



## EUROPE

### Dixième Comité permanent du Comité régional de l'Europe Quatrième session

Palais des Nations (Genève), 18 mai 2003

---

EUR/RC52/SC(4)/REP  
8 septembre 2003  
31949  
ORIGINAL : ANGLAIS

## RAPPORT SUR LA QUATRIEME SESSION



## Ouverture de la session

1. Le Comité permanent du Comité régional (CPCR) a tenu la quatrième session de sa dixième période au Palais des Nations, à Genève, le 18 mai 2003. Dans sa déclaration liminaire, le directeur régional a indiqué que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe développait sa capacité d'intervention rapide, en particulier face à l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Le directeur régional a également signalé que plusieurs réunions importantes avaient été organisées par le gouvernement grec, pendant la présidence grecque de l'Union européenne (UE), sur des thèmes tels que la santé mentale et les systèmes de santé dans les pays candidats à l'adhésion à l'UE.

2. Le président a souhaité la bienvenue au professeur Nusratullo Faizullaev, qui participait pour la première fois à une réunion du CPCR en qualité de représentant du Tadjikistan.

## Adoption du projet de rapport sur la troisième session

3. Le projet de rapport sur la troisième session a été adopté avec une modification à l'énoncé de la dernière phrase du paragraphe 53, qui devait être libellé ainsi : « Compte tenu du temps considérable que le CPCR avait consacré à cette question [de la composition du Conseil exécutif] durant les six précédentes années, on ne gagnerait rien de plus à lui renvoyer à nouveau cette question si les propositions étaient jugées inacceptables par le Comité régional ».

## Mise à jour de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous

4. Comme le Comité permanent le lui avait demandé à sa précédente session, le directeur régional a rendu compte des travaux en cours concernant les quatre sections ou « piliers » de la politique-cadre mise à jour. Pour la première section, relative aux enseignements tirés de la mise en œuvre de la SANTE 21, l'Observatoire européen des systèmes de santé, à Bruxelles, étudiait l'utilisation des buts, non seulement dans le contexte de cette politique-cadre mais également dans les politiques de santé dans leur ensemble. L'Observatoire effectuait également des recherches dans la littérature et menait des entretiens pour savoir si les politiques de santé des États membres faisaient souvent référence à la SANTE 21. L'avis du Comité permanent était sollicité pour déterminer quel degré d'importance il convenait de donner à cette section.

5. Un groupe de réflexion avait été réuni à Barcelone, la semaine précédente, afin de passer en revue les valeurs inhérentes à la politique-cadre de la SANTE 21 (la deuxième section). Les conclusions de ce groupe étaient qu'il fallait maintenant associer ces valeurs à d'autres engagements contractés par les États membres de la Région européenne de l'OMS, tels que les objectifs de développement pour le millénaire ou encore des traités portant sur les droits humains. Outre le maintien des trois valeurs fondamentales sous-tendant la SANTE 21 (équité, solidarité et participation de la population), le groupe avait recommandé qu'une quatrième valeur (celle de « la gouvernance éthique ») soit expressément ajoutée.

6. Pour la troisième section (« Outils d'aide à la prise de décisions »), deux principaux types d'outils avaient été définis : les instruments (par exemple, des listes de pointage), qui permettent d'évaluer si oui ou non les systèmes de santé étaient organisés et fonctionnaient conformément à un ensemble de valeurs spécifiques, et les ressources (telles que des bases de données, des rapports sur la performance des systèmes de santé, l'évaluation des risques, etc.), que les gouvernements pourraient utiliser pour élaborer des politiques conformes à certaines valeurs.

7. Les principes directeurs à appliquer pour la mise en œuvre par les États membres de la politique actualisée (la quatrième section) pourraient par conséquent inclure des études de cas montrant des exemples de bonnes pratiques en matière de gouvernance éthique.

8. Le Comité permanent a considéré que les enseignements tirés de la mise en œuvre de la SANTE 21 constitueraient un élément important sur lequel s'appuierait la politique mise à jour. L'un de ses membres a fait valoir qu'il pourrait être délicat de demander aux États membres de faire part de leur expérience en la matière alors même que très peu avait été fait pour encourager les pays à appliquer la politique-cadre.

9. Par ailleurs, certains membres du Comité permanent ne voyaient pas exactement ce que l'expression « gouvernance éthique » signifiait. Le directeur régional a indiqué que le groupe de réflexion avait proposé le concept de « gouvernance éthique au service de la santé » en arguant du fait que l'adoption de certaines valeurs devait se traduire par une approche éthique de la manière dont un système était administré ou bien dont des choix étaient opérés (« gouvernance »). Un membre du CPRC comprenait cette expression comme décrivant la façon dont, du point de vue éthique, un système de santé se voyait lui-même, s'organisait, se comportait et était lié à d'autres organismes gouvernementaux.

10. Sur la base des informations supplémentaires qu'il avait reçues, le Comité permanent a approuvé le processus et la méthodologie proposés pour l'élaboration de la politique-cadre actualisée. Le Comité permanent a toutefois fait observer que la terminologie employée dans ce contexte (par exemple, « pilier » ou « section ») devrait être cohérente et a recommandé que les consultations avec les États membres aient lieu très tôt, avant la cinquante-quatrième session du Comité régional (CR54).

## **Orientations stratégiques de l'activité du Bureau régional avec les entités organisationnelles géographiquement dispersées, y compris les bureaux locaux de l'OMS**

11. Comme il en avait fait la demande, à sa précédente session, le Comité permanent était informé sur les progrès accomplis pour parvenir à une définition des orientations stratégiques de l'activité du Bureau régional avec les centres OMS et les bureaux locaux. Sur ce point, deux types de questions se posaient : les premières avaient trait à l'emploi des ressources existantes, tandis que les secondes soulevaient des problèmes d'orientation générale quant à la valeur ajoutée d'une présence dispersée par opposition à une présence centralisée. On pouvait répondre relativement facilement aux premières, en se référant aux recommandations existantes et aux enseignements tirés d'études de cas pour améliorer les pratiques de gestion et les méthodes de travail. Il était en revanche extrêmement délicat de répondre aux secondes.

12. Selon les premières conclusions d'un examen des orientations, d'un exercice de recherche comparative des meilleures pratiques et d'une enquête auprès du personnel et des représentants des États membres, il n'existait pas de politique OMS générale qui ait couvert tous les aspects de la présence de l'Organisation dans les pays, pas plus que d'autres organisations internationales n'avaient de politique explicite en la matière. La présence actuelle de l'OMS (en particulier par l'intermédiaire de ses bureaux locaux) était décrite comme étant positive et en amélioration, quoique pas toujours optimale. Il n'y avait, parmi les personnes sondées, pas de consensus quant au juste équilibre et au bon degré de présence de l'OMS dans les pays, en particulier en ce qui concernait ses centres, bien que l'apport technique de ces derniers à l'activité du Bureau régional fût largement reconnu.

13. Pour ces raisons, il était proposé que le projet de résolution qui serait soumis au CR53 défende une approche intermédiaire consistant à poursuivre la stratégie actuelle, tout en appuyant le lancement d'essais pilotes de nouveaux arrangements concernant la présence physique de l'Organisation.

14. Le Comité permanent a souligné le fait qu'il y avait une différence qualitative entre un bureau local OMS, dont la mission était de servir un pays particulier, et un centre OMS, lequel entreprenait des activités de programme pour la Région dans son ensemble. Tout en reconnaissant que le déséquilibre géographique dans la situation de ces centres avait été principalement le fait de la disponibilité des fonds, le Comité permanent appelait l'attention sur le besoin de transparence et attendait avec intérêt un débat sur cette question au Comité régional.

15. Le Comité permanent a approuvé la méthodologie et le processus suivis pour aborder cette question durant la période précédant le CR53 et se réjouissait à l'idée d'examiner des recommandations spécifiques une fois que les enseignements auraient été tirés de l'expérimentation de nouveaux arrangements.

## **Examen des projets de résolution qui seront soumis au CR53**

### **EUR/RC53/Conf.Doc./1**

16. Le Comité permanent, conscient du fait que son rapport devait être officiellement adopté par le Comité régional, a demandé que le projet de résolution soit modifié en conséquence. Par ailleurs, il a demandé qu'un nouveau projet de résolution soit élaboré, afin de consigner l'approbation par le Comité régional des arrangements qu'il proposait concernant la composition du Conseil exécutif.

### **EUR/RC53/Conf.Doc./2**

17. Un membre du Comité permanent objectait à l'utilisation, dans la version anglaise de la résolution, de l'expression « consumers' and relatives' organizations » pour faire référence aux participants à la Conférence ministérielle sur la santé mentale en Europe (Helsinki, janvier 2005). Il a été en outre décidé que l'expression « the 51 European Member States » devrait être remplacée par « all European Member States ».

### **EUR/RC53/Conf.Doc./3**

18. Comme cela avait été convenu précédemment (voir le paragraphe 10, ci-avant), le Comité permanent a confirmé que, dans la version anglaise de la résolution, l'énoncé du sous-alinéa 1 c) du dispositif devait être modifié comme suit : « the update [of the regional health for all policy framework] should be based on four pillars... », et qu'il fallait inverser l'ordre des sous-alinéas 2 b) et 2 c) du dispositif.

### **EUR/RC53/Conf.Doc./4**

19. Le Comité permanent a proposé des modifications de forme aux alinéas 2 et 3 du dispositif, et il a précisé que le directeur régional serait prié de faire rapport au Comité régional, lors de la cinquante-cinquième session, en 2005, sur les progrès accomplis dans l'élaboration de la stratégie ou des stratégies à adopter concernant la présence physique de l'Organisation dans les pays (voir le paragraphe 15, ci-avant).

### **EUR/RC53/Conf.Doc./5**

20. Ne souhaitant pas préjuger du résultat du processus visant à définir des orientations stratégiques pour l'activité du Bureau régional avec les centres et les bureaux locaux de l'OMS, et partant de l'hypothèse que des liens avec l'Initiative mondiale de l'OMS en faveur des pays assureraient une réponse appropriée à la question de la performance au niveau des pays, le Comité permanent a décidé que le sous-alinéa 2 a) du dispositif devait être modifié et énoncé comme suit : « [Requests the Regional Director] to continue initiatives that facilitate implementation of the European Country Strategy... ».

### **EUR/RC53/Conf.Doc./6**

21. Le Comité permanent a confirmé que, conformément à la résolution EB111.R11, le projet de résolution qui serait présenté au Comité régional devrait systématiquement faire référence aux « adolescents » et non aux « jeunes ». Il était également d'avis que l'énoncé anglais du deuxième paragraphe du préambule devait être modifié comme suit : « ... and that in turn healthy adults are assets in the creation of a more socially and economically productive society ». Enfin, il a proposé que le troisième

paragraphe du préambule soit rédigé ainsi en anglais : « Conscious of the fact that health is determined by the physical, economic, social, family and educational environment, as well as by the quality of health care provision, and that children and adolescents need a supportive environment in which to grow and develop into healthy young adults ».

### **EUR/RC53/Conf.Doc./7 et Conf.Doc./8**

22. Le Comité permanent a adopté sans les modifier les deux projets de résolution portant, respectivement, sur la désignation d'un groupe de prospection régional et sur la date et le lieu des sessions ordinaires du Comité régional qui se tiendraient en 2004 et en 2005.

### **Composition d'organes et de comités de l'OMS**

23. Le Comité permanent a tenu d'autres discussions sur les candidatures reçues aux divers organes et comités de l'OMS, en vue de consulter les délégations des États membres au cours de la prochaine Assemblée mondiale de la santé et de présenter un ensemble de propositions après sa session qui aurait lieu la veille du CR53.

### **Membres du bureau de la cinquante-troisième session du Comité régional de l'Europe**

24. Le Comité permanent a rappelé qu'il était d'usage d'inviter le Ministre de la santé du pays hôte à présider la session, le vice-président exécutif du moment (et président du Comité permanent) exerçant les fonctions de président exécutif.

25. Les propositions pour les fonctions de vice-président exécutif et de rapporteur seraient examinées par les membres du Comité permanent lorsqu'ils assisteraient à la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé. Au besoin, leur avis pourrait aussi être communiqué par écrit au secrétariat.

### **Examen de l'ordre du jour provisoire de la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé**

26. Le Comité permanent a décidé de reporter l'examen de l'ordre du jour provisoire de la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé à la réunion des représentants des États membres de la Région européenne, qui se tiendrait immédiatement après la clôture de la quatrième session du CPR.