



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

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

Deuxième session

Helsinki (Finlande), 9 et 10 décembre 2014

EUR/SC22(2)/REP
141001

5 mars 2015

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport sur la deuxième session

Sommaire

	page
Introduction	1
Ouverture de la session par le président et la directrice régionale	1
Suites du CR64 : évaluation et bilan des actions engagées par le CPRC et le secrétariat.....	2
Ordre du jour provisoire du CR65	3
Principaux thèmes techniques/stratégiques et processus de consultation relatif à l'ordre du jour provisoire du CR65	4
Promouvoir les mesures intersectorielles pour la santé et le bien-être dans la Région européenne	4
Migration et santé	6
Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne pour 2015-2020 : les personnes d'abord	7
Rapport final sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité	8
Projet de stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025	8
La santé de la femme	9
Feuille de route reprenant les mesures pour la mise en conformité intégrale avec la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en Europe (2015-2020)	10
Rapport sur la santé en Europe 2015 : les nouvelles frontières en matière de bases factuelles – au-delà des cibles.....	11
S'inspirer davantage de bases factuelles pour l'élaboration de politiques dans la Région européenne de l'OMS	12
Rapport final sur la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 et Plan d'action européen pour la prévention et la lutte contre la tuberculose 2016-2020.....	13
L'environnement et la santé dans la Région européenne : réflexions sur la mise en œuvre depuis la cinquième conférence ministérielle, et orientations futures ..	14
Ordre du jour glissant des prochaines sessions du Comité régional – alignement des périodes de rapport sur les périodes biennales.....	15
Mandat des sous-groupes du CPRC et rapports des présidents.....	16
Sous-groupe sur la mise en œuvre de Santé 2020.....	16
Sous-groupe sur l'allocation stratégique des ressources.....	16
Sous-groupe sur la gouvernance	17
Rapport du secrétariat sur les questions budgétaires et financières	18
Le plan régional de mise en œuvre du budget programme 2016-2017 en tant que contrat entre le Comité régional et le Bureau régional	20
Composition des organes et comités de l'OMS	21
Suggestions régionales pour des postes électifs à la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé	21
Questions à examiner avec les membres européens du Conseil exécutif en janvier 2015 et collaboration avec le PBAC.....	21
Séance d'information sur le processus relatif au programme de développement pour l'après-2015	22
Autres questions à l'ordre du jour	23
Bilan sur la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest	23
Bilan sur les homologues nationaux	24

Introduction

1. Le vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CPCR) a tenu sa deuxième session à Helsinki (Finlande) les 9 et 10 décembre 2014.

Ouverture de la session par le président et la directrice régionale

2. Le président souhaite la bienvenue aux participants et rappelle que le rapport de la première session du vingt-deuxième CPCR, qui a eu lieu à Copenhague (Danemark) le 18 septembre 2014, a été distribué et approuvé par voie électronique.

3. Dans son allocution d'ouverture, diffusée en direct sur le Web conformément à la résolution EUR/RC63/R7¹, la directrice régionale de l'Europe rend compte au CPCR des travaux accomplis par le Bureau régional depuis sa dernière session. En 2014, dans le contexte de l'épidémie de maladie à virus Ebola la plus vaste et la plus complexe jamais observée, le Bureau régional a déployé dans les pays touchés dix membres de son personnel, dont certains hauts dirigeants (soit 360 journées ouvrées). Du personnel supplémentaire, à savoir l'équivalent de cinq employés à temps plein, sera déployé durant les trois premiers mois de 2015. Des experts de la gestion des ressources humaines et de l'administration ont été envoyés au Siège de l'OMS pour apporter leur aide. Au niveau régional, de nombreuses activités sont en cours pour garantir une préparation adéquate. Les activités du Bureau régional en riposte à l'épidémie sont menées en étroite coopération avec l'Union européenne (UE).

4. Bien que la riposte à la crise Ebola requière beaucoup d'attention, les autres tâches de l'OMS ne doivent pas être oubliées. Le Groupe de politique mondiale a évoqué la réforme de l'OMS, y compris le rapport du Groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires du Comité du programme, du budget et de l'administration (PBAC). Ce groupe de travail a formulé un objectif sur lequel on s'est accordé, à savoir un mécanisme fondé sur les besoins, qui sera présenté au PBAC en janvier 2015. Ce mécanisme entraîne une augmentation des crédits alloués à la Région européenne, corrigeant ainsi les allocations budgétaires historiquement basses qu'elle a reçues. Le Groupe de politique mondiale a également discuté d'une nouvelle stratégie de mobilité et de rotation du personnel qui sera présentée au Conseil exécutif en janvier 2015, avec les amendements proposés au Statut et au Règlement du personnel de l'OMS. Une déclaration écrite de l'Association du personnel de la Région européenne de l'OMS a été distribuée au CPCR. Le Groupe de politique mondiale a examiné la version révisée du projet de cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques. Tous les États membres doivent tendre à ce que la santé reste un élément-clé dans les négociations sur le programme de développement pour l'après-2015.

5. Le Bureau régional poursuit son travail de promotion de Santé 2020 dans les pays. Les travaux sont bien engagés pour l'établissement d'un nouveau bureau géographiquement dispersé (GDO) portant sur les maladies non transmissibles à Moscou (Fédération de Russie) et d'un autre sur les soins de santé primaires à Almaty (Kazakhstan). Une cérémonie a été organisée à Moscou pour lancer le projet qui débouchera sur la création du nouveau GDO. Quant au bureau d'Almaty, il sera inauguré en février 2015. Les efforts se poursuivent pour finaliser l'accord de siège relatif au nouveau GDO sur la préparation aux situations d'urgence humanitaire et

¹ Résolution EUR/RC63/R7 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe intitulée « Gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ». Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/217806/63re07F_Governance.pdf?ua=1, consulté le 24 février 2015).

sanitaire en Turquie. Avec Son Altesse Royale la princesse Mary de Danemark, protectrice du Bureau régional de l'Europe, la directrice régionale s'est rendue au Tadjikistan afin de plaider pour un investissement régional et national accru en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, ainsi qu'en faveur de la vaccination. Pour ce qui est de la coopération avec l'UE, la directrice régionale a rencontré le Commissaire européen à la santé et à la sécurité alimentaire, et ils ont convenu de rédiger un document faisant suite à la Déclaration de Moscou², qui sera présenté à la soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR65).

6. En réponse aux questions reçues de la Croatie avant la session, la directrice régionale déclare que la flambée de maladie à virus Ebola, qui a touché des pays au système de santé défaillant, manquant de capacités en matière de santé publique, de centres de thérapie et de ressources humaines, a illustré l'importance du renforcement des systèmes de santé, qui sera un point important de l'ordre du jour de la prochaine session du Comité régional. Dans huit États membres, dont la Croatie, des travaux sont en cours pour renforcer les systèmes de santé en vue d'une amélioration des résultats obtenus en matière de maladies non transmissibles. Parce qu'elle est un facteur contribuant aux maladies non transmissibles et constitue un risque pour la santé en général, la mauvaise alimentation est également un domaine d'action prioritaire. Une coopération étroite est maintenue avec la Commission européenne pour analyser la mise en œuvre de la résolution EUR/RC64/R7³ suite à son adoption. Un système de surveillance de l'obésité est opéré à partir du Bureau régional.

Suites du CR64 : évaluation et bilan des actions engagées par le CPR et le secrétariat

7. La directrice régionale déclare que la participation active des États membres et l'engagement total du CPR dans les préparatifs du CR64 ont été un facteur important pour le succès de cette session. Le débat sur les documents et projets de résolution qui a eu lieu durant la session ouverte du CPR, en mai, a été particulièrement utile. En établissant des contacts avec les candidats présélectionnés dans le cadre des élections et nominations aux organes et comités, le CPR a joué un rôle clé. Lors de sa session précédente, le CPR a évoqué la manière d'améliorer les réunions préparatoires en rapport avec le Comité régional. Avant le CR64, la réunion sur la collaboration avec les acteurs non étatiques a suscité une participation particulièrement massive, démontrant à quel point il est important d'axer ces réunions sur des thèmes intéressant tous les États membres. Par contre, les réunions sous-régionales préalables à la session n'ont réuni que peu de monde, et pourraient donc être supprimées. Au cours des années précédentes, le Bureau régional a organisé des réunions d'information préalables aux sessions pour les attachés aux affaires sanitaires à Genève (Suisse), ainsi qu'une séance d'information pour les ambassadeurs à Copenhague (Danemark). Avant le CR64, le Bureau régional a modifié son approche : il a tenu une réunion à Copenhague, avec la participation en ligne des attachés aux affaires sanitaires de Genève et celle des parties intéressées dans les capitales. Étant donné la forme peu conventionnelle de la salle de conférence d'UN City, à Copenhague, il faudrait envisager de revoir la disposition des places pour les sessions du Comité régional qui s'y tiennent. Par ailleurs, on a estimé que les tables rondes organisées pendant la session du Comité régional devaient faire l'objet d'améliorations. Les suggestions du CPR à cet égard seraient appréciées.

² Déclaration de Moscou. Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, Moscou (Fédération de Russie), 28 et 29 avril 2011 (http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_fr.pdf, consulté le 23 février 2015).

³ Résolution EUR/RC64/R7 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe intitulée « Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 ». Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/259219/64rs07f_FoodNutAP_140735.pdf?ua=1, consulté le 23 février 2014).

8. Le CPRC convient que les réunions préparatoires sous-régionales nécessitent beaucoup de moyens et que la participation y est souvent limitée. Comme la session de mai du CPRC est ouverte au public et que pour chaque point de l'ordre du jour du Comité régional, des points focaux sont nommés afin d'assurer la liaison avec les États membres, ces réunions préparatoires sont devenues superflues. Par contre, les réunions qui, avant les sessions, portent sur des sujets complexes à aborder pendant le Comité régional se sont révélées très utiles pour l'obtention d'un consensus, et doivent donc être maintenues. Un membre déclare que la séance d'information à l'attention des représentants établis dans les capitales, retransmise en direct sur le Web avant la session, a été très appréciée. Concernant les tables rondes ministérielles, les nouveaux ministres qui ne sont pas habitués à participer à ces réunions lisent souvent des déclarations rédigées à l'avance. Une telle façon de faire ne favorise pas le dialogue. En dépit des efforts déployés pour intensifier la participation des ministères, le juste équilibre n'a jamais vraiment été atteint en la matière. Il faudrait continuer à réfléchir sur les moyens de mobiliser les ministres et de ménager plus de place pour leur participation au programme de travail du Comité régional. Les efforts déployés pour lutter contre l'épidémie de maladie à virus Ebola ne doivent pas être consentis au détriment d'autres domaines de travail du Bureau régional.

9. La directrice régionale est d'avis que les réunions préalables à la session devraient porter sur des questions complexes d'intérêt universel et qu'une plus grande participation ministérielle aux sessions du Comité régional devrait être encouragée. Lors de la récente réunion du Groupe de politique mondiale, elle a pris bonne note des observations formulées quant aux fonds alloués pour les travaux sur les maladies non transmissibles dans le projet de budget programme 2016-2017 et a demandé aux États membres de répéter ces remarques lors de la réunion du Conseil exécutif, en janvier 2015.

Ordre du jour provisoire du CR65

10. La directrice régionale présente l'ordre du jour et le programme provisoires du CR65. Le premier jour de la session, le format habituel serait respecté, avec des débats sur la réforme de l'OMS, et notamment sur des questions telles que les incidences de cette réforme sur le travail du Bureau régional, le budget programme 2016-2017 et l'allocation stratégique des volants budgétaires, la rotation et la mobilité du personnel, et d'autres questions en rapport avec la réforme et découlant du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé. Le deuxième jour serait une journée ministérielle consacrée à Santé 2020, l'accent étant mis sur la promotion de l'action intersectorielle pour la santé et le bien-être dans la Région. Les points techniques seraient examinés le troisième jour, ainsi que les élections et nominations. Il y aurait également une session sur les partenariats, avec la participation éventuelle de M. Andriukaitis, Commissaire à la santé de l'UE. La dernière journée serait consacrée aux questions découlant des organes directeurs mondiaux, aux autres points techniques à l'ordre du jour et aux points habituels, avant clôture de la session. La santé des femmes et les migrations et la santé seraient deux points supplémentaires à discuter. Tous deux seront officiellement inscrits à l'ordre du jour de sessions ultérieures. Il faudrait s'interroger sur le format à adopter pour ces discussions lors du CR65, et sur la manière de les insérer dans le programme. Seront également abordés le thème de l'élaboration de politiques sur la base de données scientifiques et la question de savoir comment le Bureau régional peut aider les États membres dans ce domaine. Le CPRC est invité à donner son avis sur la manière dont ce thème sera inclus à l'ordre du jour du Comité régional.

11. Le CPRC accueille favorablement l'ordre du jour et le programme provisoires du CR65. On s'interroge sur le fait de savoir si la collaboration avec les acteurs non étatiques sera inscrite à l'ordre du jour dans le contexte de la réforme de l'OMS, et si l'on consacrerait du temps à un débat sur la riposte opposée à la flambée de maladie à virus Ebola. Ebola pourrait éventuellement être évoquée dans le contexte plus large des menaces que les maladies transmissibles font peser sur la santé publique. D'aucuns craignent que le temps imparti à l'adoption du Plan d'action européen

pour la prévention et la lutte contre la tuberculose 2016-2020 ne soit pas suffisant. Un membre déclare qu'une participation des ministères à l'adoption de nouvelles stratégies et plans d'action pour la Région serait utile ; peut-être que ces points à l'ordre du jour pourraient être abordés au cours de la journée ministérielle.

12. La directrice régionale répond que selon les attentes, le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques devrait être adopté par les organes directeurs mondiaux avant la session du Comité régional, et que cette question sera donc examinée dans le contexte de la réforme de l'OMS. L'épidémie de maladie à virus Ebola fera l'objet d'une discussion au point de l'ordre du jour consacré aux questions découlant des organes directeurs mondiaux. En fonction de la situation au moment de la session du Comité régional, les enseignements acquis lors de cette flambée pourraient être évoqués dans le cadre d'un point relatif à la préparation aux situations d'urgence et aux crises de santé publique. Le programme provisoire du CR65 peut encore être modifié. La directrice régionale note qu'il pourrait être utile que les ministres soient présents pour l'adoption de stratégies et de plans d'action.

Principaux thèmes techniques/stratégiques et processus de consultation relatif à l'ordre du jour provisoire du CR65

Promouvoir les mesures intersectorielles pour la santé et le bien-être dans la Région européenne

13. Le directeur de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être affirme qu'une approche intersectorielle est essentielle pour que les pays alignent leur politique nationale de santé sur Santé 2020. Les représentants du secteur de la santé doivent donc défendre la promotion de la santé comme moyen de contribuer à la réalisation des objectifs d'autres secteurs. Pour aider les États membres, le Bureau régional a élaboré des synthèses concernant la collaboration avec d'autres secteurs. Celles-ci seront présentées au CR65 dans un document d'information. En s'appuyant sur l'expérience de la Région en matière de collaboration intersectorielle, un document de travail sera élaboré afin de déterminer les secteurs prioritaires pour une intervention conjointe en vue de la mise en œuvre de Santé 2020. Ce document sera accompagné d'un projet de résolution et de documents de référence détaillant l'expérience du Bureau régional en matière d'action intersectorielle et de santé dans le cadre de la politique étrangère. Le deuxième jour du CR65 sera entièrement consacré à la mise en œuvre de Santé 2020 et comprendra trois tables rondes avec des experts, sur la santé et la politique étrangère, les enfants en bonne santé et les enseignements tirés du processus européen Environnement et santé. Un déjeuner ministériel est également programmé.

14. La directrice régionale évoque la collaboration entre le Bureau régional et les ministres des Finances, qui vise à évaluer l'impact de la crise économique et financière internationale sur la santé et les systèmes de santé. Des progrès sont encore nécessaires pour renforcer la collaboration avec d'autres secteurs, dont la participation est cruciale en vue de limiter le manque d'équité. Il serait utile de savoir si des États membres pressentent la nécessité d'établir des mécanismes de gouvernance pour une collaboration avec les secteurs de l'enseignement et de la protection sociale, similaires à celui qui a été instauré pour la collaboration avec le secteur de l'environnement. L'un des grands thèmes des débats du CR65 dans le contexte de l'action intersectorielle sera le développement dans la petite enfance et ses incidences en matière de gouvernance.

15. Si le CPRC convient qu'une approche intersectorielle est essentielle pour la mise en œuvre de Santé 2020 et qu'une stratégie à cet égard est requise d'urgence, d'aucuns expriment des doutes quant au contenu du document de travail en cours de préparation, qui semble être en partie un rapport d'avancement et en partie un plan d'action, tout en renfermant un projet de résolution. En organisant la journée ministérielle, il conviendra de veiller à ce que les discussions soient

pertinentes et intéressantes non seulement pour les ministres, mais aussi pour l'ensemble des participants. Un complément d'information est demandé sur la valeur ajoutée du projet de résolution et sur les liens entre les travaux du Bureau régional concernant la collaboration intersectorielle et les activités menées au niveau mondial, notamment eu égard à la résolution WHA67.12⁴, qui priait le directeur général d'établir un cadre d'action dans les pays, adaptable à différents contextes, en tenant compte de la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, destiné à soutenir les pays dans les efforts qu'ils font pour améliorer la santé et assurer la protection de la santé, l'équité en santé et le fonctionnement des systèmes de santé. Il serait utile d'encourager des évaluations de l'impact des décisions et initiatives.

16. Quoique les ministères de la Santé et des Affaires sociales soient fusionnés dans plusieurs États membres, un manque de coordination persiste entre ces deux secteurs. Il faut déployer plus d'efforts sur le plan des relations publiques pour surmonter les barrières linguistiques et permettre d'échanger entre pays les expériences et les informations sur des approches intersectorielles et des études de cas de bonnes pratiques. Des analyses coûts-avantages devraient être réalisées pour montrer que d'autres secteurs gagneraient à investir dans la santé. Dans ce contexte, l'information sanitaire aurait un rôle important à jouer. Cependant, lorsque l'on encourage l'investissement d'autres secteurs dans la santé, il faut veiller à ce que le secteur de la santé ne restreigne pas son propre rôle. Néanmoins, les demandes de collaboration doivent être harmonisées avec les priorités, projets et préoccupations des autres ministères. Plutôt que d'avoir des tables rondes ministérielles qui réunissent uniquement des ministres de la Santé, l'OMS pourrait donc envisager d'inviter les ministres d'autres secteurs à participer aux délibérations du Comité régional. Un membre fait observer que la promotion d'une approche intersectorielle dans des pays aux autorités décentralisées pourrait poser problème. Elle hésiterait donc à établir un mécanisme de gouvernance similaire à celui qui a été instauré pour l'environnement et la santé. Un autre membre convient que les autorités décentralisées présentent des difficultés particulières.

17. La directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation annonce qu'au début 2015, le Bureau régional lancera un nouveau journal bilingue sur les politiques de santé publique, auquel les États membres pourront proposer des articles sur la mise en œuvre de ces politiques. Cette publication paraîtra en anglais et en russe et sera une importante tribune pour les études de cas. Un numéro spécial sur les politiques intersectorielles sera publié avant le CR65 et les États membres seront invités à soumettre des articles pour cette parution, en vue d'un échange d'expériences faites dans toute la Région.

18. Le directeur de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être déclare que, dans la plupart des pays, le secteur de la santé collabore déjà avec d'autres secteurs. Cette volonté de collaboration doit être mise à profit afin de renforcer les approches pangouvernementales pour la mise en œuvre de Santé 2020. Le document de travail pour le CR65 ne sera pas, en soi, un rapport d'activité, mais il décrira les mesures visant à promouvoir la collaboration intersectorielle dans la Région, dont beaucoup n'ont pas encore fait l'objet d'un rapport. Une véritable approche intersectorielle ne peut pas être instaurée en dictant aux autres secteurs ce qu'ils doivent faire, mais plutôt en essayant de comprendre leurs besoins. Étant donné la portée étendue de Santé 2020, une collaboration sera requise avec la plupart des secteurs. Néanmoins, il sera nécessaire d'établir des priorités pour la collaboration. Le concours de ministres et de hauts représentants d'autres secteurs sera très bénéfique pour le travail du Comité régional. On réfléchira aux moyens d'encourager cette participation. Les commentaires du CPCR seront exploités pour réviser la structure du document de travail et du projet de résolution, afin de

⁴ Résolution WHA67.12 de l'Assemblée mondiale de la santé, intitulée « Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé ». In: Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 19-24 mai 2014. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (WHA67/2014/REC/1 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf#page=25, consulté le 23 février 2015).

tenir compte des expériences acquises dans la Région et de voir comment tirer parti de ces expériences à l'avenir. La France examine actuellement la possibilité d'accueillir une réunion en vue d'un échange d'informations à cet égard avant l'Assemblée mondiale de la santé 2015. Ces débats seront pris en considération dans les documents qui seront soumis au Comité régional. On pourrait revoir la structure proposée pour les débats du CR65. La journée ministérielle servira à faire rapport sur le processus européen Environnement et santé et le processus Santé et politique étrangère, qui seront mis en lien avec Santé 2020 sous le thème général de la collaboration intersectorielle.

19. La directrice régionale ajoute que les synthèses pourront être utilisées à la fois dans une perspective sectorielle et dans une perspective thématique : elles énoncent des recommandations sur les secteurs à approcher lorsque l'on traite d'un sujet particulier et sur les sujets à aborder lorsque l'on approche un secteur particulier. L'objet du document de travail à examiner par le Comité régional est d'exposer le raisonnement justifiant l'adoption d'une approche intersectorielle, d'expliquer comment instaurer une situation dans laquelle toutes les parties concernées seront gagnantes, de guider le secteur de la santé dans son interaction avec les autres secteurs et d'expliquer pourquoi il serait salubre que ces derniers alignent leur approche sur Santé 2020. Les ministres de la Santé ont un rôle directeur à jouer à cet égard, notamment par la sensibilisation et le renforcement des capacités, ainsi que par l'établissement d'une base d'information et par leurs contacts avec les Premiers ministres. Il est essentiel d'utiliser les bases factuelles comme point de départ de la collaboration intersectorielle. Le Rapport sur la santé en Europe sera utile dans ce contexte, de même que l'étude sur les aspects économiques de la santé publique et de la promotion de la santé menée par l'Organisation de coopération et de développement économiques et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Il conviendra d'examiner de manière plus approfondie comment parvenir à une collaboration intersectorielle dans les pays où les pouvoirs sont décentralisés. La résolution encouragera les États membres à adopter des approches multisectorielles, notamment avec des secteurs avec lesquels une collaboration n'a pas été suffisamment encouragée.

Migration et santé

20. Le directeur de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être affirme que la question des migrants et de la santé est pertinente pour tous les pays. De nombreux migrants sont confrontés à une stigmatisation et sont considérés comme une menace pour la santé publique. Leur fournir des soins de santé est une question de respect des droits humains. La relation entre la migration et la santé est un sujet sensible, qui devrait être adopté par le Comité régional comme point officiel de son ordre du jour. Le Bureau régional prévoit une feuille de route de deux ans, avec un dialogue sous-régional, qui servira aux préparatifs et permettra d'analyser la situation sur le terrain. Le CPCR devrait examiner la possibilité d'inclure ce sujet sous une forme quelconque à l'ordre du jour du CR65 avant de l'aborder en tant que point officiel à l'ordre du jour du CR66.

21. Le CPCR convient qu'un débat sur la migration et la santé devrait être inclus à l'ordre du jour du CR66. En raison des problèmes provoqués par les migrations à grande échelle dans la Région, notamment dans les États membres situés en bordure de la Méditerranée, les systèmes de santé des pays d'accueil doivent être renforcés. Au cours des préparatifs des débats du Comité régional sur cette question, il faudrait tenir compte des expériences des États membres. Le Comité régional ne devrait discuter que de l'état de santé des migrants, et non de leur statut en matière de migration, qui ne relève pas du mandat de l'OMS. L'accent devrait être mis sur les diverses stratégies requises pour répondre aux besoins des différents types de migrants, notamment aux besoins sanitaires aigus de flots de migrants à leur arrivée, ainsi que sur la fourniture de soins de santé à plus long terme pour les migrants qui restent dans le pays d'accueil. La santé des migrants est une autre question qui exige une approche intersectorielle, et pas seulement une réaction isolée du secteur de la santé.

22. La directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation explique que le Bureau régional a commandé une série d'analyses des bases factuelles réalisées par le Réseau des bases factuelles en santé concernant les principaux aspects des soins de santé, dont les dispositions relatives à la santé publique, l'accès aux soins de santé, la qualité des services et la mesure de l'impact sur les migrants. Ces bases factuelles étayeront les discussions et seront à la disposition des États membres avant la session du Comité régional.

23. Le directeur de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être adhère à l'idée suivant laquelle les types de migration et le statut des migrants doivent être pris en compte lorsque l'on planifie des réactions dans le domaine de la santé. La question des soins de santé pour les migrants doit être traitée avec précaution, car le droit à la santé pourrait être en conflit avec d'autres aspects juridiques liés à la migration. Les incidences financières des migrations doivent également être prises en compte. Un débat préliminaire pourrait être organisé au CR65.

24. Le CPRC convient d'organiser un débat préliminaire sous la forme d'un déjeuner ministériel au CR65, avant de mener des consultations avec les États membres pour préparer la documentation en vue d'un débat officiel au CR66.

Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne pour 2015-2020 : les personnes d'abord

25. La directrice de la gestion des programmes et directrice par intérim de la Division des systèmes de santé et de la santé publique déclare que l'entérinement de Santé 2020 a souligné l'importance des systèmes de santé axés sur l'individu. Il s'agit de savoir comment concrétiser cette vision et surmonter les difficultés afin d'assurer une couverture maladie universelle. Trois axes stratégiques possibles ont été définis pour les systèmes de santé : mettre en place un cadre opérationnel permettant de placer les personnes au premier plan, de réagir aux besoins et d'instaurer une responsabilisation ; transformer la manière de fournir les services de santé ; et garantir une couverture sanitaire universelle grâce à la viabilité financière et à l'accessibilité des services pour éviter un appauvrissement dû au coût des soins de santé. La réalisation de ces objectifs exige : une main-d'œuvre compétente ; des médicaments et des technologies efficaces, permettant des solutions novatrices aux défis sanitaires ; et plus d'informations sur la santé. Dans le cadre de l'élaboration du document pour le CR65, le Bureau régional est en train de recueillir des informations de diverses sources, notamment un questionnaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn⁵ envoyé à tous les États membres et les conclusions d'une réunion d'experts tenue à Barcelone (Espagne) pour examiner les priorités. Le noyau d'États membres qui supervisent le rapport sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn dispensera également des conseils.

26. Le CPRC salue les efforts consentis par le Bureau régional en vue de la promotion du renforcement des systèmes de santé et se félicite, en particulier, de la récente réunion de Barcelone. L'évaluation de la performance des systèmes de santé est un outil très utile pour démontrer la transparence et la responsabilisation, gérer la viabilité du financement, déceler les lacunes dans la performance des systèmes de santé et prendre des décisions. Des efforts devraient être faits pour promouvoir une interprétation plus large de la notion de couverture sanitaire universelle, englobant le financement de la promotion de la santé, de la prévention, de la réadaptation et des systèmes de santé. La Région européenne a un rôle de chef de file à jouer dans ce domaine.

⁵ La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », Tallinn (Estonie), 25-27 juin 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88604/E91439.pdf?ua=1, consulté le 23 février 2015).

27. La directrice de la gestion des programmes et directrice par intérim de la Division des systèmes de santé et de la santé publique convient que l'évaluation de la performance des systèmes de santé est un important moyen de mesurer la réactivité et le degré de responsabilisation, ainsi que d'évaluer le niveau de transparence, et se félicite du soutien exprimé en faveur de l'élargissement de la notion de couverture sanitaire universelle.

28. La directrice régionale déclare que l'évaluation de la performance des systèmes de santé est une entreprise qui concerne le Bureau dans sa globalité et sera réalisée conformément à Santé 2020. La nature complexe de la couverture sanitaire universelle doit être prise en compte dans le programme de développement pour l'après-2015 et la terminologie correcte doit être employée en toutes circonstances. Les efforts ne doivent pas uniquement porter sur les interventions curatives, mais également englober la promotion de la santé et la prévention. La plupart des États membres de la Région européenne offrent, en principe, une couverture sanitaire universelle. Cependant, dans la pratique, 16 millions de personnes sont appauvries par les frais qu'elles ont dû consentir elles-mêmes pour leurs soins de santé.

Rapport final sur la mise en œuvre de La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité

29. La directrice de la gestion des programmes et directrice par intérim de la Division des systèmes de santé et de la santé publique déclare que, dans le cadre de l'élaboration du rapport final sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn, un questionnaire a été distribué à tous les États membres de la Région européenne et que des entretiens ont eu lieu avec des experts et des collègues du Bureau régional. On recourra également, pour compiler le rapport final, aux informations contenues dans les précédents rapports sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn et à une analyse d'informations provenant d'institutions partenaires. Une analyse des données et la consolidation des informations disponibles aura lieu en janvier 2015, et un projet de rapport sera distribué aux États membres pour examen. Un groupe restreint de huit États membres sera chargé de superviser le processus de rédaction. Les sept valeurs inscrites dans la Charte de Tallinn seront évaluées par rapport aux quatre fonctions des systèmes de santé, afin de formuler des recommandations. Le projet de rapport sera examiné par des experts et soumis au CR65.

30. Un membre déclare que la présentation du questionnaire adressé aux États membres sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn est source de confusion, car elle ne correspond pas à celle de questionnaires précédents.

Projet de stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025

31. Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie explique que, depuis la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 tenue à Vienne (Autriche) les 4 et 5 juillet 2013, le Bureau régional a travaillé à la rédaction d'un projet de nouvelle stratégie sur l'activité physique, qui a fait l'objet de plusieurs consultations techniques. Ce projet de stratégie sera encore analysé après une réunion d'experts et une consultation politique, qui auront lieu respectivement en janvier et en février 2015, et sera présenté au CPRC lors de la troisième session de ce dernier, en mars 2015. Cette stratégie envisagera l'activité physique dans l'optique de Santé 2020, en mettant particulièrement l'accent sur la coopération intersectorielle, puisque l'activité physique ne peut être promue uniquement par le secteur de la santé. L'une des priorités, pour le Bureau régional, sera de recueillir et d'analyser des données ventilées afin d'évaluer comment les impacts de l'activité physique et du manque d'exercice sur la santé sont répartis dans la Région et au sein de la société.

32. Le CPRC manifeste son soutien à ce projet de stratégie, qui est équilibré et applicable à tous les niveaux de la société, et se félicite de l'accent mis sur une approche multisectorielle. Les partenariats public-privé doivent être conciliables avec le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et il faut veiller à prévenir les conflits d'intérêts, par exemple avec l'industrie du tabac et certains producteurs de denrées alimentaires. Il convient de s'assurer que ce document analyse objectivement les différents types d'activité physique. Un membre met en garde contre les problèmes que pourrait entraîner la recommandation suivant laquelle les services de soins de santé nationaux devraient prescrire une activité physique et rembourser les dépenses encourues. Il conviendrait plutôt de promouvoir les activités de plein air peu coûteuses. Cette stratégie devra aussi évoquer l'activité physique dans le cas des personnes handicapées et inclure des indicateurs précis pour le suivi de la mise en œuvre et des progrès réalisés. Des informations mieux étayées seraient utiles pour sensibiliser davantage le public à l'importance de l'activité physique et montrer que celle-ci ne couvre pas seulement le sport, mais également des activités comme la marche et le jardinage, entre autres. Il faudrait aussi mentionner les effets néfastes des longues périodes passées devant les écrans d'ordinateur et de télévision. Il conviendrait de faire spécifiquement référence non seulement aux enfants, aux adolescents et aux personnes âgées, mais aussi aux adultes, afin de s'assurer que la stratégie couvre tout le parcours de vie. Une référence explicite à la corrélation entre un manque d'exercice et l'obésité serait également pertinente.

33. Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie assure que les travaux se poursuivront pour veiller à ce que toutes les facettes de l'activité physique soient représentées à part égale dans la stratégie. Les références à la coopération entre le secteur public et le secteur privé seront conciliables avec le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, excluront l'industrie du tabac et éviteront de donner aux fabricants de produits alimentaires des opportunités publicitaires. Toutes les étapes du parcours de vie seront prises en considération. Des indicateurs précis sur les progrès réalisés pourraient être préparés et soumis au CPRC pour examen lors de sa prochaine session. Un travail important a été réalisé sur l'impact économique des transports actifs, qui pourraient être inclus dans la stratégie. Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie admet que la recommandation sur le remboursement pourrait soit être moins impérative, soit être mise en lien avec les informations sur le rapport coût-efficacité.

La santé de la femme

34. Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie déclare qu'au cours de ces dix dernières années, l'espérance de vie des femmes de la Région européenne de l'OMS a augmenté de trois ans, en partie parce qu'il y a moins de décès dus à un accouchement. Néanmoins, des inégalités criantes subsistent. Le Bureau régional entend traiter de la santé des femmes en deux phases. Tout d'abord, un rapport sera préparé sur les inégalités en matière de santé des femmes en Europe. Ce rapport devrait révéler les grandes inégalités en matière de santé sexuelle et génésique, notamment de la violence contre les femmes, une sélection à la naissance fondée sur le sexe, des mutilations génitales de la femme, une disparité entre les sexes dans l'accès aux soins et des inégalités dans l'accès à la contraception et à l'éducation sexuelle. Ce rapport comportera trois sections : caractéristiques (la démographie, la sélection à la naissance fondée sur le sexe et l'espérance de vie) ; déterminants de la santé (l'accès aux ressources et la participation à la vie publique, l'emploi des femmes, le revenu et la protection sociale) ; et influences sur la santé (des affections telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète, dont l'issue est différente pour les femmes et pour les hommes, ainsi que le cancer du sein et de l'utérus, et le VIH et la tuberculose chez les femmes). Un chapitre sur la santé sexuelle et génésique, qui constituera le fondement d'une stratégie et d'un plan d'action futurs, sera également inclus. Le rapport serait publié à temps pour le CR65 et examiné lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les approches prenant en compte

toutes les étapes de la vie dans le contexte de Santé 2020, tenue à Minsk (Biélorus) en octobre 2015. La deuxième phase sera d'élaborer une stratégie pour la santé sexuelle et génésique et un plan d'action pour la Région européenne, en vue d'une adoption au CR66.

35. Le CPCRC accueille avec satisfaction le rapport sur la santé des femmes et la stratégie visant à porter à l'attention du Comité régional la santé des femmes et la santé sexuelle et génésique. Les efforts déployés par le Bureau régional sont en phase avec les mesures prises au niveau national dans plusieurs États membres. Ce rapport doit être exploitable et ses conclusions doivent être fondées sur des données existantes plutôt que d'alourdir la tâche des États membres en matière de notification. Dans certains pays de la Région européenne, les problèmes de fécondité s'accroissent, étant donné que les femmes attendent un stade ultérieur de leur vie pour avoir des enfants. Cette problématique pourrait également être abordée dans la stratégie relative à la santé génésique. Les États membres accueilleraient avec enthousiasme des conseils sur la manière de lutter contre les inégalités en matière de santé de la femme.

36. Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie déclare que le Bureau régional s'attachera d'abord à ce qu'une approche de la santé de la femme prenant en compte toutes les étapes de la vie soit incluse dans tous ses futurs plans d'action et stratégies. Des exemples de travaux effectués dans les États membres, d'études de cas et de collaborations seraient appréciés. Le rapport sera rédigé sur la base de données existantes ; il énoncera des principes directeurs et proposera des modèles pour analyse au niveau national. La période biennale 2014-2015 constitue une étape décisive pour les questions relatives à la santé de la femme, puisqu'elle marque le 20^e anniversaire de la Déclaration et Programme d'action de Beijing⁶ et la transition entre d'importants mandats mondiaux, tels que les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et le programme de développement pour l'après-2015. Dès lors, le Bureau régional pourra exploiter un large éventail de ressources disponibles. On pourrait également examiner la question des problématiques de fécondité et du recours aux technologies d'assistance médicale à la procréation.

37. Le CPCRC convient que les débats sur la santé de la femme qui auront lieu au CR65 devront prendre la forme d'une séance d'information technique.

Feuille de route reprenant les mesures pour la mise en conformité intégrale avec la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en Europe (2015-2020)

38. Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie explique que, malgré la ratification massive de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac⁷, la mise en œuvre de cette dernière laisse toujours à désirer dans la Région européenne, où l'on enregistre le plus haut niveau de consommation de tabac à l'échelle mondiale. Pour veiller à ce qu'il y ait une concordance entre la feuille de route et les travaux du Bureau régional, ce dernier travaille en étroite collaboration avec le secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et avec un groupe consultatif de haut niveau composé de représentants de la société civile, d'États membres et d'experts. Des discussions ont eu lieu dans cinq domaines clés :

- l'amélioration de la surveillance ;

⁶ Déclaration et Programme d'action de Beijing. Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing (Chine), du 4 au 15 septembre 1995 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>, consulté le 23 février 2015).

⁷ Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2003. Réimpression révisée 2004, 2005 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242591017.pdf?ua=1>, consulté le 23 février 2015).

- le soutien aux États membres concernant la mise en œuvre de la Convention-cadre et les efforts qu'ils font pour surmonter les difficultés posées par l'industrie du tabac et pour encourager les déclarations d'intention de bannir le tabac ;
- l'introduction d'une législation relative aux cigarettes électroniques, qui provoquent beaucoup de débats et pour lesquelles les données scientifiques font toujours défaut ;
- la « dénormalisation » du tabac par le démontage de la propagande de l'industrie du tabac sur les retombées économiques positives et l'emploi à court terme, en soulignant l'impact économique d'un mauvais état de santé de la population sur le long terme, ainsi qu'en dévoilant les liens entre l'industrie du tabac et les pouvoirs publics ;
- le renforcement des partenariats avec les ministères des Finances, du Commerce et de l'Agriculture pour réduire la consommation de tabac.

39. Selon le groupe consultatif, la surveillance et le suivi doivent être intersectoriels et des domaines d'action prioritaires – tels que la consommation de tabac chez les femmes, la fiscalité, le niveau des prix, les accords de commerce et la mise en œuvre de la Directive sur les produits du tabac dans l'UE – doivent être définis.

40. Le CPRC manifeste son approbation concernant la feuille de route et se félicite en particulier du débat sur les cigarettes électroniques, sujet de controverse dans l'attente de bases factuelles permettant de savoir si ces cigarettes peuvent être considérées comme un outil médicinal destiné à aider les gens à cesser de fumer ou si elles sont simplement une innovation de l'industrie du tabac pour maintenir une dépendance à la nicotine. Ce débat doit également porter sur toutes les autres alternatives aux cigarettes. La feuille de route sera un outil utile pour aider les États parties à mettre en œuvre la Convention-cadre. Cela dit, elle contient beaucoup d'informations. Une simple liste de mesures nécessaires à la mise en œuvre de chaque article de la Convention-cadre serait utile et pourrait éventuellement être jointe à la feuille de route. La consommation de tabac chez les jeunes pourrait constituer un domaine prioritaire spécifique et les données relatives au tabagisme passif pourraient également être utilisées pour « dénormaliser » le tabac. La société civile doit être incitée à modifier les attitudes au niveau sociétal, ce qui encouragerait les pouvoirs publics et les parlements à adopter une législation. Les accords commerciaux représentent un aspect particulièrement problématique.

41. Le directeur de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie convient qu'une liste des mesures d'un bon rapport coût-efficacité pour la mise en œuvre de la Convention-cadre serait utile. Les accords commerciaux sont une cause de grande préoccupation, notamment dans la partie orientale de la Région, car ils constituent une entrave considérable à une action efficace sur les prix des produits du tabac. Il faut davantage de bases factuelles sur les cigarettes électroniques, et tous les produits de substitution seront inclus dans la feuille de route. L'analyse coût-efficacité d'une réduction de la consommation de tabac est particulièrement importante : avec une taxation appropriée, la lutte contre le tabagisme serait auto-financée. La déclaration d'intention de la Finlande, qui souhaite devenir une nation sans tabac, devrait servir d'exemple à d'autres pays.

Rapport sur la santé en Europe 2015 : les nouvelles frontières en matière de bases factuelles – au-delà des cibles

42. Présentant le Rapport sur la santé en Europe 2015, la directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation précise que ce rapport, qui sera divisé en trois chapitres, a principalement trois objectifs :

- dresser l'inventaire des progrès accomplis à l'échelle régionale en vue de la concrétisation des cibles et des indicateurs de Santé 2020 ;

- souligner l'importance des déterminants culturels de la santé et du bien-être ;
- explorer de nouveaux horizons en matière de bases factuelles et d'information.

43. Ce rapport permettra d'établir un bilan pour la Région européenne et sera étayé par le cadre de suivi de Santé 2020. Des tendances intéressantes se dégagent déjà en matière de bases factuelles, notamment un recul des inégalités entre hommes et femmes de la Région concernant la mortalité due à des traumatismes. Une évaluation des déterminants culturels du bien-être sera particulièrement intéressante, vu la riche diversité culturelle de la Région européenne. Les États membres ne devront pas établir de rapports supplémentaires. Un groupe d'experts a été mis sur pied pour examiner l'impact de la culture sur la santé et les soins de santé, en tant qu'obstacle à la réalisation du plus haut niveau de santé partout dans le monde. Peu à peu, on examinera également les déterminants politiques et autres de la santé. Les bases factuelles seront évaluées d'un point de vue multidisciplinaire. Une réunion d'experts est programmée pour janvier 2015, afin de faire le point sur les bases factuelles existantes et s'interroger sur ce que l'on entend par « culture » dans le contexte de la santé. En ce qui concerne les nouveaux horizons, on s'attachera à définir des concepts et des indicateurs pour les nouveaux éléments de Santé 2020, tels que « résilience communautaire », « autonomisation » et « centrage sur les personnes ». Santé 2020 a été un important incitant à mener plus de travaux en matière de bases factuelles, et cette tendance devrait être maintenue. Le projet de rapport sera soumis au Comité consultatif européen de la recherche en santé (EACHR) au printemps 2015, pour un examen par les pairs, et le rapport final sera publié en anglais et en russe, en temps voulu pour le CR65. Le résumé du rapport sera également disponible au CR65, dans les quatre langues officielles de la Région.

44. Le CPRC accueille avec enthousiasme le Rapport sur la santé en Europe, notamment la prise en compte des déterminants culturels de la santé. Les aspects culturels, qui sont souvent délicats et requièrent donc une attention particulière, peuvent avoir un impact significatif sur la santé, le bien-être et la satisfaction par rapport à la vie. Il faut faire preuve de prudence en veillant à ce que les déterminants culturels de la santé soient clairement définis et à ce que l'adoption de nouveaux angles de vision ne détourne pas l'attention de la force motrice initiale de Santé 2020 : les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire. Les lacunes doivent être décelées et des mesures correctrices prises. Au lieu d'ajouter plus de types de déterminants – culturels, politiques et sociaux – on pourrait simplement étudier les déterminants de la santé dans leur ensemble.

45. La directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation remercie le CPRC pour son soutien et précise que non seulement le rapport illustrera les réussites enregistrées dans le cadre de la mise en œuvre de Santé 2020, mais déterminera aussi les lacunes dans le suivi et suggérera des moyens d'y remédier. Elle convient qu'il faut utiliser des définitions précises des déterminants. La participation d'un représentant du CPRC lors de la réunion d'experts de janvier 2015 serait appréciée, car elle permettrait d'avoir le point de vue des organes directeurs.

46. La directrice régionale ajoute qu'il serait également utile d'inviter un membre du CPRC à faire la liaison avec l'EACHR.

S'inspirer davantage de bases factuelles pour l'élaboration de politiques dans la Région européenne de l'OMS

47. La directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation déclare qu'il persiste de profonds fossés entre les bases factuelles et les politiques dans la Région européenne. Le Bureau régional a pour mission explicite d'aider à combler ces fossés. À cet égard, l'Initiative européenne de l'information sanitaire, lancée récemment, fournit des bases factuelles en de multiples formats pour répondre aux besoins des responsables de politiques, promeut des politiques efficaces pour soutenir Santé 2020 et facilite l'institutionnalisation de

l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles en mettant sur pied des organes consultatifs nationaux. L'EACHR a constitué un sous-comité sur l'élaboration de politiques inspirées de bases factuelles et a demandé à la directrice régionale de rédiger un projet de plan d'action régional à approuver par le Comité régional. Cinq grandes lacunes en matière de politiques inspirées de bases factuelles ont été décelées dans la Région, et il a été demandé au secrétariat de dispenser des conseils quant à la manière d'y remédier. Quatre options ont été formulées dans ce but :

- maintien du statu quo ;
- consolidation et renforcement du processus d'élaboration de politiques inspirées de bases factuelles au sein du secrétariat ;
- élaboration d'une feuille de route pour accélérer l'action ;
- élaboration d'un plan d'action régional à soumettre au Comité régional pour approbation.

Il est demandé au CPRC de dispenser des conseils quant à la procédure à adopter.

48. Le CPRC souligne l'importance de l'information sanitaire et des bases factuelles et convient que les États membres devraient prendre des mesures pour combler les fossés décelés. Dans la pratique, il est difficile d'élaborer des politiques inspirées de bases factuelles, souvent parce que les politiques sont formulées et les décisions prises pendant des périodes d'incertitude ou à titre de compromis. Sur cette base, il est peut-être trop tôt pour passer à un plan ou cadre d'action. Dès lors, le CPRC convient que, pour l'instant, la troisième option – une feuille de route pour accélérer l'action – serait la tactique la plus raisonnable. Il restera possible d'élaborer un plan ou un cadre d'action à une date ultérieure. La feuille de route devra soutenir les États membres et fournir une plate-forme pour la collaboration et l'échange d'expériences et de bonnes pratiques, d'autant plus que les pays utilisent des méthodes différentes pour éclairer la formulation de politiques. La directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation déclare que les conseils du CPRC seront suivis. Effectivement, la feuille de route sera un mécanisme destiné à soutenir les États membres et à garantir que l'institutionnalisation des bases factuelles se fasse naturellement. Afin d'assurer la liaison avec les organes directeurs, un représentant du CPRC sera invité à assister à la réunion d'experts de janvier 2015, où il sera question de l'élaboration de cette feuille de route. Les travaux relatifs à la feuille de route s'effectueront dans le cadre d'un processus extrêmement participatif.

49. La directrice régionale souligne qu'il faut des liens plus étroits entre le CPRC et l'EACHR. Tout en convenant que la feuille de route est la mesure la plus appropriée à ce stade, elle espère qu'elle débouchera sur la rédaction d'un plan d'action pour la Région. Pour soutenir ce projet, il conviendrait d'entreprendre une analyse interne des stratégies inspirées de bases factuelles au sein du secrétariat. Elle exprime également la conviction que le secrétariat devrait mettre la deuxième option à exécution.

50. Le CPRC convient que l'élaboration de politiques inspirées de bases factuelles devrait faire l'objet d'une séance d'information technique au CR65, dans la perspective d'un point important à l'ordre du jour d'une future session du Comité régional. Cette séance d'information pourrait comprendre un débat préliminaire sur le processus d'élaboration d'une feuille de route, ainsi que des considérations en vue d'élaborer finalement un plan d'action.

Rapport final sur la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 et Plan d'action européen pour la prévention et la lutte contre la tuberculose 2016-2020

51. La directrice adjointe de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement déclare que la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et

la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 a été une priorité dans la Région. La plupart des étapes importantes des sept domaines d'intervention ont été franchies. Le Bureau régional a travaillé en étroite collaboration avec les États membres, ainsi qu'en partenariat avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Au départ, 18 pays hautement prioritaires, dans lesquels ont été signalés 85 % des cas de tuberculose, ont été au centre des activités dans la Région ; dans ces pays, les taux d'incidence ont chuté. Cependant, une énorme disparité subsiste entre les taux d'incidence nationaux les plus élevés et les plus faibles, et la tuberculose multirésistante est toujours en progression. L'augmentation du nombre de cas enregistrés est partiellement due à l'amélioration du processus de diagnostic. On fait des progrès considérables sur le plan du dépistage et de la couverture thérapeutique, qui est passée à 95 %. Toutefois, les taux de réussite thérapeutique restent en-deçà des attentes. Le nouveau plan d'action pour 2016-2020 s'inscrit dans la lignée de la stratégie mondiale « Halte à la tuberculose » et de Santé 2020 et sera applicable à toute la Région. Le projet de plan d'action sera élaboré dans le cadre d'un grand processus de consultation, avec la participation d'un groupe consultatif technique, de directeurs de programmes de l'OMS, des États membres et du CPR.

52. Le CPR accueille favorablement le rapport et salue les efforts consentis pour élaborer un plan d'action. Il serait apprécié que l'on mette davantage l'accent sur les soins intégrés et les comorbidités, en particulier sur les démarches thérapeutiques concernant les alcooliques ou les toxicomanes, et sur les mesures stratégiques englobant la prévention, les soins et le traitement du VIH et de la tuberculose. Le soutien social des patients tuberculeux ayant des problèmes d'assuétude et celui des détenus revêt une importance capitale. Ce plan d'action devrait également prendre en considération les risques transfrontaliers liés à la tuberculose ultrarésistante. La tuberculose devrait également être l'un des thèmes des débats sur la santé des migrants. Ce plan d'action devrait souligner l'importance de la formation continue pour professionnels de santé. Plusieurs représentants remercient le Bureau régional pour son soutien à la lutte contre la tuberculose dans leur pays, où cette maladie reste un problème majeur de santé publique et affecte de manière disproportionnée les personnes défavorisées. Dans ce contexte, le plan d'action devrait également aborder la question des déterminants sociaux de la tuberculose. Souvent, les soins ambulatoires se soldent par un échec, car il est difficile de garder la trace des patients. Des mesures intersectorielles contre la tuberculose contribueraient à rendre la lutte plus efficace. La société civile a également un rôle à jouer. Dès lors, il pourrait être bénéfique de voir comment les services fournis par des organisations non gouvernementales (ONG) pourraient être intégrés dans les plans d'action nationaux. On pourrait en apprendre beaucoup sur la formation des spécialistes des soins primaires et de la tuberculose si les pays s'échangeaient leurs expériences.

53. La directrice adjointe de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement déclare que beaucoup d'enseignements ont été tirés de la mise en œuvre du plan d'action consolidé, surtout en ce qui concerne les comorbidités et les co-infections. Elle se félicite du soutien apporté pour rendre le nouveau plan d'action applicable à toute la Région et convient que les groupes à haut risque, dont les migrants, devraient être ciblés, que le renforcement des systèmes de santé a un rôle significatif à jouer et que les ONG et groupes de patients ont pleinement pris part au processus consultatif.

L'environnement et la santé dans la Région européenne : réflexions sur la mise en œuvre depuis la cinquième conférence ministérielle, et orientations futures

54. La directrice adjointe de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement déclare que 2015 est une année importante pour le processus européen Environnement et santé, car l'évaluation de haut niveau à mi-parcours sera préparée au deuxième trimestre de l'année et les préparatifs de la Sixième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, en 2017, seront en cours. Un document relatif à la mise en œuvre de la Déclaration de

Parme sur l'environnement et la santé⁸ est en cours de préparation pour le CR65. On y examinera les résultats obtenus et les difficultés à surmonter, les principaux processus politiques et partenariats stratégiques, et les futures priorités telles qu'elles ont été définies par le Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé (CMES) et le Groupe de travail européen Environnement et santé (EHTF). Une table ronde à laquelle participeront des membres du CMES et de l'EHTF sera organisée au CR65. Il pourrait être utile d'inviter des représentants du secteur de l'environnement et d'autres intervenants concernés à participer à ce débat. Les documents pour l'évaluation à mi-parcours, dont un sur la gouvernance du processus européen Environnement et santé (« Les enseignements acquis et la voie à suivre ») ont été préparés. La synthèse de l'évaluation à mi-parcours préparée par le président sera présentée au CMES et à l'EHTF ; les principaux éléments de l'évaluation seront également portés à la connaissance du Comité régional.

55. Un membre du CPR loue les qualités de commandement du Bureau régional en matière d'environnement et de santé et se félicite du bulletin d'information, qui est un outil utile pour informer régulièrement les acteurs concernés de l'évolution du processus Environnement et santé à l'échelle régionale et mondiale. Il demande si le rapport d'évaluation à mi-parcours abordera la question de l'impact économique des risques sanitaires posés par l'environnement et si, en particulier, il traitera des risques sanitaires encourus par les enfants en raison de mauvaises conditions environnementales.

56. La directrice adjointe de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement explique que l'impact économique des risques sanitaires posés par l'environnement fera l'objet d'un document de référence soumis au Comité régional pour examen. Elle accueille avec enthousiasme la proposition visant à inclure les risques pour la santé des enfants.

Ordre du jour glissant des prochaines sessions du Comité régional – alignement des périodes de rapport sur les périodes biennales

57. La directrice régionale présente l'ordre du jour « glissant », qui comprend des points habituels et des échéanciers pour des rapports réguliers et périodiques, pour les futures sessions du Comité régional jusqu'au CR72, en 2022. L'ordre du jour glissant évolue, puisqu'il émane sans arrêt des organes directeurs mondiaux de nouveaux points qui, souvent, n'auraient pu être prévus. Cet ordre du jour doit donc être actualisé régulièrement. Le fait que les plans d'action assortis de dates doivent souvent être reconduits après leur échéance est un problème qui est apparu lorsque l'on a examiné les calendriers pour l'établissement de rapports. Dès lors, il serait peut-être souhaitable d'élaborer à l'avenir des plans d'action d'une durée allant jusqu'à dix ans. Le CPR est prié de formuler des recommandations quant à la manière de procéder dans le cas de plans d'action qui n'ont pas encore été intégralement mis en œuvre et requièrent d'être prolongés.

58. Le CPR accueille favorablement l'ordre du jour glissant, qui offre une perspective à long terme et constitue un outil utile pour que les États membres puissent se préparer aux futures sessions du Comité régional. Un membre propose que le secrétariat prépare un récapitulatif des plans d'action requérant d'être reconduits, précisant s'ils seront remaniés ou simplement prolongés ; le CPR pourrait réfléchir à la marche à suivre pour chaque plan

⁸ Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé. Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé : « Protéger la santé des enfants dans un environnement en mutation », Parme (Italie), 10-12 mars 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/78611/E93619.pdf?ua=1 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/78611/E93619.pdf?ua=1, consulté le 24 février 2015).

d'action, au cas par cas. À l'avenir, des rapports intermédiaires sur la mise en œuvre des plans d'action seraient utiles pour juger si, oui ou non, ils doivent être prolongés.

59. La directrice régionale déclare qu'avec l'approbation du CPRC et dans l'intérêt de la transparence, le secrétariat fera le survol de l'ordre du jour glissant pour le CR66 et le CR67 à la session ouverte du CPRC, en mai 2015. Elle convient qu'un récapitulatif sur l'état d'avancement des plans d'action pourra être préparé dans les délais pour la troisième session du CPRC, en mars 2015, en vue d'une discussion au cas par cas.

Mandat des sous-groupes du CPRC et rapports des présidents

Sous-groupe sur la mise en œuvre de Santé 2020

60. Le président du sous-groupe du CPRC sur la mise en œuvre de Santé 2020 déclare que le mandat du sous-groupe a été analysé et est resté inchangé, à une exception près : il a été décidé que les membres du sous-groupe soutiendront la promotion et la mise en œuvre de Santé 2020 à la demande du secrétariat. Avec l'approbation du CPRC, une phrase sera ajoutée à cet effet au mandat. Le sous-groupe s'est réuni la veille en présence de la directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation. Les débats se sont articulés autour de l'accroissement des données comparatives disponibles pour évaluer les impacts de la mise en œuvre de Santé 2020, grâce à l'Université d'automne de l'OMS sur l'information et les bases factuelles en santé pour l'élaboration de politiques, aux divers supports de diffusion pour rendre compte des progrès réalisés, dont un nouveau journal de santé publique à publier par le Bureau régional, et à une relance des profils de pays, « Panoramas de la santé ». L'attention s'est également portée sur la promotion de la collaboration intersectorielle, l'un des points du mandat du sous-groupe, et son thème pour le CR65.

61. Le directeur de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être affirme que le sous-groupe a eu des discussions productives sur la promotion et la mise en œuvre concrètes de mesures intersectorielles pour Santé 2020 et a débattu sur la manière d'améliorer les commentaires et suggestions sur le contenu des documents de travail en cours de rédaction pour le CR65 que le CPRC formule à l'attention du secrétariat entre les sessions.

62. La directrice régionale déclare que les travaux en cours sur Santé 2020 suscitent énormément d'intérêt. Les expériences faites par les États membres dans le cadre de la mise en œuvre de Santé 2020 doivent être consignées et les outils destinés à soutenir la mise en œuvre de Santé 2020 doivent être analysés et perfectionnés en tant que de besoin.

63. Le CPRC approuve le mandat révisé du sous-groupe sur la mise en œuvre de Santé 2020.

Sous-groupe sur l'allocation stratégique des ressources

64. Le président explique que le CPRC a tenu trois téléconférences pour discuter de ses sous-groupes, mais qu'il a remis à plus tard les débats sur l'avenir du sous-groupe sur l'allocation stratégique des ressources. Le CPRC doit décider si :

- les travaux du sous-groupe doivent être poursuivis grâce à des téléconférences à participation non restreinte ;
- les travaux du sous-groupe doivent être confiés au sous-groupe sur la gouvernance ;
- les travaux du sous-groupe doivent être repris par l'ensemble du Comité permanent.

65. L'un des membres du CPRC fait remarquer que le sous-groupe sur la gouvernance a déjà un agenda chargé. Le sous-groupe sur l'allocation stratégique des ressources a rempli son

mandat initial. Si ce sous-groupe devait être maintenu, il aurait besoin d'un nouveau mandat, qui ne peut être arrêté à l'heure actuelle. Le sous-groupe pourrait devenir « dormant » et être rétabli si et quand son rôle et sa fonction pourront être définis avec précision. Un autre membre demande si la flambée de maladie à virus Ebola affectera l'allocation du budget.

66. La directrice régionale répond que l'allocation stratégique des ressources fait toujours l'objet de débats au sein du PBAC et de son groupe de travail. Jusqu'à présent, seul le 1^{er} segment du projet de budget programme 2016-2017 a fait l'objet d'une discussion approfondie au sein du groupe de travail. Le CPRC pourrait décider que le sous-groupe a un rôle à jouer à la lumière des décisions qui seront prises par le PBAC concernant les 2^e, 3^e et 4^e segments. Dès lors, elle se rallie à la suggestion visant à laisser en attente la révision du mandat de ce sous-groupe. La flambée de maladie à virus Ebola affectera les décisions prises lors des prochaines réunions des organes directeurs mondiaux, car elle provoquera une multiplication des demandes de renforcement de la préparation. C'est pourquoi un relèvement du plafond budgétaire sera proposé pour 2016-2017 et, si celui-ci est approuvé par le Conseil exécutif, il sera incorporé dans le projet de budget programme 2016-2017 avant l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2015.

67. Le CPRC accepte de garder ce sous-groupe à l'état « dormant » et de reporter à sa session de mars 2015 l'analyse du mandat du sous-groupe. Ce dernier sera reconstitué si le CPRC le juge nécessaire.

Sous-groupe sur la gouvernance

68. Le président du sous-groupe du CPRC sur la gouvernance déclare qu'une version révisée du mandat du sous-groupe a été présentée au CPRC pour examen. Le sous-groupe conseille que les méthodes de travail du CPRC, y compris la fréquence des réunions, fassent l'objet de discussions régulières au sein du Comité permanent dans son ensemble, et ne soient pas incluses dans le mandat. L'outil destiné à évaluer les candidatures au Conseil exécutif et au CPRC a été affiné pour inclure une explication de la procédure de notation. Le format actuel devrait désormais être utilisé, avec la possibilité de le réviser encore en temps utile, à la lumière des expériences faites et des enseignements acquis. La lettre envoyée aux États membres pour les inviter à désigner des candidats devrait inclure une demande de « manifeste » exposant la relation de l'État membre avec l'OMS, son engagement en faveur des priorités de l'OMS à l'échelle mondiale et régionale, et la contribution qu'il apporterait en tant que membre du Conseil exécutif ou du CPRC. La note calculée à l'aide de l'outil pour chaque candidat ne serait pas publiée, mais elle serait communiquée sur demande à l'État membre concerné. Les pays désignés ne participeraient pas au processus de notation ou aux délibérations. Le sous-groupe a examiné trois suggestions formulées par le Groupe d'évaluation régional et demandé que le secrétariat propose des mesures adéquates. Il a aussi prié le secrétariat de rédiger un projet de document détaillant les options qui permettraient de renforcer encore la participation des ONG aux sessions du Comité régional. Le sous-groupe a également demandé que le secrétariat élabore des principes directeurs afin de garantir l'emploi d'un format uniforme pour les documents techniques, et que sa présidente, l'Estonie, formule des options pour soumettre les résultats de la conférence au Comité régional, avec le secrétariat.

69. La directrice régionale déclare que l'introduction de l'outil d'évaluation des candidatures au Conseil exécutif et au CPRC constitue une mesure positive. Après concertation avec le conseiller juridique du Bureau régional, elle suggère de remplacer le terme « manifeste » par « déclaration d'intention ». On fait remarquer que les débats au sein du secrétariat et du sous-groupe ont débouché sur la même conclusion, à savoir que le CPRC n'a pas nécessairement besoin de cinq sessions par an. Il faudrait envisager de limiter le temps réservé aux futures sessions du CPRC.

70. Le CPRC prend note du mandat révisé, accepte de supprimer l'examen de ses méthodes de travail et de remplacer « manifeste » par « déclaration d'intention » ; il salue les efforts

consentis par le secrétariat pour rédiger des documents sur les points restants à l'ordre du jour du sous-groupe.

Rapport du secrétariat sur les questions budgétaires et financières

71. Le responsable de la Gestion des programmes et des ressources à la Division de l'administration et des finances présente un aperçu de la situation financière du Bureau régional au 6 novembre 2014. La catégorie 1 (maladies transmissibles) est la mieux financée, à hauteur de 82 % du budget alloué, alors que la catégorie 2 (maladies non transmissibles) est la moins financée, à hauteur de 47 %. On constate toujours un financement inégal, en particulier au niveau des programmes, ce qui signifie que des « poches de pauvreté » existent à côté de la nécessité de relever le plafond budgétaire dans certaines catégories. Dans l'ensemble, le Bureau régional de l'Europe est, après le Bureau régional des Amériques, celui qui bénéficie du financement le plus modeste. Au Bureau régional de l'Europe, les catégories 2, 3, 4 et 6 sont les moins bien financées par rapport à tous les grands bureaux, à l'exception de celui des Amériques.

72. L'exécution du budget programme alloué est légèrement en-deçà du niveau que l'on escompterait dans le cas d'une exécution linéaire. Cette situation devrait évoluer au cours de la seconde année de la période biennale. L'exécution des fonds disponibles est de l'ordre de 57 %, et ce sont les catégories les moins financées qui enregistrent les taux de réalisation les plus élevés par rapport aux fonds disponibles. Si le déficit global de financement s'élève à 83,5 millions de dollars des États-Unis (USD), celui-ci serait ramené à 39,5 millions d'USD en cas de versement des contributions volontaires prévues. La réception des fonds institutionnels prévus permettrait de ramener ce déficit à 9,5 millions d'USD. À ce jour, les salaires représentent 54 % du total des dépenses. Le déficit salarial s'élève actuellement à 47 millions d'USD. Dans l'ensemble, le Bureau régional ressent les conséquences du plan de viabilité mis en œuvre pendant la période biennale 2012-2013, à savoir une baisse des coûts de personnel de l'ordre de 10 %, une réduction du déficit salarial et le renforcement des capacités du personnel technique dans les domaines prioritaires.

73. En ce qui concerne le projet de budget programme 2016-2017, les commentaires et les suggestions du Comité régional sont en train d'être incorporés dans la version révisée, qui doit être examinée lors de la 136^e session du Conseil exécutif et de la vingt-et-unième réunion du PBAC, en janvier 2015. Le Bureau régional a également présenté un budget supplémentaire pour examen, qui tient compte des incidences financières des résolutions relatives à la résistance aux antimicrobiens et à l'hépatite.

74. Un membre du CPRC explique que malgré les efforts d'alignement du programme et du budget, des disparités persistent au niveau du financement. Elle se demande comment le secrétariat prévoit d'approcher les bailleurs de fonds pour tenter de remédier à cette situation. Il serait intéressant de savoir si de quelconques tendances en matière de financement, comme l'apport de fonds pour lutter contre la flambée de maladie à virus Ebola, ont eu des répercussions sur d'autres domaines ou si cette riposte a été financée par des fonds supplémentaires. Elle demande si le directeur général, en vertu de sa prérogative, a décidé d'affecter des fonds d'une catégorie et d'une Région à l'autre. Elle s'enquiert du projet du secrétariat, qui entend proposer une augmentation budgétaire pour 2016-2017. Bien que l'on puisse comprendre les raisons de ce projet, celui-ci va à l'encontre de la décision de parvenir à un budget à croissance nulle prise par les États membres. Enfin, elle souhaite savoir si des mesures sont actuellement prises en compte concernant les incidences budgétaires des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé. Un autre membre s'interroge sur les programmes surfinancés, comme le programme de lutte contre la tuberculose. Le directeur général a-t-elle décidé de relever le plafond budgétaire pour ce

programme et, dans l'affirmative, le personnel du programme existant sera-t-il en mesure de gérer la charge de travail ?

75. Le responsable de la Gestion des programmes et des ressources à la Division de l'administration et des finances déclare que malgré les progrès réalisés au niveau mondial, l'alignement du financement avec les plafonds budgétaires des programmes demeure un défi dans la Région européenne, notamment parce que certains secteurs de programme sont plus populaires que d'autres auprès des donateurs. La majeure partie des fonds consentis pour la riposte à la crise d'Ebola ont été programmés ; il n'y a pas eu de réaffectation de fonds au niveau régional européen. En vertu des pouvoirs délégués au directeur général pour procéder à des réaffectations budgétaires, de telles réaffectations ont eu lieu. Pour le budget programme 2016-2017, le Bureau régional a présenté une option à croissance nulle et une option prévoyant une hausse de 9 %, en tenant compte des résultats du processus de planification ascendante, qui ne sont pas compatibles avec une croissance nulle. La question de savoir comment intégrer les incidences financières des résolutions approuvées par l'Assemblée mondiale de la santé a fait l'objet d'un débat intense. Alors que le Bureau régional a incorporé les incidences des résolutions sur le budget programme au niveau régional dans sa proposition de budget programme 2016-2017, les mesures au niveau mondial ne sont pas encore visibles. En ce qui concerne le programme de lutte contre la tuberculose, des efforts ont été consentis pour compenser l'excédent financier par rapport aux autres programmes de la même catégorie. Cependant, compte tenu du niveau important de financement, il a été demandé de relever le plafond budgétaire de ce programme. Une décision n'a pas encore été prise à ce sujet. Les donateurs souhaitent voir leurs fonds mis en œuvre, mais le Bureau régional ne peut programmer les fonds à moins que le plafond budgétaire n'ait été fixé.

76. La directrice exécutive de la division Partenariats stratégiques et mobilisation des ressources explique que dans le cadre du dialogue sur le financement, on a jusqu'à présent examiné les moyens d'améliorer la prévisibilité ainsi que de mieux aligner le budget programme et les ressources, en atténuant la vulnérabilité et en augmentant la transparence. Alors que la prévisibilité du financement a augmenté pour la période biennale actuelle, le financement de la Région européenne lors des prochaines périodes biennales continuera de poser des difficultés. Outre les différences d'alignement entre les niveaux mondial et régional, il y a également des variations en ce qui concerne les déficits. Quoiqu'il y ait une augmentation des fonds flexibles sous la forme de contributions volontaires de base provenant de certains États membres, le mécanisme de financement dominant reste les fonds expressément affectés à des programmes et à des pays spécifiques. En ce qui concerne l'intervention face à la crise de la maladie à virus Ebola, l'OMS dépend fortement d'une poignée de grands donateurs. Alors que 80 % des contributions volontaires du Bureau régional proviennent de 12 donateurs, des États membres qui, traditionnellement, ne sont pas des donateurs de l'OMS commencent à verser des contributions.

77. La directrice adjointe de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement déclare que conformément à une requête des États membres, il a été décidé de focaliser les activités du Bureau régional sur la normalisation et la définition de principes directeurs. Cependant, les États membres et les partenaires demandent constamment au Bureau régional de soutenir les activités opérationnelles dans les pays. Si le directeur général accepte de relever le plafond budgétaire du programme de lutte contre la tuberculose, le Bureau régional sera à même de gérer la charge de travail.

78. La directrice régionale explique qu'à Genève, l'unité de mobilisation des ressources dépend désormais du bureau du directeur général, et qu'une équipe mondiale de mobilisation des ressources a été constituée. Lors de sa première réunion, l'équipe a souligné la nécessité d'examiner plus systématiquement les « poches de pauvreté » dans les sept bureaux et dans toutes les catégories budgétaires. Dans la Région européenne, plusieurs secteurs de programme demeurent sous-financés. Lors de la récente réunion du Groupe de politique mondiale, il a été décidé que 20 % du budget ordinaire et certaines contributions volontaires de base seront affectés

à l'intervention face à la crise d'Ebola. Une bonne partie des fonds promis par les donateurs pour lutter contre Ebola n'ont pas encore été perçus, bien qu'il se peut que certains fonds aient pris la forme de contributions en nature ou de dons aux Nations Unies. Dans une correspondance récente, le directeur général a accepté de relever le plafond budgétaire du Bureau régional de 12 millions d'USD pour les catégories 1, 4 et 5 au niveau régional, y compris pour le programme contre la tuberculose. En ce qui concerne les deux options soumises par le Bureau régional concernant le budget programme 2016-2017, le Groupe de politique mondiale a convenu que le directeur général soumette au Conseil exécutif un document complémentaire détaillant ce qui suit : a) les conséquences de la prise en compte de l'augmentation de l'allocation à partir de la planification ascendante ; b) l'appréciation des avis des États membres quant à la possibilité d'une augmentation du budget pour tenir compte d'un accroissement des frais de personnel ; et c) les impératifs pour la riposte à la crise provoquée par la maladie à virus Ebola et pour une meilleure préparation. Selon la manière dont les États membres réagiront à ce document, une décision sera prise quant à la révision éventuelle du projet de budget programme 2016-2017.

Le plan régional de mise en œuvre du budget programme 2016-2017 en tant que contrat entre le Comité régional et le Bureau régional

79. Le responsable de la Gestion des programmes et des ressources à la Division de l'administration et des finances explique que tous les Comités régionaux ont contribué au processus mondial de rédaction du budget programme 2016-2017. Les États membres se sont en particulier montrés soucieux d'avoir une idée claire des responsabilités du secrétariat en ce qui concerne les résultats énoncés dans le budget programme. Un exercice de validation du budget a été mené, et le projet de budget programme a été adapté aux niveaux régional et mondial. Le projet révisé sera examiné en janvier 2015 par le PBAC et le Conseil exécutif.

80. Un plan régional d'exécution du budget programme 2016-2017, correspondant au budget programme mondial 2016-2017 et communément appelé « contrat » entre les États membres de la Région européenne et le secrétariat, sera le principal instrument de responsabilisation au niveau institutionnel dans la Région. Ce plan soulignera les aspects qui revêtent un intérêt pour la Région, par exemple quels produits ou réalisations de la chaîne mondiale de résultats sont pertinents pour la Région et quelle sera la contribution régionale pour chacun des indicateurs. Ce plan aidera les États membres à comprendre les cibles du Bureau régional pour la période biennale. Il donne des exemples de résultats à atteindre conjointement par le secrétariat et les États membres et d'autres qui relèvent de la seule responsabilité du secrétariat. Il faudra une version finale du budget programme 2016-2017 mondial avant que le plan régional ne puisse être finalisé pour présentation au CR65, en septembre 2015.

81. Le CPR se félicite de la proposition visant l'élaboration d'un plan d'exécution régional qui, une fois finalisé à la lumière du budget programme, constituera un excellent outil de responsabilisation.

82. Le responsable de la Gestion des programmes et des ressources à la Division de l'administration et des finances déclare qu'après les débats au PBAC et au Conseil exécutif, le plan d'exécution régional pourra être élaboré, pour être présenté sous forme de projet au CPR lors de sa session de mai 2015.

Composition des organes et comités de l'OMS

83. Le CPRC est informé du fait que les désignations et élections habituelles aux organes et comités de l'OMS mentionnés ci-dessous auront lieu lors du CR65 :

- Conseil exécutif 2 sièges
- CPRC 4 sièges
- CMES 2 sièges

Suggestions régionales pour des postes électifs à la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé

84. Le CPRC 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 B de l'Assemblée mondiale de la santé, de rapporteur de la Commission A de l'Assemblée mondiale de la santé ainsi que pour 5 membres du Bureau de l'Assemblée mondiale de la santé et 3 membres de la Commission de vérification des pouvoirs de l'Assemblée mondiale de la santé.

Questions à examiner avec les membres européens du Conseil exécutif en janvier 2015 et collaboration avec le PBAC

85. Le CPRC est informé de la préparation, par le secrétariat, d'un document relatif à la perspective régionale européenne sur des questions devant être examinées par le Conseil exécutif. Ce document sera mis à la disposition des États membres au début de janvier 2015. L'allocation stratégique des volants budgétaires ainsi que la rotation et la mobilité du personnel seront deux questions revêtant une importance particulière pour la Région européenne. En ce qui concerne ce dernier dossier, un examen interne a été mené par l'Association du personnel de la Région européenne au Bureau régional, qui a soulevé la question du caractère obligatoire du plan de mobilité. Compte tenu de l'importance d'aligner les intérêts de l'Organisation sur ceux de son personnel, des efforts sont actuellement déployés afin de trouver une solution, à savoir la mise en place d'un plan de mobilité sur une base volontaire, au moins au cours des trois premières années.

86. Le responsable de la Gestion des programmes et des ressources à la Division de l'administration et des finances explique que le groupe de travail du PBAC sur l'allocation stratégique des volants budgétaires s'est réuni avec des représentants de chaque Région au Siège de l'OMS à Genève. Ce groupe de travail a décidé qu'il se concentrerait sur le segment 1 du projet de budget programme 2016-2017, c'est-à-dire la coopération technique avec les pays. Il y a eu de longs débats sur la définition des paramètres pour l'allocation budgétaire du segment 1 entre les Bureaux régionaux de l'Organisation. Le groupe de travail s'est ensuite attelé à appliquer ces paramètres convenus et à évaluer leur impact en termes de répartition budgétaire entre les grands bureaux, un exercice qui a mis en évidence des écarts importants par rapport au modèle de répartition budgétaire actuel. Dans une situation de croissance nulle, si le montant alloué à une Région augmente, celui alloué à une autre doit par conséquent diminuer. Les résultats des délibérations du groupe de travail seront présentés au Conseil exécutif et au PBAC.

87. Les membres du CPRC expliquent que, dans le passé, les négociations sur des questions similaires ont duré environ deux ans. Bien que l'issue du processus soit hautement politique, son impact pourrait être négligeable car, s'il est limité au segment 1, il ne s'appliquera qu'à un quart de la ligne budgétaire totale, qui est généralement à objet désigné. Toute augmentation de l'allocation budgétaire à la Région européenne est susceptible d'être limitée. Il importe de ne pas entamer des négociations intergouvernementales interminables.

88. Selon le responsable de la Gestion des programmes et des ressources à la Division de l'administration et des finances, bien que le segment 1 ne couvre qu'un quart environ du budget, la nouvelle approche s'écarte largement des modèles d'allocation budgétaire précédents.

89. La directrice régionale ajoute que le processus a été mis en place sur décision de l'Assemblée mondiale de la santé et à l'initiative du directeur général. La réponse des États membres de la Région doit être unanime. La Région européenne a tout à gagner de la procédure, et le soutien des États membres est nécessaire pour en assurer le succès.

Séance d'information sur le processus relatif au programme de développement pour l'après-2015

90. Évoquant le processus de développement pour l'après-2015 devant le CPR, le représentant spécial de la directrice régionale pour les OMD et la gouvernance explique les étapes décisives du processus, dont la finalisation des travaux du Groupe de travail ouvert des Nations Unies sur les objectifs de développement durable et la présentation de sa proposition sur ces objectifs à l'Assemblée générale des Nations Unies. Cette proposition comprend une série de 17 buts et de 169 cibles, et la santé est abordée dans le cadre du but 3, intitulé « Assurer les conditions d'une vie en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges ». Les cibles relatives à la santé englobent les OMD non atteints dans ce domaine, les nouvelles priorités mondiales de la santé, la couverture sanitaire universelle et les déterminants élargis des problèmes de santé. Conformément à la résolution 68/309 de l'Assemblée générale⁹, c'est principalement sur la base de la proposition formulée par le Groupe de travail ouvert que les objectifs de développement durable seront incorporés dans le programme de développement pour l'après-2015, sachant que d'autres contributions, dont le rapport de synthèse du secrétaire général¹⁰, seront aussi examinées.

91. Le rapport de synthèse du secrétaire général orientera les négociations pour un nouvel ordre du jour mondial centré sur les personnes et sur la planète, et fondé sur les droits humains. Il présente la dignité, les personnes, la prospérité, la planète, la justice et les partenariats comme une combinaison d'« éléments essentiels » visant à apporter un éclairage conceptuel au cours des discussions sur les objectifs. La couverture sanitaire universelle est évoquée au paragraphe 70 du rapport.

92. À la dernière étape des préparatifs du programme de développement pour l'après-2015, il y aura des consultations ouvertes, participatives et transparentes et des négociations intergouvernementales sur des questions en suspens liées au Sommet des Nations Unies pour l'adoption du programme de développement pour l'après-2015. Le document final qui doit être préparé pour adoption lors du Sommet de septembre 2015 devra contenir les éléments principaux suivants : une déclaration liminaire ; les objectifs, cibles et indicateurs pour le développement durable ; les moyens de mise en œuvre et un nouveau partenariat mondial ; et une structure pour le suivi et l'analyse de la mise en œuvre. Les moyens de mise en œuvre seront traités essentiellement au cours de consultations distinctes sur le financement du développement. Cependant, certains

⁹ Résolution 68/309 de l'Assemblée générale des Nations Unies relative au rapport du Groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable constitué conformément à la résolution 66/288 de l'Assemblée générale. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 10 septembre 2014. New York : Nations Unies ; 2014 (A/RES/68/309 ; http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/309&referer=/english/&Lang=F, consulté le 24 février 2015).

¹⁰ La dignité pour tous d'ici à 2030 : éliminer la pauvreté, transformer nos vies et protéger la planète. Rapport de synthèse du secrétaire général sur le programme de développement durable pour l'après-2015. Document de l'Assemblée générale des Nations Unies A/69/700, 4 décembre 2014 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/700&referer=/english/&Lang=F, consulté le 24 février 2015).

aspects requièrent de l'attention dans le cadre des consultations pour l'après-2015. Il pourrait notamment s'agir de questions telles que la facilitation technologique et la mise en place d'un partenariat mondial global. Des dispositions seront prises en vue d'assurer une interaction étroite entre les consultations sur le programme de développement pour l'après-2015, celles sur le financement du développement et les négociations sur les changements climatiques dans le contexte de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques¹¹.

93. Le CPCR déclare que le processus d'élaboration du programme de développement pour l'après-2015 est long et compliqué. La brièveté de la référence à la santé dans le rapport du secrétaire général est préoccupante. Les systèmes de santé et la sécurité sanitaire sont sous-représentés dans le nouveau programme. L'épidémie de maladie à virus Ebola devrait servir à illustrer l'importance du renforcement des systèmes de santé ainsi que l'impact potentiel sur le développement de grandes épidémies. Des indicateurs spécifiques sur les maladies non transmissibles devraient également figurer dans le programme. À la lumière du succès des OMD, il serait intéressant de pouvoir évaluer l'impact des nouveaux objectifs en mesurant leur mise en œuvre.

94. Le représentant spécial de la directrice régionale pour les OMD et la gouvernance admet que le processus est difficile et complexe. Les OMD ont été un simple instrument de politique et de sensibilisation. La balle est désormais dans le camp des États membres, étant donné que le processus intergouvernemental est en cours et qu'ils décideront si les nouveaux objectifs proposés sont acceptables ou s'ils devraient être révisés. Il faut convenir d'indicateurs mesurables et définir les valeurs de référence et les cibles. Les États membres ne doivent ménager aucun effort pour que la santé reste une priorité du programme de développement pour l'après-2015, d'autant plus que le nouveau programme déterminera également la structure des partenariats pour l'aide au développement dans l'avenir. Tous les documents sont désormais prêts ; il est temps pour les États membres d'examiner les propositions et d'exprimer leur avis.

Autres questions à l'ordre du jour

Bilan sur la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest

95. La directrice adjointe de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement explique qu'à ce jour, la flambée de maladie à virus Ebola touche huit pays, avec une transmission intense en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone. En date du 8 décembre 2014, 17 290 cas ont été rapportés, dont 6 128 décès. Le taux de mortalité global était alors de 70 % pour cette maladie. Les capitales et les grandes zones urbaines sont les plus affectées. Il s'agit de la première flambée complexe d'Ebola, et la maladie se propage rapidement à cause du manque d'expérience en la matière dans les régions concernées, de l'absence de symptômes hémorragiques qui caractérisent normalement Ebola, de la forte mobilité de la population, de la vaste étendue géographique touchée, de la lenteur du diagnostic, ainsi que d'une notification incomplète des cas et d'une recherche insuffisante des contacts. Cette flambée épidémique est vite devenue un problème mondial. Dès lors, on s'emploie actuellement à améliorer la préparation, en particulier dans les régions à haut risque. L'OMS a déclaré une urgence de niveau 2 conformément à son cadre d'action d'urgence, et déployé plus de 400 collaborateurs dans le cadre de la riposte.

96. Pour lutter contre la propagation du virus Ebola, il faut sensibiliser et faire participer les collectivités locales, améliorer la prise en charge des cas, notamment l'isolement et les soins aux

¹¹ Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques. New York : Nations Unies ; 1992 (<http://unfccc.int/resource/docs/convkp/convfr.pdf>, consulté le 24 février 2015).

premiers stades de la maladie, améliorer la recherche des contacts et enterrer les morts avec dignité et sans risque. Des mesures doivent être prises pour interrompre les chaînes de transmission résiduelles. Malgré les efforts de stabilisation, la propagation interne de la maladie en Guinée, au Mali et en Sierra Leone reste une source de préoccupation majeure, tout comme l'évolution vers une situation stationnaire au Libéria. Il est donc essentiel que tous les centres de traitement prévus contre le virus Ebola soient mis en place aussi rapidement que possible, et que la présence opérationnelle soit intensifiée au niveau local pour la recherche des cas et des contacts.

97. Le Bureau régional soutient la riposte mondiale par le déploiement de personnel, l'assistance aux évacuations médicales depuis les pays affectés jusqu'aux pays d'Europe, l'inventaire des préparatifs et des capacités dans les États membres de la Région européenne de l'OMS, et une participation au renforcement de la capacité de préparation et de la sensibilisation avec les États membres, en étroite collaboration avec la Commission européenne et d'autres partenaires. Une équipe régionale pour la lutte contre Ebola a été constituée, et des téléconférences hebdomadaires sur l'état de préparation sont actuellement organisées avec les États membres. Une assistance technique est fournie sur demande aux États membres, et quatre missions de pays ont été menées. L'aide de la Région européenne peut se traduire par le financement intégral des interventions essentielles, la mise à disposition d'épidémiologistes de terrain et de capacités de surveillance, le renforcement des capacités d'évacuation médicale, la facilitation du mouvement et du déplacement des personnes participant aux interventions, et la mise en place de niveaux appropriés de préparation.

Bilan sur les homologues nationaux

98. La directrice exécutive de l'unité Relations avec les pays et communication globale explique que 90 % des homologues nationaux et 80 % des points focaux techniques nationaux ont été désignés. Des huit États membres devant encore soumettre des candidatures pour les homologues nationaux, cinq ont confirmé qu'ils le feraient prochainement. On attend encore la réponse des trois autres à ce sujet. La désignation des points focaux techniques nationaux est un peu plus problématique qu'on ne s'y attendait. Le CPRC a prié le secrétariat de limiter le nombre de points focaux techniques nationaux à 12, conformément aux catégories du budget programme. Toutefois, certains États membres ont présenté plus de noms, étant donné qu'ils ont des experts traitant spécifiquement de certains aspects de santé publique, tandis que d'autres États membres ne disposent pas des capacités suffisantes pour 12 points focaux. Le cas de chaque État membre se trouvant dans cette position est traité individuellement, ce qui prend du temps. À ce jour, seuls 23 États membres ont finalisé correctement la liste des 12 points focaux techniques nationaux. Dans l'intervalle, l'actuelle liste des homologues nationaux et points focaux techniques nationaux qui se trouve sur le site Web public est actualisée autant que possible, et les informations relatives aux personnes désignées ont été affichées sur le ShareFile du CPRC. Selon les attentes, les désignations devraient être bientôt effectives. Comme prochaine étape, le secrétariat est en train d'étudier la possibilité de tenir une réunion avec les homologues nationaux en marge de l'Assemblée mondiale de la santé. Cela encouragera également les États membres à inclure ces personnes dans leurs délégations nationales au Comité régional ; ainsi, ces homologues auront une réunion annuelle. Le Bureau régional encourage les homologues nationaux à organiser des journées nationales une fois par an pour réunir leurs points focaux techniques nationaux, tandis qu'en interne, le secrétariat organise également des journées nationales pour une discussion et une planification de l'aide aux pays et de la collaboration entre les membres du personnel. Les homologues nationaux sont invités à ces réunions pour évoquer leurs travaux en cours et discuter de la collaboration future.