



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L' Europe

**Vingt-troisième Comité permanent du
Comité régional de l'Europe**

Deuxième session

Paris (France), 26 et 27 novembre 2015

EUR/SC23(2)/REP

150988

5 février 2016

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport sur la deuxième session

Sommaire

	page
Ouverture de la session	4
Suites de la soixante-cinquième session du Comité régional de l'Europe : évaluation et examen des mesures prises par le CPR et le secrétariat	6
Ordre du jour provisoire de la soixante-sixième session du Comité régional de l'Europe	8
Concept et examen des principaux sujets d'ordre technique et/ou stratégique et processus de consultation.....	8
La santé dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030.....	8
Rapport de situation à mi-parcours sur la mise en œuvre de Santé 2020, 2012-2016.....	10
Une stratégie sur la santé des femmes et un plan d'action pour la santé et les droits sexuels et génésiques dans la Région européenne de l'OMS 2017-2021.....	10
Plan d'action pour la prévention et la maîtrise du VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS 2016-2021.....	12
Plan d'action pour la prévention et la maîtrise de l'hépatite virale dans la Région européenne de l'OMS 2016-2021.....	13
Stratégie/plan d'action sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS 2016-2022.....	14
Renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne dans la Région européenne de l'OMS : un cadre d'action pour la prestation intégrée des services de santé	16
Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS 2016-2025.....	18
Plan d'action en vue de renforcer l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche à des fins d'élaboration de politiques dans la Région européenne de l'OMS	19
Les partenariats de la Région européenne de l'OMS	20
Mandat des sous-groupes du vingt-troisième CPR	21
Sous-groupe sur la gouvernance	21
Sous-groupe sur la migration et la santé.....	21
Sous-groupe sur l'application du Règlement sanitaire international (RSI) (2005)....	22

Déclaration de Minsk – l’adoption d’une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020.....	22
Composition des organes et comités de l’OMS	24
Sièges vacants pour élection et/ou désignation au CR66	24
Postes électifs à la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé	24
Questions à examiner avec les membres européens du Conseil exécutif en janvier 2016 et collaboration avec le Comité du programme, du budget et de l’administration	24
Autres questions à l’ordre du jour, clôture de la session	25
Annexe 1. Ordre du jour.....	27
Annexe 2. Liste des documents	28

Ouverture de la session

1. Le vingt-troisième Comité permanent du Comité régional de l'Europe (CPCR) a tenu sa deuxième session du 26 au 27 novembre 2015 au ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, à Paris (France). Le Président a souhaité la bienvenue aux membres et aux autres participants et signalé que le rapport de la première session du vingt-troisième CPCR, qui a eu lieu le 17 septembre 2015 à Vilnius (Lituanie), a été distribué et approuvé par voie électronique.

2. Dans son allocution d'ouverture, diffusée en direct sur le Web conformément à l'annexe 4 de la résolution EUR/RC63/R7, la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe commence par exprimer ses condoléances et sa sympathie au peuple français après l'attaque terroriste qui a eu lieu récemment à Paris et, en particulier, aux familles des victimes de ce tragique événement. Elle remercie le président du CPCR et le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes d'avoir accepté d'accueillir la session du CPCR en ces temps si difficiles. Par la suite, tout au long de la réunion, l'ensemble des participants relaient ses sentiments de sympathie et de solidarité et leur confèrent plus de force.

3. La directrice régionale déclare que l'ordre du jour mondial pour les quinze prochaines années sera dicté par le Programme de développement durable à l'horizon 2030 : les pays redéfiniront leurs programmes pour placer la planète, les populations, la paix, la prospérité et les partenariats au cœur des politiques nationales de développement. Les 17 objectifs de développement durable (ODD) et les 169 cibles se basent sur le postulat suivant lequel le progrès devra passer par la gestion des déterminants sociaux, économiques et environnementaux, la lutte contre les inégalités, le respect des droits humains et le maintien d'une bonne gouvernance dans tous les secteurs. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 représente une nouvelle ère – et une nouvelle occasion à saisir – pour la santé publique. Dans les prochaines années, ce programme assurera aux responsables de la santé publique un soutien efficace pour appliquer le principe de la santé dans toutes les politiques. La santé, qui contribue au développement autant qu'elle est un indice de ce dernier, est un élément central des ODD. Même si l'objectif 3 est le seul objectif portant spécifiquement sur la santé, on manquerait une occasion en se concentrant uniquement sur celui-ci, étant donné que la santé est un aspect présent dans bon nombre des autres objectifs. L'universalité est une importante caractéristique du Programme de développement durable à l'horizon 2030, et les cibles visent non seulement à sauver des vies dans les pays à bas revenus, mais aussi à instaurer des sociétés en meilleure santé et à promouvoir le bien-être pour tous les habitants de la planète. Dans la perspective adoptée par la Région européenne de l'OMS, c'est ce souci prioritaire de la santé et du bien-être qui rapproche le Programme 2030 de Santé 2020. Pendant la session, le vingt-troisième CPCR débattit des meilleurs moyens d'aider les États membres à aligner leurs plans nationaux de développement sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ; la directrice régionale est convaincue que Santé 2020 constitue un excellent point de départ pour ces travaux.

4. Depuis la première session du vingt-troisième CPCR, en septembre, quelques grandes rencontres internationales de l'OMS ont eu lieu, et certains faits nouveaux importants se sont produits. Le dialogue de financement, organisé au début du mois de novembre, a réuni les États membres et les principaux contributeurs pour évaluer les progrès réalisés en ce qui concerne les principes du financement : l'alignement, la

transparence, la flexibilité et l'élargissement du cercle des donateurs. Un nouveau portail, que le CPCR est encouragé à examiner et à commenter, a été lancé, garantissant plus que jamais une transparence et une responsabilisation pour les budgets programmes actuels et futurs. Lors de leur 8^e réunion mondiale, les chefs de bureaux de l'OMS ont discuté des incidences des ODD, de la réforme des travaux de l'OMS dans le cadre des flambées épidémiques et des situations d'urgence ayant des conséquences sur le plan sanitaire et humanitaire (réforme d'urgence) et de la responsabilisation en matière de résultats. Les représentants de la Région européenne de l'OMS ont été particulièrement actifs dans certaines discussions, dont celles portant sur la responsabilisation. Le Groupe de politique mondiale a également tenu une réunion et axé ses débats sur la réforme d'urgence et le plan mondial de rotation et de mobilité. En ce qui concerne cette réforme, le Groupe consultatif du directeur général sur la réforme de l'action de l'OMS en cas de flambée ou de situation d'urgence ayant des conséquences sanitaires et humanitaires a soumis son rapport au directeur général. L'OMS est en train de mettre sur pied un programme pour la préparation et la réaction aux situations d'urgence, avec des responsabilités claires, des capacités adéquates, une chaîne de responsabilisation bien définie et un système de contrôle du commandement. Des discussions ont eu lieu avec les partenaires des interventions d'urgence pour examiner comment étudier et améliorer ces relations. Le Groupe de politique mondiale a souligné la nécessité de disposer de solides processus internes pour la réforme d'urgence, et chacune des régions de l'OMS a désigné des membres du personnel qui travailleront avec le docteur Bruce Aylward, directeur exécutif par intérim de la division Flambées épidémiques et Urgences de Santé, pour concrétiser l'objectif de conserver les éléments positifs en matière de réaction de l'OMS dans les situations d'urgence et de s'appuyer sur ceux-ci pour corriger au maximum les faiblesses et veiller à ce que les recommandations puissent être examinées et adaptées aux besoins de l'Organisation. Au sujet de la rotation et de la mobilité du personnel de l'OMS, le Groupe de politique mondiale a convenu que tous les postes de la catégorie professionnelle dont les titulaires ont été recrutés sur le plan international, à l'exception des postes faisant l'objet d'une élection et d'une désignation directe, seraient soumis à la rotation et que le mécanisme devait être encore être affiné.

5. Par ailleurs, un certain nombre d'événements importants ont eu lieu dans la Région européenne. Le dialogue régional de haut niveau sur le succès de la transition vers un financement national de la lutte contre le VIH et la tuberculose en Europe de l'Est et en Asie centrale, qui s'est déroulé à Tbilissi (Géorgie) du 28 au 30 septembre 2015, a montré à quel point il est important d'élaborer des plans d'action pour s'assurer que la prévention et le traitement du VIH et de la tuberculose soient développés avec efficacité et qu'un financement durable et prévisible, provenant de sources nationales et extérieures, soit assuré. La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020, qui s'est tenue à Minsk (Biélorus) les 21 et 22 octobre 2015, a débouché sur la signature de la Déclaration de Minsk, centrée sur trois aspects clés pour la poursuite de l'action : agir tôt ; agir de manière appropriée et en temps opportun ; et agir de manière conjointe. Le CPCR examinera la déclaration de Minsk et verra comment poursuivre les travaux dans ce cadre. Lors de la septième réunion du Comité ministériel européen de l'environnement et de la santé, qui s'est tenue le 19 novembre 2015 à Zagreb (Croatie), les participants se sont employés à préparer la Sixième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui doit avoir lieu en 2017. Ils ont examiné les conclusions de la réunion d'évaluation de haut niveau à mi-

parcours du processus européen Environnement et santé, de la 65^e session du Comité régional pour l'Europe (CR65), de la 21^e session du Comité des politiques de l'environnement de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe et du Sommet des Nations Unies sur le développement durable.

6. La ministre française des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes souhaite au vingt-troisième CPCR la bienvenue à Paris et remercie la directrice régionale pour les condoléances et la sympathie qu'elle a exprimées au nom du Comité permanent en cette heure grave pour Paris, après les récents et tragiques attentats subis par la ville. Elle remercie le CPCR pour le soutien apporté aux politiques de son ministère et annonce aux participants que la veille au soir, l'Assemblée nationale française a pris la décision capitale de voter en faveur du conditionnement neutre des produits du tabac. Elle attache une grande importance à l'étroite collaboration entre la France et l'OMS, tant au niveau régional que mondial. À l'échelle mondiale, les inégalités restent significatives dans le domaine de la santé et le soutien de l'OMS est essentiel à la promotion de la coopération entre les pays afin d'élaborer des stratégies communes et de relever les défis auxquels tous font face dans leur quête d'une sécurité sanitaire pour tous. Elle souhaite au CPCR une réunion fructueuse et est persuadée que ses débats aideront les États membres à faire progresser un certain nombre de dossiers importants, tels que la santé des réfugiés et des migrants et la prévention du VIH.

Suites de la soixante-cinquième session du Comité régional de l'Europe : évaluation et examen des mesures prises par le CPCR et le secrétariat

7. La directrice régionale affirme que dans l'ensemble, le CR65 a été une réussite, que l'on doit en bonne partie à la participation active et constructive des États membres et des partenaires. De plus, les travaux préparatoires et l'appui du CPCR se sont révélés précieux et le fait que les documents de travail et projets de résolutions ont été disponibles tôt a grandement contribué à la bonne marche du CR65. En ce qui concerne l'ordre du jour, il serait utile de permettre, lors des futures sessions du Comité régional, l'inclusion de points nouveaux ou émergents à l'ordre du jour alors que la session approche, ne serait-ce que pour permettre un échange de vues. Il faudrait également envisager d'inviter des conférenciers renommés à prendre la parole devant le Comité régional à propos de certains thèmes inscrits à son ordre du jour. Après la quatrième session du CPCR, en mai, une période de quatre semaines sera consacrée à des consultations sur le Web au sujet des projets de résolution, afin de dégager rapidement un consensus parmi les États membres avant la session du Comité régional et d'éviter les commentaires de dernière minute ne laissant pas suffisamment de temps pour une consultation et pour la traduction.

8. Concernant le programme du CR65, il s'est avéré difficile, dans la pratique, de renoncer aux pauses-café afin de dégager plus de temps pour les discussions. Cela a rendu les sessions trop longues et a supprimé une possibilité d'échanges plus informels au sein des délégations et entre celles-ci. Par ailleurs, il est manifestement nécessaire d'allouer au moins 90 minutes aux débats sur les points techniques. Le processus d'adoption du rapport de réunion par voie électronique, dans un délai de quatre semaines suivant la clôture de la réunion, sera appliqué, car il permettra d'assurer la bonne qualité du rapport.

9. Les déjeuners ministériels antérieurs à la réunion et les événements organisés en marge de celle-ci ont été une réussite et ont donné aux États membres la possibilité de sélectionner les questions d'une importance ou d'un intérêt particuliers et de procéder à un échange de vues à leur sujet. La participation des organisations non gouvernementales (ONG) au CR65 a été très positive, et le défi à relever par le vingt-troisième CPCR est d'exploiter cette participation à l'avenir. Cependant, l'organisation des tables rondes doit faire l'objet d'une réflexion plus approfondie afin qu'elles soient plus captivantes et qu'il soit fait meilleur usage du temps alloué. Une nouvelle application pour appareils mobiles mise au point par le Bureau régional a eu beaucoup de succès durant le CR65, puisqu'elle a été téléchargée plus de 500 fois. La documentation du CR65, telle que le programme, les mises à jour et les documents de conférence et de travail, a été visionnée près de 20 000 fois, ce qui est la preuve d'un vif intérêt. Toutefois, les fonctions interactives n'ont pas été très utilisées. La diminution du nombre de visiteurs sur le site Web public et le recours moins fréquent à d'autres outils tels que la diffusion sur le Web durant le CR65 pourraient être des effets secondaires du lancement de l'application mobile.

10. Le vingt-troisième CPCR convient que le nombre des tables rondes doit être limité et que celles-ci doivent être plus courtes et plus captivantes. Un membre fait remarquer que, moyennant une planification efficace, elles peuvent être un outil précieux pour s'attirer la participation de politiciens de haut niveau. Imposer des interventions d'une minute, dans un débat de style questions-réponses, pourrait être un format plus innovateur et plus stimulant. Par ailleurs, le CPCR convient que les réunions informelles organisées en marge du CR65 ont été fructueuses, car elles ont facilité l'échange de vues et les discussions créatives sur des points précis sans nuire à l'environnement décisionnel de la session. Toutefois, il faudrait s'efforcer de programmer ce type de réunion la veille de l'ouverture de la session pour éviter la pression qui pèse sur les petites délégations quand des réunions se tiennent en parallèle. D'autres membres font observer que la participation des ONG revêt une importance cruciale, mais celles-ci ne devraient pas être autorisées à faire de longues interventions décrivant leur statut et leurs activités. Un membre suggère de se livrer à un exercice consistant à fixer les priorités avec les États membres, afin de déterminer les points qui recueillent le plus d'intérêt ou présentent le plus de pertinence, ce qui aiderait à planifier l'ordre du jour et les débats. Le CPCR se montre favorable à l'introduction d'une période de consultations sur le Web à propos des projets de résolution, ainsi qu'à l'adoption du rapport de la session par voie électronique. Un calendrier officiel devrait être prévu pour faciliter la présentation de commentaires écrits par les États membres.

11. La directrice régionale remercie les membres pour leurs commentaires positifs et convient de la nécessité d'examiner de manière plus approfondie les points soulevés, dont la manière de limiter les tables rondes et de mieux en tirer parti. Elle est également d'avis que les réunions parallèles et autres événements devraient permettre davantage de discussions informelles sans surcharger l'ordre du jour officiel et qu'il est nécessaire d'éviter la tenue simultanée de plusieurs réunions, afin que les petites délégations puissent participer. Elle accueille avec satisfaction la proposition de consulter les États membres au sujet des points à discuter par le Comité régional, ce qui pourrait aider à établir les priorités et à fixer un ordre du jour révisable pour les réunions futures.

Ordre du jour provisoire de la soixante-sixième session du Comité régional de l'Europe

12. La directrice régionale présente l'ordre du jour et le programme provisoires de la soixante-sixième session du Comité régional (CR66). Le premier jour de la session comprendra son rapport, suivi d'un débat général, du rapport du vingt-troisième CPR, et de discussions sur les partenariats pour la santé dans le monde et dans la Région européenne, ainsi que de la réforme de l'OMS, en particulier du travail de l'OMS en cas de flambées et d'urgences ayant des conséquences sur le plan sanitaire et humanitaire. La deuxième journée sera consacrée à des points en rapport avec les politiques menées et revêtant de l'intérêt pour les ministres, à savoir la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, le rapport d'avancement à mi-parcours sur la mise en œuvre de Santé 2020, et une stratégie/plan d'action européens sur la santé des réfugiés et des migrants. Les points techniques seront discutés le troisième jour, où seront également programmées les élections et désignations. Lors de la dernière journée seront couverts les points techniques restants, le projet de budget programme 2018-2019, les questions découlant des résolutions et des décisions des organes directeurs mondiaux et les rapports de situation. Ce sera un ordre du jour chargé mais réalisable.

13. Un membre déclare qu'il faudrait envisager de réduire le temps imparti pour le rapport du CPR ou de supprimer complètement ce point afin de ménager plus de temps pour la discussion des questions de fond avec les ministres. Pour la même raison, la discussion sur les partenariats devrait être déplacée vers la troisième ou la dernière journée. Il est important de tirer parti du moment où les ministres sont présents pour des questions de fond et pour solliciter leur appui en vue de la mise en œuvre des différentes stratégies et plans d'action régionaux.

14. La directrice régionale précise qu'il est important de conserver le rapport du CPR, mais qu'il serait possible de se concentrer uniquement sur les questions clés soulevées dans le cadre des points techniques. Elle convient que la discussion sur les partenariats pourrait être déplacée à une journée ultérieure afin de faire meilleur usage de la présence des ministres pour les questions de fond.

Concept et examen des principaux sujets d'ordre technique et/ou stratégique et processus de consultation

La santé dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030

15. La directrice de la division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement, représentante spéciale de la directrice régionale pour les objectifs de développement durable, explique que depuis l'adoption des ODD au Sommet des Nations Unies sur le développement durable, en septembre 2015, des travaux sont entrepris pour définir les indicateurs grâce auxquels la concrétisation des objectifs pourrait être étayée, et que ces travaux devraient être achevés en mars 2016. Une analyse du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies a montré que les 17 objectifs et 169 cibles pouvaient être considérés comme un grand réseau ; plus de la moitié des cibles font explicitement référence à au moins un autre objectif, ce qui démontre la nécessité de faciliter les politiques, la coordination et la planification intersectorielles en vue d'atteindre ces objectifs. La santé occupe un rôle

pivot dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et la plupart des objectifs incluent des cibles en rapport avec la santé. Il est clair qu'en se concentrant uniquement sur l'objectif 3, « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », on passe à côté d'une occasion, dans la mesure où bon nombre des autres objectifs ne pourront être atteints sans interventions dans le domaine sanitaire. Le Bureau régional prévoit d'élaborer un document technique, une feuille de route ou un plan d'action pour effectuer la « localisation » du Programme 2030 au niveau des pays et montrer clairement que ce Programme s'inscrit dans la lignée de Santé 2020. Dans le cadre de ce processus, le Bureau régional organisera des consultations avec les États membres.

16. Le vingt-troisième CPCR réserve un accueil favorable au processus proposé, qui sera de la plus haute importance pour aider les États membres à élaborer des plans d'action nationaux adéquats. De l'avis général, il est trop tôt pour envisager un plan d'action régional, d'autant plus que les indicateurs pour les objectifs ne seront pas finalisés avant mars 2016. Le plus indiqué serait d'élaborer un document technique ; celui-ci devrait être discuté avec tous les États membres et reprendre leurs commentaires et conseils quant à la manière dont le Bureau régional pourrait fournir le soutien le plus efficace. Une feuille de route devra également être élaborée, éventuellement après le CR66. Il est important de garder à l'esprit le fait que les États membres en sont à des stades différents par rapport à la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 ; beaucoup attendent l'adoption des indicateurs pour commencer. Dès lors, des stratégies différentes seront nécessaires en fonction de la situation dans chaque pays et des obstacles qui pourraient éventuellement y entraver la concrétisation du Programme 2030. Certains membres font également remarquer que, dans de nombreux pays, ce seront d'autres ministères, par exemple celui des Affaires étrangères, et non le ministère de la Santé, qui seront le moteur principal des mesures prises pour concrétiser les ODD, ou que différents ministères seront aux commandes pour différents aspects du Programme. Il est important de souligner la nécessité d'interventions et de stratégies intersectorielles en faveur desquelles les ministères de la Santé s'engageraient très activement.

17. La directrice de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement prend note de la nette préférence pour un document technique et, éventuellement, pour une feuille de route, et souligne la nécessité de tenir compte des enseignements tirés de l'expérience acquise grâce aux objectifs du Millénaire pour le développement et de passer rapidement de la discussion à l'action. La directrice régionale déclare que l'OMS a si bien réussi à imposer la santé comme partie intégrante du Programme de développement durable à l'horizon 2030 que la santé apparaît désormais dans presque tous les objectifs ; à présent, il est essentiel de mettre tout en œuvre pour atteindre des résultats à la hauteur de cette réussite et concrétiser non seulement les cibles du domaine de la santé, mais aussi celles qui ont un lien avec la santé. Tous les pays doivent prendre l'initiative de formuler des plans nationaux de développement adéquats mais, dans ce cadre, il sera important d'échanger les expériences et les bonnes pratiques et d'indiquer comment le Bureau régional pourrait aider au mieux les pays. Une retraite pour chefs de bureaux de l'OMS, prévue pour février 2016, sera l'occasion d'y veiller et de déterminer la meilleure façon de faire le lien entre le plan cadre des Nations unies pour le développement et les ODD.

Rapport de situation à mi-parcours sur la mise en œuvre de Santé 2020, 2012-2016

18. Le directeur par intérim de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être présente le projet de rapport de situation à mi-parcours sur la mise en œuvre de Santé 2020 qui, conformément à la résolution EUR/RC62/R4, doit être soumis au CR66. Ce rapport sera accompagné d'un projet de résolution. Le rapport de situation à mi-parcours fournira un aperçu des mesures prises à ce jour par les États membres pour mettre en œuvre Santé 2020 et survolera les travaux réalisés par le Bureau régional pour soutenir les États membres dans le processus de mise en œuvre. En particulier, ce rapport examinera comment, dans le domaine sanitaire, les pays ont élaboré ou mis à jour leurs politiques, stratégies et plans d'action nationaux conformément aux valeurs, principes, démarches, objectifs stratégiques et domaines d'intervention prioritaires de Santé 2020 et étudiera les mécanismes mis en place en vue de soutenir les partenariats intersectoriels pour la santé et l'équité en santé.

19. Répondant à une question posée par un membre, qui demande si de quelconques notifications supplémentaires seront requises de la part des États membres, le directeur par intérim déclare qu'un certain nombre d'outils ont été conçus pour recueillir auprès des pays les données nécessaires – notamment un inventaire informel qui sera effectué au début de 2016. Prenant note des préoccupations de ce membre au sujet du fardeau des notifications supplémentaires que les États membres préfèrent éviter, lorsque cela est possible, la directrice régionale confirme qu'un document type pourra être fourni afin de leur préciser quelles informations seront requises dans le cadre des indicateurs et cibles de Santé 2020.

Une stratégie sur la santé des femmes et un plan d'action pour la santé et les droits sexuels et génésiques dans la Région européenne de l'OMS 2017-2021

20. Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie explique que le Bureau régional a œuvré pendant plus d'un an à l'élaboration d'une stratégie sur la santé des femmes et d'un plan d'action pour la santé et les droits sexuels et génésiques dans la Région européenne de l'OMS 2017-2021. La rédaction de ces deux documents se justifie par le fait que même si, en Région européenne, les femmes ont un avantage sur le plan de la mortalité, en ce sens qu'elles vivent plus longtemps que les hommes, elles sont désavantagées à plusieurs autres égards. En dépit de leur espérance de vie plus longue, elles ne vivent pas nécessairement leurs dernières années en bonne santé. Elles sont également confrontées à de nombreuses difficultés qui ne relèvent pas du secteur sanitaire, mais peuvent néanmoins affecter leur santé. Un constat d'importance capitale a été fait, à savoir que les femmes sont nettement moins présentes dans les essais cliniques, et il a été démontré qu'elles souffraient plus des effets secondaires de certains médicaments, peut-être en raison de leur non-inclusion dans les études évaluant dans quelle mesure les médicaments sont sûrs et adaptés à l'usage qui en est fait. Les mesures prises dans le cadre de cette stratégie viseront à étudier les différences entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre divers groupes de femmes dans différentes parties de la Région européenne. Les domaines d'action clés proposés sont axés sur les stratégies destinées à améliorer l'équité dans les normes, dans l'accès aux services et la manière dont ces services sont dispensés, et dans la recherche en santé. On n'imposera pas de nouveaux indicateurs pour le suivi et l'évaluation ; on

utilisera plutôt des indicateurs existants, dont ceux employés pour Santé 2020 et les ODD.

21. Le plan d'action sur la santé sexuelle et la santé et les droits génésiques, en particulier, devrait susciter beaucoup de discussions et de débats dans les prochains mois. Ce plan d'action visera à assurer la santé sexuelle et le bien-être de tous, quels que soient leur sexe ou leur orientation sexuelle, et sera fondé sur la démarche « parcours de vie ». Il existe, dans et entre les pays de la Région, des inégalités criantes que l'on doit tenter de corriger de toute urgence. Ce plan d'action mettra l'accent sur trois domaines : la santé sexuelle, la santé reproductive, et les groupes de population ayant des besoins spécifiques. Lorsque des consultations techniques et politiques auront été organisées tant sur la stratégie que sur le plan d'action, l'élaboration de ces deux documents se poursuivra dans la perspective d'un examen par le CPRC et, finalement, d'une présentation au CR66 en même temps qu'un projet de résolution.

22. Le vingt-troisième CPRC déclare que ces deux documents sont pertinents et viennent à point nommé, surtout au vu des ODD. La stratégie montre clairement que, lorsque les données sont ventilées par sexe, cela soulève des questions qui ont été ignorées dans le passé. Il est essentiel de veiller à ce que les différences de genre soient prises en compte non seulement pour le recueil des informations, mais également pour la planification et la budgétisation, afin de s'assurer d'une prise en charge efficace des problèmes soulevés. Un certain nombre d'autres interventions seront nécessaires pour faire prendre conscience des problèmes liés aux différences de genre et lutter contre ceux-ci, notamment en veillant à ce qu'ils soient mieux mis en lumière à tous les niveaux d'enseignement ; en promouvant la formation, surtout celle des professionnels de santé travaillant en première ligne ; et en incluant mieux les sujets de sexe masculin. En ce qui concerne la problématique des essais cliniques, la stratégie doit souligner la responsabilité des sociétés pharmaceutiques dans la production de médicaments sûrs et adaptés aux différences entre les sexes.

23. Les buts et objectifs fixés dans le plan d'action devront également porter sur la santé sexuelle et reproductive des personnes ayant survécu au cancer ; sur le dépistage des cancers chez la femme ; sur le traitement de la stérilité, avec une référence aux directives mondiales de l'OMS relatives à la stérilité ; et sur le diagnostic, le traitement et la gestion des symptômes de la ménopause et des dysfonctionnements sexuels. Il est également important de souligner que l'éducation à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en la matière ne doit pas être limitée au système scolaire. Le plan d'action doit comprendre une analyse de ces problèmes dans toute la Région, ainsi que des différents droits légaux et protections juridiques dont bénéficient les femmes dans chaque pays, étant donné que le plan d'action devra en tenir compte. Un membre demande si le plan d'action comprendra des cibles et des indicateurs.

24. Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie déclare que les observations concrètes du CPRC seront prises en considération pour la poursuite de la rédaction de ces deux documents. Il accueille avec enthousiasme les suggestions concernant une budgétisation en fonction des différences de genre et la nécessité d'un enseignement et de formations qui couvrent les problématiques de genre. Il convient également qu'il est important de tenir compte des différentes structures nationales dans la Région et encourage un maximum d'États membres à participer aux consultations techniques et politiques pour s'assurer que les documents soient adéquats et pertinents pour tous les pays avant d'être présentés au Comité régional.

Plan d'action pour la prévention et la maîtrise du VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS 2016-2021

25. La directrice de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement explique que certains progrès ont été accomplis dans certains domaines pour la concrétisation de l'objectif fixé dans le Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015, à savoir un arrêt de la propagation du VIH et le début d'un recul de celui-ci dans la Région. En particulier, les taux globaux d'infections nouvellement diagnostiquées ont diminué dans certains États membres entre 2010 et 2014, notamment en Europe occidentale ; le nombre total de personnes recevant un traitement antirétroviral est passé de 641 300 en 2010 à 821 500 en 2014 ; et l'on s'achemine vers une élimination de la transmission mère-enfant.

26. Mais en dépit de ces succès, les informations obtenues récemment dans le cadre de la surveillance montrent qu'il y a eu plus de 142 000 infections nouvellement diagnostiquées dans la Région européenne en 2014, ce qui représente le niveau le plus élevé depuis que l'on a commencé à notifier des cas, dans les années 1980. Cette hausse est due principalement au pourcentage plus élevé de nouveaux cas de VIH diagnostiqués dans la partie orientale de la Région européenne. Le nombre de traitements dispensés n'évolue pas à un rythme suffisant pour compenser les nouvelles infections – la couverture thérapeutique pour la totalité des personnes vivant avec le VIH dans toute la Région européenne n'est passée que de 29 % en 2010 à 33 % en 2014, et de 9 % à 19 % dans la partie orientale de la Région. Le nouveau plan d'action pour la prévention et la lutte en matière de VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS 2016-2021 qui est en cours d'élaboration aidera à relever les nombreux défis auxquels est confrontée la Région et fixera donc un certain nombre d'objectifs ambitieux. Ce plan d'action sera aligné sur les cinq orientations stratégiques de la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida 2016-2021.

27. Le vingt-troisième CPCR se félicite du plan d'action et de ses liens avec la stratégie mondiale du secteur de la santé et les orientations stratégiques de cette dernière, mais se montre quelque peu préoccupé par le fait que les cibles sont trop ambitieuses pour être réalisables ; l'objectif d'une réduction de 75 % des nouvelles infections à VIH semble particulièrement irréaliste, surtout en raison de la diversité des circonstances dans les différentes zones de la Région. Un membre se félicite de l'initiative visant à alléger le fardeau des rapports à établir et fait remarquer qu'il serait utile de continuer à développer le lien entre les orientations stratégiques et les cibles dans le plan d'action. D'autres problèmes nécessitent une attention plus soutenue, comme par exemple le fait que les jeunes sont moins conscients des dangers du VIH/sida, probablement parce que ce thème n'est pas suffisamment abordé dans les programmes scolaires ; le taux de dépistage faible, particulièrement chez les groupes à haut risque ; et les co-infections, comme la relation entre les infections sexuellement transmissibles et le VIH en général, et en particulier la problématique de la co-infection par l'hépatite. Un représentant souligne l'importance du financement, en particulier pour la partie orientale de la Région, dans la lutte contre l'augmentation du niveau des nouvelles infections par le VIH, et se montre préoccupé face à la stratégie du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), qui prévoit que les pays disposent d'un plan quinquennal pour passer de l'appui du Fonds mondial à un financement exclusivement national.

28. La directrice de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement convient qu'il est nécessaire de disposer d'un financement durable pour lutter contre cette maladie. Les discussions se poursuivent avec le Fonds mondial, notamment dans le cadre du dialogue régional de haut niveau sur le succès de la transition vers un financement national de la lutte contre le VIH et la tuberculose en Europe de l'Est et en Asie centrale, qui a eu lieu à Tbilissi (Géorgie) en septembre 2015 et s'est conclu sur la nécessité d'un processus de transition fluide. Les États membres doivent continuer à soulever cette question dans divers forums et à clamer haut et fort leurs besoins. Elle est consciente de la diversité de la Région et explique que celle-ci sera divisée en trois blocs selon l'épidémiologie et la géographie : Europe occidentale, Europe centrale et Europe de l'Est, qui suivront des stratégies différentes en fonction de leur situation épidémiologique propre. Elle prend note des commentaires au sujet du caractère trop ambitieux des objectifs, et déclare qu'il faut un large consensus quant à la manière d'aligner le plan d'action régional sur les stratégies et cibles mondiales tout en veillant à ce qu'elles soient adaptées aux contextes variés de la Région. Cette question sera soulevée dans d'autres forums ; à la suite de ces débats, le CPR se verra présenter différentes idées et propositions.

Plan d'action pour la prévention et la maîtrise de l'hépatite virale dans la Région européenne de l'OMS 2016-2021

29. La directrice de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement explique que le fardeau de l'hépatite B et C est lourd dans la Région européenne, où plus de 60 % des personnes infectées vivent dans les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale. L'hépatite virale provoque plus de décès dans la Région que le VIH/sida ou la tuberculose. Grâce à la consultation sur la stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, menée en juin 2015 par le Bureau régional, il a été établi que 85 % des répondants considèrent qu'un plan d'action régional sur l'hépatite virale est nécessaire pour mettre en œuvre cette stratégie et que 57 % estiment qu'un plan d'action devrait être élaboré dès que possible. Certains progrès ont déjà été réalisés dans la lutte contre l'hépatite virale : par exemple, un nombre croissant d'États membres sont en train d'élaborer des plans nationaux, et la surveillance de l'hépatite virale s'est améliorée ces dernières années. Toutefois, il reste encore de nombreux défis à relever dans la lutte contre cette maladie, trop longtemps négligée. Le plan d'action en cours d'élaboration envisage une Région européenne où plus aucun cas d'hépatite virale ne se déclare et où toutes les personnes vivant avec une hépatite chronique ont accès à des soins et à un traitement efficace, pour un coût abordable. Les objectifs de ce plan sont de limiter les cas de transmission de l'hépatite virale et de faire reculer la morbidité et la mortalité associées à cette maladie. Le plan d'action définit cinq orientations stratégiques qui ont été alignées sur la stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale. Les commentaires et avis du CPR concernant le plan d'action seront une source d'inspiration pour une version révisée qui sera présentée lors de la troisième session, en mars.

30. Le vingt-troisième CPR affirme que la lutte contre l'hépatite virale dans la Région est une priorité absolue et trois membres font part de leurs diverses expériences, à savoir le recours à de nouveaux médicaments ; le lancement d'un nouveau programme de traitement en coordination avec une société pharmaceutique pour éliminer l'hépatite virale à l'échelle nationale ; et l'élaboration de deux plans nationaux de prévention et de traitement et la création d'un fonds spécial pour les traitements innovants. Il est pris

bonne note du fait que ces expériences nationales pourraient servir d'exemples à suivre par les autres pays. D'aucuns s'inquiètent du fait que la cible fixée dans le plan d'action, à savoir diminuer de 30 % les nouveaux cas d'infection, est peut-être trop ambitieuse, d'autant que certains États membres n'ont pas de statistiques de prévalence nationales. Il convient de poursuivre la réflexion quant aux priorités à établir dans le plan d'action : faut-il mettre l'accent sur le traitement de cas cliniques, de manière à prévenir la greffe du foie, ou faut-il inclure également les cas de fibrose, étant donné d'autres incidences pour la santé publique ? Un membre déclare que toutes les notifications devraient être alignées sur les obligations de notification établies à l'échelle mondiale, afin d'éviter les répétitions, et que le plan d'action doit couvrir les aspects épidémiologiques et l'accès au traitement. Un autre ajoute qu'il faut non seulement se préoccuper de l'accès au traitement, mais aussi de savoir comment prévenir le risque de ré-infection chez les groupes à haut risque, au cas où les personnes n'auraient pas modifié leur comportement pour supprimer le risque d'une exposition. Une autre membre souligne qu'il est nécessaire que le plan d'action vienne compléter d'autres plans d'action sur les maladies transmissibles telles que le VIH/sida, et sur la santé sexuelle et génésique. Faisant remarquer que le plan d'action indique que l'administration d'une première dose de vaccin dans les 24 heures suivant la naissance est le moyen le plus efficace d'empêcher la transmission de la mère à l'enfant, elle ajoute que ce plan devrait insister sur l'efficacité de la vaccination, et pas seulement de la dose de naissance.

31. La directrice de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement déclare que les buts et cibles du plan d'action feront l'objet d'un examen approfondi pour s'assurer qu'ils sont réalisables, et convient du fait que la situation est différente dans chaque pays et que, par conséquent, les priorités et les mesures thérapeutiques peuvent également varier. Certains pays devront mettre l'accent sur la prévention, tandis que d'autres accorderont une priorité identique au traitement et à la prévention. Avec le programme mondial et les intervenants concernés, le Bureau régional examinera les options possibles pour faire diminuer le coût du traitement. La directrice régionale ajoute que la disponibilité réduite des médicaments et leur prix élevé représentent un problème important et qu'au niveau mondial, l'OMS est en train de négocier avec les sociétés pharmaceutiques qui produisent ces médicaments pour réduire les prix au maximum. Un programme d'achat groupé, tel qu'il a été évoqué par un membre, pourrait être un mécanisme utile pour négocier des prix plus bas.

Stratégie/plan d'action sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS 2016-2022

32. Le directeur par intérim et le coordinateur de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être présentent conjointement les dimensions clés et les principes directeurs d'une stratégie régionale future avec plan d'action sur la santé des réfugiés et des migrants, en priant le CPR de formuler des commentaires, des suggestions et des conseils. Cette stratégie/plan d'action se fondera sur les conclusions de la réunion de haut niveau consacrée à la santé des réfugiés et des migrants, qui s'est tenue à Rome (Italie) les 23 et 24 novembre 2015, sur les principaux domaines d'action et problématiques abordés durant cette conférence, ainsi que sur l'expérience acquise dans le cadre du projet « Migration et santé publique en Europe » de l'OMS, mis sur pied en 2012. La stratégie/plan d'action, accompagnée d'un projet de résolution, sera présentée au CR66 ; l'objectif est de tenter de répondre aux besoins sanitaires à court, moyen et long terme des réfugiés et migrants. On prêtera particulièrement attention à la

prise en compte correcte des problématiques et besoins en rapport avec les maladies transmissibles et non transmissibles dans le contexte de la capacité et de la préparation des systèmes de santé, avec le recueil et la diffusion des informations sanitaires et avec les déterminants culturels, économiques et environnementaux spécifiques de la santé.

33. Le vingt-troisième CPR exprime sa satisfaction concernant la réunion de Rome, bien organisée malgré une convocation précipitée, et qui a fourni un bon point de départ pour les débats sur la stratégie et le plan d'action régionaux. Certains membres soulignent la nécessité d'étoffer les bases factuelles et statistiques disponibles concernant les aspects de santé publique dans le cadre des migrations, en ventilant les données et en déterminant les besoins sanitaires en fonction des voies de migration empruntées et de la situation sanitaire du pays d'origine, étant donné que les diverses populations migrantes ont des besoins différents, nécessitant l'adoption de démarches différentes. La stratégie/plan d'action doit répondre aux différents besoins des populations de réfugiés et de migrants en matière de santé ; par exemple en matière de traitement des traumatismes, de santé mentale et de maladies transmissibles ou non transmissibles. Des normes minimales sont nécessaires pour établir les bilans de santé personnels des réfugiés et des migrants, et, dans ce contexte, les membres encouragent l'OMS à exploiter sa maîtrise sur le plan technique et normatif. Le CPR est conscient des difficultés posées par les migrants et les réfugiés qui ne disposent pas de documents d'identité ou ne divulguent pas d'où ils proviennent, ce qui signifie qu'il est difficile de retracer leurs antécédents médicaux. Répondant à un appel en vue de l'établissement de systèmes qui permettraient aux migrants de fournir des informations sur leur état de santé et leurs antécédents médicaux, la directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation fait savoir au CPR qu'un groupe de pays d'Europe du sud-est a établi un réseau pour la constitution d'un registre médical des migrants, associé à leur inscription sur les registres d'état civil. Le sous-groupe sur la migration et la santé, mis sur pied par le vingt-troisième CPR, pourrait envisager d'étudier ces travaux et de faire rapport à ce sujet.

34. Le CPR soulève également la question de la gestion des attitudes de la société vis-à-vis des migrants et des réfugiés, souvent manipulées par les médias ou par des programmes politiques. C'est pourquoi la stratégie et le plan d'action doivent être fondés sur des bases factuelles objectives, incontestables, qui ne peuvent être réfutées ou manipulées. Font également partie des mesures nécessaires la nécessité d'une formation efficace des personnels de santé, pour garantir que ces derniers puissent répondre adéquatement aux besoins sanitaires des migrants et des réfugiés et interagir avec ces derniers de façon non discriminatoire et accueillante ; de stratégies de communication efficaces, tant pour les populations migrantes que pour la population en général ; et d'une coordination intersectorielle pour s'assurer que les ministères de l'Intérieur ne soient pas les seuls responsables des plans nationaux sur la migration. Il est important que les ministères de la Santé et d'autres puissent participer et veiller à ce qu'il soit pleinement tenu compte des considérations en rapport avec la santé. La coordination avec d'autres partenaires, tels que la Commission européenne et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, doit également être une priorité. Un membre fait savoir au CPR que son pays doit finaliser un guide sur la nutrition pour les migrants ; celui-ci sera communiqué au CPR, et d'autres pays auront ainsi la possibilité de le traduire pour en faire un outil. Un membre fait remarquer qu'il serait utile de disposer d'un document unique couvrant tous les aspects de cette question.

35. Le coordonnateur de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être exprime sa satisfaction pour les conseils du CPR au sujet de la stratégie/plan d'action. Il approuve sans réserve la nécessité de ventiler les données en fonction des itinéraires de migration empruntés et déclare que des discussions sont en cours avec les Bureaux régionaux de la Méditerranée orientale et de l'Afrique pour en savoir plus sur les différentes voies de migration et les profils de ceux qui les suivent, et diffuser ces informations. En outre, il convient du fait qu'une coordination intersectorielle rigoureuse est nécessaire concernant la stratégie/plan d'action, et que de bonnes stratégies de communication avec les migrants, les populations résidentes, etc. seront essentielles pour diverses raisons, dont la moindre n'est pas de riposter à la manipulation de l'information et des bases factuelles par certains médias.

36. La directrice régionale déclare que la problématique des migrations et les difficultés qu'elles entraînent ne vont pas s'envoler tout de suite et qu'il est crucial que les migrations soient considérées comme un problème mondial et non pas uniquement comme un phénomène européen. Le Bureau régional encourage actuellement le directeur général à réinstaurer une fonction mondiale pour les migrations. Le directeur général a convenu de cette nécessité et il y aura bientôt des discussions sur la manière d'encadrer la fonction mondiale et sur la remise sur pied d'un groupe de gestion globale. Même si les migrations ne datent pas d'hier en Europe, cette dernière est désormais confrontée à une situation d'urgence en la matière, dont la raison est l'afflux soudain de migrants. La Région a été prise au dépourvu et n'est pas bien préparée. Il y a un besoin évident d'investissements importants pour améliorer la préparation autant que la coordination régionales. Lors de la réunion de Rome, il a été clairement affirmé que les migrations ne présentent pas de menace particulière pour la Région européenne, mais, comme l'a déclaré le CPR, il faut des bases factuelles solides, indiscutables, pour le confirmer et empêcher une désinformation. Il existe quelques axes d'intervention clés, notamment l'instauration d'une meilleure coordination entre institutions au sein du système des Nations Unies, pour éviter le chevauchement des fonctions. On s'accorde sur la nécessité de veiller à une évaluation coordonnée de la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins des migrants. Pour commencer à y répondre immédiatement, il est également essentiel d'établir avec précision les informations requises de chaque migrant ou réfugié à son arrivée. De plus, les migrants et les réfugiés doivent être intégrés dès que possible aux programmes nationaux de vaccination.

Renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne dans la Région européenne de l'OMS : un cadre d'action pour la prestation intégrée des services de santé

37. Le directeur de la Division des systèmes de santé et de la santé publique rappelle que le CR65 a, dans la résolution EUR/RC65/R5, approuvé les deux priorités pour le renforcement des systèmes de santé d'ici à 2020 : transformer la manière dont les services de santé sont dispensés afin de résoudre les problèmes sanitaires du XXI^e siècle et évoluer vers une couverture universelle en santé ne prévoyant pas de paiements directs exorbitants. La première de ces priorités sera poursuivie grâce au cadre d'action, en mettant l'accent sur la démarche qui place la personne au centre. Dans la Région, les travaux ont été alignés sur les travaux du Siège de l'OMS concernant la prestation intégrée des services de santé, qui seront présentés à la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé pour examen.

38. Le chef de programme de la Division des systèmes de santé et de la santé publique explique dans les grandes lignes comment se comporte la Région européenne en matière de prestation de soins de santé. Lorsque l'on considère les exemples des maladies pulmonaires obstructives chroniques, du diabète et de l'asthme, autant de maladies pouvant être soignées dans un cadre de soins primaires et pour lesquelles il existe des mesures de prévention, de traitement et de prise en charge bien connues et d'un bon rapport coût-efficacité, les statistiques montrent que le nombre d'admissions en hôpital diminue dans la Région, ce qui indique que les établissements hospitaliers ont gagné en efficacité et que les soins de santé primaires répondent aux besoins de la population. Il subsiste de nombreux obstacles à la transformation des services de santé. En réaction à la demande des États membres, désireux d'obtenir une aide pour surmonter ces obstacles, le Bureau régional a, en octobre 2013, publié une feuille de route pour l'élaboration d'un cadre d'action. Dans le cadre de ce projet, on a cherché à déterminer ce que font les États membres au niveau de la fourniture de services et comment ils transforment la manière dont les soins sont dispensés. Des exemples de cas éloquentes ont été recueillis dans chacun des 53 États membres. Ces cas seront présentés dans un recueil à une date ultérieure. Un certain nombre de phases et de domaines d'action ont été définis dans ce cadre d'action, et un ensemble d'outils de mise en œuvre sont actuellement mis au point pour aider les États membres. Des consultations avec les États membres seront organisées sur le Web, et un premier projet de cadre d'action sera présenté au CPR pour finalisation lors de sa troisième session, en mars.

39. Dans l'ensemble, le CPR accueille favorablement le projet de cadre d'action, et souligne le fait que ce cadre doit mieux répondre aux attentes de la population et des personnels de santé, et aux problèmes dont ils font état. En outre, l'autorité et la crédibilité des systèmes nationaux pourrait être sapée par une désinformation distillée dans les médias, y compris les médias sociaux, ou par l'impression qu'il existe des conflits d'intérêts. Dès lors, ce cadre d'action doit représenter la voix de l'OMS, qui fait autorité et s'élève en faveur de mesures pour le renforcement des systèmes nationaux. L'accent mis sur la transformation et l'innovation doit être souligné par des objectifs clairs, et les domaines d'action doivent accorder une meilleure place aux soins de santé primaires, étant donné que ces derniers sont le fondement de tout système de santé et doivent être le point de départ de toute transformation dans la manière dont les services de santé sont dispensés. Il faut mettre davantage l'accent sur le rôle des décideurs et gestionnaires du domaine de la santé, car le processus de transformation nécessitera un leadership compétent et affirmé. Le cadre d'action aura également des incidences pour la formation des travailleurs de la santé. Les programmes devront être révisés de manière adéquate pour garantir que le personnel infirmier et d'autres travailleurs de la santé ne soient pas formés à la maîtrise d'aptitudes qui pourraient devenir obsolètes dans les années à venir. Il est important de faire participer les ONG au processus, étant donné qu'elles entreprennent souvent des activités de formation et pourraient aider à modifier les programmes et la manière dont les formations sont dispensées. Le financement est un aspect important ; il convient d'allouer beaucoup plus de fonds à la prévention qui, actuellement, ne représente que 5 % des budgets, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité et de la sécurité. De plus, afin d'augmenter les fonds disponibles pour la transformation des services de santé, il faut reconnaître la nécessité de partenariats efficaces et réglementés entre le public et le privé pour plusieurs raisons, dont la moindre n'est pas que la majorité des fonds consacrés à la recherche et au développement dans le domaine de la santé proviennent déjà du secteur privé.

40. Le directeur et le chef de programme de la Division des systèmes de santé et de la santé publique expliquent que beaucoup d'aspects du cadre d'action ne sont pas encore intégralement développés et que les commentaires du CPCPR seront précieux pour poursuivre l'élaboration du document et y ajouter plus de détails. Ils conviennent de la nécessité de renforcer les soins de santé primaires, mais ajoutent qu'il est important de maintenir un continuum de soins afin, par exemple, de ne pas entrer en compétition avec les hôpitaux. Il est important de remanier les programmes de formation, mais cela pourrait prendre au moins 10 ans avant que les effets ne commencent à se faire sentir. Par conséquent, il convient d'incorporer également d'autres méthodes, comme le mentorat. La question des partenariats entre le public et le privé a été soulevée lors de discussions antérieures et il convient de la faire avancer de façon concertée, en plaçant résolument l'accent sur la gouvernance et un contrôle du bon respect des règles par le secteur public.

Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS 2016-2025

41. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, explique que le nouveau plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne doit être à la fois innovateur et clairement aligné sur Santé 2020 et les processus mis en place au niveau mondial. Le plan d'action fera référence aux neuf objectifs du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, et tiendra compte des nouvelles cibles de l'objectif n° 3 du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Il prévoira également une évaluation des progrès accomplis et de la probabilité d'atteindre ces cibles d'ici 2025. Les progrès seront analysés en fonction de quatre domaines prioritaires, à savoir la gouvernance ; la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche ; la prévention ; ainsi que les systèmes de santé. Le plan d'action devra également assurer une certaine cohésion entre les nombreux mécanismes et interventions de lutte contre les maladies non transmissibles au niveau mondial, et veiller à ce que ceux-ci soient tous pris en compte dans un seul cadre tout en continuant à accorder une priorité à l'action menée dans les pays. Il tentera de s'inspirer de plusieurs nouvelles initiatives, telles que les activités de collaboration menées ces dernières années en vue d'évaluer les systèmes de santé nationaux et d'intégrer toutes les données de surveillance dans une seule plate-forme, à savoir le Portail européen d'information sanitaire. Un projet de plan d'action sera disponible dans son intégralité d'ici la fin janvier 2016.

42. Le vingt-troisième CPCPR déclare qu'il est particulièrement important d'intégrer l'ensemble des cibles et indicateurs existants relatifs aux maladies non transmissibles dans le nouveau plan d'action. Ce dernier doit notamment mettre en exergue l'alignement des cibles des objectifs de développement durable, de Santé 2020 et du plan d'action mondial, avec leurs diverses dates d'échéance. Cette cartographie des cibles et des indicateurs sera réalisée conjointement avec la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation. Plusieurs membres plaident en faveur de l'établissement d'un lien plus solide avec les soins de santé primaires, dans la mesure où les maladies chroniques sont prises en charge à ce niveau. En outre, les médecins généralistes et autres professionnels de santé ont élaboré des modèles fonctionnels et efficaces à l'adresse des patients atteints de maladies chroniques et d'affections multiples. Il importe également d'améliorer la formation sur la prévention

dans le cadre des soins de santé primaires. D'autres initiatives doivent être développées ou intégrées au plan d'action, notamment : l'amélioration des liens existant entre l'OMS et les principales associations professionnelles effectuant des activités de recherche sur les maladies chroniques, étant donné que les médecins généralistes suivent souvent leurs recommandations ; la promotion accrue de l'activité physique afin de prévenir les maladies non transmissibles ; la définition de mesures spécifiques susceptibles d'améliorer les progrès accomplis en matière d'alcool et de réaliser les objectifs à cet égard ; et l'évaluation de l'impact des traités commerciaux, tels que le partenariat transatlantique de commerce et d'investissement, sur l'industrie alimentaire, notamment la manière dont l'importation de nouvelles habitudes alimentaires peut exercer un effet négatif dans la Région. Un calendrier doit être établi pour 2016, indiquant quels processus sont engagés aux niveaux régional et mondial, ainsi que la mesure de leur interaction.

43. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, affirme que le Bureau régional est fermement résolu à assurer l'alignement de l'ensemble des cibles et des indicateurs. Le vingt-troisième CPR a soulevé plusieurs questions intéressantes et pertinentes qui seront prises en compte lors du processus d'élaboration du plan d'action. L'importance des soins de santé primaires et de l'établissement d'un lien avec les associations professionnelles est bien comprise. Le directeur de la division fait d'ailleurs observer que la Conférence internationale sur les maladies cardiovasculaires, qui s'est tenue les 19 et 20 novembre 2015 à Saint-Petersbourg (Fédération de Russie), a suscité une large participation des associations professionnelles. Le plan d'action sur les maladies non transmissibles doit renforcer les initiatives reprises dans les plans d'action relatifs à l'alcool et à l'activité physique, en évitant toutefois la répétition des tâches.

Plan d'action en vue de renforcer l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche à des fins d'élaboration de politiques dans la Région européenne de l'OMS

44. La directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, déclare que l'élaboration d'un plan d'action en vue de renforcer l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche à des fins d'élaboration de politiques constitue en fait une première pour la Région européenne et au niveau mondial. En 2014, le Comité consultatif européen de la recherche en santé (EACHR) a institué un sous-comité pour le renforcement de l'élaboration de politiques s'inspirant de bases factuelles, et par la suite recommandé qu'un plan d'action soit formulé et soumis au Comité régional pour approbation. Une feuille de route a été préparée conjointement avec l'EACHR et, après de plus amples discussions et une séance d'information technique lors du CR65, les États membres ont proposé que la feuille de route donne lieu à un plan d'action. Ce dernier sera aligné sur les six domaines clés de l'Initiative européenne d'information sanitaire, et reposera sur trois grands piliers : l'harmonisation des données sanitaires au niveau régional et le renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire ; la mise en place et le renforcement des systèmes nationaux de recherche en santé ; et l'amélioration de l'application des connaissances. Le plan d'action décrit un certain nombre de mesures spécifiques à prendre concernant chacun de ces piliers.

45. Le vingt-troisième CPR déclare que les États membres apprécieront ce document particulièrement utile étant donné que l'élaboration de politiques s'inspirant

de bases factuelles s'avère primordiale pour la bonne gouvernance. S'il existe une pléthore d'informations dans le domaine de la santé physique, on ne dispose en revanche d'aucun mécanisme permettant de les traduire en politiques fondées sur des bases factuelles. Le plan d'action revêtira une valeur considérable pour tous les États membres, et en particulier pour les pays qui ne possèdent pas les ressources ou les capacités nécessaires pour effectuer leur propre recherche scientifique et qui, souvent, ont dû recourir à des données mondiales plutôt qu'à des données nationales lors de la formulation des politiques. Les bureaux de pays ont un rôle majeur à jouer en diffusant régulièrement des synthèses des informations clés sur le plan national ou sous-régional. Il importe d'élaborer des stratégies en vue de recenser et de prioriser les thématiques sur lesquelles doit se pencher la recherche scientifique servant à l'élaboration des politiques nécessaires. Les États membres doivent savoir si le plan d'action comportera des cibles et indicateurs mesurables, et prévoira d'autres impératifs de communication de rapports. Le CPR propose que le plan d'action soit présenté au CR66 avec un projet de résolution.

46. La directrice, Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, explique que le Bureau régional effectue pour l'instant un exercice de cartographie de la capacité d'application des connaissances au niveau régional afin d'établir une base de référence. Cette initiative pourra être répétée dans deux ou trois ans afin d'évaluer toute évolution à cet égard, ainsi que la nature même des changements. On examine actuellement les projets de cibles et d'indicateurs susceptibles d'être inclus dans le plan d'action, certains étant d'ailleurs d'ordre quantitatif. La directrice de la division convient qu'il serait utile de mettre en place une procédure d'établissement des priorités de la recherche en santé publique au niveau régional, et ajoute qu'elle souhaiterait soulever cette question à l'EACHR.

Les partenariats de la Région européenne de l'OMS

47. La directrice exécutive, Partenariats stratégiques et mobilisation des ressources, demande au vingt-troisième CPR d'envoyer, durant la période intersessions, ses commentaires et suggestions quant à la manière de structurer la séance sur les partenariats lors de la prochaine session du Comité régional, notamment les partenaires participants et les sujets abordés. Ces observations feront l'objet d'une proposition et seront présentées au CPR en sa troisième session de mars 2016.

48. Si la résolution EUR/RC60/R4 demande qu'une stratégie soit formulée pour les partenariats dans la Région européenne de l'OMS, celle-ci n'a pas encore vu le jour car des négociations intergouvernementales sont toujours en cours au niveau mondial de l'Organisation afin d'élaborer un cadre global de collaboration avec les acteurs non étatiques. Un grand nombre d'États membres ont exprimé leur désir de voir ce cadre finalisé. Il a été jugé raisonnable de différer l'élaboration d'une stratégie à l'échelon régional jusqu'à ce que le projet de cadre soit examiné et présenté sous sa forme définitive par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la santé. En attendant, il serait utile que le vingt-troisième CPR émette des recommandations sur les activités menées dans le domaine des partenariats, notamment dans le contexte de la réalisation de l'objectif de développement durable n°17 du Programme de développement durable à l'horizon 2030 relatif à la redynamisation des partenariats mondiaux pour le développement durable

Mandat des sous-groupes du vingt-troisième CPR

Sous-groupe sur la gouvernance

49. Le vingt-troisième CPR convient de poursuivre les activités de son sous-groupe sur la gouvernance, présidé par le docteur Ivi Normet (Estonie) et composé de membres de l'Allemagne, de la Finlande, de la France, de l'Italie et de la Lettonie. Le président du sous-groupe décrit les domaines clés du travail restant à accomplir par le sous-groupe, et demande au CPR d'émettre des commentaires à ce sujet. Un membre, rappelant les débats précédemment engagés sur l'uniformisation des documents d'orientation entre le Siège et les Régions, s'interroge sur les progrès accomplis depuis lors afin de coordonner ce processus de normalisation au niveau mondial. Il demande également que le sous-groupe examine non seulement les procédures de désignation des experts nationaux mais aussi le processus d'information avant les réunions, comme ce qui est envoyé par le secrétariat aux pays. Il serait utile d'établir un calendrier provisoire pour la procédure. Le président du sous-groupe confirme que la question de la normalisation serait de nouveau soulevée en mars 2016. La directrice régionale explique que le processus de désignation est souvent problématique à l'échelon régional, car les demandes peuvent être introduites dans un délai très court, les désignations devant par conséquent être communiquées presque immédiatement au directeur général, sans que les États membres ne puissent être adéquatement consultés à cet égard. Le Bureau régional s'efforce d'encourager le Siège à avertir plus tôt de toute demande éventuelle, et de prendre en compte le calendrier des différentes sessions des organes directeurs afin de permettre une meilleure concertation avec les États membres. Si ces sessions ne peuvent être intégrées au processus, il faut prévoir le temps nécessaire pour une consultation en ligne.

Sous-groupe sur la migration et la santé

50. La directrice régionale explique que plusieurs questions importantes ont été soulevées lors de la récente Réunion de haut niveau sur la santé des réfugiés et des migrants organisée à Rome (Italie), et qu'elles nécessiteraient une attention considérable et la prise d'importantes mesures dans un proche avenir. Étant donné la complexité de ces problèmes, elle convient avec le vingt-troisième CPR que deux sous-groupes doivent être institués à cet égard : l'un sur la migration et la santé, et l'autre sur l'application du Règlement sanitaire international (2005). Le CPR manifeste son ferme appui à la création de deux sous-groupes distincts, à condition que de bonnes lignes de communication soient établies entre eux. La nécessité de créer un sous-groupe sur la migration et la santé est apparue clairement lors de la réunion de haut niveau, car les défis liés à la migration et à la santé resteront probablement à l'ordre du jour au moins ces 10 prochaines années. Il s'agit d'une question dont la complexité est aggravée par le besoin d'adopter des approches différentes pour chacune des routes migratoires empruntées. Le sous-groupe sera présidé par le docteur Raniero Guerra (Italie) et composé de membres de l'Estonie, du Portugal et de la Roumanie. Une consultation sera organisée en ligne afin de susciter la participation d'un plus grand nombre de membres.

Sous-groupe sur l'application du Règlement sanitaire international (RSI) (2005)

51. La directrice régionale a expliqué que le cadre de suivi et d'évaluation du RSI a été examiné lors d'une consultation technique organisée récemment à Lyon (France), mais qu'aucun consensus n'a été trouvé quant au mode d'élaboration d'un outil d'évaluation indépendant du RSI pour son application à l'échelle mondiale. Dans le cadre des débats engagés par le Groupe de la politique globale, le directeur général a indiqué que le Comité régional de l'Europe a exprimé le souhait de mettre à l'essai l'outil d'évaluation dans la Région européenne, alors que le Comité régional de la Méditerranée orientale a adopté la résolution EM/RC62/R.3 demandant à son directeur régional de créer une Commission d'évaluation régionale indépendante afin de superviser l'application du RSI. La directrice régionale demande au vingt-troisième CPCR de bien vouloir faire mention, dans le mandat du sous-groupe, de la nécessité de travailler sur le cadre de suivi et d'évaluation du RSI, s'agissant notamment d'élaborer un outil d'évaluation indépendant avec la participation d'experts compétents, et d'inviter la Région de la Méditerranée orientale à se joindre à ce processus afin d'assurer la mise au point d'un outil harmonisé. L'outil pourrait alors être testé et utilisé par le directeur général en vue de poursuivre l'élaboration de l'outil d'évaluation au niveau mondial.

52. Le vingt-troisième CPCR accepte cette proposition, soulignant l'importance accordée par le directeur général au rôle décisif joué par la Région européenne dans l'élaboration de l'outil ainsi que la nécessité de coordonner cette initiative avec le Bureau régional de la Méditerranée orientale et de susciter la collaboration d'experts techniques le cas échéant. Plusieurs membres expriment leur souhait de participer à ce sous-groupe, compte tenu de leur propre expérience dans l'exécution des obligations du Règlement sanitaire international ou en ce qui concerne le Global Health Security Agenda. Le sous-groupe sera présidé par le professeur Benoît Vallet (France) et composé de membres désignés par la Finlande, la Géorgie, l'Italie et le Portugal.

53. La composition des trois sous-groupes fera l'objet d'une consultation électronique après la session, afin que les membres du CPCR disposent de suffisamment de temps pour examiner les mandats et choisir les sous-groupes auxquels ils souhaitent adhérer.

Déclaration de Minsk – l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020

54. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, fait part de l'immense succès de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS tenue les 21 et 22 octobre 2015 à Minsk (Biélorus) et consacrée à l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020. Il remercie le Biélorus d'avoir accueilli cette réunion tellement importante et si bien organisée. Trente-huit États membres y ont participé, et près de la moitié des délégations étaient emmenées par des ministres ou des vice-ministres. Si la perspective portant sur le parcours de vie a toujours fait partie intégrante de Santé 2020, le type de mesures à prendre dans ce contexte n'a pu être aussi clairement défini que lors du processus d'élaboration de la Déclaration de Minsk. Cette dernière se concentre sur trois aspects essentiels, à savoir agir tôt, agir de manière appropriée pour les phases

de transition de la vie, et agir de manière conjointe au niveau pansociétal. Le CPRC a précédemment convenu que l'expérience acquise dans l'élaboration de la Déclaration de Minsk servirait de test à l'intégration des documents de cette nature dans le processus de gouvernance. Le Bureau régional a documenté ce processus avec assiduité. Un comité consultatif scientifique a collaboré étroitement avec le Bureau régional pendant 18 mois, et organisé trois réunions physiques et plusieurs téléconférences. Un groupe de travail interdivisionnaire interne a également examiné au moins trois projets de document avant qu'il ne fasse l'objet d'une consultation publique. La consultation avec les États membres a duré du 10 juillet au 9 août 2015 et donné lieu à plusieurs commentaires. Ces derniers ont été intégrés autant que possible au texte de la déclaration. Certains des commentaires ont suscité un débat considérable au cours de la conférence, avant l'approbation unanime de la Déclaration de Minsk. Il est demandé au CPRC, lors de la phase ultérieure de suivi technique et politique, de formuler des recommandations quant à la mise en œuvre de la déclaration, et à la nécessité de l'inclure dans un projet de résolution devant être présenté au CR66. De très nombreuses bases factuelles ont été générées lors de ce processus, et il est possible qu'une analyse technique de ces données probantes soit réalisée au cours de ces quelques prochaines années, en collaboration avec toutes les divisions concernées. En outre, les études de cas nationales présentées à la conférence ont rencontré un tel succès qu'il peut être envisagé de compiler ces diverses données d'expérience et bonnes pratiques nationales relatives à l'adoption de la perspective portant sur le parcours de vie dans le contexte de Santé 2020 et la réalisation des objectifs de développement durable.

55. Le vingt-troisième CPRC se félicite des excellents résultats de la conférence, et plusieurs membres sont également reconnaissants que l'on ait incorporé leurs commentaires et suggestions au projet de déclaration avant son adoption. Un membre propose que le sous-groupe du CPRC sur la gouvernance examine le processus et le calendrier de présentation des commentaires afin de déterminer comment améliorer la préparation de ce genre de texte à l'avenir. Plusieurs membres déclarent également que la Déclaration de Minsk devrait être inscrite à l'ordre du jour du CR66, dans le cadre du rapport de situation à mi-parcours sur la mise en œuvre de Santé 2020. Le chapitre 4 de la Déclaration de Minsk, relatif à la nécessité d'agir tôt, ne tient pas entièrement compte de l'importance de la période préconceptionnelle, et il importe en effet de veiller à ce que les personnes prévoyant d'avoir un bébé soient au courant de leur exposition à des facteurs de risque spécifiques. Enfin, le texte n'accorde pas assez d'attention à la période préconceptionnelle ou au développement fœtal.

56. Le directeur, Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, répond que l'on dispose de suffisamment de temps pour décider du suivi de la Déclaration de Minsk au CR66. Celle-ci pourrait être présentée seulement à titre informatif, ou figurer dans une annexe à un projet de résolution sur l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de Santé 2020. Il demanderait conseil à ce sujet au vingt-troisième CPRC dans les mois à venir, et une décision finale pourrait être prise lors de la troisième session. En ce qui concerne le dernier point soulevé par plusieurs membres, le directeur de la division explique que s'il est difficile de relancer la discussion sur certains aspects de la Déclaration de Minsk maintenant que le texte a été adopté, une référence est cependant faite au développement intra-utérin et que celle-ci peut servir de point de départ afin d'intervenir dans les domaines mentionnés. Le chef de programme, Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, ajoute que le

3^e Congrès européen sur la santé et les soins préconceptionnels aura lieu en Suède en février 2016, et qu'une séance spéciale sur la Déclaration de Minsk sera organisée à cette occasion. En d'autres termes, il est évident que la déclaration tente aussi de couvrir les stades de la préconception et du développement fœtal.

57. La directrice régionale précise que si la Déclaration de Minsk n'est pas présentée sous une forme ou une autre au CR66, il s'agira là d'une occasion manquée, car elle constitue une priorité essentielle de Santé 2020, et apporte la clarté indispensable aux États membres sur la manière de mener des interventions conformes à l'approche portant sur le parcours de vie. L'examen de la déclaration dans le contexte de l'évaluation à mi-parcours constitue une excellente suggestion, étant donné son importance pour la mise en œuvre de Santé 2020. Si elle n'est pas en faveur de la réouverture du débat sur certains aspects de la Déclaration de Minsk, elle souligne cependant que beaucoup d'attention a été accordée à la période préconceptionnelle au cours de la conférence. La préconception fera l'objet d'un examen plus approfondi dans le cadre des débats engagés par le Comité régional sur la santé des femmes ainsi que sur la santé sexuelle et les droits génésiques.

Composition des organes et comités de l'OMS

Sièges vacants pour élection et/ou désignation au CR66

58. Le CPCR est informé du fait que les désignations et élections habituelles aux organes et comités de l'OMS mentionnés ci-dessous auront lieu lors du CR66 :

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

Postes électifs à la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé

59. Le CPCR est informé du fait que la Région européenne est priée de soumettre des candidatures aux postes de vice-président de l'Assemblée mondiale de la santé, de vice-président de la Commission A de l'Assemblée mondiale de la santé, de rapporteur de la Commission B de l'Assemblée mondiale de la santé ainsi que pour cinq membres du Bureau de l'Assemblée mondiale de la santé, pour trois membres de la Commission de vérification des pouvoirs de l'Assemblée mondiale de la santé et pour la présidence du Conseil exécutif.

Questions à examiner avec les membres européens du Conseil exécutif en janvier 2016 et collaboration avec le Comité du programme, du budget et de l'administration

60. La directrice régionale explique qu'on a demandé d'inscrire la question de la migration et de la santé à l'ordre du jour de la réunion du Conseil exécutif de janvier 2016. Le Groupe de la politique mondiale a examiné cette proposition, et il est convenu de présenter un rapport de situation sur la mise en œuvre d'une précédente résolution de

l'Assemblée mondiale de la santé relative à la migration et de la santé. Lors des débats engagés à cet égard, le Conseil exécutif devrait également évoquer le retour d'information de la récente réunion de Rome ainsi que son document final, sans pour autant adopter une résolution. La question de la migration et de la santé ainsi que l'élaboration de politiques dans ce domaine seront examinées dans la Région lors de ces prochains mois. L'objectif est de soumettre une résolution au Conseil exécutif d'ici un an, à la suite de discussions menées au niveau régional.

61. En ce qui concerne les autres dossiers devant être examinés par le Conseil exécutif, un membre déclare que les fonctions essentielles de santé publique ne reçoivent pas suffisamment d'attention à l'OMS au niveau mondial. Le CR65 a convenu de soumettre un projet de résolution au Conseil exécutif qui sera examiné au titre du point consacré aux objectifs de développement durable et lié aux débats sur la couverture universelle en santé. La Région européenne dispose d'un plan d'action régional sur la santé publique, faisant largement état des fonctions nécessaires à cet égard, ce qui conforte sa position dans ce domaine. D'autres Régions ont également réalisé un important travail sur la santé publique, et la somme de ces expériences permettra de constituer une base solide en vue de rédiger la résolution et de déterminer la façon d'améliorer les fonctions de santé publique dans le cadre de la couverture universelle en santé. Il est évident qu'aucun pays ne sera en mesure de parvenir à la couverture universelle en santé en l'absence de fonctions efficaces. Or, il est également essentiel que l'accent soit mis sur les fonctions et services de santé à la population, et non seulement sur les services personnels. Des consultations informelles auront lieu la semaine suivante sur la préparation du projet de résolution. La directrice régionale prie instamment les États membres d'indiquer quelles activités de santé publique doivent être mises en avant, et à quels documents ou résolutions actuellement en vigueur il doit être fait référence dans le projet de résolution.

62. Un membre répond que si l'on a convenu d'une définition de l'OMS de la couverture universelle en santé au niveau mondial, il faut encore examiner le moyen de traduire ce concept au niveau national. La situation étant différente dans les pays à revenus élevé, intermédiaire ou faible, les États membres ne visent donc pas tous les mêmes objectifs en matière de garantie de la couverture universelle en santé. Le financement des services de réadaptation, par exemple, n'est possible que dans les pays à revenu élevé qui en ont les moyens. L'OMS devrait élaborer une liste de contrôle permettant aux pays de déterminer s'ils répondent à toutes les conditions de la couverture universelle en santé. La directrice régionale convient que les États membres doivent tous être en mesure de parvenir à cette couverture de la même manière. Elle reconnaît également la nécessité de préparer le projet de résolution en coordination avec les autres Régions, et déclare qu'il serait utile d'inclure des références aux résolutions antérieures sur les déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé. Les États membres de la Région européenne siégeant au Conseil exécutif devraient participer à la finalisation du projet de résolution, et s'appuyer sur cette expérience lors des débats engagés à ce sujet en janvier 2016.

Autres questions à l'ordre du jour, clôture de la session

63. Après avoir remercié les membres du CPCRC pour leur attention, leurs manifestations de sympathie et leurs précieuses contributions, la directrice régionale

pour son leadership et ses recommandations, et le Bureau régional pour son soutien, le président clôt la session.

Annexe 1. Ordre du jour

- 1) Ouverture de la session par le président et la directrice régionale
- 2) Adoption de l'ordre du jour et du programme provisoires
- 3) Suites de la soixante-cinquième session du Comité régional de l'Europe : évaluation et examen des mesures prises par le CPR et le secrétariat
- 4) Ordre du jour provisoire de la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR66)
 - Concept et examen des principaux thèmes techniques/stratégiques et du processus de consultation relatif à l'ordre du jour provisoire du CR66
- 5) Finalisation du mandat du sous-groupe du CPR sur la gouvernance et débat sur la nécessité de créer d'autres sous-groupes
- 6) La Déclaration de Minsk – l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020
- 7) Composition des organes et comités de l'OMS
 - a) sièges vacants pour élection/désignation au CR66
 - b) postes électifs à la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé
- 8) Mise en place des sous-groupes du vingt-troisième CPR (le cas échéant)
- 9) Questions à examiner avec les membres européens du Conseil exécutif en janvier 2016 et collaboration avec son Comité du programme, du budget et de l'administration
- 10) Autres questions à l'ordre du jour, clôture de la session

Annexe 2. Liste des documents

Documents de travail

EUR/SC23(2)/1 Rev.1	Liste provisoire des documents
EUR/SC23(2)/2 Rev.1	Ordre du jour provisoire
EUR/SC23(2)/3 Rev.1	Programme provisoire
EUR/SC23(2)/3 Rev.1 Add.1 Rev.1	Programme provisoire (annoté)
EUR/SC23(2)/4	Liste provisoire des participants
EUR/SC23(2)/5 Rev.1	Projet d'ordre du jour provisoire pour la soixante-sixième session du Comité régional de l'Europe
EUR/SC23(2)/6 Rev.1	Projet de programme provisoire pour la soixante-sixième session du Comité régional de l'Europe
EUR/SC23(2)/7	Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS 2016-2025
EUR/SC23(2)/8	Plan d'action en vue de renforcer l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche à des fins d'élaboration de politiques dans la Région européenne de l'OMS
EUR/SC23(2)/9	Stratégie pour la santé de la femme et plan d'action pour la santé et les droits sexuels et génésiques dans la Région européenne de l'OMS 2017-2021
EUR/SC23(2)/10	Rapport de situation à mi-parcours sur la mise en œuvre de Santé 2020, 2012-2016
EUR/SC23(2)/11	Stratégie et plan d'action sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS 2016-2022
EUR/SC23(2)/12	La santé dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 : se préparer à agir
EUR/SC23(2)/13	Plan d'action pour la prévention et la maîtrise de l'hépatite virale dans la Région européenne de l'OMS 2016-2021
EUR/SC23(2)/14	Renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne dans la Région européenne de l'OMS : un cadre d'action pour la prestation intégrée des services de santé
EUR/SC23(2)/15 Rev.1	Plan d'action pour la prévention et la maîtrise du VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS 2016-2021
EUR/SC23(2)/16	Suivi et enseignements tirés de la soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/SC23(2)/17	La Déclaration de Minsk