionnés pour différents niveaux d'hébergement, et des réceptions sont actuellement organisées, dont une accueillie par le gouvernement au Palais Buta. Le CPR félicite le pays hôte pour sa préparation, et exprime une nette préférence pour une disposition face à face des sièges pour les représentants, en veillant idéalement à ce que les membres des délégations nationales puissent s'asseoir ensemble.

18. Le programme provisoire du CR61 s'étend sur quatre journées entières. Il prévoit : un débat approfondi sur le renforcement des systèmes de santé lors de la deuxième journée (mardi 13 septembre 2011), une « journée ministérielle » ; un nouveau point à l'ordre du jour consacré à la cohérence stratégique des activités du Bureau régional lors de la troisième journée (pour lequel un projet de document sera présenté au Comité permanent en sa quatrième session) ; et une table ronde des partenariats ainsi qu'un examen des aspects stratégiques des questions d'ordre technique (résistance aux antibiotiques, tuberculose et VIH/sida) lors de la dernière journée.

19. Le CPR estime que la plupart, sinon la totalité, des points inscrits à l'ordre du jour doivent être examinés au cours de la session. Il sera donc nécessaire de remanier le programme de la façon la plus efficace possible. Comme le directeur général abordera probablement les questions de financement et la réforme de l'OMS dans son discours du mardi matin, il serait opportun d'aborder le point intitulé « Le projet de budget programme comme outil stratégique de responsabilisation » immédiatement après. Le point relatif à la stratégie de communication pour la Région européenne de l'OMS ne devrait pas être reporté à 2012. Il pourrait être inclus dans le discours de la directrice régionale ou abordé dans une séance d'information technique (peut-être en conjonction avec une stratégie d'information sanitaire). On pourrait gagner un peu de temps dans le programme en évitant de convier des hôtes de haut niveau à prononcer un discours.

Examen des projets de documents pour la soixante et unième session du Comité régional

La nouvelle politique européenne de la santé – Santé 2020

20. Dans le cadre du processus d'élaboration de Santé 2020, des informations factuelles sont collectées en vue d'une étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire (sous la direction du professeur Michael Marmot) et d'une étude sur la gouvernance de la santé au XXI^e siècle (sous la direction du professeur Ilona Kickbusch). Outre ces deux études importantes, trois enquêtes sont actuellement en cours au Bureau régional : a) une analyse des résolutions adoptées par le Comité régional de l'Europe au cours des dix dernières années, ainsi que des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et des déclarations lors des conférences ministérielles ; b) un examen de l'économie de la prévention des maladies ; et c) un examen de l'expérience acquise en matière de collaboration intersectorielle, notamment en ce qui concerne le processus européen Environnement et santé depuis 1989 et dans des domaines tels que les transports et l'obésité.

21. Le document de réflexion sur Santé 2020 présenté au CPRC a également été examiné par le Forum européen sur la politique de la santé réuni en Andorre au début du mois. À cette occasion, les membres du Forum ont reconnu le besoin d'établir une vision pour une ère nouvelle, considérant Santé 2020 comme un cadre global pour toutes les activités de l'OMS. Selon eux, Santé 2020 préconise une approche « pangouvernementale », et la gouvernance de la santé constitue la question clé. Ils ont appuyé l'idée de fixer des objectifs pour la Région européenne de l'OMS, et demandé la rédaction d'un document politique concis et s'appliquant à tous les États membres. La politique est formulée à la lumière de ces commentaires.

22. Dans sa première partie, le document justifiera le besoin de modifier la manière dont les pays abordent la santé dans un contexte mondial et régional en rapide mutation. Ensuite, Santé 2020 définira le cadre politique pour la santé d'ici à 2020 et, finalement, la troisième et dernière partie sera axée sur l'action, en expliquant comment apporter les changements voulus. Tous les domaines techniques de la santé pourraient être considérés sous l'angle de la gouvernance ainsi que des inégalités sanitaires et des déterminants sociaux. La première version de Santé 2020 sera envoyée aux États membres et aux partenaires à la fin du mois d'avril 2011 pour consultation. La politique sera examinée par le CPRC à sa prochaine session.

23. Le Comité permanent convient que Santé 2020 constitue le cadre politique d'ensemble, mais fait part de ses inquiétudes quant au besoin d'identifier les acteurs clés, de préciser si les objectifs et les cibles doivent être fixés pour les États membres ou pour le Bureau régional, et de les lier aux OMD. En ce qui concerne l'économie de la prévention des maladies, le Comité permanent demande également que l'on mette en exergue la dimension éthique de la prévention.

24. En guise de réponse, il est souligné que le calendrier de Santé 2020 s'étend au-delà des délais fixés pour les OMD, alors que les thèmes de ces derniers sont repris dans Santé 2020. Santé 2020 mettrait l'accent sur le partenariat avec des secteurs autres que celui de la santé, des représentants d'autres secteurs pouvant d'ailleurs être invités à la prochaine réunion du Forum européen sur la politique de la santé en novembre 2011. Des objectifs non contraignants seront proposés pour la Région européenne dans son ensemble, en espérant que ceux-ci inciteront les États membres à définir les leurs. Des indicateurs et un processus de suivi pourraient être abordés lors du CR61.

Renforcement des capacités et des services de santé publique en Europe

25. Le projet de document sur le renforcement des capacités et des services de santé publique commence par un rappel de la définition de la santé publique, telle que proposée en 1988 par Donald Acheson, et du système de santé, telle qu'énoncée dans la Charte de Tallinn. Il énumère et décrit les dix opérations essentielles de santé publique ayant fait l'objet d'une étude pilote dans la Région européenne lors des quatre années précédentes. Le document fixe ensuite un cadre d'action et renferme des sections sur la réglementation, la protection de la santé, la prévention des maladies, la promotion de la santé, la main-d'œuvre de la santé publique, la recherche et les structures organisationnelles. La conclusion résume le rôle du Bureau régional dans ce domaine. Une consultation externe avec des experts de la santé publique sera organisée en avril 2011, et la version révisée des opérations essentielles de santé publique devrait être testée dans trois pays en août 2011. Une version concise du document sera présentée au CR61 sous la forme d'un document de travail.

26. Le Forum européen sur la politique de la santé a également examiné le projet de document. Il s'est félicité du fait que la santé publique soit de nouveau à l'ordre du jour des pays européens, et appuie pleinement le cadre d'action. En outre, il a souligné l'importance de l'adoption d'une approche systématique pour les opérations et les services de santé publique, mentionnant l'importance de disposer d'indicateurs mesurables afin que les données puissent servir à convaincre d'autres secteurs.

27. Le CPR se félicite des progrès accomplis dans l'élaboration du document depuis sa précédente session. Il fait remarquer que la définition du système de santé mentionnée dans la Charte de Tallinn diffère légèrement de celle reprise dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, car dans la Charte, il est fait référence aux déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé. Le Comité permanent convient, toutefois, que la tâche la plus importante est d'aller de l'avant et de renforcer l'action sur la santé publique.

Rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn

28. Un groupe de travail composé de représentants de neuf États membres a été institué afin de rédiger le rapport intérimaire sur la mise en œuvre des engagements de la Charte de Tallinn. Un questionnaire a été envoyé à tous les pays de la Région, et 18 d'entre eux y ont répondu à ce jour. En plus d'une synthèse de ces réponses, le rapport intérimaire contiendra plusieurs sections sur la mesure de la performance des systèmes de santé (le thème central de la Charte), sur le maintien de l'équité, de la solidarité et des gains en matière de santé dans le contexte de la crise économique, et sur l'amélioration de la performance par le leadership de l'action multisectorielle pour améliorer la santé. Il est déjà évident que la Charte de Tallinn a suscité un dialogue politique plus constructif sur l'importance de préserver et de réformer les systèmes de santé, et d'investir dans ces derniers. Le leadership, l'innovation et l'ouverture ont largement contribué aux progrès accomplis dans l'application des engagements de Tallinn. Les valeurs et les objectifs politiques entérinés dans la Charte sont ou peuvent être mis en pratique avec l'appui du Bureau régional. La politique-cadre de Santé 2020 s'inspirera des enseignements tirés lors de la mise en œuvre de la Charte : l'importance des principes sous-jacents de la solidarité et de l'équité, la nécessité d'une approche holistique de la santé, et le rôle central des systèmes de santé.

29. Lors de la réunion du Forum européen sur la politique de la santé, des représentants des États membres ont confirmé que la Charte de Tallinn est un instrument efficace pour plaider en faveur du renforcement des systèmes de santé. La priorité accordée par la Charte au suivi et à l'évaluation est particulièrement utile. La prochaine étape sera d'établir et de maintenir un critère de référence pour mesurer la performance des systèmes de santé.

Maladies non transmissibles

30. Bien que la politique-cadre de Santé 2020 se penche sur les interventions sociales face aux risques systémiques, et que la Charte de Tallinn soit axée sur la collaboration intrasectorielle et intersectorielle, le plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte propose des mesures spécifiques contre les risques sanitaires et la charge de morbidité qui en découle. Il sera basé sur les mêmes valeurs d'équité, d'autonomisation et de santé dans toutes les politiques, et établira un lien avec les interventions dans le domaine de la santé mentale, de la violence et des traumatismes, de l'environnement et des maladies transmissibles. Outre l'action sur les déterminants sociaux de la santé, il plaidera en faveur du renforcement des systèmes de santé, de la surveillance, du suivi et de l'évaluation. Dix actions spécifiques sont mises en avant dans quatre domaines : la planification et la supervision (systèmes d'information sanitaire et plans nationaux, avec une désagrégation des déterminants sociaux de la santé) ; la santé dans toutes les politiques (mesures fiscales et commerciales, transport et réduction de la consommation de sel et de matières grasses trans et saturées) ; l'individu et la communauté (instruction en santé et autonomisation des communautés) ; et la prévention secondaire (évaluation et prise en charge des risques cardiovasculaires et métaboliques, et dépistage du cancer). Un document européen sur la lutte contre les maladies non transmissibles sera présenté lors de la conférence ministérielle organisée à Moscou en avril 2011.

31. Les participants au Forum européen sur la politique de la santé ont fait observer que le plan d'action doit assurer une stratégie intégrée de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles ; qu'il doit établir un lien avec les interventions environnementales ; qu'une place plus importante doit être accordée aux déterminants sociaux de la santé ; que les notions d'instruction en santé et d'autonomisation des populations doivent être « décomposées » et expliquées ; et que les domaines ciblés, voire les cibles elles-mêmes, doivent être proposés.

32. Le Comité permanent se félicite du projet de plan d'action et estime qu'il s'agit d'une amélioration significative par rapport au projet présenté lors de la session précédente. Il recommande qu'une plus grande attention soit accordée aux liens existant entre la santé mentale et les maladies non transmissibles, et qu'une référence spécifique soit faite à la stratégie européenne de 2006 et au plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale.

Alcool

33. Le Plan d'action européen contre l'alcoolisme, d'autre part, s'inspire clairement des stratégies européennes précédentes pour la période 1992-2005, et représente la version régionale de la stratégie mondiale adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2010 (résolution WHA63.13). Par conséquent, il fixe les cinq mêmes objectifs généraux que ceux de la stratégie mondiale : sensibiliser à la charge liée à l'usage nocif de l'alcool ; renforcer et diffuser la base de connaissances ; accroître l'aide technique aux États membres ; renforcer les partenariats et la coordination entre les parties prenantes ; et améliorer les systèmes de suivi et de surveillance. En outre, le plan d'action mentionnera des possibilités d'action dans chacun des dix domaines couverts par la stratégie mondiale. Lors de la dernière étape du processus complet de rédaction et consultation, le troisième projet de plan d'action européen sera envoyé aux États membres à la mi-avril 2011, préalablement à une réunion consultative finale prévue les 4 et 5 mai 2011 à Zurich (Suisse).

34. Le CPRC recommande que le plan d'action plaide en faveur du renforcement de la réglementation et de la tarification, afin d'éviter que les enfants soient exposés à l'alcool. Il reconnaît qu'il n'est guère aisé pour le secteur de la santé d'engager un véritable partenariat avec l'industrie de l'alcool (malgré la possibilité d'établir un forum pour l'échange de points de vue à ce sujet) et qu'à la différence du tabac, il existe peu de possibilités d'élaborer une convention-cadre sur l'alcoolisme.

Résistance aux antibiotiques

35. La résistance aux antimicrobiens représente un problème de plus en plus grave, notamment en ce qui concerne la tuberculose, le paludisme, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections associées aux soins de santé. En 2011, la Journée mondiale de la santé (7 avril) sera l'occasion de sensibiliser davantage à ce problème. Chaque année, 25 000 personnes décèdent à la suite d'infections résistantes aux antibiotiques dans l'UE, en Islande et en Norvège. L'UE a adopté une stratégie de lutte contre la résistance aux antimicrobiens en 2001, et l'OMS a publié la même année une stratégie mondiale dans ce domaine. Or, il importe d'élaborer un plan d'action stratégique à la fois cohérent et fonctionnel au niveau de la Région européenne en vue de promouvoir l'utilisation prudente des antibiotiques, de réduire la morbidité, la mortalité et les coûts connexes, et d'encourager les financements innovateurs pour mettre au point de nouveaux antibiotiques. Lors d'une consultation organisée à Copenhague en août 2010, des experts ont fixé sept objectifs stratégiques à la base du plan d'action. Ils portent notamment sur la promotion des stratégies pour l'utilisation rationnelle des antibiotiques, sur le renforcement de la surveillance de la consommation des antibiotiques et de la résistance à ces médicaments, ainsi que de la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de santé, sur la prévention de l'émergence de la résistance dans les secteurs vétérinaire et alimentaire, et sur la promotion de la recherche de nouveaux médicaments. Pour ce faire, il est prévu d'effectuer des missions d'évaluation dans les pays en 2011-2012 et d'étendre les protocoles de surveillance de l'UE aux pays non membres de l'Union. Une large coalition de partenaires, dont l'ECDC, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis, la Fondation Bill et Melinda Gates et le Groupe de travail transatlantique sur la résistance aux antimicrobiens (TATFAR), participeront à la mise en œuvre du plan d'action.

36. Le Comité permanent reconnaît les progrès remarquables accomplis dans la rédaction du document depuis sa précédente session, et se félicite de l'accent régional mis sur la résistance aux antibiotiques et à la tuberculose. Néanmoins, il demande que le plan d'action soit fermement ancré dans le contexte plus large de la résistance aux antimicrobiens, à la lumière du thème de la Journée mondiale de la santé 2011.

Tuberculose multirésistante et ultrarésistante

37. Malgré la baisse de l'incidence de la tuberculose dans la Région européenne, conformément aux OMD, la Région présente le taux de réussite thérapeutique le plus bas au monde ainsi que le plus haut taux de tuberculose pharmacorésistante. En outre, sur les 27 pays qui accusent des taux particulièrement élevés de tuberculose multirésistante (tuberculose-MR), 15 se trouvent dans la Région européenne de l'OMS, et seulement un tiers du nombre estimé de patients atteints de tuberculose-MR sont dépistés en raison de l'accès limité au diagnostic. Conformément à l'objectif global visant à assurer l'accès universel au diagnostic et au traitement de la tuberculose-MR et ultrarésistante (UR) dans tous les États membres d'ici la fin 2015 (comme prévu dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015), le plan d'action consolidé pour la Région fixe un certain nombre d'objectifs réalistes et spécifiques : diminuer de 20 points de pourcentage la proportion de tuberculose-MR chez les patients précédemment traités ; diagnostiquer au moins 80 % du nombre estimé de patients atteints de tuberculose-MR ; et traiter efficacement au moins 75 % du nombre estimé de patients atteints de tuberculose-MR. Le plan d'action mentionne également les orientations stratégiques, les domaines d'intervention et les principales étapes en vue d'atteindre ces objectifs, ainsi que des indicateurs et un cadre de surveillance solide pour assurer la responsabilisation. Le plan d'action régional a été examiné lors d'une réunion d'experts organisée à Copenhague en décembre 2010, suivie d'une consultation sur le Web avec la société civile et les communautés. Le cadre budgétaire et de suivi sera mis au point en avril/mai 2011, et le plan sera lancé (conjointement avec un plan d'action sur le VIH/sida) lors d'une réunion ministérielle et d'une réunion de donateurs de haut niveau en juillet 2011, avant d'être présenté au CR61 pour approbation.

Communication en santé

38. Compte tenu de l'augmentation des disparités et des inégalités en matière d'information, et compte tenu de l'importance de la communication en tant que déterminant de la santé, il existe un besoin et une demande d'informations et de conseils sanitaires à la fois rapides, cohérents et fiables. Les objectifs de la Stratégie OMS de la communication sur la santé pour l'Europe 2011-2015 doivent donc renforcer la capacité du Bureau régional afin que celui-ci devienne un centre d'excellence et de leadership à la fois fiable et responsable en matière de communication en santé publique, et facilite le développement des capacités de communication dans la Région européenne de l'OMS. La stratégie définit cinq domaines d'action : a) veiller à ce que la communication fasse partie intégrante de tous les travaux scientifiques et techniques, et que le personnel soit en mesure de communiquer efficacement à divers publics cibles ; b) recenser les atouts et les besoins des États membres en matière de communication, les partenariats potentiels, et les nouveaux médias et technologies ; c) améliorer la cohérence, l'efficacité et l'efficacité des activités existantes et nouvelles ; d) plaider en faveur des thèmes de santé prioritaires et des investissements dans le domaine de la santé ; et e) renforcer les capacités dans la Région, notamment en ce qui concerne les activités de communication qui pourraient influencer les déterminants sociaux de la santé « situés en amont ». Des « résultats clés » sont également précisés pour chacun de ces domaines.

39. Le Comité permanent estime que l'efficacité de la communication du Bureau régional constitue l'un des principaux critères d'évaluation de la réussite de ses travaux. Il recommande par conséquent que ce sujet reste à l'ordre du jour du CR61. Toutefois, il demande plus d'informations sur deux des résultats escomptés, à savoir une activité et un exercice de développement annuels de la communication au niveau régional, et le nouveau Réseau européen de communication en santé. En guise de réponse, il est précisé que, dans le premier cas, le Bureau régional enverrait chaque année un bref questionnaire aux États membres. Cette approche serait testée dans un petit nombre de bureaux de pays de l'OMS. En ce qui concerne le Réseau, celui-ci réunirait des hauts responsables de gouvernement dans le domaine de la communication, ainsi que des représentants des médias et des ONG. La stratégie de la communication constitue un complément à la stratégie d'information du Bureau régional qui sera élaborée puis présentée à la soixante-deuxième session du Comité régional (CR62), celle-ci mettant l'accent sur les meilleurs moyens de collecter, de stocker et de diffuser l'information.

Le budget programme comme outil stratégique de responsabilisation

40. S'appuyant sur le concept présenté lors de sa précédente session, le directeur de la Gestion des programmes informe le CPR que les objectifs spécifiques de l'utilisation du budget programme comme outil de responsabilisation visent à attirer l'attention sur les priorités communes de la Région en matière de santé publique, à fournir aux États membres donateurs un cadre amélioré pour la planification, à assurer une plus grande prévisibilité des ressources, et à établir un lien entre, d'une part, les résultats convenus et, d'autres part, les ressources et la performance. Les responsabilités du secrétariat dans la chaîne de valeur, en termes de capacité de gestion, vont de l'apport d'intrants (ressources financières et humaines, information et connaissances, par exemple) aux extrants ou produits (tels que les conseils et les services techniques), en passant par un processus de mise en œuvre. Les États membres, d'autre part, sont chargés de traduire ces produits en résultats (adoption des stratégies et interventions) qui au final exerceront un impact sur la santé de leurs populations. Sur un total d'un peu plus de 100 résultats généraux, environ 25 résultats prioritaires seront sélectionnés pour être inclus dans le « contrat » de responsabilisation, en plus d'un certain nombre d'indicateurs de processus et produits clés. Le processus de planification opérationnelle pour 2012-2013 a été lancé récemment au Bureau régional, et un projet de contrat complet sera présenté au CPR en sa session de mai 2011.

41. Le Comité permanent se félicite du concept élaboré et des efforts mis en œuvre afin d'établir un lien entre les ressources et les activités de base. En réponse aux questions soulevées

par le CPR, le secrétariat confirme que le financement sera d'abord affecté aux résultats prioritaires ; si des contributions volontaires à des fins spécifiées ne sont pas disponibles pour un résultat particulier, le financement de base sera dès lors utilisé. L'approche de la Région européenne en matière de responsabilisation est liée au processus de réforme de l'OMS dans son ensemble, et est considérée comme un modèle pour d'autres Régions. Les États membres peuvent être consultés par voie électronique sur le projet de « contrat », en plus des deux réunions auxquelles ils participeront avant et pendant la Soixante-quatrième session de l'Assemblée mondiale de la santé. Le CPR rappelle que le sujet doit être abordé au CR61 immédiatement après l'allocation du directeur général.

VIH/sida

42. L'Europe orientale est la région du monde où l'épidémie de VIH se propage le plus rapidement ; la couverture et la qualité des tests de dépistage et des conseils en matière de VIH sont généralement insuffisants ; la prévention (et notamment la réduction des risques pour les toxicomanes par voie intraveineuse) est de mauvaise qualité dans la partie orientale de la Région, ainsi que l'accès à la thérapie antirétrovirale ; et il existe des obstacles structurels à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins. Néanmoins, des preuves scientifiques et des données d'expérience sur la manière de stopper l'épidémie ont été rassemblées dans la Région. À la lumière de la stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015, l'Assemblée mondiale de la santé a demandé en 2010 au directeur général de l'OMS d'élaborer une stratégie mondiale du secteur de la santé pour la même période. Cette stratégie a été présentée au Conseil exécutif en janvier 2011, et un plan d'action européen a été rédigé. Les mesures à prendre seront définies sous les quatre grandes rubriques suivantes : mener des interventions de base (dépistage et conseils, transmission dans différents contextes) ; tirer parti des résultats de la santé au sens plus large (tuberculose, toxicomanie, et programmes de santé sexuelle, reproductive, maternelle et infantile) ; bâtir des systèmes solides et durables (surveillance, prestation de services, financement et gouvernance) ; et réduire la vulnérabilité et les obstacles structurels (législation et règlements, stigmatisation et discrimination). Des consultations ont été organisées en ligne et dans les pays, et une réunion régionale européenne a eu lieu à Kyev (Ukraine) le 17 mars 2011. Le projet de plan d'action sera présenté au CPR en sa session de mai 2011.

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

43. Dans un message pré-enregistré, le président de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURSA) est revenu sur 2010, une année de changements et de transition qui a mis à l'épreuve l'OMS/Europe. Le nouveau Système mondial de gestion (GSM) a encore connu des erreurs de système et d'autres anomalies, ainsi que des problèmes avec les traitements des fonctionnaires et les paiements des fournisseurs externes. La nouvelle directrice régionale a pris ses fonctions empreinte d'une vision qui a nécessité un examen approfondi des programmes existants, et qui a aussi donné lieu à une révision de la structure organisationnelle et à une refonte du plan des ressources humaines. La crise financière mondiale a imposé des contraintes supplémentaires au Bureau régional. L'inondation d'août 2010 a en outre entraîné la fermeture du bureau de Copenhague pendant une semaine et entravé les services de communication. Grâce au personnel et à la direction, le Bureau régional n'a pas perdu en productivité, et l'année s'est achevée dans un calme relatif.

44. Or, l'OMS est encore confrontée à certains défis aux niveaux régional et mondial, défis auxquels doit aussi faire face le système commun des Nations Unies dans son ensemble. Il s'agit notamment de l'abrogation de la règle des 60 et 62 ans pour l'âge obligatoire du départ à la retraite ; de l'augmentation de l'âge obligatoire du départ à la retraite afin qu'il soit approprié et

corresponde aux normes européennes ; et de l'amélioration des prestations de maternité et de paternité. Comme les exigences de productivité et d'excellence continuent de croître, il doit en être de même pour la protection des droits et de la promotion du bien-être du personnel, qu'il s'agisse de sa santé physique ou mentale.

45. Le Comité du personnel de l'EURSA continuera à collaborer étroitement avec les autres associations de personnel et avec la direction au niveau mondial sur le programme de réforme de l'OMS, une réponse globale de l'OMS aux résultats de la consultation sur le futur du financement de l'Organisation qui a été abordé lors de la 128^e session du Conseil exécutif. À cette occasion, les associations du personnel de l'OMS ont collectivement proposé des mesures susceptibles d'accroître la productivité, d'augmenter la qualité des produits et des résultats, d'améliorer le recrutement et la fidélisation du personnel, de diminuer les congés de maladie, de réduire les frais généraux et de motiver davantage le personnel. Au niveau régional, les propositions portent sur l'adoption d'une politique de télétravail ; l'assouplissement des horaires de travail ; l'étroite surveillance et la prise obligatoire des journées de vacances accumulées ; les mesures visant à décourager le stakhanovisme ; et l'élaboration et la promotion actives des meilleures pratiques en faveur de la santé physique et mentale sur le lieu de travail.

46. Le Comité permanent se félicite de la cohérence des messages présentés par les associations de personnel de l'Organisation lors des réunions de ses organes directeurs mondiaux et régionaux. Il est informé que les meilleures pratiques des autres organismes des Nations Unies en matière de télétravail ont été appuyées à l'unanimité lors de la réunion du Conseil mondial personnel/administration à laquelle le président de l'EURSA assiste actuellement à Genève ; une proposition sera transmise au directeur général pour présentation ultérieure lors de la Soixante-quatrième session de l'Assemblée mondiale de la santé. Si la directrice régionale apprécie aussi largement la bonne collaboration existant avec l'EURSA, elle fait remarquer que les propositions relatives aux conditions d'emploi doivent faire l'objet d'un débat interne entre le personnel et l'administration.

Composition d'organes et de comités de l'OMS

47. La directrice régionale rappelle que, suite à l'adoption par le Comité régional de la résolution EUR/RC60/R3 l'année précédente, l'interdiction de la double représentation au Conseil exécutif et au CPRC a été levée. En outre, les critères de sélection des candidats pour siéger au Conseil exécutif et au Comité permanent (tels que repris dans la deuxième partie de l'annexe à cette résolution) doivent être respectés, même si cela peut conduire à la candidature d'un même pays pour les deux organes en question.

48. Sur cette base, le CPRC parvient à un accord par consensus sur les pays candidats qu'il recommanderait pour siéger au Conseil exécutif, au Comité permanent et au Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.

Fonctions de supervision et transparence du CPRC

Rapport de supervision du CPRC

49. Le rapport de supervision présenté au CPRC par la directrice régionale, et mis à jour en février 2011, décrit les perspectives financières du Bureau régional, contient un résumé des principaux produits et résultats pour le second semestre de 2010, et mentionne les nouveaux accords de collaboration ainsi que les obstacles à l'exécution des programmes. Les perspectives financières permettent de conclure que, si les prévisions des recettes globales au niveau macro seront suffisantes pour couvrir les dépenses prévues en 2010-2011, des problèmes graves

subsistent au niveau des objectifs stratégiques et ce, en raison de l'affectation des contributions volontaires. Les difficultés auxquelles est actuellement confronté le Bureau régional sont dues à quatre raisons principales : la crise financière, qui a contraint certains grands donateurs à réduire leurs contributions volontaires ; « l'affectation » de ces contributions à plusieurs programmes spécifiques ; la faiblesse du dollar des États-Unis ; et les politiques passées en matière de ressources humaines : en effet, 90 % des contrats du personnel du Bureau régional sont en fait des engagements à long terme, alors que 80 % du financement est de courte durée.

50. Enfin, il faut aussi mentionner le problème du Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS à Rome. Le 26 mars 2007, le Bureau régional et le gouvernement italien ont signé un accord prorogeant l'accord original de 1990 au 31 décembre 2016. Si ce dernier doit être ratifié par le parlement italien afin de prendre effet, aucune ratification n'a encore été obtenue à ce jour. Après consultation avec le conseiller juridique de l'Organisation, une lettre a été envoyée au ministère italien de la Santé la semaine précédente en indiquant que si aucun accord n'est atteint avant le 15 avril 2011, le centre serait fermé. Conformément aux dispositions de la résolution du Comité régional EUR/RC54/R6, le directeur régional est prié « de consulter le Comité régional lors de la planification [...] de la création d'un nouveau bureau géographiquement dispersé ou de la fermeture d'un bureau existant ». Toutefois, le report de la fermeture du centre de Rome après le CR61 ne ferait qu'aggraver la situation financière du Bureau régional à la hauteur d'un montant d'au moins 1 million d'euros. L'article 14, alinéa 2.10, du règlement intérieur du Comité régional autorise le CPRC « à agir pour le compte du Comité régional, à le représenter... » et à « conseiller, au besoin, le directeur régional entre les sessions du Comité régional ».

51. Le Comité permanent appuie sans réserve l'approche adoptée par la directrice régionale. Il est rassuré d'apprendre qu'en cas de fermeture du centre de Rome, ses fonctions continueraient soit au Bureau régional à Copenhague, soit au Centre européen de l'environnement et de la santé à Bonn.

Processus de sélection pour siéger au CPRC et liens avec le Comité régional

52. Deux questions ont été renvoyées au dix-huitième CPRC par le Groupe de travail sur la gouvernance de la santé du précédent CPRC : le processus d'élection des membres du Comité permanent, selon lequel une proposition consolidée de candidature est établie par des responsables du Comité permanent, une pratique qui suscite des inquiétudes en ce qui concerne la formation d'un « club d'initiés » ; et la désignation plus ou moins automatique du vice-président du CPRC au poste de président exécutif du Comité régional. Pour ce qui est de la première question, il existe deux options possibles : il s'agit de rechercher un consensus entre tous les pays de la Région, comme c'est d'ailleurs le cas aujourd'hui, ou de permettre aux groupements de pays (A, B et C) de parvenir à un accord au sein de chacun d'eux.

53. Le Comité permanent est fermement en faveur de la première option, dans la mesure où l'autre solution va à l'encontre du concept d'une « Europe unie ». En outre, il propose que les candidats puissent être invités à présenter un exposé lors de la session de mars du CPRC. En ce qui concerne la deuxième question, il estime que la relation et les liens existant entre les postes de président du Comité permanent et celui de président exécutif du Comité régional, en termes de visibilité, de continuité et d'expérience acquise, présentent plus d'avantages que d'inconvénients possibles. Une clarification à cet égard pourrait être cependant apportée au règlement intérieur du Comité régional.

Préparations de la réunion « ouverte » du CPRC

54. Pour la séance ouverte ou publique du CPRC prévue à Genève le samedi 14 et le dimanche 15 mai 2011, il est proposé de respecter l'article 3 du règlement intérieur du Conseil exécutif en ce qui concerne les droits des non-membres à participer, à s'exprimer, à soumettre

des propositions et à répondre, ainsi que le coût de leur présence. Il est également proposé que la réunion ouverte du CPR se concentre sur les questions à l'ordre du jour du CPR, alors que la réunion de tous les États membres européens organisée plus tard le même jour se concentre sur les questions à l'ordre du jour de la Soixante-quatrième session de l'Assemblée mondiale de la santé. Enfin, le Comité permanent est invité à formuler des observations quant à l'opportunité de publier tous les documents relatifs à ses sessions sur le site Web public du Bureau régional.

55. Le CPR approuve la proposition concernant sa réunion ouverte. Si l'expérience s'avère positive, le règlement intérieur du Comité permanent devra être modifié en conséquence. Celui-ci estime que les projets de documents et les documents de travail de ses sessions ne devraient pas être accessibles au public, dans la mesure où ils représentent encore des « activités en cours ».

Coordination régionale pendant et entre les réunions des organes directeurs mondiaux

56. À la suite de discussions avec les représentants des missions permanentes des États membres européens à Genève en décembre 2010, ceux-ci ont désigné un point focal parmi eux en vue d'encadrer un mécanisme assurant la coordination paneuropéenne dans le cadre des réunions et des processus intergouvernementaux au cours de la période s'étendant jusqu'à juin 2012. En outre, il est proposé que les réunions d'information organisées chaque jour pour les États membres européens pendant la 128^e session du Comité exécutif le soient également au cours de la Soixante-quatrième session de l'Assemblée mondiale de la santé. Enfin, un membre du Conseil exécutif continuera d'être désigné pour faire office de liaison entre le Conseil et le CPR.

57. Le Comité permanent reconnaît que les États membres européens se féliciteront des possibilités accrues d'échanges d'informations, mais qu'ils seront néanmoins préoccupés par le nombre important de réunions.

Préparations de la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé et de la 129^e session du Conseil exécutif

58. La directrice régionale informe les membres du CPR des candidats identifiés pour assumer les postes électifs à la Soixante-quatrième session de l'Assemblée mondiale de la santé (président de l'Assemblée de la santé, rapporteur de la Commission A et vice-président de la Commission B), et des pays qui seront proposés pour siéger au Bureau de l'Assemblée et à la Commission des pouvoirs. Les membres du CPR appuient sans réserve les propositions faites par la directrice régionale.

Dates et lieux des sessions du dix-neuvième CPR

59. Le Comité permanent accepte avec gratitude l'offre faite par le membre de la Suède d'accueillir la deuxième session du dix-neuvième CPR à Stockholm les 14 et 15 novembre 2011.

Autres questions à l'ordre du jour

60. Le CPR rend hommage à la contribution exceptionnelle apportée par le conseiller du membre de la Suède, et lui souhaite bonne chance dans ses nouvelles fonctions à la tête d'un centre nouvellement créé pour l'analyse et l'évaluation du secteur de la santé dans son pays.