



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation  
mondiale de la Santé**

**Europe**

---

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

EUR/RC63/SC(2)/REP  
140006

4 mars 2014

Floriana (Malte), 16 et 17 décembre 2013

ORIGINAL : ANGLAIS

## **Rapport sur la deuxième session**

## Sommaire

	page
Introduction .....	1
Ouverture de la session par le président et la directrice régionale .....	1
Rapport sur la première session du vingt et unième Comité permanent du Comité régional .....	2
Suites de la soixante-troisième session du Comité régional (CR63) : évaluation et bilan des actions engagées par le CPCR et le secrétariat .....	2
Mandat des sous-groupes du CPCR .....	3
Sous-groupe sur la mise en œuvre de Santé 2020.....	3
Sous-groupe sur l'allocation des ressources flexibles.....	4
Sous-groupe sur la gouvernance .....	5
Ordre du jour provisoire de la soixante-quatrième session du Comité régional .....	5
Mise en œuvre de Santé 2020 : 2012-2014.....	6
Une stratégie de l'information sanitaire pour l'Europe.....	7
Des systèmes de santé pour la santé et la prospérité dans le contexte de Santé 2020 : réunion de haut niveau à l'occasion du cinquième anniversaire de la Charte de Tallinn .....	8
Investir dans l'enfance : une meilleure santé à toutes les étapes de la vie : une stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents et un plan d'action principalement axé sur la prévention de la maltraitance des enfants.....	9
Plan d'action régional pour les vaccins 2014-2020 afin de relever les défis de la vaccination dans la Région européenne de l'OMS .....	10
Partenariats pour la santé dans la Région européenne .....	11
Une stratégie de pays pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe .....	11
Plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2014-2020.....	12
Rapport du secrétariat sur les questions budgétaires et financières .....	12
Composition des organes et comités de l'OMS .....	15
Autres questions à l'ordre du jour .....	15
La santé dans le cadre du programme de développement pour l'après-2015 .....	15
Documents non examinés .....	16
Points focaux techniques nationaux .....	16
Rapport sur les résolutions.....	17
Candidatures à la vice-présidence de la Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé.....	17
Clôture de la session.....	17

## Introduction

1. Le vingt et unième Comité permanent du Comité régional de l'Europe (CPCR) a tenu sa deuxième session à l'hôtel Grand Excelsior de Floriana (Malte), les 16 et 17 décembre 2013.

## Ouverture de la session par le président et la directrice régionale

2. Le président du vingt et unième CPCR ouvre la session.

3. Zsuzsanna Jakab, directrice régionale de l'OMS pour l'Europe, annonce que son allocution d'ouverture est diffusée sur Internet afin qu'elle puisse être suivie par les États membres non représentés au Comité permanent. Elle exhorte d'ailleurs ces derniers à envoyer, préalablement à la prochaine session du vingt et unième CPCR, les questions qu'ils souhaitent voir abordées lors de son discours d'introduction à cette session. Dans son allocution, elle rappelle les résultats constructifs de la soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR63) tenue à Çeşme Izmir (Turquie), ainsi que les conclusions des cinq conférences de haut niveau organisées parallèlement à la mise en œuvre de Santé 2020. Elle fait remarquer que les principaux thèmes proposés pour la soixante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR64) seront examinés avec le CPCR. Il s'agit notamment d'un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de Santé 2020 ; d'une stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents ; d'un plan d'action régional pour les vaccins ; d'un plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle ; d'une stratégie de l'information sanitaire ; d'une stratégie de pays ; et d'une stratégie de partenariat.

4. Trois événements majeurs ont été organisés depuis le CR63. Une réunion de haut niveau s'est tout d'abord tenue à Tallinn (Estonie), à l'occasion du cinquième anniversaire de la Charte de Tallinn. Les participants ont examiné les progrès accomplis dans le renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne, la réduction des inégalités et l'accroissement de la transparence et de la responsabilisation, et les perspectives de renforcement des systèmes de santé au-delà de 2015. Le 35<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata a ensuite été célébré à Almaty (Kazakhstan). Cet événement a donné lieu à un consensus afin de promouvoir la vision, les valeurs et les principes de la Déclaration, tout en les adaptant à l'évolution du contexte. Enfin, une conférence ministérielle sur les maladies non transmissibles a eu lieu à Achgabat (Turkménistan), durant laquelle on s'est engagé à accélérer la pleine application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

5. Parmi les autres activités mises en œuvre, il convient de mentionner les réunions conjointes avec la Commission européenne et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) en vue de lutter contre la rougeole, la rubéole et la poliomyélite ; le lancement de l'étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire ; le programme de développement pour l'après-2015 ; le renforcement du système de santé grec moyennant une convention de contribution cofinancée par la Grèce et des fonds structurels de l'Union européenne ; le projet spécial de la directrice régionale sur la tuberculose (multirésistante) ; la prévention de la violence contre les femmes ; ainsi que deux cours de formation. Le deuxième dialogue sur le financement a également été organisé. Celui-ci vise un financement prévisible de l'ordre de 70 % au début de la période biennale 2014-2015, un meilleur alignement des ressources dans le budget programme approuvé, une plus grande souplesse de financement, une plus grande transparence ainsi que l'accroissement du nombre de donateurs. La directrice régionale a présenté une nouvelle stratégie coordonnée de mobilisation des ressources au nom du Groupe de politique mondiale de l'OMS.

## **Rapport sur la première session du vingt et unième Comité permanent du Comité régional**

6. Le rapport sur la première session du vingt et unième CPCR (Çeşme Izmir, Turquie, 19 septembre 2013) a été distribué et adopté par voie électronique.

### **Suites de la soixante-troisième session du Comité régional (CR63) : évaluation et bilan des actions engagées par le CPCR et le secrétariat**

7. La directrice régionale, se référant au document EUR/RC63/SC(2)/9, rappelle que la Turquie a accepté d'accueillir le CR63 dans un délai très court. Selon elle, il faut veiller à ce que les pays se proposant d'accueillir une session du Comité régional soient pleinement conscients des implications financières d'une telle décision. Après l'évaluation des coûts encourus, les États concernés seront priés d'envoyer une confirmation par écrit. C'est uniquement après réception de cette confirmation écrite que l'offre sera présentée dans une résolution au Comité régional. La directrice régionale indique que les projets de résolution et l'ordre du jour annoté du CR64 seront disponibles avant la session de mai du CPCR qui, d'ailleurs, sera ouverte à tous les États membres. La participation des points focaux choisis parmi les membres du CPCR a été utile, et elle propose que la désignation des prochains points focaux sur chacune des questions techniques soit annoncée bien avant la session de mai afin que les délégués puissent consulter ces derniers. Afin de garantir l'efficacité des déjeuners ministériels, les thèmes doivent être soigneusement sélectionnés, et les ministres doivent être informés oralement et par écrit. La directrice régionale se félicite de la participation active des attachés aux affaires sanitaires, et estime que la première séance d'information réalisée pour les Missions permanentes auprès de l'Office des Nations Unies à Genève a été utile.

8. La directrice régionale souligne deux points spécifiques auxquels davantage d'attention doit être accordée. Les États membres demandent des éclaircissements sur le processus d'établissement d'une liste restreinte de candidats pour siéger au Conseil exécutif, au CPCR et au bureau du Comité régional. La participation des organisations non gouvernementales (ONG) n'étant toujours pas optimale, on s'efforce actuellement de trouver les moyens de permettre à ces organisations de se faire entendre. Il sera demandé au sous-groupe du CPCR sur la gouvernance d'aider le secrétariat à soulever ces questions.

9. Plusieurs membres font observer que les contributions des ONG ne sont pas inscrites à l'ordre du jour des sessions du Comité régional. Un membre propose qu'une réunion soit tenue avec les organisations de la société civile en marge de la session, et que ces dernières ne fassent pas plus de trois interventions par point de l'ordre du jour.

10. Tous s'accordent à reconnaître que la participation des ministres peut être améliorée. Il faut aussi décourager les déclarations préparées à l'avance qui, parfois, ne correspondent pas à la thématique traitée. Les ministres doivent être mis au courant des différents thèmes abordés bien avant les déjeuners ministériels et les tables rondes, et doivent être informés par le secrétariat.

11. Il est cependant souligné que les États membres n'ont pas tous désigné un attaché aux affaires sanitaires auprès des Missions permanentes à Genève. Certains disposent d'ailleurs d'un mandat plus vaste ne se limitant pas seulement à la santé, ce qui peut entraîner une participation inégale.

12. La directrice régionale remercie les membres pour la justesse de leurs commentaires, et attend avec impatience un examen plus approfondi de ces questions, notamment celles relatives à la participation des ONG et des ministres. Elle ajoute que si la participation des attachés aux affaires sanitaires peut être améliorée par le tenue de séances d'information claire et précise, cela ne peut remplacer la collaboration avec les gouvernements.

## **Mandat des sous-groupes du CPR**

### **Sous-groupe sur la mise en œuvre de Santé 2020**

13. S'exprimant au nom du sous-groupe sur la mise en œuvre de Santé 2020, le président explique qu'aux termes de son mandat, ce dernier doit garantir la formation de partenariats avec des établissements d'enseignement, et s'assurer qu'une liaison est maintenue avec d'autres sous-groupes du CPR, notamment celui sur l'allocation des ressources flexibles. Des mécanismes d'établissement de rapports doivent être définis. Le projet de mandat du sous-groupe est présenté et convenu comme suit.

14. Analyser régulièrement les initiatives de mise en œuvre de Santé 2020 et les progrès accomplis à cet égard, et présenter des propositions au CPR en vue d'examiner plus en détail :

- la manière d'élaborer et d'enrichir le dispositif de mise en œuvre de Santé 2020 avec des outils et des bonnes pratiques en provenance de la Région ;
- les stratégies et les événements dans l'ensemble de la Région qui sensibilisent davantage à l'application des recommandations reprises dans l'étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire ;
- les interventions intégrées reposant sur les grands piliers stratégiques et politiques de Santé 2020, notamment les approches et interventions pangouvernementales en vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, et les mesures ciblant le renforcement des services et capacités de santé publique ;
- les activités et délais supplémentaires requis pour finaliser la notion de santé publique pour l'Europe dans le contexte de Santé 2020, sur la base des dernières données d'expérience en matière de santé publique ;
- les meilleurs moyens de diffuser les données d'expérience des pays concernant les politiques de santé nationales alignées sur Santé 2020 ;
- les stratégies et tactiques à adopter lors d'événements liés à d'autres secteurs, aux niveaux sous-nationaux des pouvoirs publics et à d'autres intervenants, notamment les organisations internationales et nationales de la société civile ;
- les travaux en cours dans le domaine des indicateurs de Santé 2020 ;
- les progrès accomplis dans la mise en œuvre de Santé 2020 et le suivi des indicateurs et des cibles ;
- l'alignement des activités du Bureau régional sur Santé 2020 et l'intégration de ces dernières au cadre politique, et la diffusion de l'information lors des sessions du Comité régional et d'autres événements régionaux, nationaux et sous-nationaux.

15. Le directeur, Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être, propose que le mandat reste large et que les priorités fassent l'objet d'une sélection chaque année. Le sous-groupe fera rapport au CPR. Lors de sa première réunion, les dossiers prioritaires ont été recensés comme suit : mise en œuvre d'une action multisectorielle ; application des politiques nationales de santé publique ; renforcement de la santé publique dans

le cadre de Santé 2020 ; promotion de la formation du personnel de santé multidisciplinaire dans le domaine de Santé 2020 ; et rationalisation du processus intégré de suivi des différents aspects de Santé 2020 et de présentation de rapports sur ces derniers.

16. Les membres font observer que la formation ne doit pas seulement s'adresser aux professionnels de la santé publique, mais aussi au personnel enseignant et aux étudiants en santé publique, et prévoir des échanges interpays. En outre, les capacités doivent être renforcées par la mise en place de structures nationales permanentes. Un représentant déclare que le sous-groupe peut examiner la mise en œuvre de Santé 2020 au niveau national en termes de défis et d'opportunités.

17. Le mandat du sous-groupe doit être limité dans le temps. Il était évident que son rôle n'est pas de conseiller le Bureau régional sur des questions techniques, mais de faire rapport au CPRC sur des problèmes spécifiques pouvant se poser lors de la mise en œuvre de Santé 2020 ainsi que sur les moyens de mobiliser la population en vue d'appliquer la stratégie. La directrice régionale rappelle que le sous-groupe se limite au vingt et unième CPRC, et visera des objectifs précis devant être notifiés au Comité permanent. Si le travail doit être poursuivi, le prochain CPRC devra par conséquent définir un nouveau mandat et créer un sous-groupe. Il est convenu que le sous-groupe se concentrera en 2014 sur le thème de la participation d'autres secteurs et de la société civile en vue de promouvoir l'adoption d'approches pangouvernementales, pansociétales et axées sur la santé dans toutes les politiques.

18. Le mandat du sous-groupe est approuvé.

### **Sous-groupe sur l'allocation des ressources flexibles**

19. Le président du sous-groupe explique que celui-ci est investi du mandat d'assurer l'allocation continue et stable de fonds pour la mise en œuvre du programme général de travail. Bien que la création d'un groupe de travail mondial en vue de préparer une nouvelle méthode d'allocation stratégique des ressources ait été reportée, le vingtième CPRC a décidé, en sa quatrième session, d'établir un sous-groupe chargé d'apporter la perspective régionale sur les règles de répartition du budget par niveau et par catégorie. Les principales tâches du sous-groupe sont les suivantes :

- examiner les tendances actuelles et passées concernant les recettes et les dépenses du Bureau régional au cours de ces dernières périodes biennales, son modèle opérationnel, l'impact de ce dernier sur l'allocation des ressources et les défis financiers d'ordre systémique ;
- examiner la question des « poches de pauvreté » aux niveaux mondial et régional, et définir des mesures en vue de résoudre et/ou de corriger ce problème ;
- sur la base de l'examen ainsi réalisé, recenser les éventuels principes et mécanismes d'allocation des ressources susceptibles d'être appliqués à l'échelle mondiale ;
- examiner le mode de diffusion des conclusions et résultats aux États membres ou groupes régionaux, puis au niveau mondial, par l'intermédiaire du CPRC, une tâche d'ailleurs empreinte de difficultés ;
- examiner les progrès accomplis dans le processus de planification mondiale pour 2016-2017, en mettant l'accent sur le rôle du Comité régional dans le cycle de planification et d'approbation ;
- faire régulièrement rapport de ces analyses au CPRC qui informera les États membres, et présenter au CPRC des recommandations qui figureront dans son rapport au CR64.

20. Le mandat du sous-groupe est approuvé.

## **Sous-groupe sur la gouvernance**

21. Le président du sous-groupe explique que le mandat a été mis à jour suite aux débats engagés lors du CR63. Ses responsabilités sont les suivantes :

- examiner les modes de formulation des résolutions à venir, évaluer leur valeur stratégique, leurs relations par rapport à la stratégie Santé 2020 et aux stratégies pertinentes au niveau mondial, leurs incidences financières et administratives ainsi que les impératifs de communication de rapports et les calendriers ;
- examiner la nécessité et l'ampleur d'une participation plus étroite des États membres aux activités du Bureau régional et du CPRC, ainsi que les moyens appropriés de susciter une telle participation, notamment par l'intermédiaire des missions permanentes ;
- examiner les moyens d'améliorer la procédure de sélection des candidatures, notamment l'établissement d'une liste succincte de candidats à des postes de responsabilité, pour siéger dans des comités et des groupes d'experts ainsi que dans les bureaux des organes directeurs et ce, par souci d'une plus grande transparence et d'une répartition harmonieuse entre les groupements sous-régionaux ;
- examiner les moyens d'améliorer la préparation des États membres aux sessions du Comité régional, et de renforcer la participation des acteurs non étatiques à ces sessions, en tenant compte des débats engagés au niveau mondial ;
- soumettre au CPRC d'autres questions éventuelles relatives à la gouvernance.

22. Le mandat du sous-groupe est approuvé.

23. Le président explique que les sous-groupes effectueront principalement leur travail dans le cadre de téléconférences et utiliseront divers modes de communication en ligne afin de limiter les coûts.

24. La directrice régionale fait état de la demande de la Lettonie de se retirer du sous-groupe sur l'allocation des ressources flexibles, alors que la Bulgarie est invitée à siéger à celui sur la mise en œuvre de Santé 2020, et la République de Moldova à celui sur l'allocation des ressources flexibles. Les sous-groupes se réuniront en janvier 2014, lors du week-end précédant la 134<sup>e</sup> session du Conseil exécutif, et en mars 2014, la veille de l'ouverture de la troisième session du vingt et unième CPRC.

## **Ordre du jour provisoire de la soixante-quatrième session du Comité régional**

25. La directrice régionale, en présentant les documents EUR/RC63/SC(2)/13 et EUR/RC63/SC(2)/14, explique que le résultat de la réunion organisée à Almaty (Kazakhstan), à l'occasion du 35<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, sera ajouté au point 5 b) de l'ordre du jour en fonction de l'examen ou non de cette question à l'Assemblée mondiale de la santé. Les soins de santé primaires présentent un intérêt particulier pour la Région européenne.

26. Le CPRC procède à un examen initial des points à inscrire à l'ordre du jour provisoire du CR64 et, notamment, la répartition des thèmes tout au long de la semaine et le temps alloué à chacun d'eux. Un membre fait observer qu'un nombre trop important de conférences de haut niveau ont été organisées en 2013. Celles-ci ont abouti à l'adoption de déclarations tout en exigeant un suivi de la part du Comité régional. Il est proposé de tenir une séance d'information technique sur les conclusions et résultats de la Conférence de Tallinn (Des systèmes de santé pour la santé et la prospérité dans le contexte de Santé 2020, 17 et 18 octobre 2013) plutôt qu'une séance spéciale. Le CPRC estime que trop de nouvelles « stratégies » sont proposées. On

suggère par conséquent de définir clairement les notions de « politiques-cadres », de « plans d'action » et de « stratégies » et d'établir une hiérarchie entre celles-ci. Les membres demandent que davantage de temps soit consacré au débat sur la réforme, aux élections et désignations, et au point de l'ordre du jour relatif à l'investissement dans l'avenir des enfants.

27. La directrice régionale, en réponse aux commentaires, déclare que les débats engagés au sein du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé sur la réforme de l'OMS permettront de définir de manière générale le temps devant être alloué au CR64 pour l'examen de ces dossiers. Elle rappelle que la journée ministérielle sera organisée le mardi de la session. La tenue d'un grand nombre de conférences de haut niveau en 2013 s'explique en fait par la mise en œuvre de Santé 2020. En 2014, seule une conférence de haut niveau sur la santé publique sera probablement organisée lors du deuxième semestre. En ce qui concerne la hiérarchie des textes politiques, elle propose qu'un document soit préparé pour la prochaine session du CPR. Il se peut que cette question soit également examinée par le sous-groupe sur la gouvernance. Si le CR60 avait déjà demandé la présentation de la stratégie sur les partenariats, celle-ci a été différée afin de l'aligner sur la réforme de l'OMS. La stratégie de pays a été sollicitée par le CR62, et doit être conforme à la stratégie mondiale qui est actuellement en cours de préparation pour être présentée au Groupe de politique mondiale en mars 2014.

28. Le président du CPR demande aux membres qu'ils réfléchissent, avant la session de mars du Comité permanent, à la question de savoir s'ils sont intéressés par une éventuelle désignation en tant que point focal pour l'un des points inscrits à l'ordre du jour du CR64.

### **Mise en œuvre de Santé 2020 : 2012-2014**

29. Le directeur, Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être, présente le document EUR/RC63/SC(2)/5 qui propose un schéma pour la rédaction du rapport de situation sur la mise en œuvre de Santé 2020 à soumettre au CR64.

30. Les membres font observer que le rapport doit principalement rendre compte de la mise en œuvre, étant donné que la fondation est désormais en place. Il doit inclure les réponses du secrétariat aux demandes formulées par les pays en vue d'améliorer la gouvernance intersectorielle et des systèmes de santé. Il doit témoigner de l'appropriation correcte de la stratégie par les États membres, et montrer les incidences sur l'organisation du Bureau régional et l'allocation des ressources. Le rapport doit indiquer comment les progrès accomplis dans la mise en œuvre sont en fait évalués, notamment la réalisation des cibles et des indicateurs. Un membre remarque que les cibles du bien-être font défaut.

31. Un autre membre souligne l'importance d'apporter un soutien durable aux pays pour renforcer les capacités institutionnelles, s'agissant en particulier de responsabiliser les décideurs et d'adopter des instruments juridiquement contraignants. Il importe aussi de donner des exemples concrets d'actions de sensibilisation. On veillera également à ce que Santé 2020 soit reconnue comme une politique portant non seulement sur la promotion de la santé, mais également sur le système de santé dans son ensemble, y compris la prévention et les soins.

32. Le directeur, Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être, affirme que la plupart des demandes de soutien à la mise en œuvre de Santé 2020 proviennent en fait de pays ayant conclu des accords de collaboration biennaux avec le Bureau régional. On affine encore actuellement les indicateurs et les cibles pour l'évaluation des progrès, et des exemples éloquentes de bonne pratique ont été collectés, notamment sous la forme d'études de cas. En ce qui concerne le renforcement des capacités, le Bureau régional fournit des outils et des données d'expérience glanées ailleurs, tandis que les pays préparent leurs propres mesures à caractère plus permanent. En réponse à une demande concernant les qualifications du vivier



proposé de consultants politiques agréés, il indique qu'il s'agira en fait de consultants de haut rang recensés par le Bureau régional et disposant d'une visibilité, de compétences et d'une expérience au niveau international. Toute proposition de la part du CPCR sera aussi la bienvenue. Environ 45 candidats ont été retenus et seront formés à tous les aspects de Santé 2020. Les opérations du Bureau régional ont subi d'importants changements afin de s'aligner sur Santé 2020. En réponse à une demande sur les réseaux des petits États membres, il explique qu'un tel regroupement peut s'avérer bénéfique dans la mesure où ces réseaux peuvent mettre en place une plate-forme commune pour la mise en œuvre de Santé 2020.

33. La directrice régionale ajoute que la planification stratégique pour la prochaine période biennale repose étroitement sur Santé 2020. Elle souligne l'importance de renforcer les capacités du personnel de santé publique et d'autres professionnels de santé dans le domaine des structures organisationnelles et des questions législatives afin d'assurer la pérennité de l'engagement pris par les pouvoirs publics. Le Bureau régional apporte son appui aux pays qui en formulent la demande. Toute suggestion concernant les moyens de sensibiliser d'autres États membres est d'ailleurs la bienvenue.

34. La directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, déclare que le Bureau régional a organisé en février 2013 une réunion conjointe d'experts sur les buts et indicateurs relatifs à la santé et au bien-être pour Santé 2020. Le groupe a mis en évidence la satisfaction par rapport à la vie comme indicateur de base du bien-être subjectif. La majeure partie des informations sur lesquelles se basent ses conclusions proviennent d'enquêtes menées dans l'UE en 2010. Des efforts sont actuellement consentis à la mise à jour de ces données et à leur élargissement aux pays non membres de l'UE.

35. Le directeur, Division des systèmes de santé et de la santé publique, évoque deux grandes initiatives actuellement mises en œuvre en vue de renforcer les capacités nationales : le groupe de travail, dirigé par l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne, sur l'avenir du personnel de santé publique (dans le cadre du Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique) ; et l'adaptation et l'intensification de la formation des agents de santé en vertu de Santé 2020, réunissant les secteurs de la santé, des sciences et de l'éducation afin de mieux préparer le personnel de santé de l'avenir.

## **Une stratégie de l'information sanitaire pour l'Europe**

36. La directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, présente la note conceptuelle faisant l'objet du document EUR/RC63/SC(2)/5 et décrivant la stratégie proposée. Celle-ci est nécessaire afin de répondre aux nombreux impératifs de communication des données et des rapports concernant Santé 2020 et d'harmoniser la diffusion de l'information sur la santé à plusieurs agences et organismes. Les États membres disposent de diverses capacités de collecte et d'utilisation de l'information sanitaire, et les ressources requises pour cette activité sont limitées en raison de la situation économique actuelle. La résolution WHA60.27 confère au Bureau régional le mandat explicite de renforcer les systèmes d'information sanitaire. Le texte de la stratégie comprendra des renseignements d'ordre général, notamment les domaines couverts et les définitions, l'objectif et le contenu, les rôles du Bureau régional et des États membres, des données institutionnelles, juridiques, techniques et financières, les conditions budgétaires et les partenariats. Les principaux domaines couverts seront la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, et l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles. Le CPCR est invité à recenser tout élément manquant et à préciser si la stratégie doit être plus prescriptive, si un plan d'action concret doit l'accompagner ou y faire suite, et s'il convient de fixer des objectifs, prévoyant un suivi et une évaluation. Un vaste processus de consultation sera mis en place auprès des États membres afin de susciter davantage de commentaires et de suggestions.

37. Un membre indique qu'il ne doit être exigé ni « stratégie » ni « plan d'action » dans la mesure où la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation a pour mission principale de fournir des informations pertinentes sur la performance des systèmes de santé aux États membres. Le document doit simplement renseigner sur la manière dont la Division s'acquitte de ses tâches.

38. Les membres estiment généralement que le document doit être prescriptif plutôt que descriptif, et dresser un bilan de la promotion de la santé. Toutes les définitions doivent être harmonisées avec celles d'Eurostat, de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et d'autres organisations internationales. L'objectif du document doit être de garantir la disponibilité de l'information nécessaire pour la mise en œuvre de Santé 2020, en veillant à l'harmonisation des processus pour que tous les pays collectent les données requises dans un format standard. Les membres soulèvent également le besoin d'élaborer un concept intégré des services de promotion de la santé et de soins de santé. Le système doit comprendre des recommandations sur la manière de traduire les données en politiques et de procéder à une analyse statistique des données. Comme les exigences en matière d'information varient d'un pays à l'autre, le système doit inclure toutes les données nécessaires. Des informations sur les meilleures pratiques et la cybersanté s'avèreraient également utiles.

39. La directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, répond que le document complet abordera la plupart des questions soulevées. Des travaux sont en cours en vue d'harmoniser les normes, les définitions et les indicateurs ; 20 indicateurs ont été définis, et peuvent dès lors être harmonisés. L'harmonisation de la communication des données chez les États membres non membres de l'UE pose d'ailleurs un important défi.

40. La directrice régionale propose que l'on prenne une décision sur le type de document à élaborer lors de la prochaine session du CPR. La collaboration sera étendue à d'autres partenaires, notamment au Conseil de la Communauté des États indépendants.

### **Des systèmes de santé pour la santé et la prospérité dans le contexte de Santé 2020 : réunion de haut niveau à l'occasion du cinquième anniversaire de la Charte de Tallinn**

41. Le directeur, Division des systèmes de santé et de la santé publique, présente le document EUR/RC63/SC(2)/12. Il explique qu'en période de difficultés financières, les États membres ont besoin de moyens qui leur permettent de mettre en place une gestion aiguë de la crise en vue de la réduction des coûts (médicaments génériques, désinvestissement, etc.). Ils doivent en même temps profiter de l'occasion pour poursuivre la transformation des systèmes de santé, notamment le renforcement des soins de santé primaires et de la santé publique afin d'améliorer la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, et de garantir la couverture sanitaire universelle.

42. Les membres conviennent généralement de la création d'un groupe restreint devant aider la Division à suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements de la Charte de Tallinn, et à se préparer à l'établissement du rapport final en 2015. Un membre propose cependant que l'on ait plutôt recours aux points focaux existants. Un autre fait observer que le renforcement des systèmes de santé s'inscrit dans la réforme de l'OMS, et se demande si une résolution est encore nécessaire à cette fin.

43. Un membre propose que le suivi de la Charte de Tallinn serve de cadre opérationnel pour la réalisation des OMD et la stratégie de l'après-2015. Il indique que l'on doit encore trouver les moyens d'évaluer les progrès accomplis dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle, mais qu'il s'engage à y apporter son soutien total.

44. Le directeur, Division des systèmes de santé et de la santé publique, explique que l'on procède actuellement à la mise au point d'une approche opérationnelle pour la couverture sanitaire universelle dans la Région, conformément au plan d'action mondial. Le financement de la santé, l'établissement de bases de référence et l'accès à des services de santé de qualité centré sur la personne en constituent d'ailleurs les piliers.

45. La directrice régionale explique que si la question sera uniquement abordée par le CR64 lors d'une séance d'information technique, elle sera cependant inscrite à l'ordre du jour du CR65. L'établissement d'un rapport de situation quinquennal étant obligatoire, une nouvelle résolution devra donc être formulée dans le cadre de Santé 2020 sur les perspectives de renforcement des systèmes de santé entre 2015 et 2020.

### **Investir dans l'enfance : une meilleure santé à toutes les étapes de la vie : une stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents et un plan d'action principalement axé sur la prévention de la maltraitance des enfants**

46. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, présente le document EUR/RC63/SC(2)/8 qui met en avant une stratégie sur la santé des enfants et des adolescents devant renouveler celle adoptée précédemment. Il explique qu'il existe d'importantes différences dans la Région et dans les pays en ce qui concerne les taux de mortalité des nourrissons. La petite enfance constituant une période particulièrement déterminante pour la santé à un âge ultérieur, l'on suggère d'adopter une approche portant sur toute la durée de la vie, et tenant compte de certains aspects tels que le tabagisme, l'usage de drogues et l'obésité. Les trois domaines stratégiques proposés sont plus opérationnels que dans le plan précédent. La stratégie attire notamment l'attention sur la maltraitance des enfants dans la mesure où les enquêtes et les études ont révélé que 18 millions d'enfants ont subi des sévices avant leur dix-huitième anniversaire. Elle sera donc présentée conjointement avec un plan d'action succinct sur la prévention de la maltraitance des enfants. Le CPCR est invité à émettre son avis sur la proposition, notamment en ce qui concerne les liens avec les OMD et la question de savoir si elle doit être inscrite à l'ordre du jour du CR64.

47. Des membres font observer que les interventions et les enquêtes proposées doivent porter sur les enfants de tous âges, et que cette stratégie doit également aborder la prévention du suicide, l'instruction en santé, les déterminants sociaux, les services interdisciplinaires et la marginalisation à l'origine de problèmes de santé mentale. Il importe que les enfants et les familles puissent participer au processus d'élaboration, et pas simplement servir de sujets d'étude. Le premier domaine stratégique doit prévoir une analyse de la situation et proposer des actions. Le deuxième domaine doit se pencher sur les groupes vulnérables et le rôle de l'environnement dans lequel se développe l'enfant, comme le bien-être des parents. La détection précoce des problèmes et l'intervention rapide jouent un rôle important. En ce qui concerne la prévention de la maltraitance, il convient de sensibiliser toutes les personnes s'occupant d'enfants et d'adolescents. Le personnel hospitalier doit être formé afin de reconnaître tous les signes potentiels de mauvais traitements, et pas uniquement les traumatismes crâniens. Un membre demande que l'on clarifie la notion de « rendement des investissements » eu égard à la promotion de la santé, tel que mentionné dans la stratégie.

48. Un membre déclare que ce thème s'inscrit à l'évidence dans le cadre des OMD. La stratégie peut servir de modèle de collaboration intersectorielle en vue de conférer la responsabilité en matière de santé à ceux qui sont concernés. Un autre membre explique qu'il n'est guère facile d'élaborer une stratégie à la fois pour les enfants et les adolescents, car leurs problèmes ne sont pas les mêmes. Les adolescents doivent être habilités à s'occuper de leur santé, en faisant par exemple intervenir les groupes de pairs. L'ensemble de la société doit jouer un rôle dans la formulation des politiques, notamment les familles ainsi que les centres sociaux, sportifs et culturels.

49. Un membre demande que soit rédigé un rapport sur les résultats de la stratégie précédente, et que l'on définisse des objectifs pour la nouvelle stratégie.

50. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, convient qu'une approche intersectorielle est nécessaire. Il proposera plusieurs objectifs pour la stratégie lors de la prochaine session du CPR. La question de la maltraitance a été choisie parce qu'elle est bien attestée. Afin qu'elle n'occulte pas la stratégie, il propose qu'elle soit présentée séparément afin d'illustrer les conséquences pratiques de la mise en œuvre de la stratégie. En réponse à une demande concernant un éventuel chevauchement avec le travail mené par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), il répond que les activités des Nations Unies, de la société civile et d'autres parties prenantes seront prises en compte dans la stratégie.

51. Un membre déclare que, si la réduction de la maltraitance est utilisée comme exemple d'amélioration de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents, deux ensembles d'indicateurs seront dès lors nécessaires : l'un relatif à la maltraitance, et l'autre pour recenser les activités efficaces susceptibles d'être appliquées à d'autres domaines.

### **Plan d'action régional pour les vaccins 2014-2020 afin de relever les défis de la vaccination dans la Région européenne de l'OMS**

52. Le directeur, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, résume le document EUR/RC63/SC(2)/10, avec ses cinq objectifs stratégiques.

53. Des membres font remarquer que les tendances anti-vaccination actuellement observées dans la Région ne sont guère propices à l'introduction de nouveaux vaccins, comme indiqué au titre de l'objectif stratégique 2. Un membre se demande si le rôle de l'OMS est d'introduire de nouveaux vaccins, ou si l'Organisation doit en fait fournir des éléments de preuve aux décideurs. L'introduction de nouveaux vaccins entraîne des incidences financières pour les programmes nationaux, et le processus décisionnel doit prendre en compte les analyses de rentabilité. Atteindre certains groupes difficilement accessibles et insuffisamment couverts par la vaccination pose un véritable défi. Le niveau de vaccination de la Région est généralement élevé même si certains groupes ne reconnaissent pas la valeur de cette pratique. Un membre fait observer que les calendriers nationaux de vaccination diffèrent entre les pays de la Région. La stratégie doit faire clairement référence aux groupes vulnérables comme les migrants et aux mesures à prendre par les programmes nationaux. Un membre propose que l'on coopère avec l'ECDC en matière de planification, de communication de données et de présentation de rapports. Un autre déclare que la surveillance des manifestations postvaccinales indésirables doit être renforcée afin de procéder au suivi des effets secondaires possibles, la participation des médecins généralistes pouvant d'ailleurs être envisagée.

54. Davantage d'informations sont nécessaires sur la perception du risque de la vaccination dans la société, ainsi que chez les professionnels de santé. La communication sur les bienfaits de la vaccination doit être améliorée, et les professionnels de santé, dont les infirmiers et les sages-femmes, doivent être mieux formés dans le domaine de la vaccinologie. Un membre explique que le fait de considérer la vaccination comme un « droit » crée, pour les États membres, une obligation susceptible d'entraîner des incidences financières.

55. Le directeur, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, répond que les observations du CPR seront prises en compte dans la prochaine version du document, et qu'une plus grande importance sera accordée aux populations difficiles à atteindre et au problème des groupes anti-vaccination. Il souligne que des analyses de rentabilité sont effectuées pour tous les nouveaux vaccins au niveau mondial, et que le processus décisionnel relatif à l'introduction d'un nouveau vaccin entraîne un dialogue politique tenant compte du contexte national.

## **Partenariats pour la santé dans la Région européenne**

56. Le directeur exécutif, Partenariats stratégiques et mobilisation des ressources, résume le document EUR/RC63/SC(2)/7.

57. Un membre déclare que l'on devrait recourir davantage aux organes bien établis tels que le Conseil de la Communauté des États indépendants, tandis que les changements apportés à la structure de la Communauté économique eurasiennne doivent être pris en compte. D'autres soulignent que le schéma du document doit être pleinement aligné sur le débat mondial relatif aux partenariats. Il serait important de ne pas court-circuiter les discussions du Conseil exécutif sur le rôle des acteurs non étatiques et, par conséquent, il convient de préciser si ce dossier doit être présenté au CR64 ou au CR65. La contribution des différents partenaires à la santé publique doit constituer le principal critère du partenariat.

58. Le directeur exécutif, Partenariats stratégiques et mobilisation des ressources, explique que le rapport présenté au CR64 doit décrire les relations existantes avec nos partenaires et les ONG. La directrice régionale propose que l'on poursuive l'élaboration du document pour qu'il soit examiné plus en détail lors de la session de mars du CPR.

## **Une stratégie de pays pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe**

59. La directrice exécutive, Relations avec les pays et communication globale, présente le document EUR/RC63/SC(2)/11, en rappelant aux membres les demandes formulées à la directrice régionale dans la résolution EUR/RC62/R7. Une stratégie de pays mondiale est en cours d'élaboration, avec la participation du Bureau régional qui, d'ailleurs, aligne étroitement la stratégie européenne à celle rédigée au niveau mondial. Elle demande que l'on commente la note conceptuelle à ce sujet, à savoir si la structure de la stratégie proposée est acceptable, si elle doit être présentée au Comité régional bien que la stratégie mondiale ne soit pas finalisée et, dans ce cas, comment il faudra la présenter.

60. Des membres font observer que la stratégie doit être utile à l'ensemble des 53 États membres, et donc adaptable aux divers systèmes de santé. Le rôle du Bureau régional est de prodiguer des conseils stratégiques et d'apporter un appui technique en vue de mettre en œuvre Santé 2020, et de renforcer les capacités nationales en matière de santé publique. La réforme de l'OMS prévoit le renforcement des bureaux de pays, et cette initiative doit faire l'objet d'une note conceptuelle, mentionnant que ces bureaux peuvent être fermés quand ils ne sont plus nécessaires. Le rôle des centres collaborateurs constitue une autre question importante. Les atouts et les faiblesses des stratégies de coopération de pays doivent également être analysés.

61. Plusieurs membres déclarent que la stratégie n'est pas encore prête à être présentée au CR64. L'un d'entre eux explique que l'expérience acquise dans la Région par la grande diversité des États qui la composent constituera un complément utile à la stratégie mondiale. Il importe également d'effectuer une analyse de l'établissement d'une présence dans le pays, de la fermeture des bureaux de pays lorsqu'ils ne sont plus nécessaires, et du renforcement ou de la diminution de la présence physique de l'OMS dans un pays donné. Les États membres abritant des bureaux de l'OMS pourraient interagir avec ceux dotés de systèmes de surveillance et utiliser les données pour la prise de décisions relatives à la mise en œuvre de Santé 2020. Les stratégies de coopération de pays pourraient maintenir les priorités de chaque pays au cours d'une période s'étalant de trois à six ans malgré les changements de gouvernements.

62. La directrice exécutive, Relations avec les pays et communication globale, souligne l'importance de la notion « d'une seule OMS » aux niveaux mondial, régional et national. La présence de l'OMS dans les pays aide à conserver les priorités nationales ainsi que les intervenants externes lors des changements de gouvernements. Les stratégies de coopération de

pays seront menées par les représentants de l'OMS et les chefs des bureaux de pays. En l'absence d'un tel bureau, les homologues nationaux pourraient assumer ces responsabilités. Les représentants de l'OMS seront formés à la mise en place de stratégies de coopération de pays qui, d'ailleurs, seront conclues avec tous les États membres de la Région qui en auront fait la demande d'ici 2016. Les critères régissant la création ou la fermeture des bureaux de pays seront fixés dans le cadre de la stratégie de pays mondiale, puis incorporés dans la stratégie européenne.

63. La directrice régionale ajoute que les bureaux de pays sont établis et leurs mandats définis sur la base de décisions bilatérales. Les États membres ne disposant pas de bureaux de pays peuvent compter sur le soutien du Bureau régional et des bureaux géographiquement dispersés. Sept des 29 bureaux de pays de la Région ont une taille importante et possèdent les compétences techniques adéquates. Néanmoins, elle hésite à abolir les petits bureaux étant donné que les États membres les trouvent utiles. Leurs opérations ne sont pas particulièrement coûteuses dans la mesure où leur personnel est constitué d'administrateurs nationaux. La directrice régionale précise en outre qu'au cours de la réunion du Groupe de politique mondiale de mars, la stratégie de pays mondiale sera examinée dans le cadre du processus convenu de réforme de l'OMS.

### **Plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2014-2020**

64. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, en présentant le document EUR/RC63/SC(2)/18, explique que la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 énonce des principes révolutionnaires dont pourrait s'inspirer le plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle. La question de l'activité physique fera l'objet d'un plan distinct qui sera présenté au CR65.

65. Des membres formulent plusieurs observations sur la terminologie utilisée dans le document, et proposent que l'on ajoute les notions de promotion de la santé, de conflits d'intérêts et d'indépendance scientifique. Ils demandent une liste d'objectifs concrets, un calendrier de mise en œuvre du plan adoptant une approche intersectorielle, ainsi que des cibles et des indicateurs. On veillera à éviter tout chevauchement avec l'actuel plan d'action sur les maladies non transmissibles. Un membre fait observer que le Conseil exécutif examinera la question sensible de la participation de l'industrie. En outre, une conférence conjointe prévue en 2015 avec l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture sera l'occasion d'émettre des recommandations sur la participation de l'industrie qui, d'ailleurs, devront être soigneusement étudiées.

66. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie, remercie les membres pour leurs commentaires constructifs. Ceux-ci seront incorporés dans le document. Les plans d'action sur les maladies non transmissibles aux niveaux mondial et régional ainsi que Santé 2020 ont déjà défini des cibles et des indicateurs, et des liens seront établis avec les programmes existants. Plusieurs consultations sont prévues afin de réviser le document en préparation du CR64.

### **Rapport du secrétariat sur les questions budgétaires et financières**

67. Le responsable, Gestion des programmes et des ressources, présente le document EUR/RC63/SC(2)/15 qui contient des chiffres actualisés et fait état des dernières tendances en la matière. Parmi les points forts, il convient de mentionner les suivants :

- financement quasi total du budget du Bureau régional eu égard aux niveaux budgétaires approuvés par l'Assemblée mondiale de la santé pour 2012-2013 ; néanmoins, persistance de « poches de pauvreté » dans certains programmes ;
- réalisations prévues au niveau régional pour la période 2012-2013 effectuées à hauteur de 91 % ;
- financement disponible pour les programmes de base en 2012-2013 exécuté à hauteur de 90 %.

68. Les principaux changements apportés au budget mondial pour 2014-2015 s'expliquent par la nouvelle chaîne de résultats énoncée dans le douzième programme général de travail et le budget programme pour 2014-2015, et l'absence d'agrément de la part de l'Assemblée de la santé en ce qui concerne l'affectation des contributions fixées pour 2014-2015. Des « enveloppes budgétaires » globales par catégorie et par grand bureau ont été plutôt approuvées.

69. Le directeur, Division de l'administration et des finances, fait état des conclusions du dialogue sur le financement tenu en novembre 2013 concernant le financement du dernier quart du budget programme. Il faudra procéder à une mobilisation des ressources coordonnée et ciblée à l'échelle de l'Organisation au cours de la période biennale 2014-2015. Bien que le budget programme soit, en théorie, entièrement financé par des contributions fixées et souples, assorties de contributions volontaires à objet désigné, les trois principaux donateurs ont en fait indiqué qu'ils continueraient à affecter des fonds à une fin précise dans un proche avenir. La Fondation Bill & Melinda Gates a notamment déclaré qu'elle ne financerait que des équipes « de confiance ». Le déficit de financement pour 2014-2015 se chiffre à 107,2 millions d'USD ; 15,5 millions de dollars étant prévus dans le compte des contributions volontaires de base, la somme de 91,7 millions d'USD doit par conséquent être réunie dans un délai d'un an. Il existe également d'énormes différences dans le financement des objectifs stratégiques. Les catégories 1 et 2 sont les moins bien financées, tandis que les catégories 4, 5, 9 et 10 sont largement tributaires des fonds institutionnels. La lutte contre le paludisme doit être mieux financée qu'en 2012-2013, tandis que moins de ressources doivent être consenties à la grippe et aux maladies à prévention vaccinale. Le budget programme pour 2016-2017 sera élaboré sur la base d'une approche mise au point par le groupe de travail mondial ; d'une priorisation et d'un calcul des coûts réalisés selon une logique ascendante (les priorités étant examinées par le Comité régional) ; le renforcement du rôle des réseaux de catégories ; et les enseignements tirés de l'exécution du budget programme pour 2014-2015. Parmi les questions non résolues, il convient notamment de mentionner les suivantes : comment le Bureau régional pourra combler les déficits ; comment les États membres pourront inciter une priorisation ascendante ; le rôle des comités régionaux dans la planification, la budgétisation et la définition des priorités ; l'absence de critères pour l'allocation des fonds institutionnels et volontaires au niveau central ; et que faire des fonds qui dépassent le budget approuvé (par exemple, augmenter le plafond budgétaire, réaffecter ou refuser des fonds).

70. Des membres font observer que le surfinancement doit être examiné au cas par cas. Un membre propose de revenir à la situation antérieure, quand la plupart des ressources de l'Organisation provenaient de contributions fixées, afin que l'OMS puisse planifier sur la base d'analyses des tendances sanitaires mondiales et conserver à son service un personnel qualifié et expérimenté. La réduction des effectifs n'est pas une solution. Il importe néanmoins d'entretenir de bonnes relations avec les partenaires afin qu'ils comprennent clairement les activités de base menées dans les pays et acceptent de les financer. Un autre membre fait observer que les contributions sont restées au même niveau pendant de nombreuses années, étant donné que les indices de l'inflation ne sont pas pris en compte. Toutefois, les propositions en faveur de les augmenter rencontreraient une forte résistance. Il semble que le dialogue sur le financement, au lieu d'accroître le niveau des fonds souples, ait en fait provoqué l'effet inverse.

71. Un autre problème tient au fait que les fonds à objet désigné ne contribuent pas aux coûts du personnel, et les donateurs n'ont pas apprécié l'introduction d'un prélèvement en rapport avec l'occupation des postes. Des membres déplorent le manque d'engagement de la part des pays à économie émergente et à revenu intermédiaire envers le versement de contributions volontaires. Un effort doit être consenti afin de communiquer la valeur ajoutée de l'OMS comparée à d'autres acteurs de la santé au niveau mondial. Les activités des bureaux géographiquement dispersés ne doivent pas venir s'ajouter à celles du Bureau régional, mais remplacer celles que le secrétariat n'est pas en mesure de mettre en œuvre. Par conséquent, les plafonds ne doivent pas être soulevés ou des fonds ne doivent pas être versés pour ces activités. Les États membres disposant de bureaux de pays doivent assumer autant de responsabilités financières que possible. Un membre fait observer que l'un des rôles du sous-groupe sur l'allocation des ressources souples est en fait de trouver des solutions pour combler les déficits de financement.

72. Le directeur, Division de l'administration et des finances, remercie les membres pour leurs suggestions et observations concrètes qui, d'ailleurs, devraient également être soulevées au niveau mondial. La situation actuelle est directement liée à la décision des États membres de renoncer à des partenariats dans le cadre du budget programme. Accroître la « fiabilité » des bénéficiaires des fonds constituerait un travail de longue haleine.

73. Le responsable, Gestion des programmes et des ressources, ajoute que de nombreuses contributions volontaires versées dans le passé étaient liées à l'établissement de solides relations personnelles ayant, d'ailleurs, inspiré la confiance en la fiabilité de l'équipe. Les interactions entre le personnel technique et les donateurs doivent être coordonnées. Même si le dialogue sur le financement semble avoir provoqué l'effet inverse de celui escompté, la situation évolue dans le bon sens.

74. Un membre propose que l'on demande au directeur général de garantir un financement aussi souple que possible pendant la période de transition 2014-2015, étant donné que le budget programme approuvé ne pourra répondre aux priorités régionales. Si l'on maintient une priorisation ascendante, cette souplesse s'avérera moins nécessaire. Il demande qu'un rapport soit rédigé sur le nombre d'activités (avec leurs budgets) mises en œuvre après l'approbation du précédent budget, et le pourcentage de besoins imprévus ayant été pris en considération, afin que le budget programme pour 2014-2015 puisse anticiper les nouveaux besoins.

75. La directrice régionale explique que le Groupe de politique mondiale a défini des critères stratégiques pour l'allocation des 20 % restants des contributions fixées, la planification opérationnelle étant basée sur certaines hypothèses. Le montant supplémentaire en ressources se chiffrerait dès lors à 13 millions d'USD. Les accords pluriannuels ont permis de couvrir 85 % du budget programme au cours des deux années à venir, avec une transparence accrue quant à l'identité des donateurs. À l'OMS, la collecte de fonds s'effectue désormais au niveau institutionnel, et n'est plus le fruit d'un engagement individuel. La reconnaissance de la crédibilité des équipes techniques dépendra des réseaux mondiaux des chefs de programme et du personnel technique. Les principes de la collecte de fonds doivent être présentés aux États membres lors d'une réunion des organes directeurs, en mettant l'accent sur les moyens d'éviter les contributions volontaires de fonds à objet particulièrement désigné sans composante salariale. Les résultats du dialogue sur le financement deviendront évidents seulement au terme de plusieurs périodes biennales. Le directeur général ne peut en assurer le succès que si les fonds ainsi collectés sont régulièrement répartis selon une approche ascendante, et planifiée par les bureaux de pays et les points focaux. Néanmoins, le rôle descendant des comités régionaux doit être clarifié. Le surfinancement au niveau des pays, par exemple, pour les bureaux géographiquement dispersés, s'avère problématique car l'Organisation ne sera pas en mesure d'influencer la politique si elle ne peut accepter des fonds. Des organisations privées pourraient dès lors prendre le relais.



76. Le responsable, Gestion des programmes et des ressources, explique que les plafonds ont été revus à la hausse de 39 millions d'USD au cours de la période biennale 2012-2013, ce qui représente 18 % du budget du Bureau régional. Les fonds ont été principalement utilisés pour les situations d'urgence, la lutte contre la poliomyélite et les partenariats.

## Composition des organes et comités de l'OMS

77. Le CPCR est informé du fait que les désignations et élections habituelles aux organes ou comités de l'OMS mentionnés ci-dessous auront lieu lors du CR64 :

- Conseil exécutif : quatre sièges, avec un siège vacant dans le groupe A, un dans le groupe B (la France, un membre semi-permanent, doit désigner un candidat) et un dans le groupe C ;
- Comité permanent du Comité régional de l'Europe : quatre sièges, un dans le groupe A, deux dans le groupe B et un dans le groupe C ;
- Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales : un siège vacant ;
- Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine : un siège vacant.

## Autres questions à l'ordre du jour

### La santé dans le cadre du programme de développement pour l'après-2015

78. La directrice adjointe, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, et représentante spéciale de la directrice régionale pour les objectifs du Millénaire pour le développement et la gouvernance, met les membres au courant des progrès accomplis afin que la santé figure à l'ordre du jour du programme de développement pour l'après-2015, la date cible pour la réalisation des OMD. En juin 2012, le secrétaire général des Nations Unies a convoqué un groupe de personnalités de haut niveau de la société civile, du secteur privé et des pouvoirs publics. Celui-ci a préparé un rapport intitulé *Pour un nouveau partenariat mondial : vers l'éradication de la pauvreté et la transformation des économies par le biais du développement durable* et dans lequel la santé relève du « développement social inclusif ». Ensuite, le Groupe des Nations Unies pour le développement a engagé une « conversation mondiale » sur le programme de l'après-2015 qui, d'ailleurs, comprenait également la santé parmi ses thématiques. Entre septembre 2012 et mars 2013, l'OMS et l'UNICEF ont mené un vaste processus de consultation sur la santé au niveau mondial. Le rapport de cette consultation intitulé *Health in the post-2015 agenda: report of the global thematic consultation on health* (La santé dans le programme de l'après-2015 : rapport de la consultation thématique mondiale sur la santé) a été présenté à la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé. En parallèle, le secrétaire général des Nations Unies a créé un « réseau des solutions pour le développement durable » dans le but de rassembler les universitaires du monde entier et de trouver des solutions pratiques pour le développement durable. Le rapport intitulé *Programme d'actions pour le développement durable*, a été publié en juin 2013. Enfin, les pays présents à la Conférence des Nations Unies sur le développement durable organisée en juin 2012 à Rio de Janeiro (Brésil) ont convenu de créer un groupe de travail ouvert composé de 30 membres désignés par les cinq groupes régionaux des Nations Unies, et chargé de définir un ensemble d'objectifs pour le développement durable. Celui-ci sera présenté à la Soixante-neuvième Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2014. Afin de coordonner ces diverses initiatives, le secrétaire général a nommé une conseillère spéciale, membre de droit du groupe de haut niveau. Son travail dans le domaine de la santé bénéficie du soutien direct de l'OMS.

79. En septembre 2013, le président de l'Assemblée générale des Nations Unies a organisé un événement spécial afin de dresser le bilan des progrès accomplis dans la réalisation des OMD et d'en examiner les perspectives. Les dirigeants du monde ont convenu d'intensifier la lutte contre la pauvreté, la faim et les maladies, et appelé à la tenue d'un sommet en septembre 2015 en vue d'adopter les objectifs des activités entreprises après 2015. Le secrétaire général des Nations Unies a présenté un rapport intitulé *Une vie de dignité pour tous*, dans lequel il expose sa vision de l'action devant être menée pour réaliser les OMD et le programme de développement durable pour l'après-2015. Les objectifs doivent être universels et viables, réaliser une transformation économique inclusive, instaurer la paix et la gouvernance adoptant une approche fondée sur les droits de l'homme, reposer sur un partenariat mondial et assurer la présence des institutions et des outils appropriés. Les participants à cet événement spécial ont mis en évidence les inégalités dans la réalisation des OMD, notamment en ce qui concerne la santé génésique, le VIH/sida, la polypharmacorésistance et les maladies non transmissibles, dont la santé mentale.

80. Dans la Région européenne, les Nations Unies préparent actuellement un rapport interinstitutionnel sur l'après-2015 et les progrès accomplis. L'OMS a fourni à cette occasion un document sur la santé. Une consultation régionale sur le programme de l'après-2015 a été organisée en Turquie. Des représentants de 40 États membres, des ONG et des universitaires y ont assisté. Les priorités recensées sont semblables à celles définies au niveau mondial, à l'exception de la plus grande attention accordée par l'UE à la couverture sanitaire universelle. Les participants ont également reconnu l'importance de Santé 2020 en tant que cadre de la santé dans le programme de développement de l'après-2015.

81. En réponse à une demande concernant la place de la santé dans le programme de l'après-2015, la directrice adjointe, Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, et représentante spéciale de la directrice régionale pour les objectifs du Millénaire pour le développement et la gouvernance, explique que la santé joue un rôle de premier plan dans les OMD actuels, trois des huit objectifs étant d'ailleurs liés à la santé. Ce rôle doit dès lors être maintenu après 2015, avec au moins un objectif spécifique à la santé. L'argument selon lequel la santé est indispensable au développement et à la réalisation de la plupart des autres objectifs doit être avancé d'une manière plus efficace.

82. La directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, rappelle que la déclaration dans le registre d'état civil des naissances, des adoptions, des mariages, des divorces et des décès constitue l'un des objectifs des États membres et des partenaires. La Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique organisera un sommet ministériel sur ce sujet en novembre 2014. L'importance de l'inscription à l'état civil sera soulevée à cette occasion.

## **Documents non examinés**

83. La directrice régionale fait remarquer que les documents EUR/RC63/SC(2)/16 (Réforme de l'OMS : structure et questions à présenter à la soixante-quatrième session du Comité régional) et EUR/RC63/SC(2)/17 (Points inscrits à l'ordre du jour des prochaines réunions du Comité régional) n'ont pu être examinés.

## **Points focaux techniques nationaux**

84. La directrice exécutive, Relations avec les pays et communication globale, présente un nouveau modèle indiquant les domaines pour lesquels des points focaux techniques nationaux sont nécessaires, conformément au budget programme pour 2014-2015. Ce modèle énonce également les responsabilités incombant à ces points focaux. Elle prie le CPR de bien vouloir approuver le document afin que des désignations puissent être sollicitées au niveau des États membres.

85. Des membres font observer que le nombre proposé de points focaux techniques, à savoir 38 pour chacun des 53 États membres, s'avère ingérable. Afin de pallier ce problème, on pourrait réduire le nombre des points focaux techniques nationaux ou fusionner certains domaines programmatiques. Les gouvernements doivent être responsables de la désignation de points focaux. Un membre propose que l'on crée un site Web protégé afin que les points focaux puissent communiquer entre eux. Un autre indique que, dans son pays, une personne au ministère de la Santé est responsable des activités de l'ensemble des points focaux nationaux, et que des réunions sont organisées tous les six mois afin de faire rapport sur les progrès réalisés.

86. La directrice exécutive, Relations avec les pays et communication globale, répond que la liste des homologues nationaux est publiée sur le site Web public, et qu'il est prévu de leur fournir le nom de tous les points focaux de leurs pays respectifs. Le nom et les coordonnées de ces derniers seront publiés sur un site protégé, ce qui leur permettra de communiquer entre eux. L'équipe de pays et les divisions techniques du Bureau régional mettront à jour les listes des points focaux. Le nombre de points focaux nationaux proposés tient compte des domaines recensés par les divisions techniques et nécessitant une coopération intensive avec les États membres. Les chefs de programme se sont opposés à la fusion des responsabilités, une initiative qui aurait pu réduire le nombre de points focaux nationaux.

87. La directrice régionale répond que l'objectif est en fait d'assurer une meilleure liaison avec les pays par l'intermédiaire des homologues nationaux ainsi qu'une meilleure intégration des activités menées au niveau national. Un nombre uniforme de points focaux aidera à assurer la cohérence régionale à cet égard. La directrice régionale convient qu'une révision plus approfondie des listes puisse s'avérer nécessaire, et propose que l'on simplifie le modèle en rationalisant les domaines qui exigent des points focaux nationaux, en particulier dans les États membres ne disposant pas de bureaux de pays.

## **Rapport sur les résolutions**

88. Un membre fait observer que deux résolutions du Comité régional exigent la présentation d'un rapport au CR64 : la résolution EUR/RC55/R9 sur la prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS et la résolution EUR/RC54/R3 sur le processus européen Environnement et santé. La résolution EUR/RC55/R8 sur le renforcement des systèmes de santé peut être « désactivée » comme elle est remplacée par la résolution EUR/RC62/R5 sur le Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique.

## **Candidatures à la vice-présidence de la Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé**

89. La directrice régionale informe les membres du CPR des postes électifs disponibles pour la Région européenne à la Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, et demande que des candidatures soient proposées pour le poste de vice-président de la Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé et de président de la Commission A.

## **Clôture de la session**

90. Il est annoncé que la troisième session du vingt et unième CPR aura lieu les 19 et 20 mars 2014 à Copenhague. Après l'échange habituel de félicitations et de remerciements, la deuxième session du vingt et unième CPR est clôturée.