

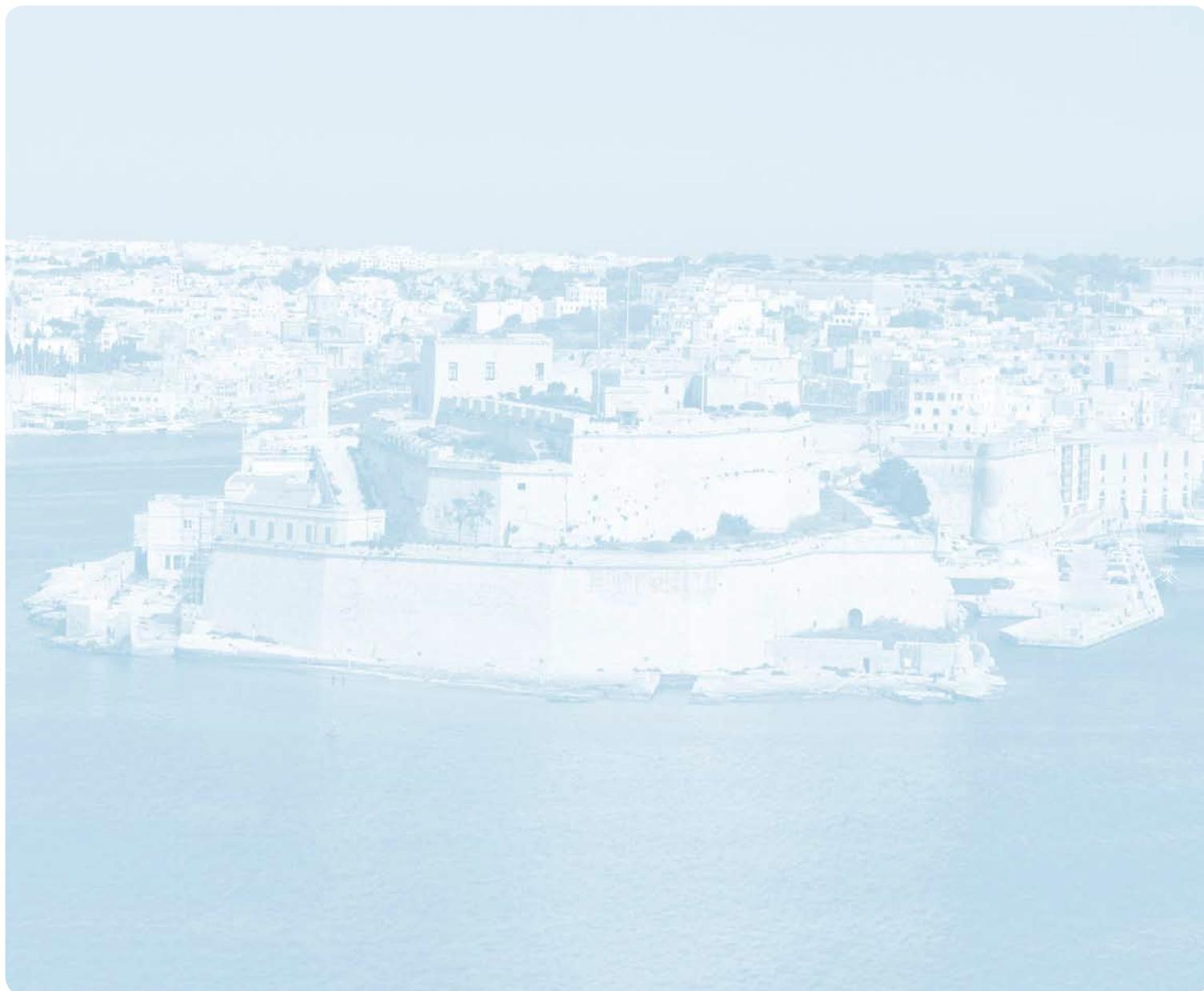


**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'
Europe

Comité régional de l'Europe
Soixante-deuxième session

Malte, 10-13 septembre 2012



Rapport du dix-neuvième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe



BUREAU RÉGIONAL DE L'

Organisation mondiale de la Santé

Europe

Comité régional de l'Europe
Soixante-deuxième session

EUR/RC62/4
+ EUR/RC62/Conf.Doc./2

Malte, 10-13 septembre 2012

18 juillet 2012

121312

Point 4 de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport du dix-neuvième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

Le présent document est un rapport de synthèse des travaux accomplis par le dix-neuvième Comité permanent du Comité régional (CPCR) lors des quatre sessions ordinaires tenues à ce jour au cours de l'année de travail 2011-2012.

Le rapport sur la cinquième et dernière session du dix-neuvième CPCR (prévue à La Valette, Malte, le 9 septembre 2012, avant l'ouverture de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe) sera soumis au Comité régional en tant qu'addendum au présent document.

Le rapport complet de chacune des sessions du CPCR est disponible sur le site Web officiel du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/governance/standing-committee/nineteenth-standing-committee>).

Sommaire

	page
Introduction	1
Suivi de la soixante et unième session du Comité régional de l’OMS pour l’Europe	1
Préparation de la soixante-deuxième session du Comité régional	2
Ordre du jour et programme provisoires.....	2
Santé 2020 – le nouveau cadre politique européen de la santé et du bien-être	3
Plan d’action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique	5
Stratégie et plan d’action pour le vieillissement en bonne santé en Europe	5
Renforcement du rôle des bureaux géographiquement dispersés du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe : une stratégie renouvelée pour l’Europe	6
Poursuite de l’élaboration d’une stratégie de pays pour le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe	8
Travail préparatoire pour les sessions à venir du Comité régional	9
Poursuite de l’élaboration d’une nouvelle stratégie de communication pour le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe	9
Cadre pour une stratégie européenne de l’information sanitaire	9
Stratégie et plan d’action européens sur la santé mentale.....	10
Réforme de l’OMS	10
Questions budgétaires et financières.....	10
Incidences pour la Région européenne	11
Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l’OMS.....	12
Composition des organes et comités de l’OMS	12
Discours d’une représentante de l’Association du personnel du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.....	13
Annexe : Composition du dix-neuvième CPRC 2011-2012	15

Introduction

1. Le dix-neuvième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CPCR) a tenu à ce jour quatre sessions au cours de l'année de travail 2011-2012 :
 - au Palais Gulustan à Bakou (Azerbaïdjan), le 15 septembre 2011, immédiatement après la clôture de la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR61) ;
 - au Münchenbryggeriet à Stockholm (Suède), les 14 et 15 novembre 2011 ;
 - au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Copenhague les 19 et 20 mars 2012 ;
 - au Siège de l'OMS les 19 et 20 mai 2012.
2. Lors de la première session du Comité permanent, Mme Dessislava Dimitrova (Bulgarie) est élue à l'unanimité vice-présidente du dix-neuvième CPCR. Le Comité permanent convient que les demandes d'octroi d'un statut d'observateur lors de ses sessions doivent être traitées sur une base ad hoc, suivant les dispositions du point 3 de son règlement intérieur.
3. À la suite de la fructueuse réunion du CPCR en séance ouverte, l'année dernière, et à la lumière des enseignements tirés, les documents de travail pour la quatrième session ont été distribués à tous les États membres via le site ShareFile du Bureau régional. La réunion ouverte s'est déroulée conformément au point 3 du règlement intérieur du Conseil exécutif. Des représentants de 15 États membres et une délégation de l'Union européenne y ont participé.

Suivi de la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

4. Si le CPCR se félicite de l'organisation de groupes de travail parallèles au CR61, ses membres indiquent qu'il serait probablement souhaitable à l'avenir de préciser les différentes attentes de ces groupes de travail et des débats en plénière. Une distinction claire doit également être réalisée entre les réactions aux questions soulevées lors des tables rondes ministérielles et les commentaires sur les projets de résolutions examinés par le Comité régional. Les ministres peuvent être conviés à une petite table ronde afin de donner une impulsion politique aux débats des groupes de travail parallèles.
5. Le CPCR prend acte de la demande exprimée par le représentant d'un pays afin que les conséquences financières des projets de résolutions soient mentionnées explicitement. Il approfondira la question de la prise en charge de ces coûts par les États membres eux-mêmes ou le secrétariat de l'OMS.
6. Lors de sa deuxième session, le CPCR se félicite du programme de roulement des points de l'ordre du jour, et propose que la participation ministérielle aux sessions puisse être promue en organisant des cérémonies ou des activités pour le lancement de documents politiques importants, tels que le nouveau cadre politique européen de la santé et du bien-être, Santé 2020. Néanmoins, de tels documents continueront d'être adoptés ou approuvés de manière officielle dans le cadre des résolutions prises par le Comité régional. La consultation stratégique menée par le Forum européen sur la politique de la santé pour hauts responsables de gouvernement sera évaluée en 2012. Des groupes de travail parallèles pourront être organisés de manière utile à des fins de réflexion collective lors des premiers stades de discussion d'un sujet donné. L'examen des incidences financières des résolutions du Comité régional doit se concentrer sur le coût (et l'avantage) estimé(s) des mesures prises par le secrétariat.

Préparation de la soixante-deuxième session du Comité régional

Ordre du jour et programme provisoires

7. La directrice régionale fait remarquer que l'ordre du jour du CR62 sera probablement bien chargé, car il faudra achever l'examen de Santé 2020 et de dossiers connexes tels qu'un plan d'action de la santé publique et le rapport final de l'étude sur les déterminants de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne ; aborder les points à l'ordre du jour qui n'ont pu être examinés au CR61 (stratégies européennes sur l'information sanitaire, la communication pour la santé, l'activité du Bureau régional avec les pays et ses bureaux géographiquement dispersés) ; traiter de points réglementaires tels que le projet de budget programme de l'Organisation pour 2014-2015 et la réforme de l'OMS ; et aborder un petit nombre de questions d'ordre technique (santé mentale et vieillissement en bonne santé). En général, une fois que la nouvelle orientation du Bureau régional aura été pleinement confirmée l'an prochain, elle s'attend à ce que les sessions ultérieures du Comité régional puissent comprendre un ordre du jour plus concis.

8. Lors de sa deuxième session, le Comité permanent procède à un premier examen des points à inscrire à l'ordre du jour du CR62 tels que définis dans le « programme de roulement » des prochaines sessions du Comité régional préparées par le secrétariat. Suites aux discussions engagées en ses troisième et quatrième sessions, durant lesquelles des préoccupations sont exprimées quant à la nature ambitieuse de l'ordre du jour et au besoin d'accorder suffisamment de temps aux différents points examinés, le Comité permanent en sa quatrième session approuve un programme provisoire révisé pour le CR62. Il est possible que d'autres ajustements au programme provisoire soient nécessaires, en fonction des dossiers soumis par l'Assemblée mondiale de la santé à l'examen des comités régionaux.

9. Lors d'une téléconférence organisée le 20 juin 2012 avec les membres du CPR, les participants conviennent de la manière de traiter les questions renvoyées aux six comités régionaux par la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé. Au CR62, le Programme général de travail et le projet de budget programme seront abordés au point de l'ordre du jour consacré à la « Réforme de l'OMS ». Des consultations en ligne avec les États membres se tiendront au cours de l'été sur deux autres thématiques, notamment le Groupe de travail consultatif d'experts sur la recherche-développement, et le système de surveillance mondiale des maladies non transmissibles, tandis que le plan d'action mondial sur la santé mentale sera présenté lors d'une conférence organisée la semaine précédant le CR62 ; les progrès accomplis sur ces trois sujets seront communiqués au CR62 et examinés davantage au titre de l'ordre du jour relatif aux « Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé ». En clôturant la téléconférence, la directrice régionale informe les participants présents de la réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles qui se tiendra au Turkménistan les 10 et 11 décembre 2012.

10. Lors d'une deuxième téléconférence avec les membres du CPR, le 6 juillet 2012, les participants émettent des observations sur la version mise à jour du document relatif à la réforme de l'OMS destiné au CR62, et conviennent de la manière d'informer les candidats qui n'ont pas été présélectionnés pour siéger au Conseil exécutif et au Comité permanent. Ils conviennent également de la façon dont les membres du CPR présenteront les points techniques à l'ordre du jour du CR62, en collaboration avec le secrétariat.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen et adoption de l'ordre du jour provisoire (EUR/RC62/2) et du programme provisoire (EUR/RC62/3) du CR62

Santé 2020 – le nouveau cadre politique européen de la santé et du bien-être

11. Lors de sa deuxième session, le CPR est mis au courant des étapes de la deuxième phase de préparation de Santé 2020, qui s'étend de septembre 2011 à septembre 2012. L'« ensemble » de base des documents de travail et d'information soumis au CR62 est également présenté à cette occasion. D'un point de vue général, Santé 2020 doit promouvoir les stratégies et les interventions susceptibles d'exercer la plus grande influence sur le niveau de santé des populations, avec la priorité accordée à l'action sur les inégalités sanitaires et les déterminants sociaux de la santé ainsi qu'à la prévention systématique. Lors de cette deuxième phase de préparation, il importe notamment de définir un nombre limité d'objectifs au niveau européen qui tiennent compte des principales visions stratégiques de Santé 2020.

12. Le Comité permanent demande que la « version concise » du document politique Santé 2020 constitue un document distinct destiné à un public politique (plutôt que technique), comme les premiers ministres ou les ministres d'autres secteurs que celui de la santé. Cette version concise se baserait sur des études de cas d'approches innovatrices afin d'examiner l'économie de la prévention, de présenter des informations factuelles précises mettant en valeur les avantages sociaux de l'investissement dans la santé, et d'établir des orientations stratégiques. Le « document-mère », plus technique, doit s'adresser aux experts de la santé publique et examiner les moyens de mener à bien la politique souhaitée. Les groupes cibles spécifiques mentionnés dans Santé 2020 doivent aussi inclure les populations autochtones, et pas uniquement les Roms, et la migration doit être considérée comme un déterminant de la santé. Le Comité permanent indique que Santé 2020 est complémentaire d'Europe 2020, la stratégie de l'UE en matière de croissance pour la prochaine décennie, bien que cette dernière n'inclue pas formellement de composante santé. Même s'il ne souhaite pas officialiser la participation de la Commission européenne à l'élaboration de Santé 2020, le CPR laisse entendre que le nouveau cadre politique européen de la santé et du bien-être pourrait être inscrit à l'ordre du jour de la réunion du Groupe de travail de haut niveau sur la santé publique prévue en mars 2012 dans le cadre de la présidence danoise du Conseil de l'Union européenne.

13. Lors de sa troisième session, le CPR s'inquiète du fait que le document court de Santé 2020, quoique clairement structuré et facile à lire, n'est pas formulé de manière appropriée pour son public cible, à savoir des présidents, des premiers ministres, des ministres des Finances et d'autres secteurs, etc. Il convient de leur apporter des réponses à la question : « Pourquoi investir dans la santé ? ». L'approche « pangouvernementale » et le concept de « santé dans toutes les politiques » ne sont pas assez évoqués, et aucune recommandation spécifique n'est émise sur la gouvernance et le leadership par des personnalités politiques de premier plan. Pour atteindre ce lectorat cible, il faut un résumé de deux pages du document court. Par ailleurs, il conviendrait de clarifier davantage le rôle du Bureau régional de l'OMS. En outre, le CPR observe que l'on mentionne relativement peu de choses (notamment dans le document court) sur les facteurs de risque tels que le tabagisme. En réponse, le secrétariat explique que la section consacrée aux maladies non transmissibles a été délibérément formulée en termes généraux (les détails seront fournis dans des plans d'action précis), quoiqu'en effet, Santé 2020 se focalise aussi sur les déterminants de la santé. Les objectifs de Santé 2020 doivent occuper une place plus importante dans le cadre politique et la stratégie, car ceux-ci présentent des exemples concrets du leadership du Bureau régional. Tout en reconnaissant que ces objectifs sont conçus pour avoir une portée régionale, le CPR attend avec intérêt que le Bureau régional fournisse la méthodologie nécessaire pour les adapter aux contextes nationaux (et sous-nationaux).

14. Les deux documents révisés de Santé 2020 sont présentés à la quatrième session du CPR qui, d'ailleurs, leur réserve un accueil favorable. La nature participative des consultations sur Santé 2020 a été la clé de la réussite de la préparation des deux documents. Bien que des modifications mineures soient encore nécessaires, les documents sont particulièrement

satisfaisants en termes de qualité et de contenu. Ils sont complets et accessibles, et permettront d'orienter l'élaboration des politiques de la santé aux niveaux national, sous-régional et régional jusqu'en 2020. Des précautions doivent être prises pour assurer que Santé 2020 soit en fait un « document dynamique », qui pourra se développer et évoluer à la lumière de nouveaux éléments de preuve et de l'expérience acquise au fil du temps. Un site Web consacré à Santé 2020 pourrait voir le jour, avec des liens vers des ressources connexes, afin de rendre Santé 2020 aussi interactive que possible.

15. Le CPRC est informé qu'au cours du printemps de 2012, son groupe de travail sur les objectifs de Santé 2020 a réduit la longue liste de 51 objectifs proposés par les responsables du Bureau régional à une liste plus restreinte de 21 objectifs. Cette dernière a été envoyée aux États membres pour consultation. Des observations ont été reçues de 16 pays, ainsi que de la Commission européenne et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Ces observations portent sur le contenu des objectifs et leur pertinence pour la santé publique ; la mesure quantitative (« le nombre »), les domaines couverts par le cadre politique Santé 2020 ; et le processus de définition des objectifs et le rôle de l'OMS. Une nouvelle liste plus restreinte de 16 objectifs a été soigneusement examinée par les participants à la troisième réunion du Forum européen sur la politique de la santé (Bruxelles, 19 et 20 avril 2012) qui ont recommandé que l'on fixe un nombre encore plus limité de grands buts ou objectifs d'une nature plus générale ou prioritaire, et d'une portée régionale, et que la quantification (moyennes régionales) soit prise en compte ; qu'ils doivent fournir un « menu » d'indicateurs pour mesurer les progrès accomplis ; que ces indicateurs doivent être souples afin de refléter le contexte national ; et, enfin, que les informations sanitaires collectées de manière systématique soient utilisées dans toute la mesure possible.

16. Les membres du CPRC et les représentants des États membres participant à la quatrième session en leur qualité d'observateurs apprécient hautement les résultats de la réunion de Bruxelles. En particulier, ils approuvent le nombre plus restreint de six grands buts, notant qu'ils sont bien structurés et étroitement liés à Santé 2020, qu'ils seront aisément compréhensibles par le grand public, et qu'ils susciteront par conséquent une attention considérable chez les responsables politiques. Les participants approuvent également l'approche proposée en matière d'indicateurs, indiquant qu'ils peuvent aussi induire un impact significatif en termes de prévention des maladies. Compte tenu de l'information sanitaire disponible dans la majorité des États membres de la Région européenne, ils recommandent que l'année 2010 serve de référence pour les buts. Les grands buts doivent être inclus à la fois dans le cadre politique Santé 2020 et dans la version plus longue du cadre politique et de la stratégie. En ce qui concerne la terminologie, les participants ont convenu que le terme anglais « target » est préférable, car il fait référence à une quantification et incarne un plus grand engagement (politique) que le terme « goal » ; en outre, le terme « target » a été utilisé en anglais dans les cadres politiques précédents de la Région européenne, la Santé pour tous et SANTE21. (*Ndt : dans la version française de Santé 2020, le terme « but » sera désormais employé par souci de cohérence avec les cadres politiques précédents.*) Enfin, le secrétariat souligne que les buts de Santé 2020 seront fixés au niveau régional. La définition de buts au niveau national sera particulièrement la bienvenue, et constituera même une partie essentielle du processus à double sens.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen des deux documents de Santé 2020

(EUR/RC62/8 et EUR/RC62/9)

Examen du projet de résolution correspondant

(EUR/RC62/Conf.Doc./8)

Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique

17. Lors de sa deuxième session, le dix-neuvième CPCR est informé que lors de la rédaction d'un Plan d'action européen sur la santé publique, une évaluation des services de santé publique dans plusieurs pays d'Europe occidentale a été lancée, ainsi d'ailleurs qu'une étude sur les outils et instruments politiques de la santé publique, alors qu'un processus consultatif est désormais en marche. Une première consultation sur les ressources humaines pour la santé publique s'est tenue à Copenhague les 4 et 5 octobre 2011.

18. Lors de sa troisième session, le secrétariat fait savoir au CPCR que deux réunions sous-régionales ont été organisées pour veiller à ce que les pays puissent apporter leur contribution au plan d'action sur la santé publique : une à Helsinki, en janvier 2012, avec la participation de représentants de 13 États membres et de trois organisations partenaires, et l'autre à Bruxelles en mars, avec la participation de 27 pays, d'une douzaine d'organisations partenaires et de pas moins de cinq directions générales de la Commission européenne. Au moment de la quatrième session du CPCR, les points forts du processus de consultation étaient une réunion d'experts au Bureau régional les 29 et 30 mars 2012 et la réunion du Forum européen de l'OMS sur la politique de la santé organisée à Bruxelles les 19 et 20 avril. Les 10 opérations essentielles de santé publique (EPHO) incorporent les toutes dernières réflexions contemporaines en matière de santé publique. La vision holistique de Santé 2020 est devenue encore plus évidente dans le Plan d'action européen et les EPHO. La structure du Plan d'action européen a été optimisée et comprend actuellement 10 « avenues d'action » correspondant directement aux 10 EPHO. Le Plan d'action énonce un calendrier de mise en œuvre et des modalités de suivi et d'évaluation. Un glossaire commun des termes utilisés dans le Plan d'action et Santé 2020 est en cours de réalisation.

19. Le Comité permanent reconnaît que le Plan d'action jouera un rôle important dans la mise en œuvre de Santé 2020, et se félicite du fait que la santé publique soit de nouveau un aspect central des activités de l'OMS. Il apprécie la définition claire des responsabilités respectives de l'OMS et des États membres, ce qui facilitera le suivi. Il estime que le Plan d'action européen doit être mis en avant comme modèle pour les autres Régions de l'OMS. Le Comité permanent considère toutefois que la période de mise en œuvre (2012-2015) est peut-être trop courte pour que tous les pays de la Région européenne de l'OMS disposent d'un système de santé publique entièrement développé. Il demande aussi que le calendrier d'application du Plan d'action soit le même que celui du cadre politique Santé 2020.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen du Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique (EUR/RC62/12)
Examen du projet de résolution correspondant (EUR/RC/62/Conf.Doc./6)

Stratégie et plan d'action pour le vieillissement en bonne santé en Europe

20. Lors de sa deuxième session, le CPCR est saisi d'un résumé de la stratégie et du plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, ainsi qu'un premier avant-projet du document complet. Ce dernier n'a d'ailleurs pas encore fait l'objet d'une consultation avec les États membres. Le Comité permanent estime que quatre domaines du plan d'action méritent davantage d'attention : des liens permanents doivent être maintenus entre le système de santé et l'aide sociale ; l'édification d'environnements favorables doit être aussi promue au niveau national, et pas seulement au niveau de la municipalité ; des mesures secondaires liées aux chutes des personnes âgées doivent être prises en compte (par exemple, le traitement de l'ostéoporose) ; et des interventions visant à promouvoir la santé mentale (telles que le

diagnostic de la dépression) doivent être prévues dans le plan. Pour faire face au problème de la démence, cependant, la dimension sociale (soutien familial) est importante. De même, le plan doit aborder le diagnostic précoce des maladies non transmissibles et la promotion de la santé en général. La responsabilisation ou l'autonomisation des personnes âgées doit prévoir une participation de ces dernières à la planification du reste de leur existence.

21. Lors de sa troisième session, le CPRC examine le premier projet intégral de la stratégie et du plan d'action pour vieillir en bonne santé, et déclare que le document est bien rédigé et sera utile pour les États membres. Le Comité permanent apprécie aussi l'interaction entre l'OMS et la Commission européenne, qui apportera une valeur ajoutée. Il convient de mettre davantage l'accent sur la prévention secondaire et tertiaire, sur un renforcement des systèmes de santé en veillant à ce qu'ils soient accueillants pour les seniors (entre autres grâce à l'adaptation des programmes de formation médicale) ainsi que sur le vieillissement en bonne santé dans les établissements de soins de longue durée. Il conviendrait d'évoquer l'amélioration de l'abordabilité des médicaments tout en évitant des problèmes de polypharmacie. La fragilité, la démence et, en particulier, la nutrition sont également des thèmes à couvrir dans la stratégie/le plan d'action.

22. Une version révisée de la stratégie et du plan d'action est présentée au CPRC en sa quatrième session. Les révisions prennent en compte les commentaires du CPRC, ceux de la troisième réunion du Forum européen sur la politique de la santé, et les résultats des consultations en ligne. Le CPRC se félicite de l'incorporation de ces commentaires et observations dans la stratégie, et indique que les soins de longue durée doivent être considérés comme faisant partie du système de santé. L'UE dispose d'un certain nombre de stratégies et programmes correspondants, notamment un plan stratégique de mise en œuvre pour le vieillissement actif et en bonne santé, ainsi que des indicateurs et des mesures sur la qualité de vie, l'espérance de vie, les années de vie en bonne santé, etc. Des contacts doivent être établis avec les représentants de l'UE pour encourager la synergie entre, d'une part, la stratégie et le plan d'action du Bureau régional et, d'autre part, le plan stratégique de mise en œuvre de l'UE.

Mesures à prendre par le Comité régional

**Examen de la stratégie et du plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe (EUR/RC62/10)
Examen du projet de résolution correspondant (EUR/RC62/Conf.Doc./4)**

Renforcement du rôle des bureaux géographiquement dispersés du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : une stratégie renouvelée pour l'Europe

23. Si la nouvelle stratégie sur les bureaux géographiquement dispersés a été soumise au CR61, il a été décidé de représenter le document au CR62 étant donné le dépassement du temps accordé au point de l'ordre du jour consacré à la réforme de l'OMS, ainsi que les démarches informelles entreprises auprès de la directrice régionale afin d'attirer l'attention sur la nécessité d'organiser une consultation supplémentaire à ce sujet.

24. Le Comité permanent convient en sa deuxième session que la nouvelle stratégie s'avère adéquate et précise, et que les bureaux géographiquement dispersés constituent une partie importante du réseau du Bureau régional dans les pays. L'un des membres fait néanmoins part de ses inquiétudes quant à la possibilité d'ouvrir de nouveaux bureaux géographiquement dispersés en période de crise économique, et à l'accaparement éventuelle des ressources du Bureau régional par de telles démarches. Le Comité permanent est informé que l'accord régissant l'installation d'un bureau géographiquement dispersé sur les maladies non

transmissibles à Athènes a été ratifié par le parlement grec, et un calendrier de paiements a été convenu. L'établissement ne serait pas ouvert avant la réception effective des fonds requis.

25. Lors de sa troisième session, un projet révisé de la nouvelle stratégie est présenté au CPR. Le Comité permanent prie instamment la directrice régionale de préserver la nature prescriptive de la stratégie, étant donné que les bureaux géographiquement dispersés sont une composante durable de la structure du Bureau régional, dont la durée de vie se prolonge au-delà de la fin du mandat d'un gouvernement national. Il recommande également qu'un plan alternatif soit préparé pour fournir des capacités supplémentaires dans le domaine des maladies non transmissibles, par exemple dans le cadre d'un projet mondial, dans l'éventualité où des fonds ne seraient pas disponibles pour le bureau géographiquement dispersé d'Athènes. Le CPR préconise aussi que l'annexe à la stratégie soit mise à jour pour inclure des données de 2010-2011 et des informations sur la précieuse assistance technique fournie par les bureaux géographiquement dispersés (en plus des travaux de recherche qu'ils effectuent). Enfin, le Comité permanent se félicite de la mention faite dans la stratégie que toute proposition dans le sens d'un nouveau bureau géographiquement dispersé devra être présentée au Comité régional avec un dossier étoffé, et de la confirmation selon laquelle la décision finale concernant tout nouveau bureau géographiquement dispersé appartiendra au Comité régional.

26. Lors de sa quatrième session, le CPR est informé que, suite à une consultation écrite réalisée en mars et en avril 2012 avec les États membres, les conditions requises pour établir de tels bureaux sont désormais un peu moins prescriptives, la participation sous forme de détachements de personnel a été clarifiée, le statut des bureaux géographiquement dispersés existants a été mis à jour et une analyse préliminaire a été réalisée en vue de recenser les domaines stratégiques prioritaires qui pourraient profiter de l'établissement d'un bureau géographiquement dispersé. Un premier versement de 500 000 euros a été reçu du gouvernement grec afin de mettre en place le centre sur les maladies non transmissibles à Athènes, l'accord de siège avec le gouvernement allemand concernant le Centre européen de l'environnement et de la santé à Bonn a été renouvelé pour une durée indéterminée, et des négociations seront engagées pour renouveler l'accord avec le gouvernement italien concernant le Bureau européen de l'OMS de l'investissement pour la santé et le développement à Venise. Une proposition est à l'étude afin de redynamiser le Centre européen pour la politique de la santé à Bruxelles, et l'établissement de nouveaux bureaux géographiquement dispersés pourrait être envisagé dans les domaines stratégiques suivants : aide humanitaire et situations d'urgence ; renforcement des systèmes de santé ; et systèmes d'information sanitaire et gestion des connaissances.

27. Tout en se félicitant de la réception du premier versement pour le bureau géographiquement dispersé d'Athènes, le CPR fait observer que celui-ci venait en fait à échéance en 2011 et, compte tenu de la situation financière précaire de la Grèce, demande qu'un rapport d'avancement sur ce Centre soit présenté à chacune de ses prochaines sessions. Le Comité permanent fait de nouveau part de son opinion selon laquelle la nature prescriptive de la stratégie relative aux bureaux géographiquement dispersés doit être maintenue. En outre, le Comité permanent convient avec la directrice régionale que le Comité régional doit décider quels domaines de responsabilité pour les questions relatives aux bureaux géographiquement dispersés celui-ci souhaiterait déléguer au CPR ou au Bureau régional.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen de la nouvelle stratégie européenne en matière de bureaux géographiquement dispersés
(EUR/RC62/11)

Examen du projet de résolution correspondant
(EUR/RC62/Conf.Doc./5)

Poursuite de l'élaboration d'une stratégie de pays pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

28. Lors de sa deuxième session, il est rappelé au Comité permanent que même si une nouvelle Stratégie de pays a été préparée afin d'être présentée au CR61, l'examen de cette dernière a été reporté au CR62, étant donné que les discussions sur la réforme de l'OMS (y compris la gestion et la structure de l'Organisation) ne sont encore qu'à leurs premiers balbutiements. Le Comité permanent estime que les États membres accueilleront favorablement la classification de la présence de l'OMS dans les pays en trois catégories : bureau de pays dirigé par un représentant de l'OMS, bureau de pays dirigé par un administrateur national, et dispositions afférentes aux pays ne disposant pas d'un tel bureau. Cependant, les critères sous-tendant cette répartition en catégories doivent être prédéterminés (à la suite d'une consultation) et clairement précisés. Une analyse des coûts et des avantages doit être réalisée pour chaque catégorie, ainsi que pour tout changement de catégorie.

29. Lors de sa troisième session, le CPR est informé que trois consultations sous-régionales ont été organisées afin d'examiner la nouvelle stratégie de pays. Les participants à l'ensemble des trois réunions ont confirmé que les bureaux de pays de l'OMS restent nécessaires pour fournir une assistance technique afin de relever les défis lorsqu'il n'y a pas de capacités « universitaires » au niveau national, pour coordonner les partenaires et pour démontrer et diffuser l'expérience des pays. Il convient de promouvoir la collaboration sous-régionale, en tenant compte des grands groupements d'États membres (comme l'UE), tout en assurant une liaison constante entre l'est et l'ouest de la Région. Les relations entre l'OMS et la Commission européenne doivent être clarifiées et mieux coordonnées. Des stratégies de coopération doivent être établies avec tous les pays, y compris ceux qui sont membres de l'UE. Les répercussions financières de la mise en œuvre de la stratégie de pays doivent être clairement expliquées, et la traduction de cette stratégie dans d'autres langues que l'anglais doit être facilitée par la compilation d'un glossaire et un emploi cohérent de la terminologie.

30. Le CPR convient de la nécessité d'une nouvelle stratégie de pays. La stratégie actuelle date de 2000 (résolution EUR/RC50/R5), et depuis lors 12 nouveaux États membres ont adhéré à l'UE. Dès lors, il serait approprié de présenter au CR62 une nouvelle approche qui répondrait continuellement aux idées maîtresses de la réforme de l'OMS et garantirait une adéquation entre les politiques adoptées par les organes directeurs de l'Organisation et les priorités déterminées pour les activités dans les pays. Le Comité permanent note également l'accent mis sur la collaboration sous-régionale basée sur un alignement naturel des pays face à des besoins spécifiques et communs. Le CPR relaie la demande formulée lors des consultations sous-régionales concernant une clarification détaillée des rôles respectifs de l'OMS et de l'UE. Il demande que la feuille de route nationale soit incluse dans l'ensemble de documents présenté à la soixante-deuxième session du Comité régional, faisant notamment en sorte que les critères pour la classification des bureaux de pays puissent être rendus explicites et appliqués systématiquement.

31. S'exprimant sur un nouveau projet révisé et présenté en sa quatrième session, le CPR salue les efforts mis en œuvre afin d'incorporer les suggestions formulées par les États membres. Le CPR est informé que si les États membres ne sont pas tenus d'adopter des stratégies de coopération nationale, on espère néanmoins qu'ils seraient intéressés par une telle initiative. Au début, on cherchera à mettre en œuvre ces stratégies dans les pays n'ayant pas conclu un ACB ou dépourvus de bureau de pays. La désignation claire d'un homologue national est particulièrement importante pour simplifier la communication entre les pays et le Bureau régional. Une page répertoriant les homologues nationaux et leurs coordonnées pourrait être ajoutée au site Web du Bureau régional.

Mesures à prendre par le Comité régional

Examen de la stratégie de pays révisée pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
(EUR/RC62/13)
Examen du projet de résolution correspondant
(EUR/RC62/Conf.Doc./7)

Travail préparatoire pour les sessions à venir du Comité régional

Poursuite de l'élaboration d'une nouvelle stratégie de communication pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

32. Lors de sa troisième session, le CPR est informé que la nouvelle stratégie de communication pour le Bureau régional a fait l'objet d'une importante révision à la suite d'une série de consultations menées avec les États membres.

33. Le Comité permanent constate le double objectif de la nouvelle stratégie de communication : diffuser des informations sur le Bureau régional et ses activités, et promouvoir et améliorer la communication des États membres avec le public. Il recommande que le Bureau régional sélectionne quelques domaines de la santé publique sur lesquels concentrer l'attention, et qu'il maximise l'utilisation des partenariats. En général, les messages sur la communication en matière de risques doivent être coordonnés par tous les partenaires concernés.

34. En raison de l'ordre du jour particulièrement chargé du CR62, le Comité permanent décide en sa quatrième session de retirer la stratégie de communication du programme du CR62 et de reporter son examen à une date ultérieure.

Cadre pour une stratégie européenne de l'information sanitaire

35. Le Comité permanent adopte l'objectif de la stratégie de l'information sanitaire, qui est de permettre aux États membres d'utiliser plus efficacement l'information existante à des fins de décision et d'élaboration de politiques, plutôt que de leur demander de collecter un volume encore plus important de données.

36. De même, en sa deuxième session, le CPR accueille favorablement l'idée d'instaurer un groupe de travail afin de poursuivre l'élaboration de la stratégie, faisant remarquer que de telles dispositions constituent un moyen efficace d'atteindre les objectifs de Santé 2020. La mise en place d'un système unique d'information sanitaire couvrant l'ensemble de la Région européenne de l'OMS serait cependant un processus de longue haleine, continu et itératif. Afin que l'ensemble des parties intéressées, dont la Commission européenne, puissent y apporter leur soutien, le Comité permanent propose en conséquence que le groupe de travail, une fois créé, puisse émettre des recommandations au CPR sur la meilleure manière d'aborder ce sujet au Comité régional.

37. Lors de sa troisième session, le CPR est informé que le mandat et la composition du groupe de travail ont été définis depuis, et les tâches proposées ont été décrites. Actuellement, les États membres sont invités à procéder à des désignations aux postes de membres du groupe de travail. Ces désignations continueront à être examinées sur une base continue ; à cette fin, une liste d'experts est en train d'être établie. Le Comité permanent considère que le mandat du groupe de travail est acceptable, et le membre turc du CPR accepte de rejoindre le groupe de travail.

Stratégie et plan d'action européens sur la santé mentale

38. Le CPR est informé que, dû à leur prévalence et à la charge de morbidité et aux incapacités imposées par les troubles mentaux, ceux-ci constituent l'un des principaux défis de santé publique de la Région européenne de l'OMS. S'appuyant sur une déclaration et un plan d'action pour l'Europe d'ailleurs adoptés par le Comité régional en 2005, une nouvelle stratégie peut être élaborée afin d'améliorer le bien-être mental des populations, de respecter les droits des personnes souffrant de problèmes mentaux et de mettre en place des services accessibles, sûrs et efficaces. On propose de mener de larges consultations sur le projet de stratégie pendant une période de deux ans, jusqu'au CR63 de 2013.

39. Le CPR se félicite de pouvoir participer aux tout premiers stades de formulation de la stratégie. Il demande que davantage d'attention soit accordée au dépistage précoce et au traitement de proximité. En outre, la stratégie doit prendre en compte le besoin des personnes atteintes de problèmes mentaux d'être protégées face aux abus, tels que la détention non justifiée ou la mise sous séquestre des biens.

Réforme de l'OMS

Questions budgétaires et financières

40. Lors de sa deuxième session, un rapport de supervision émanant du secrétariat sur les questions budgétaires et financières est présenté au CPR. Si celui-ci se félicite de cette présentation régulière des informations financières, par souci de transparence, il fait état de ses préoccupations quant au faible pourcentage des résultats escomptés par bureau dont le progrès fait l'objet d'un suivi, et quant à la persistance des obstacles à l'exécution depuis le dernier rapport de supervision de mai 2011. Il attend avec impatience d'examiner un plan d'action visant à réduire ou à éliminer ces obstacles, une fois que l'évaluation de fin de période biennale aura été réalisée.

41. Lors de sa troisième session, le Comité permanent est informé du résultat des discussions sur le projet de budget programme de l'OMS pour 2014-2015. Le CPR reconnaît que des recommandations mondiales sur le projet de budget programme 2014-2015 ne seront probablement pas disponibles avant la fin avril, après la réunion du Groupe de politique mondiale de l'OMS, mais préconise qu'un document succinct soit présenté lors de sa quatrième session ; celui-ci décrirait les éventuelles différences subsistant entre ces recommandations et les idées maîtresses du processus de réforme de l'OMS. Il est rassuré d'apprendre que le Bureau régional n'a pas l'intention d'amender les accords de collaboration biennaux de 2012-2013 avec les pays, et se félicite des initiatives visant à élaborer des stratégies de coopération nationale, mais souhaite en savoir plus sur la proposition visant à commencer cette opération avec les pays de l'UE15 (les 15 pays déjà membres de l'Union européenne avant les adhésions du 1er mai 2004).

42. Lors de sa quatrième session, le CPR est informé qu'un certain nombre de documents énonçant une politique et liés à l'initiative de réforme de l'OMS, notamment le douzième Programme général de travail 2014-2019 et le projet de budget programme 2014-2015, ont été ou seront examinés entre mai et octobre 2012 lors des réunions des organes directeurs de l'Organisation : la seizième réunion du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif, la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé, la 131^e session du Conseil exécutif et les sessions des comités régionaux de l'OMS.

43. Un aperçu stratégique du projet de douzième Programme général de travail a été préparé en vue d'être présenté au Comité du programme, du budget et de l'administration et à la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé. Il classifie d'ailleurs les activités de l'OMS

en cinq catégories techniques, à savoir les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, la santé à toutes les étapes de la vie, les systèmes de santé, et la préparation, la surveillance et l'intervention. L'aperçu stratégique énumère ensuite les critères pour la définition des priorités. Enfin, il répertorie une première liste de priorités et fournit des exemples éloquentes de contribution de l'OMS dans chacune de ces cinq catégories techniques (les services institutionnels et les fonctions d'encadrement constitueraient d'ailleurs une sixième catégorie). Des « réseaux de catégories » sont actuellement mis en place pour orienter l'élaboration du projet de budget programme 2014-2015, qui sera soumis à un examen complet par les pairs, tant sur le plan interne qu'externe.

44. Au niveau régional européen, une première tentative avait été faite pour classer les catégories techniques d'activités à l'aide des critères de définition des priorités : il en ressort que la priorité absolue doit être accordée aux maladies non transmissibles, suivies par les systèmes de santé. La panoplie actuelle des 27 résultats clés et des 57 autres résultats prioritaires au niveau régional doit être adaptée à la période biennale 2014-2015 : certains devront progressivement s'éclipser, et de nouveaux devront être introduits. Des modifications concomitantes doivent être apportées aux enveloppes budgétaires régionales pour les différentes catégories d'activités. Les enveloppes budgétaires initiales par catégorie et par grand bureau devaient être publiées par le Siège de l'OMS à la fin du mois de mai, et le projet de budget programme 2014-2015 devant être soumis pour examen aux comités régionaux sera disponible à la fin juin. Des enveloppes budgétaires et un chiffrage des coûts spécifiques au niveau régional, ainsi qu'une perspective régionale du projet de budget programme, seront élaborés en parallèle.

Incidences pour la Région européenne

45. La directrice régionale explique au Comité permanent en sa deuxième session qu'une session extraordinaire du Conseil exécutif a été organisée du 1^{er} au 3 novembre 2011. Celle-ci a permis de réunir non seulement les 34 membres du Conseil, mais aussi des délégations de 82 États membres. Trois décisions officielles ont été adoptées sur les programmes et la définition des priorités, la gouvernance et les réformes gestionnaires. Lors de sa troisième session, le Comité permanent est informé des discussions engagées sur la réforme de l'OMS lors de la 130^e session du Conseil exécutif en janvier 2012 et lors d'une réunion consultative avec les États membres en février 2012.

46. Le Comité permanent observe que le Conseil exécutif a délégué un certain nombre de dossiers au Comité du programme, du budget et de l'administration, et convient que la composition de ce dernier devra être modifiée pour refléter son rôle de plus en plus programmatique (plutôt que purement administratif et budgétaire). Le CPR apprécie l'idée d'une réorganisation du calendrier des sessions des organes directeurs de l'Organisation et des débats sur la fixation de priorités pour les aligner sur le cycle budgétaire. En ce qui concerne le Comité régional, il convient qu'un « délai de démarrage » d'un an et demi sera nécessaire, de sorte qu'un nouveau calendrier, quel qu'il soit, ne pourra être appliqué qu'à la soixante-quatrième session du Comité régional, en 2014. Sur la question essentielle d'une meilleure utilisation des contributions volontaires affectées à un poste précis, le CPR apprécie l'idée d'organiser, comme cela a été suggéré, une « conférence d'annonce de contributions » ou un « dialogue de financement » avant l'Assemblée mondiale de la santé, de sorte que les contributions puissent être alignées sur les priorités de l'Organisation.

47. Lors de sa quatrième session, le CPR se félicite de la somme considérable de travail accompli par le secrétariat afin de mettre en œuvre les divers aspects de l'initiative de réforme de l'OMS, il fait part de ses préoccupations face au grand nombre de points inscrits à l'ordre du jour du CR62. Il est possible que des séances parallèles doivent être organisées, comme ce fut le cas au CR61. En ce qui concerne la définition des priorités, le CPR attire l'attention sur le fait que le secrétariat doit contacter les pays qui n'ont pas conclu d'ACB avec le Bureau régional, ou

n'envisagent pas dans l'immédiat de formuler des stratégies de coopération nationale, afin de déterminer leurs besoins et d'adapter le classement initial des catégories d'activités, le cas échéant. Il est probable que le projet de budget programme 2014-2015 doive inclure des sous-catégories afin d'englober l'éventail d'activités mises en œuvre dans le cadre des 13 objectifs stratégiques du budget programme actuel. Le CPRC demande également à la Région européenne de prendre les devants en mettant l'accent, dans le budget programme, sur les résultats de haut niveau dont la réalisation relève de la responsabilité entière de l'Organisation.

48. La directrice régionale indique au Comité permanent que les déterminants de la santé n'apparaissent pas dans l'aperçu stratégique du douzième Programme général de travail, et devraient par conséquent y être incorporés comme élément transversal. Le projet de budget programme 2014-2015 sera élaboré aux trois niveaux de l'Organisation ; chaque région disposera de son propre plan stratégique, avec des résultats (et le budget nécessaire pour les réaliser) définis au niveau régional, sur la base d'un processus institutionnel harmonisé pour la mobilisation des ressources.

Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS

49. Lors de sa deuxième session, le CPRC est informé des efforts accomplis en vue d'améliorer les relations et de stimuler la coopération avec un large ensemble de partenaires. Le Comité permanent demande au Bureau régional de continuer à favoriser sa relation avec la Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne qui, selon lui, constitue le partenariat fondamental de l'OMS dans la Région européenne. Les partenariats peuvent être classés de la manière suivante : ceux liés au rôle de leadership de l'OMS, ceux liés à l'exécution (mise en œuvre conjointe) et ceux nécessitant un investissement de l'OMS en termes d'efforts (comme assurer le secrétariat) afin de garantir la continuation du partenariat en question. Comme la plupart des problématiques à prendre en compte dans une nouvelle stratégie relative aux partenariats dépendent en fait des résultats de l'initiative de réforme entreprise à l'OMS, le CPRC convient qu'une stratégie officielle sur les partenariats doit être élaborée une fois le processus de réforme de l'OMS achevé.

Composition des organes et comités de l'OMS

50. Lors de la deuxième session du CPRC, la directrice régionale informe le CPRC que les désignations et élections habituelles aux organes ou comités de l'OMS mentionnés ci-dessous auront lieu lors du CR62 :

- Conseil exécutif 2 sièges
- Comité permanent du Comité régional 4 sièges
- Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé 4 sièges

51. Le mandat des membres du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé peut être échelonné de manière à en assurer une meilleure rotation. La correspondance relative à la demande de désignations pour ces organes et comités sera envoyée aux États membres au début de 2012.

52. Il est rappelé au Comité permanent que selon les termes de la résolution EUR/RC60/R3 du Comité régional, et en particulier de la 1^{ère} partie de l'annexe à cette résolution, qui organisent le regroupement sous-régional des États membres, il n'y aura pas de poste vacant au Conseil exécutif à pourvoir en 2012 par les pays du groupe A. Par contre, il y aura un poste vacant tant dans le groupe B que dans le groupe C.

53. Étant donné que seul un pays a soumis sa candidature au Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé (CMES), le CPRC convient de recommander au Comité régional que ce dernier prolonge pour un an les mandats des membres existants issus du secteur sanitaire. Entretemps, le Comité permanent envisagera la possibilité d'un « étalement » des nominations de sorte que tous les membres ne soient pas élus simultanément, et examinera la demande de l'Allemagne qui souhaite un statut d'observatrice au CMES.

54. Lors de sa quatrième session, le Comité permanent parvient à un accord par consensus pendant une réunion à huis clos sur les candidats qu'il recommandera au CR62 pour le Conseil exécutif et le CPRC. Le Comité permanent convient également des membres du Conseil exécutif auxquels il demandera (en première et deuxième instances) d'assurer la liaison entre le CPRC et le Conseil en 2012-2013, et désigne les pays candidats pour le Comité du programme, du budget et de l'administration et le Comité de la Fondation Léon Bernard, ainsi que pour le poste de vice-président du Conseil exécutif.

Mesures à prendre par le Comité régional

Élection de membres pour le Conseil exécutif, le CPRC et le Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé (EUR/RC62/7, EUR/RC62/7 Add.1 et EUR/RC62/7 Add.2)

Discours d'une représentante de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

55. La présidente de l'Association du personnel du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURSA) s'adresse au CPRC en sa troisième session au nom du personnel de la Région européenne et confirme l'engagement de ce dernier en faveur d'une OMS encore plus forte et plus unie après le processus de réforme. L'EURSA a écouté avec intérêt et enthousiasme lorsque le Conseil exécutif a préconisé qu'une consultation transparente et non exclusive ait lieu au sujet de ce processus, avec des mécanismes en place pour que le personnel de l'OMS (y compris celui de la Région européenne) apporte sa contribution et entame un dialogue interactif avec la direction. Les objectifs de la réforme de l'OMS approuvés par l'Assemblée mondiale de la santé sont aussi ceux du personnel. Le Comité du personnel, nouvellement constitué, pense que le processus de réforme de l'OMS pourra aider l'EURSA à atteindre ses objectifs tels que stipulés dans ses statuts, à savoir promouvoir le bien-être, les intérêts et l'évolution professionnelle de tout le personnel, sauvegarder les droits du personnel et favoriser les conditions dans lesquelles l'ensemble du personnel peut travailler dans l'harmonie, avec efficacité.

56. Au cours de l'année écoulée, l'OMS a été confrontée à un nombre de défis considérables. Les répercussions de la crise économique mondiale ont eu un impact considérable sur l'OMS et ses activités : à cause de la réduction des effectifs et des budgets d'activités en baisse, les charges de travail continuent de s'alourdir. La fermeture du bureau de Rome du Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS fut aussi la source de difficultés. L'EURSA a œuvré pour représenter au mieux les intérêts des 31 membres du personnel employés là-bas : 14 des 17 fonctionnaires de la catégorie professionnelle, recrutés au niveau international, ont été affectés à d'autres postes (9 au bureau du Centre européen de l'environnement et de la santé de Bonn et 5 au Bureau régional de Copenhague), mais seulement 3 sur 14 membres du personnel de la catégorie des services généraux, recrutés localement, ont connu le même sort. Les locaux du Bureau régional de Copenhague ont été inondés deux fois durant l'été 2011. Le personnel s'est serré les coudes en travaillant à domicile lorsque cela était possible, ou dans des bureaux provisoires installés sur le site de l'OMS. La perturbation des activités normales, et en particulier de l'infrastructure informatique, a eu un impact négatif sur la productivité et la communication dans toute la Région.

57. En 2011, le Bureau régional et l'EURSA ont été particulièrement actifs en matière de prévention du harcèlement. À la suite de l'adoption de la nouvelle politique mondiale sur la prévention du harcèlement à l'OMS en septembre 2010, un comité consultatif mondial a été créé en 2011. Celui-ci comprend des représentants du personnel désignés par l'ensemble des associations du personnel de l'OMS. L'EURSA continue à sensibiliser le personnel à l'objectif de cette politique, qui est de « promouvoir un environnement de travail dans lequel les membres du personnel, à tous les niveaux, évitent les comportements qui peuvent instaurer une atmosphère d'hostilité ou d'intimidation ».

58. En ce qui concerne l'avenir, l'EURSA estime qu'un résultat positif et satisfaisant pour tous doit encore être atteint relativement à plusieurs problématiques. L'une d'elles concerne la fixation d'un même âge obligatoire pour le départ à la retraite, valable pour tous les membres du personnel. En outre, cet âge doit être approprié et aligné sur les normes contemporaines les plus élevées appliquées à la fonction publique des pays de la Région européenne de l'OMS. Autre tâche : garantir la participation du personnel à la planification du déménagement imminent du Bureau régional, qui va quitter ses locaux actuels pour rejoindre le nouveau site d'UN City.

59. L'EURSA se réjouit de pouvoir maintenir une étroite collaboration entre le personnel et la direction. L'OMS est confrontée à de nombreuses difficultés, restrictions budgétaires et réductions du personnel. C'est dans ces moments-là que la communication, le dialogue et les retours d'information sont le plus importants.

Annexe. Composition du dix-neuvième CPCR 2011-2012

Membres et conseillers

Azerbaïdjan

Pr Ogtay Shiraliyev
Ministre de la Santé

Conseillers

Dr Samir Abdullayev
Chef, Service des relations internationales, ministère de la Santé

Dr Gulsom Gurbanova
Conseillère principale, Service des relations internationales, ministère de la Santé

Belgique

Dr Daniel Reynders
Chef, Service des relations internationales, Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Bulgarie

Mme Dessislava Dimitrova¹
Vice-ministre de la Santé

Conseillère

Mme Iskra Andreeva
Troisième secrétaire, Mission permanente de la Bulgarie auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Croatie

Dr Krunoslav Capak
Directeur adjoint, Service d'écologie et d'hygiène de l'environnement, Institut national de santé publique

Espagne

Dr Carmen Amela Heras
Directrice générale de la santé publique et de la santé internationale, ministère de la Santé, de la Politique sociale et de l'Équité

Conseillère

Dr Karoline Fernández de la Hoz
Responsable de la coordination, Direction générale de la santé publique et de la santé internationale, ministère de la Santé, de la Politique sociale et de l'Équité

Fédération de Russie

Pr Veronika Skvortsova
Ministre de la Santé

Conseillers

M. Mark Tsechkovsky
Chef de département, Institut central de recherche en matière d'organisation et d'informatisation des soins de santé, ministère de la Santé et du Développement social

¹ Vice-présidente

Dr Svetlana Axelrod
Chef adjointe de section, Service de la coopération internationale, ministère de la Santé et
du Développement social

Dr Anna Korotkova
Directrice adjointe, Affaires internationales, Institut central de recherche pour
l'organisation et l'information en santé publique, ministère de la Santé et du
Développement social

M. Pavel Esin
Service de la coopération internationale, ministère de la Santé et du Développement social

Malte

Dr Ray Busuttil
Directeur général, ministère de la Santé, des Personnes âgées et des Soins de proximité

Pologne

Pr Mirosław J. Wysocki
Directeur, Institut national de santé publique/Institut national d'hygiène

Conseillères

Mme Katarzyna Rutkowska
Directrice adjointe, Service de la coopération internationale, ministère de la santé

Mme Justyna Tyburska-Malina
Unité des organisations internationales, Service de la coopération internationale, ministère
de la Santé
Service de la coopération internationale, ministère de la Santé et du Développement social

Royaume-Uni

Pr David Harper
Directeur général, Amélioration et protection de la santé, Développement sanitaire et
scientifique international, ministère de la Santé

Conseillères

Dr Felicity Harvey
Directrice générale de la santé publique, ministère de la Santé

Mme Kathryn Tyson
Division internationale, ministère de la Santé

Suède

Dr Lars-Erik Holm²
Directeur général et médecin conseiller technique, Conseil national de la santé et de la
protection sociale

Conseillers

Mme Louise Andersson
Division des Affaires internationales et de l'UE, ministère de la Santé et des Affaires
sociales

² Président

M. Niclas Jacobson
Chef de section, Division des affaires internationales et de l'UE, ministère de la Santé et
des Affaires sociales

M. Bosse Pettersson
Conseiller principal, Conseil national de la santé et de la protection sociale

Turquie

Dr Bekir Keskinliç
Directeur général adjoint, Direction générale des soins de santé primaires, ministère de la Santé

Conseiller

M. Seyhan Sen
Chef adjoint, Expert de l'UE, Service des affaires étrangères, ministère de la Santé

Ukraine

Pr Olesya Hulchiy
Vice-rectrice, Relations internationales, Université nationale de médecine O. Bohomolets

Observateur

Dr Ewold Seeba³
Directeur général adjoint, ministère fédéral de la Santé, Allemagne

Conseillère

Mme Dagmar Reitenbach
Chef de division, Politique sanitaire mondiale, ministère fédéral de la Santé, Allemagne

³ Membre européen du Conseil exécutif