



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

**Dix-huitième Comité permanent
du Comité régional de l'OMS pour Europe
Deuxième session**

Andorre, 18 et 19 novembre 2010

EUR/RC60/SC(2)/REP

4 avril 2011

103178

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport sur la deuxième session

Introduction

1. Le dix-huitième Comité permanent du Comité régional de l’OMS pour l’Europe (CPCR) a tenu sa deuxième session au Centre des congrès d’Andorre-la-Vieille les 18 et 19 novembre 2010. Zita Kucinskiene (Lituanie) (remplacée par le suppléant Viktoras Meizis) et Vladimir Lazarevik (président exécutif de la soixantième session du Comité régional de l’OMS pour l’Europe – CR60) ont fait parvenir leurs excuses pour leur absence.
2. Dans son discours inaugural, la directrice régionale fait remarquer que c’est la première participation de tous les nouveaux directeurs de division du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe à la session du CPCR. La réorganisation du Bureau régional étant terminée, l’attention porte désormais sur le recrutement (ou le détachement) de personnel pour occuper des postes techniques à responsabilités et essentiels à la mission de l’Organisation. L’équipe de direction du Bureau régional a participé à plusieurs événements organisés par le pays assurant la présidence de l’Union européenne (UE) et à des audiences du Parlement européen, ainsi qu’à une conférence mise sur pied par l’Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et au Sommet mondial de la santé (Berlin, 23-26 octobre 2010). En outre, la directrice régionale a assisté à une réunion du Groupe de politique mondiale de l’Organisation (comprenant le directeur général, les directeurs généraux adjoints et les directeurs régionaux). Parmi les thèmes abordés, il convient de mentionner les priorités pour l’année prochaine (notamment les maladies non transmissibles) et le financement futur de l’OMS.
3. Le rapport sur la première session du dix-huitième CPCR (Moscou, 16 septembre 2010) est adopté sans amendement.
4. La ministre andorrane de la Santé, du Bien-être et du Travail a prononcé un discours lors de la deuxième journée de la session.

Suivi de la soixantième session du Comité régional

5. La directrice régionale explique que plusieurs des stratégies et plans d’action mentionnés dans son allocution au CR60 ou préconisés dans des résolutions adoptées lors de cette session sont en voie d’élaboration. Un forum de haut niveau est en cours de constitution afin que les pays soient parties prenantes des initiatives stratégiques telles que la nouvelle politique européenne de la santé (Santé 2020), alors que des groupes de travail ont examiné les activités du Bureau régional dans les pays et ses bureaux géographiquement dispersés. L’organisation de la gouvernance du Bureau régional a été modifiée (accroissement de la composition du CPCR, révision des groupements sous-régionaux) ou le sera au cours de l’année (diffusion des débats sur Internet et sessions publiques du CPCR).
6. La déclaration conjointe entre le Bureau régional et la Commission européenne est maintenant mise en œuvre : des plans d’action pour six programmes pilotes sont en cours d’élaboration et leur version définitive sera présentée lors d’une réunion de responsables des deux organisations à la fin de mars 2011.

7. En sa dix-septième session (Genève, 2-5 novembre 2010), le Comité des politiques de l'environnement de la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies (CEE-ONU) a désigné quatre ministres de l'Environnement ou leur représentant de haut niveau pour siéger au Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé (CMES) créé lors de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Parme, Italie, 10-12 mars 2010). Ce nouveau conseil de huit membres tiendra sa première réunion en France, en avril 2011. Entre-temps, la directrice régionale invitera les ministres de la Santé à désigner des membres pour le Groupe de travail européen Environnement et santé.

Ordre du jour provisoire de la soixante et unième session du Comité régional

8. Lors de sa présentation du premier projet d'ordre du jour provisoire pour le CR61, la directrice régionale explique que les points débattus peuvent être regroupés sous les grandes rubriques suivantes :

- le cadre général des politiques de santé (étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et Santé 2020) ;
- le renforcement des systèmes de santé (y compris santé publique et soins personnels) ;
- les maladies non transmissibles, y compris un plan d'action sur l'alcool ;
- les maladies transmissibles (couvrant des domaines tels que la résistance aux antimicrobiens, la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (MR/UR) et le VIH/sida) ;
- la stratégie concernant la collaboration du Bureau régional avec les pays (y compris les bureaux géographiquement dispersés) ;
- les partenariats ;
- le budget programme de l'Organisation comme outil stratégique (y compris le rôle de supervision du CPRC eu égard aux activités du Bureau régional) ;
- la communication.

9. Le Comité permanent estime qu'il s'agit là d'un ordre du jour provisoire très ambitieux. Il convient d'examiner sa structure générale après avoir étudié plus en détail les différents points.

Santé 2020 : la nouvelle politique européenne de la santé

10. Santé 2020 sera le fruit d'un processus participatif impliquant divers groupes de praticiens, d'intervenants et de partenaires, ainsi que divers secteurs. Elle s'inspirera de deux grandes études scientifiques, à savoir l'étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire, et une étude sur la gouvernance de la santé. Le processus aboutira au lancement de la nouvelle politique lors de la session du Comité régional de 2012. Un groupe directeur chargé d'orienter ce processus a organisé sa première réunion à la mi-octobre 2010, et les deux études sont en cours de réalisation. Des consultations se tiendront avec des groupes d'acteurs importants avant l'organisation

d'une conférence au printemps 2011 ; les informations ainsi obtenues seront incorporées à un « livre blanc » qui sera présenté au CR61 ; les recommandations définitives émises par ce dernier permettront de structurer le document final.

11. Les membres du Comité permanent soulignent l'importance de la nouvelle stratégie de la santé pour la Région européenne de l'OMS, notamment à la lumière de la stratégie européenne récemment formulée par la Commission européenne en faveur d'une croissance intelligente, durable et inclusive¹. Il importe pour le Bureau régional de lancer, dès le début, une campagne de communication soutenue autour de Santé 2020 apportant une définition claire des principaux concepts et termes utilisés. D'une manière plus spécifique, un membre du CPR signale que la durabilité doit être considérée comme un principe directeur plutôt que comme une valeur sous-tendant la stratégie, et que l'expression « capacités sanitaires essentielles » devrait probablement être expliquée.

12. Un autre membre du CPR explique que des enseignements peuvent être tirés de l'expérience de son pays en la matière : en effet, celui-ci a récemment effectué un exercice similaire, avant la publication d'un livre blanc (projet de loi) pour réformer son système de santé publique². Des « événements participatifs » ont été organisés avec des parties prenantes telles que des organisations non gouvernementales, le secteur privé, des professionnels de la santé publique, ainsi que des représentants des familles et des enfants. Une consultation officielle sur des thèmes tels que la responsabilité, le suivi et l'évaluation sera organisée après la publication du livre blanc.

13. La directrice régionale confirme qu'outre l'instauration d'un forum de représentants de haut niveau originaires de l'ensemble des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS, elle a l'intention de mener des consultations avec certaines organisations telles que l'Association européenne de santé publique (EUPHA), l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne (ASPHER), le Forum européen des associations de médecins (EFMA) et l'Association médicale mondiale (AMM). Il importe de souligner la fonction de direction (*stewardship*) des ministères de la Santé dans le cadre d'une approche pangouvernementale visant l'amélioration des populations.

Le renforcement des systèmes de santé

Stratégie de la santé publique

14. La stratégie européenne de la santé publique viendra compléter Santé 2020, mais sera davantage axée sur l'action. S'inspirant d'une définition claire de la relation existant entre la santé publique, ses fonctions essentielles et les systèmes de santé, elle permettra de déterminer un cadre d'action dans des domaines tels que la gouvernance, la participation de la communauté, la sensibilisation, l'investissement et les systèmes d'information. Une petite réunion d'experts sera organisée plus tard en novembre 2010, et une consultation initiale est prévue pour la troisième semaine de janvier 2011. Une deuxième consultation se tiendra après la prochaine session du CPR, à la mi-avril 2011.

¹ EUROPE 2020. *Une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive*. Bruxelles, Commission européenne, 2010 (COM(2010) 2020).

² Department of Health. *Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England*. London, The Stationery Office, 2010 (CM7985).

15. Le Comité permanent se soucie d'établir une « hiérarchie » claire entre, d'une part, le document d'orientation générale (Santé 2020) et, d'autre part, les plans d'action susceptibles d'aboutir à des mesures concrètes en ce qui concerne les composantes des systèmes de santé (telles que la santé publique). Le document doit officiellement constituer un plan d'action. Son objectif est d'actualiser les fonctions essentielles de la santé publique définies pour la première fois il y a dix ans, en tenant compte des derniers développements tels que le besoin d'évaluer les effets sanitaires des politiques adoptées dans un large éventail de secteurs.

16. Le CPRC remarque également que la 128^e session du Conseil exécutif doit avoir lieu durant la troisième semaine de janvier 2011, et souligne qu'il serait important de synchroniser la préparation et la finalisation de Santé 2020 avec celles de ses parties constituantes, telles que le plan d'action sur la santé publique.

Charte de Tallinn

17. Lors de la réunion intitulée « La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS », et organisée à Oslo (Norvège) en avril 2009, les participants ont déclaré que les engagements repris dans la Charte adoptée lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé (Tallinn, Estonie, juin 2008) pourront inspirer les mesures anticrise prises par les pays. Le document proposé pour le CR61, et préparé avec l'aide de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, abordera par conséquent l'évaluation de la performance des systèmes de santé et leur efficacité dans le maintien de l'équité, de la solidarité et de l'amélioration de la santé dans le contexte de la crise. À la suite de deux consultations d'experts organisées en octobre 2010 et en janvier 2011, une réunion de haut niveau se tiendra en Andorre en mars 2011. Ce sera l'occasion de créer un comité en vue d'orienter les activités à venir dans ce domaine.

Maladies non transmissibles et alcool

18. Les maladies non transmissibles et celles liées à l'alcoolisme ont en commun plusieurs caractéristiques, telles que le rôle joué par les déterminants sociaux et économiques de la santé, l'importance d'adopter une approche basée sur la « santé dans toutes les politiques » et la nécessité d'attirer l'attention sur les facteurs de risque. Cependant, elles ont chacune leurs problèmes spécifiques : le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires dans le cas des maladies non transmissibles, ou la violence et les traumatismes liés à la consommation d'alcool. Le plan d'action sur les maladies non transmissibles doit s'inspirer de la stratégie approuvée par le Comité régional en 2006³, tandis que celui relatif à l'alcoolisme doit viser la mise en œuvre au niveau régional des résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé, le plus récemment en mai 2010⁴.

19. La préparation du Plan d'action européen contre l'alcoolisme est plus avancée : un second projet a été envoyé aux pays, aux organisations et aux centres collaborateurs de

³ *Améliorer la santé. Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (document EUR/RC56/8).

⁴ Résolution WHA63.13, Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

l'OMS pour obtenir leurs commentaires, une réunion de consultation se tiendra à Rome à la mi-décembre 2010, et des réunions stratégiques mondiale et régionale auront lieu respectivement en février et en mai 2011. En ce qui concerne les maladies non transmissibles, un groupe directeur et des points focaux nationaux seront désignés en janvier 2011. Les membres de ce groupe et plusieurs représentants des États membres rédigeront un plan d'action en février 2011, et une consultation à ce sujet aura lieu sur Internet et dans le cadre d'une conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles (Moscou, 28 et 29 avril 2011).

20. La directrice régionale confirme que le plan d'action sur les maladies non transmissibles préconisera l'adoption d'une approche globale, et portera également sur des domaines comme la santé mentale. Cependant, étant donné que certaines caractéristiques spécifiques de la consommation d'alcool (comme la conduite en état d'ivresse) n'ont aucun rapport avec les maladies non transmissibles, la formulation d'un plan d'action séparé se justifie par conséquent.

Maladies transmissibles

Résistance aux antimicrobiens

21. Eu égard à l'utilisation abusive des antibiotiques dans les secteurs de la santé et de l'agriculture, et à une lutte anti-infectieuse insuffisante, le pourcentage de cas d'infection accusant une résistance aux antimicrobiens atteint 25 % dans certains États membres. En outre, très peu de nouveaux antibiotiques sont en cours de développement. En émettant des recommandations aux pays à ce sujet, un plan d'action régional permettra de fixer plusieurs objectifs stratégiques à réaliser dans des domaines tels que la coordination multisectorielle, le suivi et la surveillance de la consommation d'antibiotiques, la prévention d'une nouvelle résistance, la promotion de la recherche et la sensibilisation. La Journée européenne d'information sur les antibiotiques (organisée par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, ECDC) se tient tous les ans le 18 novembre ; on pourrait envisager de l'étendre à l'ensemble de la Région européenne de l'OMS. La résistance aux antimicrobiens sera aussi le thème de la Journée mondiale de la santé 2011. Des actions (dont des missions d'évaluation dans les pays en 2011-2012) seront menées en partenariat avec un grand nombre d'agences, dont l'ECDC, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis, le Centre pour le développement mondial de la Fondation Gates et le Groupe de travail transatlantique sur la résistance aux antimicrobiens (TATFAR).

22. Le Comité permanent recommande que le document fasse directement référence à la « résistance aux antibiotiques » dans son titre comme dans son contenu, et qu'il prenne la forme d'une stratégie plutôt que celle d'un plan d'action. Bien que l'ECDC ait déjà mené énormément d'activités dans ce domaine (notamment l'établissement de systèmes de surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre), il importe de faire profiter la partie orientale et sud-orientale de la Région européenne de l'OMS de l'expérience acquise à cet égard. La coopération intersectorielle dans les domaines de la sécurité sanitaire des aliments, de l'agriculture et des sciences vétérinaires (milieux de la pratique et universitaire) revêt un intérêt fondamental.

Tuberculose

23. La Région européenne de l'OMS comprend les six pays du monde accusant les niveaux les plus élevés de tuberculose-MR dépistée dans plus de 50 % des cas de tuberculose précédemment traités ; 20 % de la charge mondiale de tuberculose-MR est portée par la Région, et beaucoup de pays signalent des cas de tuberculose-UR. Des approches programmatiques intégrées doivent être adoptées. Elles doivent prévoir le renforcement des interventions au niveau des systèmes de santé, l'action sur les déterminants situés en aval et en amont, ainsi que le suivi et l'évaluation des progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs fixés. Un plan d'action régional préconiserait la mise en place d'interventions conformément à ces approches afin de contrer la propagation de la tuberculose pharmacorésistante. Les objectifs spécifiques pourraient être l'accès universel de l'ensemble de la population de la Région au diagnostic de la tuberculose pharmacorésistante d'ici 2015, et l'accès universel de tous les patients de la Région souffrant de tuberculose-MR/UR au traitement adapté dans le même délai. À la suite d'une réunion d'experts et d'une consultation des intervenants réalisée en ligne, le projet de plan d'action sera finalisé en mars 2011, puis présenté au CPR et envoyé à tous les États membres. Une réunion de haut niveau des donateurs est prévue pour mai 2011.

24. Le CPR recommande que le plan d'action fasse explicitement référence aux nombreuses stratégies déjà approuvées (notamment « Halte à la tuberculose »⁵), et s'en inspire. Les objectifs du plan d'action devraient être réalistes plutôt qu'idéalistes. Malgré certains arguments conceptuels en faveur d'un lien entre la tuberculose et la résistance aux antibiotiques, des raisons pratiques et opérationnelles justifient la rédaction de deux documents séparés : en effet, la résistance aux antibiotiques est un problème « horizontal » en relation avec la prescription de médicaments, tandis que la lutte contre la tuberculose (menée par les pays et les partenaires du financement) donne lieu à une approche verticale. Les deux problèmes font en outre l'objet de deux objectifs stratégiques différents dans le cadre du Plan stratégique à moyen terme de l'OMS pour 2008-2013.

VIH/sida

25. Bien que l'Europe orientale soit la région du monde où l'épidémie de VIH se propage le plus rapidement, les initiatives de réduction des risques et l'accès à la thérapie antirétrovirale y sont insuffisants. Une modification fondamentale de la conception et de la prestation des services est nécessaire pour surmonter les obstacles structurels à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins. Un plan d'action régional pourra fixer des objectifs convenus aux niveaux mondial et régional en vue d'accélérer l'action contre le VIH/sida ; apporter des recommandations pratiques aux États membres afin qu'ils puissent prioriser les interventions, approches et politiques du secteur de la santé ; et s'aligner sur la résolution WHA63.19 de l'Assemblée mondiale de la santé qui demande au directeur général d'élaborer une stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida pour 2011-2015. Des consultations d'experts, en ligne et aux niveaux national et régional seront organisées avant mars 2011, lorsque le projet de plan d'action sera finalisé pour être présenté au CPR lors de sa prochaine session.

⁵ Résolution WHA60.19. Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme.

26. Le CPRC recommande que les pays de la Région soient classés en fonction de leur profil de risque et de la dynamique de leur épidémie de VIH, plutôt que par leur position géographique. Il faut améliorer la surveillance du VIH de seconde génération, en particulier chez les groupes les plus à risque. D'une manière plus générale, l'OMS pourrait jouer un rôle utile en comblant le fossé entre l'expertise technique et l'élaboration de politiques en diffusant les meilleures pratiques et les données d'expérience (positives et négatives), et en plaidant en faveur de l'adoption de politiques fondées sur des bases factuelles dans tous les pays.

Partenariats

27. Dans sa résolution EUR/RC60/R4, le Comité régional a demandé à la directrice régionale d'élaborer une stratégie pour les partenariats en matière de santé dans la Région européenne de l'OMS, à présenter au CR61. Ce document embrassera plusieurs domaines ou orientations stratégiques, tels que l'examen et le renforcement des relations avec les partenaires, le développement de la coopération avec la société civile et le secteur privé, la garantie d'une coordination régionale et l'approfondissement des partenariats au niveau national et avec l'UE. Parmi les principaux événements devant avoir lieu lors des mois à venir en matière de partenariat, on notera une visite du directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme au Bureau régional, une visite de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe à la Banque mondiale, et plusieurs réunions de hauts responsables de la Commission européenne et de l'OMS et des directeurs régionaux européens des organes des Nations Unies (au Bureau régional).

28. Le Comité permanent propose de s'inspirer de l'expérience acquise par d'autres organisations internationales afin de trouver le moyen d'impliquer davantage la société civile dans les activités du Comité régional. On peut envisager la mise sur pied éventuelle d'une journée de discussions avec ses représentants préalablement à la session. Les conclusions de cette réunion permettraient ainsi d'alimenter les débats du Comité régional. En outre, les organisations non gouvernementales devraient s'engager pleinement dans le processus d'élaboration de la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020, et dans les consultations menées sur d'autres stratégies et plans d'action.

Communication

29. La communication joue un rôle de plus en plus important en tant que déterminant de la santé à part entière. Or, les capacités des États membres dans ce domaine sont insuffisamment développées et manquent de moyens, alors que l'apparition d'un grand nombre de nouvelles sources de données sanitaires est à l'origine d'une surinformation. L'élaboration d'une nouvelle stratégie européenne de la communication permettra par conséquent de renforcer l'OMS pour qu'elle soit la source de données sanitaires fiables et facilement accessibles, de mettre désormais l'information sanitaire de qualité à la portée de tous les habitants de la Région et d'améliorer les connaissances sanitaires fonctionnelles des responsables politiques et du grand public. La nouvelle stratégie permettra notamment de définir des publics cibles, de faire correspondre les capacités aux besoins, de développer des réseaux de communication, d'utiliser les nouveaux médias et outils, et de conclure des partenariats. Diverses consultations (à l'échelle du Bureau, en ligne et sous-régionales) seront organisées avant et après la présentation du projet de stratégie au CPRC pour examen lors de sa prochaine session.

30. Plusieurs membres du Comité permanent demandent s'il est souhaitable, pour le Bureau régional, de cibler le grand public dans le cadre de ses activités de communication. Quoiqu'il en soit, les outils de marketing social doivent être choisis avec soin une fois que l'on aura défini un besoin en information spécifique, et toute initiative à cet égard doit faire l'objet d'une évaluation approfondie. En outre, les ministères de la Santé exigeraient de l'OMS des outils qui leur permettraient de collaborer efficacement avec les médias. En guise de réponse, la directrice régionale fait observer que l'OMS et les ministères de la Santé partagent le même souci de contrebalancer la désinformation véhiculée sur Internet, par les médias sociaux ou via les canaux traditionnels, et collaboreraient afin de diffuser les mêmes messages.

Budget programme, et fonctions de supervision et transparence du CPR

31. Dans le cadre du Plan stratégique à moyen terme de l'Organisation pour 2008-2013, ses budgets programmes biennaux s'articulent autour de 13 objectifs stratégiques (OS) qui, à leur tour, comprennent 82 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. Ces derniers sont affinés et adaptés aux Régions pour devenir des résultats escomptés à l'échelle régionale. La « chaîne de valeur » de l'OMS va de l'apport de ressources aux produits et résultats, en passant par les processus, jusqu'à l'impact final sur la santé. Si les contributeurs de ressources, les États membres et le secrétariat sont ensemble responsables des résultats obtenus (mesurés en termes d'efficacité de leur réalisation), seul le secrétariat est chargé des produits et des processus (mesurés en termes de productivité et d'efficience). Pour que le budget programme puisse être utilisé comme outil stratégique de responsabilisation, il est proposé que le CR61 approuve et priorise 20 à 30 résultats escomptés à l'échelle régionale. Des indicateurs cibles et de référence seront ainsi élaborés, et les ressources et contributions requises (du secrétariat et des États membres) seront définies. Ces résultats prioritaires, ainsi que 10 à 20 produits clés et 3 ou 4 processus, feront donc office de « contrat » entre la directrice régionale et le Comité régional. Une ébauche annotée du contrat sera présentée au CPR en sa prochaine session ; des rapports trimestriels et semestriels seront également soumis au CPR, et un rapport annuel sera établi pour le CPR, le Comité régional ainsi que les contributeurs de ressources pouvant être utilisés avec souplesse.

32. Les sept rapports de gestion standardisés suivants pourraient donc être régulièrement présentés au CPR :

- Trimestriels
 - Exécution du budget programme par segment majeur (programme de base, programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, interventions en cas d'épidémies ou de crises)
 - Exécution du budget programme par OS
 - Exécution par source de financement et catégorie de dépenses
 - Exécution comparative d'une période biennale à l'autre
 - Dépenses prévues par rapport aux ressources disponibles estimées.
- Semestriels
 - Rapport récapitulatif des principaux produits et résultats
 - Résumé des contraintes à la réalisation des OS.

33. En ce qui concerne la transparence des procédures du CPR, certaines des propositions approuvées par le CR60 ont été mises en œuvre sans attendre, alors que

d'autres le seront dès la prochaine session du CPR. Des recommandations (sur la durée et l'ordre des interventions, les droits de vote, etc.) doivent être élaborées puis appliquées lors de la session publique du CPR de mai 2011, avant la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé.

34. Le Comité permanent convient que le « contrat » doit être considéré comme un outil permettant de rendre plus transparents les principaux résultats inhérents (mais non explicites) au budget programme adopté par l'Assemblée mondiale de la santé, et d'accroître la responsabilité du Bureau régional à cet égard. Ses membres confirment l'utilité de pouvoir accéder aux mêmes informations que l'équipe de direction du Bureau régional. Cependant, ils auraient besoin de conseils pour interpréter les données présentées.

35. Bien qu'il accueille favorablement la proposition d'examiner en détail les programmes du Bureau régional, le CPR demande que des critères lui soient présentés en sa prochaine session afin de pouvoir sélectionner les programmes en question. La directrice régionale propose que ces examens soient réalisés en coopération avec le scientifique en chef du Bureau régional et le Comité consultatif européen de la recherche en santé.

36. Le Comité permanent recommande que les représentants des États membres assistant à sa session publique de mai 2011 soient considérés comme des observateurs. Ils devraient dès lors être invités à poser des questions à des fins de clarification, sans pour autant se lancer dans de longues déclarations nationales.

Les activités du Bureau régional de l'OMS dans les pays

37. La présidence du Groupe de travail externe chargé d'examiner les relations stratégiques avec les pays présente son rapport. La méthodologie adoptée par le Groupe de travail prévoyait notamment un examen théorique ou documentaire, des réunions et entretiens avec des délégations de 7 pays lors de la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé et du CR60, ainsi que des missions dans 11 pays supplémentaires et des entretiens avec plusieurs responsables du Bureau régional.

38. L'examen théorique a permis de conclure que les activités du Bureau régional dans les pays sont organisées avec beaucoup de clarté, l'attention étant accordée à l'administration, aux procédures et aux recommandations. Cependant, alors que les bureaux de pays ont communiqué énormément d'informations au Bureau régional, il n'est pas prouvé que ce dernier utilise l'important volume de données ainsi produites. Aucune disposition n'est en place pour que les partenaires locaux puissent évaluer les activités des bureaux de pays. Les efforts déployés afin de renforcer le personnel technique sur place ont par conséquent provoqué un affaiblissement des capacités techniques au Bureau régional.

39. Les entretiens réalisés avec les délégations nationales et les missions dans les pays révèlent que le personnel international des bureaux de pays exerce le plus grand impact sur les activités locales. Parmi les conclusions positives, il convient de mentionner le rôle de l'OMS en tant que coordinatrice des activités menées par diverses agences dans les pays, et le soutien rapide que l'Organisation apporte pendant les situations d'urgence. Les observations négatives concernent la dissonance entre, d'une part, les besoins des pays

qui cherchent une « influence » stratégique et politique de la part de l’OMS et, d’autre part, la tendance actuelle qui consiste à fournir une plus grande aide technique ; le manque de compétences dans certains domaines (maladies non transmissibles) ; et la lenteur des procédures administratives de l’OMS en matière de ressources humaines. Pour ce qui est des bureaux de pays dans l’UE et les pays candidats, les délégations interrogées estiment que des changements sont nécessaires en termes de nombre d’effectifs et de type de ressources afin de respecter les normes croissantes de l’UE en matière de santé et de parer à la hausse des investissements consentis par l’UE.

40. Afin d’améliorer les activités du Bureau régional, le Groupe de travail recommande notamment d’accorder plus d’attention au contenu et au résultat qu’au processus ; de développer les compétences techniques essentielles présentes au Bureau régional ou disponibles pour celui-ci ; et d’améliorer de manière significative les fonctions administratives et d’encadrement ainsi que les activités de communication et de sensibilisation.

41. Le Groupe de travail estime que tous les pays de la Région ont tiré parti de leurs relations avec l’OMS, mais admet que la « présence de l’OMS dans les pays » pourrait prendre diverses formes, allant d’un bureau complet sur place à un agent responsable au Bureau régional. Le type de présence et le niveau de soutien doivent être basés sur un ensemble de critères unifiés :

- la situation sanitaire comparée aux autres pays de la Région, et le taux d’amélioration ;
- le niveau de développement du système de santé ;
- la stabilité politique et l’aide au développement des systèmes de santé ;
- le statut économique et la capacité de développement des systèmes de santé.

42. Dans les pays dotés d’un système de santé instable, les activités du bureau de pays de l’OMS devraient se poursuivre, en veillant de plus en plus à nommer à sa direction un membre du personnel international particulièrement expérimenté, doté du leadership et des compétences politiques nécessaires ; des contrats à court terme devraient permettre de satisfaire le besoin en compétences techniques (des procédures de recrutement simplifiées et plus rapides devraient être mises en place). En revanche, dans les pays dotés d’un système de santé stable (notamment les pays membres de l’UE qui ont accès aux réseaux et ressources de l’Union), le bureau de pays de l’OMS devrait être retiré et remplacé par un autre mécanisme, comme une personne désignée au Bureau régional ou des dispositifs sous-régionaux. Ces derniers permettraient de rassembler les pays partageant les mêmes problèmes de santé dans le but d’apporter une aide technique, de promouvoir les réseaux et de procéder à un échange de données d’expérience. Des études de faisabilité devraient être réalisées avant que de tels dispositifs ne soient mis en place. Finalement, le Groupe de travail propose que le programme pilote visant à remplacer les accords de collaboration biennaux avec les stratégies de coopération nationale soit déployé dans l’ensemble de la Région s’il s’avère concluant.

43. Le Comité permanent convient que la principale faiblesse des activités menées dans les pays par le Bureau régional au cours de la période précédente fut la non-utilisation des informations rapportées. Des critères précis sont nécessaires pour poursuivre l’évaluation des bureaux de pays, y compris leurs relations avec les organisations non

gouvernementales ainsi que leurs activités de communication et de sensibilisation. Un membre du CPRC demande que les conclusions des entretiens menés par le Groupe de travail avec les délégations nationales soient rendues disponibles, et affirme qu'une estimation de la valeur des bureaux de pays pour l'Organisation dans son ensemble aurait dû être réalisée. En substance, le CPRC convient que le nombre de bureaux de pays devrait être réduit, et que la priorité devrait être accordée aux pays qui ont le plus besoin de l'aide de l'OMS. Il soutient également l'étude de la faisabilité des dispositifs sous-régionaux.

44. La directrice régionale souligne que l'équipe d'évaluation comprend des experts externes sélectionnés par elle pour leur expérience à l'OMS et leur foi en l'Organisation. La méthodologie utilisée fait l'objet d'un accord conjoint entre la directrice régionale et les membres de l'équipe. Le Groupe de travail a par conséquent mené son examen en toute indépendance, en considérant (sans a priori) les relations stratégiques entre le Bureau régional et les pays en général, et non pas la performance de chaque bureau de pays. Le Groupe de travail recommande clairement, dans un consensus général, que le Bureau régional dispose d'une nouvelle stratégie de pays et que les capacités techniques de l'Organisation soient de nouveau renforcées, au niveau du Bureau régional lui-même et éventuellement par le biais de dispositifs sous-régionaux, mais pas au niveau des différents pays.

Les bureaux géographiquement dispersés de l'OMS/Europe

45. La présidence du Groupe de travail externe chargé d'examiner les bureaux géographiquement dispersés de l'OMS/Europe présente son rapport. Depuis l'ouverture du premier bureau géographiquement dispersé en 1991, huit de ces bureaux ont été établis en dehors de Copenhague. Trois ont été depuis supprimés, un a été absorbé par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, et quatre sont actuellement opérationnels : Barcelone (systèmes de santé), Bonn et Rome (environnement et santé) et Venise (investissement pour la santé). Pendant toute la durée de leurs accords respectifs, les bureaux géographiquement dispersés ont utilisé les ressources financières et les contributions en nature offertes par les pays hôtes et les autres donateurs. Au cours des quatre périodes biennales précédentes (depuis 2002), les bureaux ont apporté plus de 100 millions de dollars des États-Unis (USD) au budget régional. Cette approche doit par conséquent être considérée comme un mécanisme d'obtention de fonds plutôt qu'un coût pour le Bureau régional. Néanmoins, le Parlement italien n'a pas encore ratifié le renouvellement de l'accord pour le bureau de Rome, ce qui suscite des inquiétudes (et empêche le versement des fonds nationaux).

46. Le Groupe de travail estime que les bureaux géographiquement dispersés font un travail de grande qualité. En effet, ils ont élaboré et mettent en œuvre un certain nombre de programmes techniques remarquables, sont à l'origine de plusieurs excellents produits scientifiques d'intérêt international et mondial, fournissent une aide considérable aux programmes essentiels du Bureau régional, et consacrent une très grande partie de leurs efforts au soutien aux pays et aux institutions qui en ont le plus besoin.

47. Les principales recommandations du Groupe de travail sont notamment les suivantes :

- Renforcement de la coordination au sein du Bureau régional

- Liens techniques et administratifs plus étroits avec les divisions concernées au Bureau régional
- Une assise solide au Bureau régional pour coordonner les relations avec les bureaux géographiquement dispersés aux niveaux interne et externe, dispenser des recommandations stratégiques et passer en revue les plans de travail et les budgets
- Rétablissement d'une Division de l'environnement et de la santé à Copenhague
- Renforcement de la base technique et des ressources de la Division des systèmes de santé et de la santé publique à Copenhague (à laquelle est attaché le bureau de Barcelone)
- Intégration plus efficace du personnel (droits du personnel, développement et formation, aptitudes à communiquer, etc.)
- Rétablissement de l'identité et de la visibilité des bureaux géographiquement dispersés
 - Mention du nom du bureau sur les publications et documents importants
- Reconnaissance accrue des pays hôtes et d'autres contributeurs
 - Une part des coûts d'appui aux programmes pour les ressources collectées par les bureaux géographiquement dispersés doit rester à la disposition de ceux-ci
 - Le Bureau régional doit mieux respecter certains points spécifiques prévus par l'accord avec le pays hôte
 - Création d'un « organe consultatif » à Copenhague, présidé par un responsable du Bureau régional, et réunissant des représentants des quatre bureaux géographiquement dispersés, des pays hôtes et d'autres États membres et partenaires
- Promotion de l'accès à diverses sources de financement
 - Optimisation des approches en vue d'accéder aux ressources de la Commission européenne et à celles des systèmes de financement autonomes pour les accords intergouvernementaux
- Établissement d'un équilibre adéquat entre les activités interpays et l'aide directe aux pays
- Création d'un comité consultatif scientifique externe pour chaque bureau géographiquement dispersé
- Choix d'un nom plus approprié (par exemple, « Centre spécialisé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe »)
- Élargissement et intensification du processus de création de nouveaux bureaux géographiquement dispersés (à moyen et long termes)
 - Soins de santé primaires (de préférence dans l'un des nouveaux États indépendants, NEI)
 - Information sanitaire
 - Santé mentale
 - Vieillesse
 - Migrants et groupes de populations migrantes défavorisées.

48. Selon le CPR, des critères précis doivent être définis afin que les bureaux géographiquement dispersés puissent apporter une valeur ajoutée aux fonctions essentielles assumées au Bureau régional de Copenhague. Ils peuvent faire office de « lien » entre les

bureaux de pays et le Bureau régional, par leur contribution technique aux programmes interpays et au renforcement des capacités nationales. Quoi qu'il en soit, les bureaux géographiquement dispersés ne doivent pas être promus comme des entités séparées.

49. Le CPRC est dubitatif quant à la proposition visant à créer de nouveaux bureaux géographiquement dispersés, car il estime que l'accent doit être mis sur le renforcement du Bureau régional. Il exprime également sa préoccupation au sujet du statut du bureau géographiquement dispersé de Rome, et prie la directrice régionale de faire rapport au Comité permanent en sa prochaine session.

50. Un membre du Groupe de travail chargé d'examiner les relations stratégiques avec les pays laisse entendre qu'il serait possible de combiner le rôle des bureaux géographiquement dispersés avec celui des dispositifs sous-régionaux, étant donné que ces derniers apporteront une aide technique plutôt qu'administrative. La directrice régionale confirme qu'elle prendrait en compte les recommandations des deux groupes de travail en ce qui concerne « l'architecture » d'ensemble de l'OMS dans la Région européenne.

Mécanismes de coordination régionale

51. En ce qui concerne les liens entre, d'une part, les organes directeurs mondiaux et régionaux et, d'autre part, les mécanismes de coordination régionale, un projet de document présentant les dispositions déjà prises (de la part du Bureau régional et de plusieurs regroupements d'États membres), les lacunes à cet égard et des propositions afin d'y remédier est examiné lors d'un déjeuner de travail le deuxième jour de la session. Un texte révisé à la lumière de ce débat sera présenté au CPRC lors de sa prochaine session.

Ordre du jour provisoire de la soixante et unième session du Comité régional (conclusion)

Stratégie des relations avec les pays

52. Comme l'ont mis en évidence les rapports des Groupes de travail sur les relations avec les pays et les bureaux géographiquement dispersés, il faut faire preuve de cohérence dans la résolution des problèmes transfrontaliers afin que l'Organisation soit au service de l'ensemble des États membres, et dans le but d'améliorer l'intégration des bureaux de pays au Bureau régional. L'adoption d'une nouvelle stratégie sur les relations avec les pays permettra à ces derniers de traduire les décisions prises par les organes directeurs de l'Organisation aux niveaux mondial et régional en interventions sur le plan national ; de renforcer les capacités nationales dans les domaines requis ; et de fournir aux ministres de la Santé des outils, des normes ainsi que des informations probantes et des données de la recherche. La stratégie examinera les questions structurelles et fonctionnelles. Elle précisera de façon assez détaillée les politiques, les procédures et les outils nécessaires pour mener des activités efficaces dans les pays, ainsi que le cadre institutionnel (bureaux de pays, dispositifs sous-régionaux, etc.) pour les encadrer. La stratégie abordera également dans d'autres de ses sections les partenariats stratégiques au niveau national, ainsi que les questions liées au suivi et à l'évaluation. Un premier projet sera présenté au CPRC en sa prochaine session, des consultations seront menées avec les États membres entre mars et mai 2011, et le projet révisé sera présenté au CPRC en sa quatrième session.

53. Un membre du CPR fait observer que le projet de stratégie pourrait inclure, en annexe, des informations sur les modalités et structures de coopération actuelles avec les pays, et que le projet révisé pourrait être disponible à tous les États membres assistant à la session publique du CPR en mai 2011. La directrice régionale souhaite également que des informations financières soient incluses dans la stratégie sur les relations avec les pays.

Objectifs du Millénaire pour le développement

54. Dans sa résolution EUR/RC57/R2, le Comité régional a demandé au directeur régional, en 2007, de faire rapport tous les deux ans sur les progrès accomplis en ce qui concerne la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dans la Région européenne. L'intensification des efforts en vue d'atteindre les OMD fait partie intégrante des priorités du Bureau régional, avec la participation des programmes techniques dans des domaines tels que la tuberculose, le VIH/sida et la santé maternelle et infantile. Le Bureau régional pourrait encadrer la première réunion d'un mécanisme de coordination régionale des Nations Unies sur les OMD en rapport avec la santé dans la Région européenne. Un résumé du rapport pourrait être présenté au CPR en sa prochaine session. Le rapport complet sera finalisé en mai 2011.

Sélection des points à l'ordre du jour

55. Le Comité permanent convient que Santé 2020, l'étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et la stratégie de santé publique constituent d'importants points à inscrire à l'ordre du jour du CR61. La Charte de Tallinn et le suivi de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé pourraient, en revanche, être abordés dans la section consacrée au programme de renforcement des systèmes de santé. De même, les plans d'action sur les maladies non transmissibles et l'alcool devraient être présentés au CR61 pour approbation, ainsi qu'une stratégie sur la résistance aux antibiotiques et un plan d'action sur la tuberculose-MR/UR, tandis que le VIH/sida pourrait faire l'objet d'une séance d'information technique en marge de la réunion plénière.

56. Il serait intéressant, lors du CR61, d'entamer le débat sur l'utilisation du budget programme comme outil stratégique de responsabilisation. Les rapports des Groupes de travail sur les bureaux géographiquement dispersés et les relations stratégiques avec les pays pourraient être examinés ensemble. La question des partenariats pourrait être abordée dans l'allocution de la directrice régionale, et une stratégie officielle pourrait être présentée au CR62. La proposition de présenter une stratégie sur la communication au CR61 pour approbation sera examinée par le CPR en sa prochaine session, à la lumière des progrès accomplis dans l'élaboration de ce document.

57. La directrice régionale explique que l'instauration d'un forum de haut niveau vise à impliquer les États membres dans la rédaction de documents stratégiques tels que Santé 2020, l'étude sur les déterminants sociaux de la santé, le plan d'action contre l'alcoolisme et la stratégie de santé publique. En effet, les efforts ainsi déployés ne doivent pas s'arrêter à l'adoption d'une résolution par le Comité régional. Il faut que ces instruments donnent lieu à une mise en œuvre au niveau national. Le forum sera établi pour une période de deux ans (durant laquelle la majorité des principaux documents stratégiques seront rédigés). Cette initiative fera ensuite l'objet d'une évaluation.

Conseil exécutif et Comité du programme, du budget et de l'administration

58. La directrice régionale et le président du Conseil exécutif attirent l'attention sur l'ordre du jour bien chargé de la 128^e session du Conseil exécutif, ainsi que sur plusieurs points qui devraient revêtir un intérêt particulier pour la Région européenne, notamment le financement futur de l'OMS (les opinions exprimées à ce sujet lors du CR60 ont d'ailleurs été communiquées au directeur général) ; les maladies non transmissibles ; la sécurité sanitaire (y compris le Règlement sanitaire international) ; les produits médicaux contrefaits ; et la procédure d'élection du directeur général de l'OMS. La longueur de l'ordre du jour témoigne de l'importance de renforcer les mécanismes de coordination régionale.

Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé et composition des organes et comités de l'OMS

59. Le Comité permanent est informé des postes électifs auxquels la Région européenne peut prétendre lors de la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé.

60. Un courrier sera adressé à l'ensemble des États membres européens en janvier 2011 afin qu'ils proposent des nominations pour les quatre sièges du Conseil exécutif devenant vacants en 2012 et réservés à la Région européenne, ainsi que pour trois sièges du CPCR et un siège du Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.