



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-troisième session

Çeşme Izmir (Turquie), 16-19 septembre 2013

EUR/RC63/REP

132024

19 septembre 2013

ORIGINAL : ANGLAIS

**Projet de rapport sur la soixante-troisième session
du Comité régional de l'OMS pour l'Europe**

Sommaire

Paragrophes

1.	Ouverture de la session	1-8
1.a.	Élection du bureau	3-4
1.b.	Message du directeur général	5-6
1.c.	Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail	7
1.d.	Autres questions à l'ordre du jour	8
2.	Allocution de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe	9-28
3.	Rapport du vingtième Comité permanent du Comité régional	29-37
4.	Réforme de l'OMS : les incidences pour le Bureau régional de l'Europe	38-65
4.a.	Aperçu des incidences de la réforme de l'OMS sur le Bureau régional de l'Europe	38-44
4.b.	Exécution du budget programme 2014-2015, avec allocation stratégique des ressources, et situation financière du Bureau régional de l'Europe	45-55
4.c.	Processus d'élaboration du budget programme 2016-2017	56-64
4.d.	Résultats du premier dialogue sur le financement	65
5.	Mise en œuvre de Santé 2020 : progrès accomplis et faits nouveaux depuis la soixante-deuxième session du Comité régional, et présentation du rapport sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS	66-86
6.	Cadre de suivi de Santé 2020, avec indicateurs	87-96
7.	Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, Vienne (Autriche), 4 et 5 juillet 2013	97-105
8.	Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé : la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques : un appel à l'action ; notamment la Journée de l'Europe : Promouvoir la santé dans toutes les politiques : expériences de la Région européenne, Helsinki (Finlande), 10-14 juin 2013	106-107
9.	Réunion de haut niveau sur les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point de la situation dans la Région européenne de l'OMS, Oslo (Norvège), 17 et 18 avril 2013	108-116
10.	Progrès réalisés dans la mise en œuvre du Processus européen Environnement et santé – Rapport du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé	117-130
11.	Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle	131-137
12.	Rapport de situation sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole et programme de mesures accélérées pour parvenir à leur élimination dès 2015	138-145
13.	Gouvernance du Bureau régional de l'Europe	146-163
13.a.	Amendements aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional	146-157
13.b.	Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional au cours de ces dix dernières années (2003-2012) et recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs de communication de rapports	158-163
14.	Élections et désignations	164-168
14.a.	Conseil exécutif	165
14.b.	Comité permanent du Comité régional	166

14.c.	Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé	167
14.d.	Groupe d'évaluation régional.....	168
15.	Partenariats pour la santé	169-178
16.	Bureaux géographiquement dispersés (GDO) : analyses justificatives et rapports d'avancement.....	179-199
16.a.	Le bureau géographiquement dispersé pour les soins de santé primaires...	179-184
16.b.	Le bureau géographiquement dispersé pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire.....	185-189
16.c.	Le bureau géographiquement dispersé pour les maladies non transmissibles	190-192
16.d.	Bureau de Barcelone pour le renforcement des systèmes de santé.....	193-194
16.e.	Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS.....	195-196
16.f.	Bureau européen de l'OMS de l'investissement pour la santé et le développement.....	197-199

Résolutions

EUR/RC63/R1	Rapport du vingtième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC63/R2	Rapport intérimaire de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2012-2013
EUR/RC63/R3	Les indicateurs pour les « cibles » de Santé 2020
EUR/RC63/R4	Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020
EUR/RC63/R5	Les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point sur la situation dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC63/R6	Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle
EUR/RC63/R7	Gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC63/R8	Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional lors de sessions précédentes, et recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs de communication de rapports
EUR/RC63/R9	Désignation d'un Groupe d'évaluation régional
EUR/RC63/R10	
EUR/RC63/R11	
EUR/RC63(1)	Création d'un nouveau bureau géographiquement dispersé pour les soins de santé primaires au Kazakhstan
EUR/RC63(2)	Création d'un nouveau bureau géographiquement dispersé pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire en Turquie
Annexe	Ordre du jour

1. Ouverture de la session

1. La soixante-troisième session du Comité régional de l’OMS pour l’Europe (CR63) s’est tenue du 16 au 20 septembre 2013 au Sheraton Çeşme Hotel à Çeşme Izmir (Turquie). Des représentants de 51 pays de la Région y ont participé. Étaient également présents des observateurs du Conseil de l’Europe, de l’Union européenne (UE), de l’Organisation pour l’alimentation et l’agriculture (FAO), de l’Agence internationale de l’énergie atomique (AIEA), du Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF), de la Commission économique pour l’Europe de l’Organisation des Nations Unies (CEE-ONU), du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de l’Organisation météorologique mondiale (OMM) et d’organisations non gouvernementales (ONG).
2. La première séance de travail a été ouverte par le docteur Lars-Erik Holm, président exécutif sortant.

1.a. Élection du bureau

3. Conformément à l’article 10 de son règlement intérieur, le Comité régional a élu le bureau ci-après :

Dr Mehmet Müezzinoğlu (Turquie)	président
Dr Daniel Reynders (Belgique)	président exécutif
Dr Raymond Busuttill (Malte)	vice-président exécutif
Mme Dagmar Reitenbach (Allemagne)	rapporteur
4. Les participants sont accueillis par le président, le docteur Mehmet Müezzinoğlu, ministre turc de la Santé, qui met en exergue le fait que son pays est fermement déterminé à élaborer des politiques de santé durables, centrées sur la personne et fondées sur des bases factuelles. La Turquie tente particulièrement de promouvoir et de renforcer la responsabilité multisectorielle pour la santé, et reconnaît l’importance d’un engagement transfrontalier envers les questions de santé. En dépit de la crise économique et financière mondiale, la Turquie a continué d’investir dans les ressources humaines et l’infrastructure de la santé. Un plan d’action stratégique national a été formulé conformément aux principes et valeurs de Santé 2020. La Turquie plaide en faveur de l’égalité d’accès à la santé pour tous et, à cet égard, estime que les pays ne doivent pas élaborer des politiques de santé exclusivement pour leurs propres citoyens. Particulièrement sensible aux situations humanitaires et sanitaires au niveau international, la Turquie octroie une aide à son pays voisin, la République arabe syrienne. Selon lui, la présente session du Comité régional offrira une occasion importante de renforcer les efforts visant à améliorer la santé de tous les habitants de la Région européenne de l’OMS.

1.b. Message du directeur général

5. Transmettant un message de la part du directeur général, le directeur général adjoint remercie le gouvernement turc d'accueillir la session du Comité régional. Les questions de santé occupent une place prédominante dans l'ordre du jour international. Le programme de la présente session permettra d'examiner un très grand nombre de dossiers importants dans le domaine sanitaire, et la Région européenne jouera un rôle de chef de file pour d'autres à cet égard. La Région possède une tradition de visionnaire : elle était à l'avance d'au moins deux décennies par rapport au reste du monde en préconisant des changements de style de vie pour lutter contre la propagation des maladies non transmissibles, et a été la première à adopter et à promouvoir la couverture sanitaire universelle.

6. Le lancement du rapport sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS, intitulé *Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*, et l'examen du Plan d'action européen sur la santé mentale constitueront des points forts de cette session. Les soins de santé mentale sont une question de dignité humaine, ce qui revêt une importance particulière dans le climat actuel d'incertitude économique. Le Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle constitue un autre point important inscrit à l'ordre du jour de la session du Comité régional. En effet, ces vecteurs menacent d'introduire certaines maladies comme la dengue dans la Région européenne. La Région ne peut s'isoler des problèmes du reste du monde. Le changement climatique est un facteur déterminant à cet égard dans la mesure où il contribue à l'évolution du paysage des maladies transmissibles. Le fait que la rougeole et la rubéole n'ont pas disparu de la Région nous déshonore. En rendant hommage à la directrice régionale pour son leadership et sa prévoyance, au personnel du Bureau régional pour son dur labeur et aux États membres pour leur soutien, le directeur général adjoint souhaite au Comité régional une session à la fois fructueuse et productive.

1.c. Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail (EUR/RC63/2 Rev.2, EUR/RC63/2 Rev.2 Add.1 et EUR/RC63/3 Rev.2)

7. Le Comité régional adopte l'ordre du jour et le programme de travail.

1.d. Autres questions à l'ordre du jour

8. Le Comité régional convient d'inviter la délégation de l'UE à assister et à participer sans droit de vote aux réunions des sous-comités, des groupes de rédaction et d'autres subdivisions ayant lieu au cours du CR63 et traitant de questions relevant de la compétence de l'UE.

2. **Allocution de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe** (EUR/RC63/5, EUR/RC63/Conf.Doc./1 Rev.1)

9. La directrice régionale explique que, comme le travail réalisé dans le cadre de sa vision de 2010 pour le Bureau régional (document EUR/RC60/8) est soit accompli soit à un stade de développement avancé, elle concentrera son allocution sur les activités du Bureau régional en vue de mettre en œuvre le cadre politique Santé 2020, les plans d'action et d'autres initiatives.
10. Santé 2020 est une initiative européenne, étroitement alignée sur la réforme de l'OMS. Le Bureau régional a recours aux plates-formes nationales et internationales afin de sensibiliser au cadre et aux éléments de preuve qui l'ont inspiré. Les deux documents de Santé 2020 ont été publiés dans les quatre langues officielles de la Région européenne, et le rapport sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS sera lancé lors de cette session. Parmi les autres ouvrages publiés, il convient notamment de mentionner une nouvelle Étude sur la gouvernance pour la santé au XXI^e siècle, le *Rapport sur la santé en Europe 2012* et l'Étude sur les arguments économiques en faveur de l'action de santé publique réalisée avec l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
11. Le Bureau régional aide les États membres à adapter Santé 2020 à leur contexte national. À cette fin, un ensemble d'outils et de ressources a été mis au point, ainsi qu'un cadre de suivi. Le Bureau régional a renforcé ses capacités de soutien à la mise en œuvre en créant une nouvelle division technique, en poursuivant les activités de son Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement, en considérant tous les aspects de son travail sous l'angle de Santé 2020 et en intégrant ses priorités stratégiques dans le processus de planification opérationnelle pour 2014-2015.
12. La directrice régionale décrit les autres travaux techniques du Bureau régional dans le contexte des quatre domaines prioritaires de l'action politique énoncés dans Santé 2020. Dans le cadre du premier domaine prioritaire (investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et habiliter les populations), le Bureau régional a aidé les pays à aplanir les inégalités concernant les risques liés à la grossesse et à l'accouchement en améliorant l'accès des femmes et des enfants à des soins de santé primaires de qualité, avec le soutien de la Fédération de Russie, ainsi que la qualité des soins hospitaliers, en particulier en Asie centrale. Il œuvre également, par l'intermédiaire du Réseau des Villes-santé, à promouvoir les environnements favorables aux aînés, dans un projet conjoint avec la Commission européenne.
13. En ce qui concerne le deuxième domaine prioritaire (relever les principaux défis sanitaires de la Région en matière de maladies (non) transmissibles), le Bureau régional a joué un rôle majeur dans la rédaction du Plan d'action mondial révisé de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les

maladies non transmissibles de 2013-2020, et de son cadre de suivi. À l'occasion de la Journée mondiale de la santé 2013, le Bureau régional a répertorié les efforts déployés par les pays pour lutter contre l'hypertension et l'une de ses causes profondes, la consommation de sel. Il renforce son action sur les maladies non transmissibles dans de nombreux pays, avec le soutien de la Fédération de Russie, a évalué les obstacles et les opportunités pour la prévention et la lutte contre ces maladies dans cinq pays, et tiendra une conférence sur ce thème au Turkménistan, en décembre 2013. Le Bureau régional met également en place des interventions afin d'agir sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, en soutenant les pays dans leurs efforts visant à élaborer des politiques sur l'alcool et à prendre des initiatives pour la lutte antitabac. Il s'est en outre engagé à appuyer la révision de la directive de l'UE sur les produits du tabac. Il a aidé les pays à relever les défis posés par l'adoption de conduites alimentaires peu équilibrées et l'obésité en organisant la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, accueillie par l'Autriche, qui a abouti à l'adoption de la Déclaration de Vienne préconisant une action concertée sur les divers aspects de ces problèmes.

14. En outre, le Bureau régional et ses partenaires mettent en œuvre des plans d'action sur les menaces pour la santé publique, tout en s'attelant à l'élimination des maladies et au maintien de celle-ci. Parmi les activités réalisées, on mentionnera notamment l'instauration d'un réseau de surveillance de la résistance aux antimicrobiens pour les pays non membres de l'UE, en vue de compléter le système de l'UE (conjointement avec l'Institut national néerlandais pour la santé publique et l'environnement (RIVM) et l'European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases), et l'élargissement de la Journée européenne d'information sur les antibiotiques (avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et le soutien de la protectrice du Bureau régional de l'Europe, la Princesse Mary du Danemark). Avec l'aide de la Commission européenne, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et de l'ECDC, le personnel du Bureau régional a effectué 71 visites dans les pays et réalisé 9 examens approfondis des programmes en vue de promouvoir l'adoption d'une approche axée sur les systèmes de santé dans la lutte contre la tuberculose multirésistante (tuberculose-MR) et ultrarésistante (tuberculose-UR). Le Bureau régional s'efforce d'éliminer à la fois la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la syphilis congénitale en Europe, conjointement avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'UNICEF et le FNUAP. Il tiendra une consultation sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux en octobre 2013. Face aux flambées épidémiques qui mettent en péril la réalisation de l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole d'ici 2015, le Bureau régional a élaboré un programme de mesures accélérées, tout en préconisant un engagement plus résolu à cet égard. Le dépistage du poliovirus sauvage par Israël et les mesures prises par cet État membre pour faire face à l'importation du

poliovirus dans l'environnement, avec l'aide du Bureau régional, témoignent à la fois de la haute qualité de ses activités de surveillance et de son intervention, et de la nécessité, pour tous les pays européens, de rester vigilants à cet égard. La directrice régionale promet que l'OMS apportera son soutien inconditionnel au travail de vaccination et de surveillance réalisé par les pays, et propose un plan d'action régional pour les vaccins, conformément au plan mondial et à Santé 2020. Enfin, alors que l'Europe pourrait être la première Région de l'OMS à parvenir à l'élimination du paludisme, le Bureau régional propose un cadre d'action régional (élaboré avec les États membres, l'ECDC et l'European Mosquito Control Association (EMCA)) en vue de faire face au problème croissant des maladies réémergentes à transmission vectorielle.

15. Pour ce qui est du troisième domaine prioritaire (renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation, la surveillance et les interventions en cas de crise), le Bureau régional a intensifié son appui en faveur de la couverture sanitaire universelle. En 2013, il tiendra des réunions en Estonie afin d'examiner la mise en œuvre de la Charte de Tallinn et de déterminer les efforts à déployer à l'avenir en vue de renforcer les systèmes de santé, et au Kazakhstan pour célébrer le 35^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata et discuter de l'intégration des opérations essentielles de santé publique (EPHO) dans les soins de santé primaires. Le Bureau régional a soutenu le processus décisionnel relatif à la réduction des effets néfastes de la crise économique dans le cadre d'une conférence organisée par la Norvège, encouragé le dialogue entre les secteurs de la santé et des finances avec l'OCDE, et assuré des activités de formation en vue de renforcer les capacités des responsables politiques, telles que le cours de Barcelone sur le financement de la santé. Il a appuyé la réalisation de vastes réformes du système de santé en Grèce, avec le financement de l'UE, ainsi qu'à Chypre, en Irlande et au Portugal. En outre, le Bureau régional aide les pays à préparer et à gérer les situations d'urgence sanitaire, renforce et teste son nouveau Centre d'opérations d'urgence, soutient des pays comme l'Azerbaïdjan, la Fédération de Russie et la Slovénie dans leurs efforts visant à se préparer aux conséquences sanitaires des rassemblements de masse, et aide la Turquie à faire face à un afflux de réfugiés en provenance de la République arabe syrienne. Lors d'une réunion à Luxembourg, il a évalué l'application du Règlement sanitaire international (RSI) (2005) et proposé des critères de prolongation du délai au-delà de 2014 pour la mise en place des principales capacités.
16. En ce qui concerne le quatrième domaine prioritaire (créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien), la directrice régionale explique que le Bureau régional aide actuellement le Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé (CMES) et le Groupe de travail européen Environnement et santé (EHTF) à orienter le Processus européen Environnement et santé. Il a renforcé son appui technique aux pays afin qu'ils honorent les

engagements pris dans la Déclaration de Parme et établi de nouveaux réseaux sur la sécurité chimique et l'économie.

17. La directrice régionale conclut son discours avec un aperçu des principales initiatives dans le domaine de la gestion et de la gouvernance à l'OMS, en mentionnant le déménagement du Bureau régional dans ses nouveaux locaux d'UN City en avril 2013. Elle se félicite de l'engagement sans précédent des États membres ainsi que des contributions et de la collaboration du personnel aux trois niveaux de l'OMS qui ont permis de réaliser d'importants progrès dans le processus de réforme de l'OMS. Les conseils prodigués par le Comité régional et le Comité permanent du Comité régional (CPCR) permettent d'assurer la cohérence et une meilleure gouvernance dans la Région européenne. Le Comité régional examinera plus en profondeur les propositions du CPCR concernant les questions de gouvernance. Le Douzième Programme général de travail et le budget programme 2014-2015 confèrent une vision et un plan d'action au Bureau régional. Les enseignements tirés du « contrat » de 2012-2013 ont contribué au processus au niveau mondial, et Santé 2020 orientera la transposition du budget programme en un plan opérationnel pour l'Europe. Après avoir coprésidé le Groupe spécial de l'OMS sur la mobilisation et la gestion des ressources, elle espère que le dialogue sur le financement permettra le financement complet du budget programme. Elle décrit les mesures prises pour réduire les coûts au Bureau régional, sans pour autant l'empêcher d'honorer ses engagements à l'égard des États membres. Le Bureau régional continue de développer ses partenariats, notamment en renforçant sa coopération avec l'UE, ses institutions et les pays assurant la présidence du Conseil de l'UE, et en signant un cadre d'action commun avec l'UNICEF et le FNUAP.
18. Au cours de la discussion qui suit, des intervenants remercient le gouvernement turc pour son hospitalité en accueillant la session du Comité régional. Les représentants félicitent la directrice régionale pour son excellent rapport, qui met en évidence la transition du Bureau régional de la phase de la planification à celle de la mise en œuvre, son leadership au Bureau régional, ainsi que les réalisations du Bureau régional et son appui aux États membres. Des intervenants expliquent l'usage qu'ils ont réservé à Santé 2020, entérinent ses quatre domaines d'action prioritaires, décrivent les résultats obtenus par leurs pays respectifs dans la mise en œuvre de ces priorités et plaident en faveur de la prise d'autres mesures dans ces domaines. Des intervenants ont également émis des commentaires sur les nouvelles initiatives proposées au Comité régional, et suggèrent plusieurs moyens qui permettront au Bureau régional, aux États membres et aux partenaires d'améliorer leur travail, individuellement et collectivement, en vue de parvenir à une meilleure santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS.
19. Un représentant s'exprimant au nom de l'UE et de ses pays membres préconise une action concertée pour la mise en œuvre de Santé 2020 selon les besoins et les capacités des pays, et

apporte son soutien aux priorités accordées par le Bureau régional aux maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque, au renforcement des systèmes de santé et à la réforme de l'OMS. Les nouvelles initiatives suivantes sont accueillies favorablement : le projet de Plan d'action européen sur la santé mentale, le programme de mesures accélérées sur la rougeole et la rubéole et le Cadre régional sur les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielles. Il est demandé au secrétariat d'inclure les incidences financières et administratives dans les projets de résolutions, de limiter autant que possible le nombre de résolutions, et de mettre en œuvre les initiatives actuelles avant d'en proposer de nouvelles. L'UE et ses pays membres prendront part à la prochaine consultation informelle sur le point de l'ordre du jour du Conseil exécutif consacré à la santé et au bien-être des lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexuels, et souhaiterait le point de vue des autres pays à cet égard.

20. Les autres intervenants approuvent cette déclaration et demandent aussi instamment au Bureau régional de ne pas laisser les nouvelles initiatives occulter celles déjà en cours, comme l'application du RSI (2005) et de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, en particulier en raison du manque d'informations concernant les incidences financières des nouvelles initiatives et le déséquilibre apparent entre les tâches essentielles confiées au Bureau régional et les ressources disponibles pour les mener à bien. En outre, et alors que les États membres se félicitent de la mise à disposition en temps voulu de la plupart des documents du Comité régional, certains plaident en faveur d'une plus grande utilisation de l'ensemble des quatre langues officielles de la Région.
21. Des représentants font l'éloge de la contribution apportée par le Bureau régional aux progrès réalisés dans le processus de réforme de l'OMS et, en particulier, dans les domaines du financement et de la gouvernance, et de la clarification des responsabilités des trois niveaux de l'OMS. Ils demandent que davantage de mesures soient prises à cet égard et s'engagent à aider l'Organisation à gagner en efficacité. Les nouvelles modalités budgétaires permettent d'accroître la transparence et la responsabilisation en matière d'utilisation des ressources, et le dialogue sur le financement doit apporter des informations détaillées sur l'utilisation stratégique des ressources.
22. Une représentante, s'exprimant au nom des dix États membres participant au Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, déclare que le Bureau régional a aidé les pays à améliorer la viabilité financière de leur système de santé en effectuant des analyses en vue de compiler des bases factuelles, en diffusant des éléments de preuve et des idées relatives aux interventions politiques, et en apportant une assistance technique. Le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est s'est avéré être un excellent vecteur de la diplomatie de la santé ; le soutien du Bureau régional s'est traduit par l'apport d'outils innovateurs aux États membres du Réseau afin qu'ils renforcent leurs capacités dans ce domaine, et l'affectation d'un chargé de la coordination. De telles activités ont suscité un enrichissement mutuel entre l'OMS et les pays du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est. Ces

derniers feront rapport sur leurs travaux en vue de mettre en pratique Santé 2020, le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 et les décisions du Comité régional lors du Quatrième Forum ministériel du Réseau.

23. Plusieurs intervenants font l'éloge des diverses méthodes utilisées par le Bureau régional dans sa collaboration avec les pays. Il s'agit de l'établissement de bureaux de pays ainsi que de mécanismes sous-régionaux, comme le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et les nouveaux dispositifs mis en place pour un groupe de petits pays, et de stratégies de coopération avec les pays ; l'OMS a signé une telle stratégie avec la Suisse et en élabore pour plusieurs autres pays européens.
24. Outre l'action à mener au niveau national, les intervenants ont recensé des priorités nécessitant la prise de nouvelles mesures au niveau international, afin de consolider les progrès accomplis par l'OMS, les États membres et les partenaires, et de procéder à leur suivi. Un intervenant remercie les États membres pour leur contribution à la résolution du Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC) visant à instituer une équipe spéciale interinstitutions des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, dirigée par l'OMS. Le Bureau régional devrait accroître la coopération avec ses partenaires et les États membres devraient renforcer les actions concertées contre la tuberculose-MR et UR et la résistance aux antimicrobiens. Face à la hausse des taux d'infection à VIH, les ministres de la Santé doivent chercher à obtenir davantage de ressources auprès de leur gouvernement. Des intervenants demandent également aux pays et partenaires d'emboîter le pas du Bureau régional concernant le renforcement des systèmes de santé, l'établissement de la couverture sanitaire universelle, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations Unies et l'intégration de la santé dans le Programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015. La définition de priorités est d'ailleurs essentielle.
25. Un représentant du Fonds mondial décrit ses activités dans la Région européenne, faisant remarquer que la situation exceptionnelle des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale en matière de tuberculose et de VIH exige en fait une intervention spécifique et audacieuse. Le Fonds mondial investit dans la mise en œuvre d'interventions particulièrement efficaces tout en ciblant les populations vulnérables, en fonction des plans d'action adoptés par le Comité régional. Il a dû aligner ses efforts dans le cadre d'un partenariat global et a demandé instamment aux États membres d'accroître leur appui au cours des trois années à venir. Investir des ressources dans les politiques de santé publique recommandées par l'OMS permettrait aux pays et aux organisations partenaires de lutter contre les épidémies de tuberculose et de VIH.

26. En guise de réponse, la directrice régionale remercie les États membres pour leur soutien et leur excellente collaboration au cours de l'année écoulée, en particulier leur appui aux priorités de Santé 2020. Elle les félicite pour les réalisations qu'ils ont décrites, les remercie pour le soutien qu'ils ont apporté aux activités expliquées dans son rapport et fait observer que la collaboration étroite avec les pays et les partenaires tels que le Fonds mondial est indispensable à tout progrès. Elle suivra les conseils prodigués par les États membres sur les priorités, en particulier celles pour lesquelles des efforts supplémentaires doivent être selon eux consentis. Le renforcement du Comité régional a permis au Bureau régional d'être véritablement placé sous l'égide des États membres, et le CPRC a formulé des orientations inestimables. Il est gratifiant de voir l'intégration dans le processus budgétaire au niveau mondial des outils de responsabilisation élaborés par le Bureau régional. Les capacités techniques du Bureau régional continueront d'ailleurs d'être renforcées.
27. Le directeur général adjoint fait remarquer que le rapport de la directrice régionale montre comment la Région européenne est passée de la stratégie à l'action. Il importe cependant de procéder à un suivi en vue d'orienter la mise en œuvre et d'assurer la responsabilité du secrétariat à cet égard. Les conseils relatifs à la gouvernance permettront de veiller à ce que les États membres et le Bureau régional examinent les incidences financières des mesures proposées. Les États membres devront constamment assurer un retour d'information à l'OMS. Si l'on se base sur les observations et commentaires actuels, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est sur la bonne voie.
28. Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R2.

3. Rapport du vingtième Comité permanent du Comité régional (EUR/RC63/4, EUR/RC63/4 Add.1, EUR/RC63/Conf.Doc./2)

29. En l'absence de la présidente, le vice-président du Comité permanent présente le rapport du vingtième CPRC. Il note que, en plus de ses cinq réunions ordinaires, le CPRC a tenu quatre téléconférences intersessions et une consultation électronique sur un certain nombre de questions. Le CPRC a mis en place deux groupes de travail, l'un sur la gouvernance, qui a terminé ses travaux, et l'autre sur l'affectation des moyens, qui commencera à travailler après la session en cours du Comité régional. Pour assurer une préparation adéquate de la session, le CPRC a conseillé le secrétariat au sujet de diverses questions, révisé tous les documents et résolutions qui ont été soumis au Comité régional pour examen et consenti des efforts pour accroître la transparence de son propre travail.
30. Le CPRC a aidé le secrétariat à trouver un nouveau pays hôte pour le Comité régional après que le Portugal a dû revenir sur son offre d'accueillir le CR63. Il exprime sa gratitude à l'égard de la

Turquie pour son offre généreuse et le travail acharné effectué pour organiser la session au pied levé. Le CPCR a soutenu les efforts de promotion de la mise en œuvre de Santé 2020 et souligné à quel point il est important d'apporter aux États membres un soutien concret et structuré. Le Comité permanent a travaillé en étroite collaboration avec le secrétariat pour finaliser le cadre de suivi de Santé 2020 et a souligné que le système d'établissement de rapports doit être utilisé pour soutenir les États membres, plutôt que pour alourdir le fardeau qui pèse sur eux.

31. Le CPCR, qui convient avec la directrice régionale du fait que la session en cours du Comité régional devrait se concentrer sur l'examen de la mise en œuvre des politiques, stratégies et plans d'action précédemment adoptés, a discuté des rapports d'avancement à présenter au Comité régional et de l'examen du Processus européen Environnement et santé. Il a également été informé des conclusions des récentes réunions de haut niveau et réunions ministérielles. Des recommandations ont été formulées pour le secrétariat à propos de deux nouveaux points à l'ordre du jour du Comité régional : le Plan d'action européen sur la santé mentale et le Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle.
32. À la lumière des enseignements tirés de l'expérience du CR62, le Groupe de travail du CPCR sur la gouvernance a discuté de la transparence, de la communication entre le CPCR et les États membres, des procédures concernant les projets de résolutions et du processus pour les élections et nominations aux organes directeurs. Le Comité permanent soutient sans réserve les travaux du secrétariat dans le cadre de l'examen des 46 résolutions adoptées par le Comité régional depuis 2002, qui a été un exercice important pour une meilleure cohérence des politiques et une meilleure gouvernance dans la Région.
33. Le CPCR s'est vu présenter des rapports de supervision sur les questions budgétaires et financières et a été informé des mesures d'austérité prises par le Bureau régional, notamment pour réduire les dépenses de personnel. Le CPCR a accueilli favorablement les propositions visant à rationaliser les dépenses, qui permettront d'améliorer la viabilité financière du Bureau régional. Les difficultés rencontrées pour le financement des salaires du personnel restent un sujet de préoccupation, et le CPCR espère que le dialogue sur le financement s'avérera utile pour résoudre ce problème.
34. Concernant la question des bureaux géographiquement dispersés (GDO), le CPCR a souligné que ces derniers ne devraient être établis que lorsqu'une lacune a été décelée dans les capacités techniques du Bureau régional. Des profils techniques et des analyses justificatives ont été élaborés pour les nouveaux GDO en projet. Le CPCR a passé en revue tous les détails afin de s'assurer que ces GDO travailleraient en phase avec les priorités régionales et a eu de longues discussions quant aux éléments à inclure dans les accords de siège. Le CPCR soutient sans réserve la création d'un

GDO pour les soins de santé primaires au Kazakhstan et d'un GDO pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire en Turquie.

35. Le vice-président remercie tous les membres du CPR pour leur investissement personnel, et en particulier la présidente pour son dévouement et son enthousiasme.
36. Répondant à la question d'un membre du Comité régional, la directrice régionale confirme que la liste des homologues nationaux, dès qu'elle serait finalisée, sera publiée sur le site Web du Bureau régional, avec accès protégé par un mot de passe pour les États membres.
37. Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R1.

4. Réforme de l'OMS : les incidences pour le Bureau régional de l'Europe (EUR/RC63/15)

4.a. Aperçu des incidences de la réforme de l'OMS sur le Bureau régional de l'Europe

38. La directrice régionale rappelle qu'en mai 2013, la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé a approuvé à la fois le Douzième Programme général de travail et le budget programme 2014-2015. La réforme programmatique qui a marqué leur préparation et leur adoption témoigne de l'esprit de corps de l'Organisation, puisque les six Régions y ont participé ensemble, avec le Siège de l'OMS. Les États membres en ont été le moteur, et les pays d'Europe ont prodigué force conseils au secrétariat.
39. Le Douzième Programme général de travail incarne la vision et la « feuille de route » qui seront celles de l'Organisation pour les trois prochains exercices biennaux, tandis que le budget programme 2014-2015 (premier budget à être approuvé dans son intégralité, c'est-à-dire couvrant à la fois les contributions fixes et volontaires) établit les rôles des trois niveaux de l'Organisation et jette les bases d'un renforcement de la transparence, de la responsabilisation et du contrôle par les organes directeurs de l'Organisation. Les indicateurs de performance élaborés par la Région européenne sont mis à l'essai durant l'exercice biennal en cours ; la chaîne de résultats du Bureau régional a inspiré le budget programme mondial 2014-2015. Les résultats clés et autres résultats prioritaires du Bureau régional correspondent aux « prestations escomptées » au niveau mondial qui figurent dans le budget programme 2014-2015. La planification opérationnelle pour l'exercice biennal 2014-2015 est bien avancée. Elle est basée sur l'hypothèse que le budget sera intégralement financé au niveau approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé, bien que l'affectation finale des moyens ne sera pas décidée avant que le dialogue sur le financement ne soit achevé avec les bailleurs de fonds, à la fin de 2013.

40. Dans la Région européenne, la planification opérationnelle et les activités relatives à la réforme dans leur globalité sont influencées par deux éléments spécifiques : le modèle opérationnel propre au Bureau régional et la politique Santé 2020. Le premier se caractérise par l'impératif qui impose de servir un grand nombre de pays avec une modeste part des ressources flexibles, ce qui implique principalement de répondre à leurs besoins communs par des démarches entreprises à l'échelle de la Région et un mode « interpays » ou « multipays » de réalisation des programmes. La deuxième constitue le cadre d'orientation pour l'ensemble des politiques, stratégies et programmes dans la Région, et facilite l'établissement de priorités pour chaque point du programme. Ses valeurs correspondent parfaitement aux politiques mondiales et s'inscrivent dans le cadre de celles-ci.
41. En ce qui concerne la réforme de la gouvernance, le Bureau régional héberge un partenariat avec l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, comme le demandait la politique sur la participation de l'OMS à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement (résolution WHA63.10). Il préside le comité directeur de l'OMS sur les relations avec l'UE et a convenu de feuilles de route avec la Commission européenne. Ses plans de travail annuels sont harmonisés avec ceux de l'ECDC et il est en train de renforcer ses partenariats avec un certain nombre d'organisations intergouvernementales. Une stratégie européenne sur les partenariats sera définie lorsque le cadre opérationnel d'ensemble pour la collaboration de l'OMS avec des acteurs non étatiques aura été élaboré au niveau mondial.
42. Des travaux supplémentaires sur la réforme de la gouvernance interne ont été réalisés par le vingtième CPR, qui a donné suite aux décisions prises par le Comité régional lors de sa soixantième session (résolution EUR/RC60/R3). Les recommandations du Comité permanent, notamment sur les critères à remplir pour la sélection de candidats à un siège au Conseil exécutif de l'OMS et au CPR, pour la présentation d'amendements aux projets de résolutions et pour la garantie de la transparence des procédures du CPR, ainsi que pour un projet de Code de conduite pour la désignation du directeur régional de l'OMS pour l'Europe, seront examinées à un stade ultérieur de la session (voir paragraphes 146-157 ci-dessous).
43. Les efforts consentis en vue de la réforme de la gestion ont visé à assurer la prévisibilité, la transparence et la flexibilité du financement futur de l'OMS. Le dialogue sur le financement a été établi avec les donateurs potentiels : les commentaires formulés par les Comités régionaux sur ce mécanisme permettront d'alimenter de manière structurée le deuxième dialogue, qui se tiendra en novembre 2013, et les enseignements acquis seront examinés par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la santé en 2014.
44. Un nouveau processus de planification amélioré, partant de la base vers le haut, sera établi afin d'être utilisé pour la préparation du budget programme 2016-2017. Parmi les autres défis à relever

dans les deux prochaines années figurent l'élaboration de méthodologies pour une affectation stratégique des ressources fondée sur les résultats, une meilleure gestion des frais généraux et l'inclusion d'un Plan-cadre d'équipement dans le budget programme 2016-2017.

4.b. Exécution du budget programme 2014-2015, avec allocation stratégique des ressources, et situation financière du Bureau régional de l'Europe

(EUR/RC63/21, EUR/RC63/21 Corr. 1, EUR/RC63/Inf.Doc/3 et EUR/RC63/Inf.Doc 4)

45. Le directeur de la Division de l'administration et des finances signale que les États membres sont actuellement consultés au sujet de leurs besoins pour les résultats ou prestations escomptées dans le budget programme 2014-2015. Dans le cadre d'un processus itératif, la demande des États membres est coordonnée avec l'offre de compétences techniques (ressources financières et humaines) et inscrite dans le cadre budgétaire approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé. Quoique l'on puisse procéder à certains ajustements mineurs dans les contributions apportées, les efforts devront nécessairement continuer à être axés sur la demande.
46. Une analyse préliminaire des besoins en travaux techniques de l'OMS révèle une forte demande de la part de pays ayant des accords de collaboration biennaux (ACB). Il conviendrait de continuer à organiser les priorités pour garantir la livraison des produits demandés. Le même processus de consultation est appliqué avec les pays ne possédant pas d'ACB, et l'on envisage un déploiement progressif de stratégies de coopération avec ces pays, sur une base volontaire. Étant donné que le budget programme 2014-2015 a été élaboré sur la base de chiffres du passé, plutôt qu'à la suite d'une démarche « de bas en haut », il n'est pas surprenant qu'il y ait une discordance entre le budget alloué et la demande de services dans certains domaines importants pour la Région (comme les maladies non transmissibles, par exemple).
47. Le budget programme 2014-2015 est actuellement planifié à 98 %. Les dépenses de personnel représentent 56 % du budget régional total, ce qui constitue une nette diminution par rapport au niveau du budget programme 2012-2013, qui était de 70 %. La plupart des catégories de travaux ont été programmées à concurrence de leur budget approuvé, mais la catégorie 5 (préparation, surveillance et intervention) fait exception : elle est « surprogrammée » de 6 % en réaction à une demande accrue d'assistance technique de l'OMS dans les domaines de la résistance aux antimicrobiens et de la sécurité sanitaire.
48. Les fonds actuellement (août 2013) à la disposition de la Région européenne pour l'exercice biennal 2014-2015 s'élèvent à quelque 6,5 millions de dollars des États-Unis (USD), et l'on estime que le solde à reporter de l'exercice biennal 2012-2013 sera de l'ordre de 25 millions d'USD. Le Bureau régional table sur le même niveau de financement en 2014-2015 qu'en 2012-2013

(141 millions d'USD) et vise un budget programme 2014-2015 bénéficiant d'un financement intégral, grâce au dialogue sur le financement récemment établi.

49. Le budget programme 2012-2013 a bénéficié d'un financement intégral tant au niveau mondial que régional, mais il reste des « poches de pauvreté » au Bureau régional de l'Europe. Des objectifs stratégiques tels que ceux portant sur la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et sur le vieillissement ; sur les facteurs de risque pour la santé ; ou sur la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments bénéficient d'un faible niveau de financement. Même les objectifs stratégiques (OS) entièrement financés (maladies chroniques non transmissibles, par exemple) peuvent accuser un déficit de financement pour les salaires.
50. Les représentants ont salué les informations détaillées fournies par la directrice régionale et le directeur de la Division de l'administration et des finances. Ils estiment que le processus de réforme rend l'OMS plus efficace, plus transparente, plus responsable et plus cohérente sur le plan financier et félicitent les États membres et le secrétariat pour les progrès réalisés à ce jour. Néanmoins, réformer la manière dont l'OMS planifie son travail, obtient son financement et répartit les moyens au sein de l'Organisation reste un défi majeur qui doit encore être résolu. En particulier, la répartition inégale des ressources entre OS pose problème ; l'OMS ne doit pas se retrouver dans une situation où elle ne peut s'acquitter de tâches essentielles pour les États membres.
51. Un vif soutien a été exprimé pour le nouveau processus de planification partant de la base et la nouvelle méthodologie d'allocation stratégique des ressources, ainsi que pour les principes d'après lesquels sera élaboré le budget programme 2016-2017. Il est entendu que, si l'OMS doit fournir aux États membres la supervision dont ils ont besoin en termes de responsabilisation et de transparence, il incombe aux pays et aux donateurs de participer activement au dialogue sur le financement. Les États membres ont la responsabilité d'assurer le suivi des résolutions qu'ils ont adoptées et de donner à l'OMS le soutien nécessaire pour prendre des mesures sur les priorités définies par les organes directeurs.
52. Les efforts de mobilisation de ressources déployés par l'Organisation sont favorablement accueillis. En particulier, un soutien se manifeste pour les positions clés adoptées pendant le dialogue sur le financement : harmoniser les ressources avec les priorités nationales, accroître la transparence et la responsabilisation grâce à la mise en place d'un portail Web et élargir le cercle des bailleurs de fonds. Cependant, il est important de veiller à ce que la réforme de l'OMS n'impose pas une lourde charge aux États membres et qu'elle ne conduise pas à une augmentation de leurs contributions.
53. L'OMS a les qualifications nécessaires pour jouer un rôle de premier plan dans la modification du paradigme de la santé, comme elle l'a fait dans le domaine des soins de santé primaires à la

Conférence d'Alma-Ata, voici 35 ans. En continuant à promouvoir le processus de réforme, l'OMS peut renforcer sa position de principale protectrice de la santé dans le monde. Avec son approche progressiste, la Région européenne a d'importantes responsabilités à cet égard. Elle est la seule à avoir élaboré sa politique-cadre de la santé, Santé 2020, non pas simplement comme un document visionnaire, mais aussi et surtout comme un outil de travail pratique dans le contexte des budgets programmes actuel et à venir.

54. Une déclaration est prononcée au nom de la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine.
55. Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R2.

4.c. Processus d'élaboration du budget programme 2016-2017 (EUR/RC63/20)

56. Le directeur de la Division Suivi des performances, coordination des ressources et planification du Siège de l'OMS déclare que l'approbation du budget programme 2014-2015 a été la première étape importante de la réforme des programmes et de la gestion de l'OMS, quoiqu'il soit transitoire. Cette activité a montré que les deux principaux domaines à aborder dans le cadre de la préparation du budget programme 2016-2017 sont la planification fondée sur les priorités des pays et une standardisation du calcul du coût des produits. Six grands enseignements ont été tirés de la préparation du budget programme 2014-2015 :
 - les priorités des pays doivent être mieux définies et il faut une seule manière de les déterminer ;
 - les moyens consacrés aux priorités des pays doivent être alloués de façon stratégique ;
 - les priorités des pays en matière de coopération technique doivent être alignées sur les crédits alloués ;
 - le processus d'établissement des priorités dans les pays doit être aligné avec le projet de planification séquentielle dans les Bureaux régionaux et au Siège de l'OMS ;
 - il est nécessaire de standardiser la planification et le calcul des coûts des produits et des prestations escomptées aux trois niveaux de l'OMS, ce qui représente le plus grand défi de la réforme ;
 - ce calcul des coûts doit inclure à la fois le coût direct des produits et les coûts indirects, notamment pour l'administration.
57. Entre janvier et juin 2014, des consultations seront organisées avec les États membres pour définir leurs priorités. Celles-ci seront ensuite examinées dans le contexte des priorités régionales et

mondiales et le budget sera finalisé avec un calcul des coûts des produits et des prestations escomptées. Le budget programme 2016-2017 fera encore l'objet d'une discussion au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la santé, permettant ainsi aux États membres d'apporter à nouveau leur contribution.

58. Un représentant prenant la parole au nom des pays membres de l'UE et exprimant leur soutien à la réforme de l'OMS déclare que celle-ci renforcera la crédibilité et l'indépendance de l'OMS en tant qu'organisation de santé publique. Les travaux relatifs à la gestion axée sur les résultats, à la chaîne des résultats et au calcul du coût des produits doivent rester une priorité afin de garantir un budget 2016-2017 entièrement chiffré. Les principes concernant l'affectation stratégique des moyens, approuvés par le Conseil exécutif lors de sa 118^e session, seront un point de départ utile pour les débats. L'affectation des ressources doit être régie par une planification stratégique et une budgétisation axée sur des résultats, avec des budgets planifiés à partir de la base, un calcul normalisé du coût des produits et des indicateurs de produits fiables et mesurables qui ne recourent pas les indicateurs de résultats. Il conviendrait que le Conseil exécutif, dans ses discussions sur le budget programme 2016-2017 et l'allocation stratégique des moyens, tienne compte du rapport de synthèse du Groupe de travail sur les rôles et responsabilités aux différents niveaux de l'Organisation. Ce travail est essentiel pour une gestion efficace de l'OMS et pour son unité. Il salue l'engagement pris par le directeur général d'allouer des fonds flexibles pour garantir que les programmes de base soient opérationnels et attend avec intérêt un rapport complet sur l'allocation de ces fonds au Conseil exécutif en janvier 2014.
59. D'autres représentants ont corroboré des remarques antérieures affirmant qu'il fallait à la fois une démarche ascendante et descendante pour refléter les priorités des pays et aussi assurer une approche stratégique et asseoir l'autorité des organes directeurs de l'OMS. Un représentant fait observer que, même si la préparation du budget programme 2014-2015 n'a pas été parfaite, elle a fourni une base solide et rationnelle pour l'allocation de fonds conformément aux priorités convenues. Il faut poursuivre les travaux afin d'assurer une répartition transparente et équitable des fonds.
60. Plusieurs représentants se sont félicités de l'établissement du dialogue sur le financement avec les pays, qui permettra d'accroître la transparence et assurera plus de crédibilité à l'OMS. Un représentant déclare que son pays a prévu d'adapter ses contributions aux priorités de l'OMS et de fournir ainsi des fonds tout à fait flexibles. Ce financement ne devra pas être utilisé pour couvrir les frais généraux encourus dans le cadre des projets, mais bien comme une aide publique au développement, afin de répondre aux priorités. Il conviendrait d'accorder un plus grand rôle aux évaluations externes des projets par les pays.

61. Un représentant déclare que, s'il est entendu que le budget programme 2014-2015 est un budget de transition, les propositions de programme de travail pour la période biennale 2016-2017 doivent être présentées au CR64 comme base de discussion et ce, afin de garantir l'adoption de l'approche ascendante prévue dans la planification budgétaire. Il plaide en faveur de la présentation d'une proposition détaillée de budget régional au CR65, en supposant que ce budget bénéficierait d'un financement intégral, que les coûts seraient établis sur la base de la chaîne de résultats et qu'il comprendrait des prestations escomptées et des produits bien arrêtés. Les prestations escomptées du secrétariat et leurs indicateurs devraient être séparés des résultats collectifs à atteindre par l'OMS en collaboration avec les États membres. Il faut que les débats commencent à un stade précoce à propos des mesures à prendre concernant les priorités qui n'ont pas bénéficié d'un financement adéquat au cours de l'exercice biennal.
62. Un représentant fait observer que la réforme de l'OMS dans la Région européenne vise notamment à rendre les GDO et les bureaux de pays plus responsables et transparents. Le Comité régional doit fixer des critères objectifs pour la création, le maintien et la fermeture des bureaux de pays et GDO afin de limiter les dépenses et les risques. Il est crucial de définir les responsabilités des trois niveaux de l'OMS. Le Bureau régional pourrait montrer la voie en établissant une culture de l'évaluation et une politique dynamique pour la gestion des ressources humaines. Les bureaux de pays ne doivent pas consacrer du temps à la mobilisation de ressources au détriment de leurs activités de base. Le Code de conduite pour la désignation du directeur régional et les amendements aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional et du CPRC permettront d'améliorer la gouvernance du Bureau régional.
63. Le directeur de la Division Suivi des performances, coordination des ressources et planification au Siège de l'OMS déclare qu'il a répertorié plusieurs thèmes dans les observations faites. Le premier est que la chaîne des résultats devrait être utilisée pour obtenir un budget programme 2016-2017 dont toutes les dépenses ont été calculées, avec des descriptions détaillées des prestations escomptées et des résultats. Deuxièmement, la répartition des ressources doit être stratégique, transparente et fondée sur des résultats, avec une planification de la base vers le haut et une évaluation ultérieure des résultats. Le Comité régional a également demandé une utilisation plus stratégique des ressources flexibles. Enfin, les débats menés lors de la 118^e session du Conseil exécutif pourraient constituer un point de départ utile pour les discussions sur l'allocation des ressources.
64. La directrice régionale affirme que le Bureau régional continuera à apporter sa contribution à la réforme de l'OMS. Le CPRC a décidé de constituer un Groupe de travail sur l'allocation stratégique des ressources pour soutenir le directeur général. Le mandat de ce groupe fait actuellement l'objet d'une discussion. Les stratégies de coopération nationale ont été jugées

importantes dans la Région et seront étendues à d'autres pays ne possédant pas de bureaux de pays. On ne sait pas encore clairement quand la politique axée sur les pays au Siège sera adoptée, mais la politique régionale sera alignée sur les politiques mondiales.

4.d. Résultats du premier dialogue sur le financement (EUR/RC63/19)

65. Le directeur de la Division Suivi des performances, coordination des ressources et planification du Siège de l'OMS déclare que le dialogue sur le financement a été organisé de manière à assurer une correspondance entre les prestations convenues de l'OMS et les ressources nécessaires pour les financer. Au cours d'une réunion, en juin 2013, les États membres ont pris des engagements en faveur de certaines caractéristiques du financement qui étaient importantes pour l'OMS, notamment l'alignement du financement sur le budget programme, l'accroissement de la prévisibilité et de la flexibilité du financement et l'élargissement du cercle des contributeurs. La planification opérationnelle depuis cette réunion est bien avancée ; un prototype de portail Web est en train d'être élaboré et des réunions bilatérales sont organisées avec les États membres qui ont manifesté de l'intérêt pour cela. Les pays du bloc BRICS (Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) et les États du Golfe sont également approchés. Une réunion qui doit se tenir en novembre 2013 permettra aux contributeurs d'expliquer leurs engagements ou leurs intentions en matière de financement et permettra d'indiquer les postes qui restent sous-financés. Des solutions à tout sous-financement pourraient ensuite être examinées. Cette réunion nécessitera des informations sur le budget programme 2014-2015, qui seront placées sur le portail Web, et sur la répartition des contributions volontaires pour 2014-2015 par catégorie, programme et grand bureau, ce qui exigera une contribution substantielle de la part des États membres et d'autres contributeurs. Il s'agit désormais pour les États membres de confirmer les réunions bilatérales avec le secrétariat et d'encourager la participation de hauts représentants d'organismes de développement et des ministères des Affaires étrangères à ces réunions.

5. Mise en œuvre de Santé 2020 : progrès accomplis et faits nouveaux depuis la soixante-deuxième session du Comité régional, et présentation du rapport sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC63/Inf.Doc./1)

66. Le président fait remarquer que, bien qu'aucun rapport au Comité régional sur Santé 2020 n'ait été requis en 2013, le CPRC a néanmoins décidé d'inclure ce point à l'ordre du jour afin de permettre aux États membres de faire part de leurs expériences quant à sa mise en œuvre. Depuis l'adoption de Santé 2020 par le Comité régional en 2012, le Bureau régional a pris des mesures pour sensibiliser le public et soutenir les États membres dans la création des conditions nécessaires pour

sa mise en œuvre. Des capacités doivent donc être générées en appliquant les valeurs fondamentales de Santé 2020, les déterminants sociaux de la santé, la gouvernance et la collaboration intersectorielle dans le but de mettre en place une couverture maladie universelle pour une amélioration des résultats obtenus dans le domaine sanitaire. Un certain nombre d'États membres ont élaboré ou sont en train d'élaborer des politiques nationales fondées sur Santé 2020, qui est également pertinent à l'échelle sous-nationale, comme dans le cas des réseaux des Villes-santé et des Régions-santé de l'OMS.

67. La directrice régionale déclare que Santé 2020 a été conçu en vue d'une mise en œuvre concrète, avec de nouveaux outils et moyens, notamment des plates-formes Web. Une large publicité a été assurée à cette politique lors d'événements de haut niveau, et des réunions ont eu lieu dans les bureaux de pays pour favoriser son acceptation. Le fait que la plupart des pays de la Région aient demandé un soutien technique pour l'établissement de partenariats multisectoriels est un signe évident de l'adhésion à cette politique. Un pays a testé le plan de mise en œuvre et plusieurs autres ont repris divers aspects de la politique-cadre Santé 2020 pour orienter la prise de décisions au niveau national. Quant au Bureau régional, il œuvre de manière holistique pour la fourniture d'un soutien aux pays, et des consultants sont engagés en complément au personnel existant. Des « cibles » et des indicateurs ont été proposés afin de mesurer et d'évaluer les résultats, et ces propositions seront examinées par le Comité régional.
68. L'Étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS a fourni la preuve que l'on peut limiter les inégalités dans le domaine de la santé. Quoiqu'il y ait encore des disparités, par exemple en ce qui concerne l'espérance de vie dans la Région, les causes en sont désormais connues, et il a été démontré que ces écarts pouvaient être réduits par un accès universel à des soins de santé de haute qualité et une mise en rapport avec les politiques sociales. Les incidences pratiques de la mise en œuvre des recommandations de l'étude feront l'objet d'une discussion en 2014. Dès lors, cette publication est lancée lors de la session en cours du Comité régional. Son lancement officiel aura lieu à Londres à la fin du mois d'octobre. *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century* est également une publication importante. La gouvernance est étroitement liée aux déterminants sociaux de la santé, et elle doit prendre de nouvelles formes. Bien que les pays puissent adopter des démarches différentes, ils resteront unis dans un même but tout en préservant leurs particularités.
69. Une vidéo sur le manque d'équité dans les déterminants sociaux de la santé est présentée.
70. Le directeur de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être réaffirme que Santé 2020 a été conçu comme une stratégie d'action et d'innovation dans les politiques nationales de santé et fournit des solutions concrètes aux défis de la santé publique, qui

sont basées sur des éléments probants et des informations. Il peut également être utilisé pour comparer les politiques et stratégies des différents pays. Les processus et mécanismes visant à faire participer d'autres secteurs aux démarches de la santé dans toutes les politiques et aux initiatives pangouvernementales et pansociétales sont décrits comme un moyen d'assurer une meilleure santé et une meilleure résilience et de responsabiliser les communautés. Les bases factuelles rendent les interventions légitimes, fournissant ainsi le fondement d'un engagement politique, et font valoir les aspects moraux et économiques de la santé. Des liens ont été établis entre Santé 2020 et chaque aspect du travail du Bureau régional, et des équipes intersectorielles sont à l'œuvre dans les pays. Le dispositif de mise en œuvre contient des outils, des guides et des services pour la communication et la promotion dans le but d'impliquer d'autres secteurs. Il serait important, à cet égard, de répandre l'usage des médias sociaux.

71. Un membre du CPR, présentant la position du Comité permanent sur la mise en œuvre de Santé 2020, précise que le CPR a exprimé sa vive satisfaction en ce qui concerne le travail réalisé par le Bureau régional au cours de l'année précédente pour aider les pays qui introduisent Santé 2020. Le CPR a noté l'impressionnant volume d'activité déployée pour créer les conditions préalables nécessaires : sensibilisation dans toute la Région, intégration des valeurs, des principes et des approches de Santé 2020 dans tous les aspects du travail du Bureau régional et renforcement des capacités pour la mise en œuvre aux niveaux régional et national. Le CPR a été impressionné par la détermination manifestée par la directrice régionale et son équipe pour rendre Santé 2020 opérationnel. Le Comité permanent se félicite du dispositif de mise en œuvre, et en particulier des éléments destinés à la présentation de la politique à d'autres secteurs, à l'élaboration de politiques sanitaires nationales, à la présentation de démarches intersectorielles et d'approches tenant compte de tout le cycle de vie, à la lutte systématique contre les inégalités et au renforcement des systèmes de santé et des services de santé publique, ce dernier point étant particulièrement important. Le CPR loue le Bureau régional pour la qualité des bases factuelles et des conseils concrets présentés dans les diverses publications lancées. Ceux-ci constituent l'ossature de Santé 2020.
72. Une table ronde est organisée, animée par le professeur de santé publique européenne de la London School of Hygiene and Tropical Medicine de Londres (Royaume-Uni), avec la participation de la directrice générale de la santé publique et médecin conseillère technique de l'Autriche, des ministres de la Santé de Lettonie, de Lituanie, de Serbie, de Turquie et d'Ukraine, et de la vice-ministre de la Santé du Monténégro.
73. Le ministre de la Santé turc affirme qu'une approche multisectorielle de la santé exige un solide leadership d'ensemble pour que d'autres ministères rejoignent le mouvement. En Turquie, un accès équitable aux soins de santé a été assuré à la population ces dix dernières années, et l'introduction de Santé 2020 deux ans plus tôt a permis de redoubler d'efforts. D'autres secteurs se rendent

compte que les investissements dans la santé humaine amènent des améliorations dans leurs propres domaines.

74. Les ministres de la Santé de Lettonie, de Lituanie et de Serbie décrivent les différents organes mis en place pour coordonner d'autres ministères dans les discussions sur la santé dans toutes les politiques. En Lettonie et en Serbie, les ministres des autres secteurs ont été persuadés qu'une bonne santé est la base du développement économique et social, alors qu'en Lituanie, il a été difficile d'associer tous les secteurs aux initiatives, et la participation du secteur économique a été sapée par les arguments du monde de l'industrie.
75. La ministre de la Santé ukrainienne déclare que chaque gouvernement doit trouver ses propres méthodes pour faire participer tous les secteurs, mais qu'une volonté politique est nécessaire pour mettre en œuvre toutes les dispositions de Santé 2020. C'est le cas dans son pays, où une législation contraignante a été adoptée pour mettre en œuvre cette politique dans tout le système de santé.
76. La médecin conseillère technique autrichienne reconnaît que, même si l'espérance de vie est particulièrement élevée dans son pays, l'espérance de vie en bonne santé reste problématique. Le gouvernement et le parlement ont approuvé des politiques intersectorielles pour la définition et la réalisation d'objectifs de santé. Un comité multipartite a été institué, avec la participation de la société civile, afin de fixer et de prioriser 10 objectifs. La question actuellement à l'étude est la mise en œuvre et le financement des activités intersectorielles.
77. La vice-ministre de la Santé du Monténégro souligne l'utilité d'une collaboration entre petits pays comme le sien. La Serbie aussi a développé la collaboration avec les pays voisins, en particulier dans le domaine des soins de santé primaires. Notant que les ressources disponibles pour mettre en œuvre Santé 2020 seront toujours maigres, la ministre de la Santé ukrainienne déclare que l'accent devrait être placé sur la qualité de la mise en œuvre. Il est également important de choisir les bons partenaires, y compris des organisations issues de la collectivité et des groupements bénévoles, et d'approcher les organisations internationales.
78. Plusieurs participants évoquent les restrictions imposées par la récente crise financière. En Lettonie, certains éléments de l'infrastructure de la santé publique ont dû être fermés. Cependant, cela a entraîné une utilisation plus efficace et plus créative des ressources et a donné la priorité aux soins de santé primaires. Le ministre de la Santé lituanien fait observer qu'au cours de la présidence de son pays au Conseil de l'UE, il a remarqué qu'à la base, les investissements dans le domaine de la santé sont considérés à tort comme une « dépense », alors qu'ils induisent une croissance économique.

79. Plusieurs intervenants mentionnent le manque d'outils pratiques pour surmonter les difficultés de la mise en œuvre et déterminer si leurs résultats sont comparables à ceux d'autres pays. Il faut des indicateurs et des algorithmes pour mesurer l'efficacité des systèmes de santé, avec de bons exemples. La médecin conseillère technique autrichienne suggère qu'un dictionnaire des termes utilisés par d'autres secteurs politiques soit produit pour pouvoir rédiger des messages convaincants.
80. Au cours du débat ultérieur en séance plénière, les participants expriment leur profond enthousiasme pour Santé 2020. Ce cadre a donné à la Région européenne un outil puissant pour réaliser les objectifs d'amélioration de la santé pour tous, de lutte contre les inégalités en matière de santé et de renforcement du leadership et de la gouvernance pour la santé. Ses objectifs (comme la prévention des maladies, les modes de vie sains, la solidarité, la responsabilisation et la coopération intersectorielle) sont reflétés dans les priorités des systèmes de santé de nombreux pays. Par ailleurs, stimulés par cette politique-cadre, les pays adoptent des politiques novatrices, en particulier pour les groupes de population vulnérables comme les enfants ou les personnes de plus de 50 ans. Cette politique propose aussi des conseils lorsque des réformes des systèmes de soins de santé doivent être entreprises en réaction à la crise économique. Le fait de concentrer les efforts sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie génère du bien-être et favorise la cohésion sociale, tout en contribuant à la durabilité des systèmes de santé à moyen et à long termes. On est également en train de constater que le développement des services de proximité et l'extension de la couverture de l'assurance-maladie sont des mesures d'un bon rapport coût-efficacité. Renforcer le rôle et les fonctions des soins de santé primaires, une approche adoptée par plusieurs pays, sera le thème d'une conférence qui se tiendra à Almaty (Kazakhstan) en novembre 2013.
81. Cependant, des approches intersectorielles pour la gestion des déterminants de la santé, comme celles qui font intervenir l'ensemble des secteurs ministériels ou qui exigent l'intégration de la santé dans toutes les politiques, ne sont possibles que si le pays possède déjà un secteur de santé fort. Il est nécessaire de trouver des moyens de faire de la santé un facteur clé dans le programme de développement. L'incorporation de la santé dans les plans de développement régionaux (sous-nationaux) en utilisant, dans l'un des cas, le Réseau des Villes-santé à cet effet, représente une piste prometteuse. Certains représentants recommandent que le Bureau régional fournisse aux pays davantage d'occasions de faire part de cette expérience et d'échanger les meilleures pratiques en matière de mise en œuvre de Santé 2020. Une plate-forme de coopération est assurée grâce à un projet quinquennal pour les pays ayant une population de moins d'un million d'habitants.
82. La directrice régionale et son personnel sont remerciés pour le soutien qu'ils apportent. Un représentant, en particulier, apprécie l'affectation d'un expert international pour travailler à

l'élaboration des politiques avec le personnel national. La mise en œuvre de Santé 2020 permet de tisser des liens plus étroits entre les États membres et le Bureau régional.

83. Le lancement de l'Étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire reçoit un accueil enthousiaste. Il serait important que les conclusions de cette étude soient intégralement reprises dans les domaines stratégiques, techniques et politiques du travail de l'OMS, et y fassent l'objet d'un suivi. Le secrétariat a donc été prié de lancer un processus d'élaboration d'un projet de résolution sur ce sujet, pour examen par le CR64.
84. Des déclarations écrites ont été présentées par l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne, l'International Association for Medical Education, le Bureau international de l'épilepsie, l'International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, le Comité permanent des médecins européens et la Confédération mondiale des sociétés d'acupuncture-moxibustion.
85. En réponse à certains commentaires, la directrice régionale annonce aux participants que le Bureau régional a entrepris d'examiner les outils conçus pour aider à la mise en œuvre de Santé 2020, y compris ceux qui ont été mis au point par des partenaires et des États membres, afin de déceler de quelconques lacunes. Une prochaine étude de l'OCDE ainsi qu'un outil basé sur le Web et des synthèses sectorielles en cours d'élaboration au Bureau régional viendront compléter les instruments à la disposition des États membres. Afin de renforcer les capacités dans les États membres, elle suggère qu'un groupe d'experts soit constitué pour promouvoir la mise en œuvre de Santé 2020 et effectuer les activités requises pour le renforcement des capacités, peut-être en collaboration avec un réseau de spécialistes plus étendu.
86. La directrice régionale convient qu'un projet de résolution sur les déterminants sociaux et la fracture sanitaire devrait être présenté au CR64. Le directeur de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être propose que les pays envisagent un lancement de l'étude européenne à l'échelle locale et sous-nationale.

6. Cadre de suivi de Santé 2020, avec indicateurs (EUR/RC63/8, EUR/RC63/Conf.Doc./7)

87. La directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation rappelle que lorsque le Comité régional a adopté la politique-cadre Santé 2020 l'année précédente, il a aussi adopté une « série d'objectifs régionaux ... et les indicateurs appropriés pour la Région européenne » (résolution EUR/RC62/R4). En conséquence, un groupe d'experts (comprenant des représentants de l'OCDE et de la Commission européenne), prenant comme point de départ les travaux réalisés par un groupe de travail du CPR, s'est réuni au Bureau régional en février 2013 et a proposé une série de « cibles » quantifiées et une liste restreinte de 20 indicateurs. Après leur

examen par le Comité permanent, une consultation des pays au sujet des indicateurs a été organisée par écrit en avril 2013. Trente États membres ont participé à cette consultation, exprimant un soutien massif pour les indicateurs de base et les indicateurs supplémentaires. De nombreuses observations pertinentes et détaillées ont été faites sur leur concrétisation et leur mise au point. Ensuite, lors de sa session de mai 2013, le Comité permanent s'est accordé sur les indicateurs révisés, et le projet de résolution qui les accompagnait, à soumettre au Comité régional.

88. Afin d'harmoniser les données requises et d'alléger le fardeau des rapports, presque tous les indicateurs sont déjà communiqués régulièrement. Deux d'entre eux seront collationnés par le Bureau régional dans le cadre du processus de notification de la santé pour tous. L'indicateur de bien-être subjectif (satisfaction par rapport à la vie) est également utilisé dans des études de l'UE ; un accord a été conclu avec un institut d'études afin qu'il fournisse des données sur cet indicateur pour tous les États membres européens. Les indicateurs de bien-être objectif seront finalisés par un groupe de travail et par les États membres à la fin de 2013.
89. Les rapports relèveront de la responsabilité du secrétariat du Bureau régional. Outre le rapport annuel de la directrice régionale, une publication annuelle sur les indicateurs sanitaires de base a été lancée, et l'on prévoit de sortir une nouvelle publication sur les statistiques européennes de la santé et d'établir une nouvelle plate-forme d'informations sanitaires régionales européennes en 2014. Le *Rapport sur la santé en Europe 2012* contient, lui aussi, de nombreuses données statistiques axées sur le bien-être.
90. Un membre du CPRC salue l'exemplaire processus consultatif qui a mené à l'élaboration de la liste des indicateurs proposés. Ce processus a été supervisé par le groupe de travail du CPRC sur les « cibles ». Il est essentiel que le Comité régional adopte les indicateurs et le cadre de suivi, afin de pouvoir contrôler si Santé 2020 fait une différence pour la santé et le bien-être en Europe. Il souligne que les indicateurs sont alignés sur le Cadre global mondial de suivi pour les maladies non transmissibles, et que la charge que représente pour les États membres la communication d'informations ne sera pas alourdie. En conséquence, le Comité permanent recommande que le projet de résolution soit adopté dans son intégralité.
91. Au cours du débat qui suit, tous les intervenants louent l'excellent travail accompli par le secrétariat pour la coordination des travaux des différents groupes d'experts et le vaste processus de consultation engagé avec les États membres. Ils sont heureux d'apprendre que des mesures ont été prises pour harmoniser les données exigées, se baser sur les données existantes et éviter une double notification. La création d'un système d'information unifié permettra d'alléger considérablement la charge de travail des spécialistes nationaux. La fixation d'objectifs au niveau régional est raisonnable, étant donné que cela permettra à chaque pays d'arrêter des interventions en se fondant

sur ses propres points de départ. Un intervenant, s'exprimant au nom de cinq pays, demande que davantage d'indicateurs soient ventilés en fonction des dimensions socioéconomiques.

92. La proposition suggérant de terminer l'élaboration des indicateurs objectifs de bien-être pour la fin 2013 est bien accueillie. Le représentant d'un État membre attire l'attention de l'assemblée sur l'importance d'un soutien aux familles en tant que fondement de la santé physique et mentale et du bien-être des générations futures. Un autre intervenant demande une explication au sujet de la mention figurant dans le document, dans la colonne intitulée « indicateurs de base », à savoir que « les maladies du système digestif (codes K00-K93 dans la CID-10) [sont] également suggérées mais sont à déclarer séparément ».
93. L'un des représentants, s'exprimant au nom de l'UE et de ses pays membres, propose un certain nombre d'amendements au projet de résolution, afin de soutenir les travaux futurs dans ce domaine. La directrice régionale apprécie le fait que ces propositions, qui ont renforcé le projet, ont été diffusées à l'avance et confirme qu'elles cadrent bien avec la « feuille de route » convenue par la Commission européenne et le Bureau régional afin de s'acheminer vers un système unifié d'informations sanitaires.
94. Une déclaration écrite est présentée par la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine.
95. La directrice de la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation remercie les représentants pour leurs commentaires. Les pays sont encouragés à soumettre les données relatives aux indicateurs en les ventilant, par exemple, par âge, sexe et origine ethnique et par groupes socioéconomiques, vulnérables et sous-nationaux, lorsque de telles données sont disponibles. Les données sur les maladies du système digestif doivent être considérées comme un indicateur supplémentaire. Le secrétariat sera heureux de poursuivre les consultations avec les États membres afin de parvenir à un accord sur les indicateurs du bien-être objectif pour la fin 2013.
96. Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R3.

7. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, Vienne (Autriche), 4 et 5 juillet 2013
(EUR/RC63/14, EUR/RC63/Conf.Doc./10 Rev.1)

97. Le directeur de la division Maladies non transmissibles et cycle de vie précise que 15 des 20 plus importants facteurs de risque dans la charge mondiale de morbidité sont en rapport avec la nutrition et l'activité physique. Dans 46 pays de la Région européenne de l'OMS, plus de la moitié de la population est en surpoids ou obèse et tous les pays enregistrent une consommation de sel par

habitant d'un niveau bien supérieur à celui recommandé par l'OMS. Alors que de nombreux pays ont pris des mesures dans les domaines liés à l'information et à la sensibilisation, ils sont relativement peu à s'être lancés dans des changements sur le plan environnemental et législatif. Afin d'assurer le suivi de la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité (2006) et du Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, il a fallu un mandat renouvelé pour une intervention du Bureau régional.

98. La Déclaration de Vienne adoptée à la Conférence ministérielle organisée en juillet 2013 couvre cinq domaines prioritaires :
- instaurer des environnements où l'on pourra manger et boire sainement, et encourager l'activité physique pour tous les groupes de la population ;
 - promouvoir les bienfaits pour la santé d'une alimentation équilibrée tout au long de la vie, en particulier pour les personnes les plus vulnérables ;
 - renforcer les systèmes de santé afin de promouvoir la santé et de fournir des services pour les maladies non transmissibles ;
 - aider à assurer la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche concernant l'état et les comportements de la population sur le plan nutritionnel ;
 - renforcer la gouvernance, les alliances et les réseaux et mettre les communautés en mesure de consentir des efforts de promotion de la santé et de prévention.
99. Dans la Déclaration, les participants à la Conférence ont également exhorté le Comité régional de l'OMS pour l'Europe à « donner mandat pour l'élaboration d'un nouveau plan d'action sur l'alimentation et la nutrition » et à « donner mandat pour l'élaboration d'une stratégie sur l'activité physique, parallèlement au nouveau plan d'action sur l'alimentation et la nutrition ». Le Comité régional sera saisi du plan d'action et de la stratégie en ses soixante-quatrième et soixante-cinquième sessions.
100. Un membre du CPR signale qu'à la suite d'une consultation technique en ligne, une réunion des points focaux nationaux de la Région pour la nutrition s'est tenue à Tel Aviv (Israël) en mars 2013, une réunion du « réseau d'action » a eu lieu à Ankara (Turquie) en juin 2013, un groupe de rédaction composé de représentants de 16 États membres a été institué, et la directrice régionale a mis en place un « groupe sénatorial » en vue d'émettre des conseils sur les aspects scientifiques et veiller à ce que la Déclaration de Vienne soit fondée sur des bases factuelles. La conférence ministérielle a permis de réunir plus de 300 participants, avec des délégations de 43 États membres de la Région européenne, dont 28 au niveau ministériel. Le document final intègre pleinement les principes de Santé 2020. Il est aussi conforme à la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non

transmissibles 2011 et au Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, ainsi qu'à la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le CPCR encourage donc le Comité régional à approuver la Déclaration de Vienne.

101. Au cours de la discussion qui suit, les représentants remercient chaleureusement le gouvernement autrichien d'avoir accueilli la conférence ministérielle. Ils expriment leur appui à la Déclaration de Vienne et font aussi observer qu'elle constitue une étape stratégique particulièrement importante et venant à point nommé. Ils décrivent certaines des interventions déjà mises en œuvre par leur pays pour promouvoir une alimentation saine et réduire l'obésité, en particulier chez les enfants et les adolescents, et encourager l'activité physique, deux domaines nécessitant une action en parallèle. Les mesures préventives ne peuvent être efficaces que si elles agissent sur un maximum de facteurs de risque, et de manière complexe. Telle est la raison pour laquelle la réduction des facteurs de risque nutritionnels de l'obésité infantile exige une action coordonnée. À cet égard, un engagement des pouvoirs publics de haut niveau et la coopération multisectorielle s'avèrent indispensables. Un intervenant met particulièrement en évidence les bienfaits potentiels de la promotion de l'activité physique, et indique que les centres collaborateurs de l'OMS peuvent apporter une contribution importante à ces efforts. Le Centre régional de développement de la santé du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est pour les maladies non transmissibles a également un rôle à jouer dans le renforcement de la capacité des pays à honorer les engagements pris aux niveaux national et européen pour réduire les maladies non transmissibles.
102. La proposition visant à élaborer un plan d'action sur l'alimentation et la nutrition ainsi qu'une stratégie sur l'activité physique est accueillie avec satisfaction, notamment compte tenu de la nécessité d'entreprendre une action transfrontalière. Les nouvelles stratégies qui s'inscrivent dans le cadre général de Santé 2020 doivent être complémentaires à celui-ci et soutenir son approche horizontale, tout en mettant l'accent sur les causes profondes des problèmes de santé. Toute collaboration avec les acteurs non étatiques à l'élaboration du projet de plan d'action sur l'alimentation et la nutrition doit être fondée sur les principes arrêtés à cet égard par les organes directeurs de l'OMS en 2014, pour éviter ainsi d'éventuels conflits d'intérêts. En outre, les futures propositions en matière de plans d'action et de stratégies doivent être étayées au stade initial par des informations relatives au raisonnement les sous-tendant, notamment la valeur ajoutée et les incidences financières et autres.
103. Un représentant s'exprimant au nom de l'UE et de ses pays membres a proposé un certain nombre d'amendements aux paragraphes du projet de résolution.
104. Des déclarations sont effectuées par écrit par la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine et le World Cancer Research Fund International.

105. Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R4, telle que modifiée.

8. Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé : la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques : un appel à l'action ; notamment la Journée de l'Europe : Promouvoir la santé dans toutes les politiques : expériences de la Région européenne, Helsinki (Finlande), 10-14 juin 2013

106. Une participante de la Finlande explique que la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé a analysé la manière de mettre en œuvre l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques au niveau pangouvernemental, avec un accent particulier sur le rôle des pouvoirs publics dans la réalisation des OMD, et conformément au processus visant à définir le Programme de développement pour l'après-2015. La Journée de l'Europe organisée lors de la conférence a présenté des exemples spécifiques de problèmes et de solutions dans la Région européenne, les sujets abordés s'inspirant d'ailleurs des domaines prioritaires de Santé 2020. Parmi les résultats de la conférence figurent la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, avec des recommandations à l'intention des pouvoirs publics et de l'OMS, ainsi que le Cadre d'action au niveau des pays pour la prise en compte de la santé dans toutes les politiques. En substance, les pouvoirs publics doivent accorder une place à la santé, entre diverses priorités concurrentes, et en toute transparence.

107. Au cours du débat, des intervenants remercient le gouvernement finlandais et l'OMS pour l'organisation de la conférence. La Déclaration d'Helsinki réaffirme la nécessité d'intégrer la santé dans toutes les politiques afin d'aplanir les inégalités sociales en matière de santé et d'améliorer l'efficacité des politiques de santé. Elle peut être également considérée comme une suite logique à la Déclaration de Moscou adoptée lors de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, organisée en 2011. On s'est félicité de l'ajout de la santé mentale au programme de la conférence, et une représentante espère que cette thématique sera également prise en compte dans une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé relative à la conférence. Une autre intervenante considère qu'un engagement pangouvernemental envers la promotion de la santé et l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques est essentiel pour garantir la priorité de la santé.

9. Réunion de haut niveau sur les systèmes de santé en période de crise économique mondiale : le point de la situation dans la Région européenne de l'OMS, Oslo (Norvège), 17 et 18 avril 2013
(EUR/RC63/13, EUR/RC63/Conf.Doc./9)

108. Le directeur de la division Systèmes de santé et santé publique explique comment le Bureau régional aide les États membres à intervenir de manière efficace face à la crise économique en apportant un appui technique, et notamment des nouveaux éléments de preuve solides à cet égard. Le document final de la réunion de haut niveau énonce dix enseignements politiques et recommandations. Ensuite, le Bureau régional devra faciliter le dialogue entre les secteurs de la santé et des finances, conjointement avec des partenaires tels que l'OCDE et le Fonds monétaire international (FMI), achever la compilation d'éléments de preuve avec l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, organiser des dialogues politiques au niveau des pays, et améliorer les systèmes de surveillance de l'impact sanitaire des crises économiques. L'ensemble des activités et des personnels nécessaires à cette fin sont pris en compte dans le budget programme 2014-2015, au titre de la catégorie 4 (systèmes de santé).
109. Selon le représentant de la Norvège, la réunion de haut niveau de 2013 fait suite à celle consacrée à « La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS », et accueillie par son pays en 2009. La Norvège apporte son appui aux dix enseignements politiques et recommandations de la réunion de 2013, d'ailleurs élaborés dans le cadre d'un processus de consultation. Le projet de résolution du Comité régional s'inspire de ces derniers ainsi que des 12 recommandations de 2009. Chaque nouvelle année de compressions budgétaires rendant plus difficile le maintien de l'accès à des services de qualité et de la couverture sanitaire universelle, la Norvège demande donc instamment au Bureau régional de continuer à jouer son rôle de chef de file et de soutenir les États membres.
110. Au cours de la discussion qui suit, tous les intervenants remercient le gouvernement norvégien et le Bureau régional d'avoir organisé la réunion de haut niveau, et se félicitent de l'adoption du document final d'Oslo. Les représentants remercient également le Bureau régional et l'Observatoire d'apporter des éléments de preuve et d'autres formes de soutien aux pays confrontés au défi de maintenir, voire même d'améliorer, la performance de leur système de santé pendant la crise économique actuelle. Les intervenants tirent des enseignements importants des dix recommandations du document final, et des progrès qu'ils ont accomplis dans le maintien et la protection de leur système de santé et de la santé des populations.
111. Une représentante s'exprimant au nom des pays du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est se félicite de la présentation en temps voulu, à la réunion d'Oslo, des éléments de preuve sur l'impact sanitaire de la crise. Le réseau fondera ses prochaines actions consolidées sur les dix enseignements

et recommandations qui, d'ailleurs, sont alignés sur les valeurs de Santé 2020 et de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Ses pays membres invitent le Bureau régional à participer à leur projet pilote multipartenaires pour la prestation de services de promotion de la santé de qualité à tous les niveaux du système de santé.

112. S'inspirant du document final et de leur expérience, les représentants réaffirment que les systèmes de santé résilients sont plus à même de surmonter les crises et de réduire les effets négatifs de ces dernières sur la santé. À l'instar des menaces, les crises sont l'occasion de procéder à des réformes structurelles des systèmes de santé et d'analyser de nouveaux moyens de générer des ressources, comme les mesures fiscales pour lutter contre l'usage du tabac et de l'alcool. Si les pays doivent prendre des mesures à court, moyen et long termes en vue de renforcer et de protéger les systèmes de santé en période de crises, notamment en équilibrant les budgets et en rationalisant les services, l'amélioration de la gestion et de la répartition des ressources n'est cependant pas une panacée. Les systèmes de santé requièrent aussi des investissements, et ceux qui peuvent prouver leur utilité en termes sanitaires et économiques sont plus susceptibles de garantir un financement durable.
113. Le dialogue entre les secteurs de la santé et des finances ainsi que les mécanismes intersectoriels constituent d'importants moyens de réunir des arguments en faveur de la santé, mais des bases factuelles sont essentielles à cette fin. On a besoin de dépositaires de données factuelles, comme le Bureau régional et l'Observatoire, pour fournir les arguments adaptés à la prise de décisions. Dans un environnement complexe, l'OMS apporte un soutien précieux à l'échange de politiques efficaces. En Europe, les acteurs influents, comme l'OMS, l'UE et l'OCDE, doivent intensifier leur coopération en vue d'améliorer l'utilité des données relatives aux systèmes de santé émanant des États membres, et de proposer de meilleurs outils pour appuyer les pays.
114. Une déclaration écrite est présentée par le Conseil international des infirmières.
115. En guise de réponse, le directeur de la division Systèmes de santé et santé publique remercie le gouvernement norvégien et de nombreux autres États membres d'exhorter le Bureau régional à maintenir son rôle de chef de file en ce qui concerne le financement de la santé et la viabilité financière des systèmes de santé. Eu égard à l'interaction entre les politiques sanitaires et budgétaires, le message le plus important émanant des États membres est que les pouvoirs publics peuvent choisir où affecter davantage ou moins de fonds, même avec une enveloppe financière restreinte. Par conséquent, il importe de définir des priorités, et celles-ci peuvent être influencées par un bon dialogue intersectoriel, les bases factuelles et l'opinion des citoyens. Ce message est conforme à la Charte de Tallinn, et fait écho à l'appel lancé lors de la réunion de haut niveau de 2009, à savoir que chaque ministre doit être aussi ministre de la Santé. L'OMS continuera à

défendre le principe de la santé comme droit fondamental, en se fondant sur les valeurs de la solidarité et de l'équité énoncées dans Santé 2020.

116. Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R5.

10. Progrès réalisés dans la mise en œuvre du Processus européen Environnement et santé – Rapport du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé *(EUR/RC63/10)*

117. Le président exécutif présente le rapport du CMES, qui fait état des activités mises en œuvre en vue d'honorer les engagements pris lors de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé organisée à Parme (Italie) en 2010. Le travail réalisé par le CMES est étroitement lié à Santé 2020 : créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien pour la santé constituant l'un des domaines prioritaires du cadre politique. En outre, et par l'intermédiaire du Processus européen Environnement et santé, l'OMS fut l'initiatrice des approches pangouvernementales et de celles axées sur la santé dans toutes les politiques qui, d'ailleurs, sont au centre de Santé 2020. Le Processus européen Environnement et santé a permis d'établir des instruments juridiquement contraignants sur les questions d'environnement et de santé, et contribué à la prise en compte de la dimension sanitaire du changement climatique dans l'ordre du jour des ministères de la Santé et de l'Environnement. Un nouveau mécanisme de gouvernance pour le Processus européen Environnement et santé est en place depuis 2010. L'EHTF et le CMES représentent tous les États membres et les parties prenantes, et encadrent la mise en œuvre des engagements de la Conférence de Parme.

118. Un membre du CPRC déclare que le Comité permanent a examiné le rapport du CMES et noté avec satisfaction les efforts déployés par les États membres et les autres parties prenantes, ainsi que par le secrétariat, depuis la Cinquième Conférence ministérielle de Parme. Guider les États membres dans leur mise en œuvre des engagements de la Conférence de Parme constitue une priorité de la nouvelle gouvernance du Processus européen Environnement et santé. Celle-ci revêt une importance particulière dans le climat économique actuel. La crise financière a exercé une influence considérable sur les capacités des États membres à investir dans le domaine de la prévention primaire en instaurant un environnement plus sûr et plus sain. Bien que ces investissements constituent une nécessité stratégique particulièrement rentable en termes d'amélioration de la santé, ils sont souvent sacrifiés dans la mesure où ils sont considérés comme un luxe superflu ou un obstacle à la croissance économique. En même temps, la nature volontaire du Processus européen Environnement et santé fait qu'il dépend des intérêts politiques des États membres et de leur engagement actif.

119. Afin que le Processus européen Environnement et santé conserve son utilité pour ces deux secteurs, des mesures doivent être prises pour redéfinir les critères qui sous-tendent la définition de ses priorités. Des mécanismes doivent également être mis en place pour permettre aux États membres de choisir leurs propres priorités et d'agir sur ces dernières, en préparation de la prochaine Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé de 2016. Les priorités doivent être définies dans le contexte des principaux cadres politiques internationaux réalisés depuis la Conférence de Parme, et il convient également de tenir compte de l'interdépendance des objectifs économiques, sociaux et environnementaux. S'agissant de la question de la gouvernance du Processus européen Environnement et santé, il explique que les nouvelles dispositions institutionnelles ont été élaborées en vue d'en optimiser l'efficacité, notamment la création d'un programme de travail intersessions.
120. Une table ronde est organisée, animée par le coordonnateur Environnement et santé de la division Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, avec la participation de la ministre serbe de la Santé, coprésidente du CMES, un représentant du ministère israélien de la Santé, le directeur général adjoint, ministère fédéral allemand de l'Environnement, de la Conservation de la nature et de la Sûreté nucléaire, coprésident du CMES, et un représentant du secrétaire exécutif de la CEE-ONU.
121. La ministre serbe de la Santé, coprésidente du CMES, donne un aperçu des efforts déployés par son ministère en vue de relever le défi de la surveillance des maladies non transmissibles moyennant des mesures rentables de prévention primaire, conformément aux engagements de la Conférence de Parme. Deux études menées dans la localité de Zajača, la première sur la gestion des sites contaminés et la seconde sur la surveillance de l'exposition des enfants au plomb, figurent parmi les actions réalisées conjointement avec le ministère de l'Énergie, du Développement et de la Protection de l'environnement. Un atelier de formation a été organisé sur l'élimination des maladies liées à l'amiante en Europe du Sud-Est. Un plan d'action national pour l'environnement et la santé des enfants a été élaboré, et a conduit à la réalisation d'un projet d'enquête en milieu scolaire visant à améliorer la qualité de l'air intérieur dans les écoles, à assurer l'accès des enfants à l'assainissement et à promouvoir l'activité physique. Des plans relatifs à la qualité de l'air ont été rédigés pour quatre localités. Enfin, la Serbie met en œuvre un projet de transport urbain durable à Belgrade et souhaite signer la Déclaration d'Amsterdam du Programme paneuropéen pour les transports, la santé et l'environnement (PPE-TSE).
122. Un représentant d'Israël, s'exprimant au nom du ministre de la Protection de l'environnement, reconnaît que la santé joue un rôle important dans la définition des priorités environnementales. Les bases factuelles relatives aux effets sanitaires des polluants de l'air, de l'eau et des sols sont à l'origine d'un renforcement de la réglementation environnementale. Les rapports sur l'infection au

virus du Nil occidental et la leishmaniose ont incité les autorités chargées de l'environnement à examiner les moyens d'éviter la reproduction des moustiques et des phlébotomes (mouches des sables). Il importe que les secteurs de l'environnement et de la santé collaborent à la promotion de l'équité sociale et environnementale en garantissant le droit de tous à un environnement sûr et sain. Les problèmes transfrontaliers, tels que la qualité de l'air, la lutte antivectorielle et la gestion des eaux usées, ne peuvent être traités que dans le cadre d'une action conjointe entre les secteurs et entre les nations.

123. S'agissant de la question de savoir si l'investissement dans l'environnement peut être effectivement considéré comme un investissement dans le secteur de la santé, il explique que l'environnement et la santé sont étroitement liés, et qu'il convient d'examiner les conséquences pour la santé des politiques de l'environnement et de développement.
124. Le directeur général adjoint, ministère fédéral allemand de l'Environnement, de la Conservation de la nature et de la Sûreté nucléaire, coprésident du CMES, déclare que la santé constitue la source essentielle de motivation pour la réglementation dans le domaine de l'environnement, les mesures d'ordre environnemental ayant d'ailleurs tendance à bénéficier d'un plus grand soutien lorsqu'elles contribuent à la santé humaine. L'importance du Processus européen Environnement et santé ne fait donc aucun doute. On ne peut réaliser la santé dans un environnement contaminé. De nombreux accords multilatéraux dans le secteur de l'environnement, tels que ceux interdisant certains produits chimiques et pesticides ou le transport de substances dangereuses, ont des implications pour la santé. Les secteurs de l'environnement et de la santé étant confrontés à des défis communs et visant des objectifs communs, ils doivent donc œuvrer de concert à la recherche de solutions. Comme la contamination de l'eau, la pollution de l'air, l'augmentation du trafic et le changement climatique ne connaissent pas de frontières, ces problèmes ne peuvent être résolus que dans le cadre d'une coopération internationale. Le Processus européen Environnement et santé fournit une plate-forme pour la coopération à la fois intersectorielle et multilatérale.
125. Le représentant du secrétaire exécutif, CEE-ONU, affirme que la coopération intersectorielle et l'adoption d'une approche politique intégrée sont au centre des activités de base menées par la Commission économique. Le lien entre l'environnement et la santé comporte des enjeux critiques : l'impact sur la santé humaine de la pollution de l'air et des émissions de gaz à effet de serre dans des environnements de plus en plus urbanisés ; les effets du changement climatique ; et la prise de conscience croissante de l'importance des modes de vie sains pour combattre les maladies non transmissibles. Les cinq accords multilatéraux sur l'environnement, les produits phares de la CEE-ONU, s'attaquent à ces problèmes, et doivent être considérés comme des outils de promotion de la santé, dont l'utilisation contribue directement à la mise en œuvre de Santé 2020.

126. Le PPE-TSE de la CEE-ONU constitue une plate-forme politique unique gérée conjointement avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, encourageant les États membres à adopter une approche stratégique intégrée en faveur de la mobilité durable. L'adoption de la Déclaration d'Amsterdam et de ses quatre objectifs prioritaires lui a en outre insufflé un nouvel élan et apporté un soutien politique. Les préparatifs sont en cours en vue de la quatrième réunion de haut niveau sur les transports, la santé et l'environnement, qui aura lieu à Paris en 2014.
127. Le directeur général adjoint, ministère fédéral allemand de l'Environnement, de la Conservation de la nature et de la Sûreté nucléaire, coprésident du CMES, s'exprimant sur la question de savoir comment la gouvernance et les mécanismes institutionnels peuvent être améliorés, insiste sur l'importance particulière d'un plan de travail intersessions, avec les réunions préparatoires de l'EHTF. À l'avenir, il serait opportun de solliciter l'avis des États membres quant à la manière de structurer la gouvernance du Processus européen Environnement et santé. On envisage l'organisation de réunions sous-régionales afin de préparer la prochaine évaluation à mi-parcours. Il faut aussi trouver des pays d'accueil pour les réunions annuelles de l'EHTF. Des efforts doivent être consentis au renforcement de la communication avec les États membres, afin que ceux qui ne sont pas représentés au CMES participent pleinement au Processus européen Environnement et santé. L'accent doit être placé sur l'exécution des engagements de la Conférence de Parme, qui ne doit pas être compromise par les efforts déployés pour faire face à de nouveaux problèmes. Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre des engagements doivent être révisés, et le mécanisme de gouvernance du Processus européen Environnement et santé dans son ensemble doit être rationalisé.
128. Au cours de la discussion qui suit, les représentants accueillent avec satisfaction le rapport du CMES. Ils expriment leur détermination envers le Processus européen Environnement et santé et l'exécution des engagements de la Conférence de Parme. Plusieurs représentants procèdent à un échange de leurs données d'expériences et des progrès qu'ils ont accomplis, notamment en ce qui concerne l'amélioration de l'assainissement et de la qualité de l'eau potable. La mise en œuvre du Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la Protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux est particulièrement importante à cet égard.
129. Le changement climatique pose d'importants défis à l'environnement et à la santé qui, d'ailleurs, exigent une intervention consolidée. À cet égard, la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC) constitue un excellent exemple d'approche multisectorielle, et les États membres doivent veiller à ce que les incidences du changement climatique sur la santé soient largement comprises et que les négociations relatives au CCNUCC en tiennent compte. S'il reconnaît le lien existant entre le processus de Rio+20 pour le développement durable et le processus européen Environnement et santé, un représentant souligne l'importance de consolider ce

dernier processus en rationalisant les procédures de gouvernance, l'accent étant mis sur les résultats, et en prenant la Déclaration de Parme comme point de départ.

130. Le modérateur déclare que le débat fut l'occasion de se pencher sur l'efficacité des dispositions institutionnelles adoptées à Parme, qui visent à conférer une dimension politique forte à l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques. La participation au Processus européen Environnement et santé, et le soutien apporté à ce dernier, ne doivent pas être considérés comme des éléments marginaux du programme d'action sanitaire. Ils doivent être compris comme un moyen important de relever de nombreux défis. Dans la Région européenne, la charge de morbidité dépend du mode et du lieu de vie et de travail, des habitudes alimentaires et de boisson, et de l'air que l'on respire. Une grande partie du bien-être est déterminée par l'environnement. Remerciant les participants pour leurs contributions, il déclare que le débat a mis en exergue l'importance et la valeur ajoutée du Processus européen Environnement et santé pour le secteur de l'environnement comme pour celui de la santé.

11. Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle
(EUR/RC63/9, EUR/RC63/Conf.Doc./6)

131. Le directeur de la division Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement explique que les maladies à transmission vectorielle sont un problème à la fois ancien et nouveau dans la Région européenne de l'OMS : ancien, parce qu'elles avaient été pratiquement éradiquées, et nouveau parce que leur présence, dans le sud de la Région en particulier, s'est nettement affirmée dans la seconde moitié du XX^e siècle. L'introduction du chikungunya dans le nord de l'Italie en 2007, des cas de dengue transmis localement dans le sud de la France et en Croatie et la récente épidémie de dengue à Madère (Portugal) sont la preuve que les conditions se prêtent déjà à une transmission dans la Région. Le moustique *Aedes albopictus* est implanté dans la Région, et le retour des maladies à transmission vectorielle serait encore plus probable si *Aedes aegypti* était réintroduit.
132. Afin de prévenir ces maladies et de lutter contre elles, l'OMS a mis au point une Stratégie mondiale de prévention et de lutte contre la dengue pour 2012-2020, et a tenu plusieurs réunions sur les espèces de moustiques invasives. Le Bureau régional a fourni un appui technique aux États membres lorsque cela était nécessaire et rédigé le Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle, actuellement entre les mains du Comité régional. Ce cadre vise à soutenir des interventions, en phase avec Santé 2020. Il requiert une approche intégrée, par des activités

intersectorielles en partenariat avec des acteurs clés dans les pays. Il nécessite également une intervention interrégionale, en particulier avec la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS. Ce cadre, établi en collaboration avec l'ECDC et l'EMCA, vise à sensibiliser davantage le public, à coordonner la surveillance, à prévenir l'introduction et la transmission et à renforcer la capacité à lutter contre les maladies réémergentes à transmission vectorielle, notamment la dengue et le chikungunya. Comme l'espèce *Aedes*, d'autres insectes invasifs et vecteurs de maladies représentent une menace grandissante, en raison du changement climatique, du commerce international, de la migration et de l'urbanisation rapide. La Journée mondiale de la santé 2014 sera organisée sur le thème des maladies à transmission vectorielle.

133. Un membre du CPCR déclare que le Comité permanent, qui convient qu'une riposte coordonnée entre les États membres est nécessaire pour faire face à une situation dans laquelle l'incidence des maladies à transmission vectorielle est en hausse dans la Région, a examiné le projet de cadre régional, qu'il soutient sans réserve. Ce cadre fournit de précieux conseils techniques pour la surveillance et le contrôle et soutiendra les partenariats et les interventions coordonnées dans les zones touchées. Le CPCR recommande que le Comité régional adopte le projet de résolution.
134. Au cours de la discussion qui a suivi, les représentants conviennent que la menace croissante des maladies à transmission vectorielle dans la Région européenne de l'OMS, encore aggravée par le commerce et les voyages internationaux, exige une riposte coordonnée dans et entre les pays. C'est pourquoi ils se félicitent de l'élaboration du cadre, et expriment leur appui au projet de résolution. Plusieurs participants expriment leur volonté de lutter contre la réintroduction de moustiques invasifs et vecteurs de maladies, ainsi que de maladies à transmission vectorielle, dans la Région et font part de leurs expériences et de leurs efforts à cet égard. Un représentant attire l'attention de l'assistance sur la riposte efficace des services de santé publique à une récente épidémie de dengue dans son pays ; un niveau élevé de préparation a empêché toute issue fatale.
135. Une représentante propose que le projet de résolution soit modifié pour inclure la mention du moustique du genre *Culex* et de la fièvre du Nil occidental. Un autre propose son aide à toute activité future entreprise dans le contexte du Cadre régional.
136. Le directeur de la division Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement précise que ce cadre ne porte pas exclusivement sur le moustique de l'espèce *Aedes*. Il souligne la nécessité d'améliorer le contrôle et la surveillance et fait observer que de nombreux pays n'ont plus de services entomologiques fonctionnant correctement. Des efforts coordonnés sont nécessaires aux niveaux national et régional, et la mise en œuvre du RSI (2005) pourrait jouer un rôle significatif. Une collaboration avec l'ECDC et l'EMCA sera capitale pour la mise en œuvre de ce cadre. Même si la lutte contre l'implantation de moustiques vecteurs de maladies est une étape très positive, des

mesures seront également requises pour faire face à d'autres vecteurs menaçants apparaissant dans la Région.

137. Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R6 avec ses amendements.

12. Rapport de situation sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole et programme de mesures accélérées pour parvenir à leur élimination dès 2015
(EUR/RC63/12)

138. Le directeur de la division Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement rappelle que les progrès réalisés en vue de la concrétisation de l'objectif d'une élimination de la rougeole et de la rubéole pour 2015 dans la Région sont compromis. Si d'importants progrès ont été accomplis contre la rougeole jusqu'en 2009, en l'absence d'un taux élevé de couverture vaccinale, des poches de populations non vaccinées existent toujours et de nouvelles flambées épidémiques ont été signalées, en particulier dans la partie occidentale de la Région. Par conséquent, le Bureau régional a décidé de renforcer rapidement certaines activités dans les pays. Quoique l'élimination de la rubéole semblait être réalisable en 2011, cette maladie est réapparue soudainement dans certaines zones d'Europe orientale en 2012 et 2013. Ni l'une ni l'autre de ces maladies n'est bénigne, et toutes deux peuvent entraîner la mort ou des complications, même si elles sont évitables par la vaccination. De plus en plus de cas de rougeole sont observés chez des adolescents et de jeunes adultes qui n'ont pas été vaccinés dans leur premier âge.

139. Les critères de vérification de l'élimination de ces deux maladies dans la Région sont les suivants : couverture vaccinale d'au moins 95 % et absence de cas endémiques dans tous les États membres pendant au moins 3 ans. Les progrès doivent être prouvés par l'envoi à l'OMS de données de haute qualité sur la surveillance et la couverture vaccinale. Cependant, tous les pays n'ont pas mis sur pied de commission de vérification ou envoyé des rapports annuels à l'Organisation. Le dispositif de mesures accélérées pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région comporte six composantes : le renforcement de la vaccination, la surveillance, la prévention et la riposte aux flambées épidémiques, la communication et la sensibilisation de tous les secteurs de la société, la mobilisation des ressources et les partenariats et la vérification de l'élimination. La coordination transfrontalière et interrégionale sera renforcée, notamment avec la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS.

140. Le docteur Mirta Roses, ancienne directrice régionale de la Région des Amériques de l'OMS, fait part de l'expérience de cette Région, qui montre que la transmission de la rougeole et de la rubéole peut être interrompue. Ce résultat a pu être possible grâce à une volonté politique, des solutions créatives, de la détermination, de la solidarité et des objectifs communs. Dès 1993, les cas de

rougeole ont été concentrés aux États-Unis d'Amérique et au Canada, et la Première Dame des États-Unis d'Amérique a fait participer d'autres Premières Dames à l'objectif d'élimination. Toutefois, après une diminution sensible du nombre de cas, des flambées épidémiques ont commencé à se déclarer, et il a été constaté que les cas se produisaient chez les adolescents et les jeunes adultes, ainsi qu'aux frontières nationales, dans des groupes non vaccinés ou sous-vaccinés. C'est pourquoi des programmes de vaccination ciblés, dans le cadre de campagnes de vaccination nationales ou sous-nationales, ont été mis sur pied pour atteindre ces populations, et un vaccin contre la rubéole a été inclus dans les programmes. Sur la base d'une analyse de ces flambées épidémiques, l'âge cible pour la vaccination a été relevé à 14 ans, puis à 39 ans lorsqu'il a été découvert que les jeunes et les adultes de sexe masculin étaient une source importante d'infection pour les femmes et les enfants. Par conséquent, des postes de vaccination ont été établis à l'entrée de tous les lieux où de jeunes hommes se réunissaient. Le dernier cas de rougeole indigène a été enregistré en 2002 et le dernier cas de rubéole en 2012.

141. Les enseignements à tirer sont les suivants : en démontrant que la vaccination constitue l'une des mesures de protection les plus simples, on peut en fait s'attirer la volonté et le soutien politiques. Les communautés doivent se mobiliser pour la santé, et non pas pour la maladie. En outre, il importe de mettre en place un bon système de surveillance pour fournir les informations utiles en temps voulu. L'élimination de la rougeole et de la rubéole témoignera des progrès accomplis dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé et la bonne gouvernance, étant donné que l'élimination de ces deux maladies constitue une solution à la fois réalisable et efficace sur le plan des coûts. La participation active des professionnels de la médecine et de la santé doit contrer les mouvements opposés à la vaccination. Une vigilance constante est nécessaire pour empêcher l'importation du virus, en particulier dans la perspective d'une croissance exponentielle du nombre de personnes vulnérables dans la Région européenne, en raison du vieillissement, des maladies chroniques et du traitement de longue durée du sida.
142. Un représentant, s'exprimant au nom des pays membres de l'UE, mentionne la possibilité de prolonger le délai pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole, dont l'objectif est fixé à 2015, et demande au secrétariat de proposer plusieurs options au CR64. Les grandes flambées épidémiques de rougeole représentent une grave menace transfrontalière dans la Région, et la rubéole congénitale reste problématique. L'UE et ses États membres poursuivront leurs efforts en vue de réaliser cet objectif, grâce à une couverture vaccinale élevée de tous les groupes de population, dont ceux qui sont difficiles à atteindre et ceux qui ont des objections idéologiques à la vaccination. Ils amélioreront également la préparation aux flambées épidémiques, surveilleront la couverture vaccinale et institueront des commissions nationales de vérification ; renforceront la

confiance du public dans la vaccination et l'engagement des agents de santé à cet égard ; et contesteront les informations erronées diffusées par les groupes s'opposant à la vaccination.

143. Les représentants accueillent avec satisfaction et soutiennent fermement le programme de mesures accélérées en vue de parvenir à l'élimination de la rougeole et de la rubéole d'ici 2015. Celui-ci fournit une stratégie coordonnée en temps voulu et applicable à l'ensemble de la Région. Plusieurs représentants décrivent les activités menées dans leur pays en vue de renforcer la vaccination, en particulier chez les groupes bénéficiant d'une faible couverture vaccinale, d'améliorer la surveillance épidémiologique et l'aide aux laboratoires, et d'intensifier la sensibilisation et la communication sur les bienfaits de la vaccination. Une représentante propose qu'un guide sur l'innocuité de la vaccination soit préparé pour le grand public.
144. Une déclaration est effectuée au nom de l'alliance GAVI.
145. Le directeur de la division Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, en réponse aux commentaires émis par les représentants, se félicite de la nouvelle dynamique en faveur de l'élimination de ces deux maladies, et remercie le docteur Roses d'avoir fait part de l'expérience positive de la Région des Amériques. Rappelant que les critères d'élimination exigent l'écoulement d'une période de trois ans après la notification du dernier cas indigène de la maladie, il exhorte néanmoins les pays à tenter de mettre fin à la transmission d'ici 2015. L'importation de cas par les migrants est probablement inévitable. Or, si la population destinataire bénéficie d'une couverture vaccinale adéquate, aucune flambée épidémique n'aura lieu. Il se félicite de l'appel lancé en vue de mettre davantage l'accent sur la communication relative à l'innocuité de la vaccination, à la fois pour le grand public et le monde médical. L'objectif de l'élimination ne peut être atteint que grâce à une ferme volonté politique et à une action concertée et coordonnée.

13. Gouvernance du Bureau régional de l'Europe

13.a. Amendements aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional (*EUR/RC63/16 Rev.1, EUR/RC63/Conf.Doc./5 Rev.1,*)

146. Le président du Groupe de travail du CPRC sur la gouvernance explique que ce groupe de travail se composait des membres du CPRC de la Fédération de Russie, de Finlande, d'Israël, de Malte, de Pologne, du Royaume-Uni et de la Turquie. Mis sur pied à la deuxième session du vingtième CPRC, en novembre 2012, il a tenu des réunions en février, mars et avril 2013 et a fait rapport au CPRC lors de ses sessions de mars et de mai 2013.
147. Au départ, ce groupe de travail a été chargé d'examiner six sphères de la gouvernance :

- la procédure à suivre pour la désignation des membres du Conseil exécutif et du CPCR,
- la transparence des délibérations du CPCR,
- la procédure de soumission et d'amendements des résolutions du Comité régional,
- le mécanisme d'examen des pouvoirs à la session du Comité régional,
- les communications aux États membres par les membres du CPCR,
- les amendements au règlement intérieur du Comité régional.

148. Deux autres aspects ont été ajoutés en mars 2013 :

- l'élection des membres du CMES,
- le Code de conduite pour la désignation du directeur régional.

149. Les recommandations du groupe de travail, approuvées par le CPCR et énoncées dans le document EUR/RC63/16 Rev.1, ont été prises en compte dans le projet de résolution à l'examen au Comité régional (EUR/RC63/Conf.Doc./5 Rev.1). Il s'agit notamment d'amendements aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional, tels que stipulés à l'annexe 6 du projet de résolution.

150. Le président du Groupe de travail du CPCR sur la gouvernance propose deux autres amendements au projet de résolution. Les coordonnées des membres du CPCR devraient être affichées sur le site Web protégé par un mot de passe (le paragraphe 43 du document et le paragraphe 5 du projet de résolution doivent être modifiés en conséquence). En outre, dans le but de promouvoir la transparence des procédures du CPCR, le premier point de l'annexe 4 du projet de résolution devrait être modifié pour se lire comme suit : « L'ordre du jour de chaque réunion du CPCR ainsi qu'une liste des documents devant être examinés seront publiés bien avant la réunion sur le site Web protégé par un mot de passe, et dans le cas de la réunion tenue en mai par le Comité permanent, les projets de documents seront mis à la disposition de tous les États membres au moment où ils sont mis à la disposition des membres du Comité permanent. »

151. Au cours de la discussion qui a suivi, une représentante prenant la parole au nom de 13 États membres exprime sa satisfaction devant la concrétisation de propositions qui ont été initialement présentée au CR60. Afin de faciliter la planification commune à moyen et à long termes, elle demande au secrétariat et au CPCR de partager les plans de travail avec tous les États membres. Se félicitant de la clarté apportée par les annexes au projet de résolution concernant les critères pour les candidats (annexe 2) et le récapitulatif des sièges vacants au Conseil exécutif et au Comité permanent (annexe 3), elle demande que celles-ci soient toujours distribuées en même temps que l'appel à candidatures. Dans le prolongement des débats de la soixantième session, elle souligne

qu'il est nécessaire que les projets de documents soient disponibles aux non-membres du CPR, sur demande, dans la(les) langue(s) dans la(les)quelle(s) ils ont été préparés pour le CPR.

152. Une autre intervenante remercie le CPR pour son travail et pour sa prise en compte des observations formulées par les États membres à un stade tardif. Elle insiste pour que les incidences financières des mesures proposées dans les projets de résolutions soient quantifiées, et pour que le plurilinguisme soit scrupuleusement respecté. Elle demande si la Commission de vérification des pouvoirs se composera d'un représentant de chaque sous-groupe de pays comme cela est appliqué pour les désignations au Conseil exécutif et au CPR. Enfin, elle lance un appel pour que le paragraphe IV.4 de la section B du Code de conduite pour la désignation du directeur régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (tel qu'il figure à l'annexe 6 du projet de résolution) soit amendé pour se lire comme suit : « Le Comité régional peut proposer au directeur général d'appliquer l'article 650 du Règlement du personnel, prévoyant un congé spécial pour les membres du personnel proposés pour le poste de directeur régional », car le libellé actuel n'est pas conforme au Règlement du personnel cité.
153. Un membre sortant du Comité permanent, qui a également siégé au sein du groupe de travail, appuie énergiquement les propositions du CPR et est fier de la transparence accrue obtenue durant son mandat. Elle demande instamment aux pays qui ne sont pas membres du CPR de continuer à prêter attention aux questions de gouvernance, puisqu'il s'agit de construire et de renforcer l'assise d'intégrité et de confiance entre les États membres et le secrétariat.
154. En réponse, le président du Groupe de travail du CPR sur la gouvernance approuve les propositions visant à faciliter la planification commune à moyen et à long terme, à mettre des projets de documents spécifiques à la disposition des États membres à leur demande, et à faire distribuer des récapitulatifs des sièges vacants avec la demande de présentation de candidatures. Il explique que la composition proposée pour le Comité des pouvoirs est sans lien avec les groupements sous-régionaux de pays.
155. La directrice régionale fait remarquer que ces dernières années, d'importants progrès ont été réalisés en ce qui concerne le renforcement du rôle décisionnel des organes directeurs régionaux ainsi que l'amélioration de leur transparence et la responsabilité du secrétariat à leur égard. Bien que l'ordre du jour des sessions du Comité régional soit parfois bien chargé, elle se félicite de l'augmentation du nombre de points que lui soumettent les organes directeurs de l'Organisation au niveau mondial, une démarche qui témoigne des liens plus étroits existant entre les différents niveaux de gouvernance. Le CPR examinera la meilleure manière de présenter les incidences financières des projets de résolutions, compte tenu du nouveau contexte financier en place avec l'adoption du budget programme 2014-2015. Entre-temps, les membres du secrétariat, en

présentant les projets de résolutions, ont indiqué comment les actions proposées s'inscrivent dans le cadre budgétaire approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé.

156. Le conseiller juridique de l'Organisation confirme que l'article 650 du Règlement du personnel est appliqué à la discrétion du directeur général. La modification proposée au Code de conduite pour la désignation du directeur régional est entièrement conforme à cette disposition et clarifie en fait cette dernière.
157. Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R7, telle que modifiée.

13.b. Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional au cours de ces dix dernières années (2003-2012) et recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs de communication de rapports
(EUR/RC63/17 Rev.1, EUR/RC63/Conf.Doc./12 Rev.1)

158. La directrice adjointe, Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, rappelle qu'à sa cinquante-huitième session, le Comité régional a demandé que l'on définisse clairement les impératifs de communication de rapports, que l'on propose une durée limite précise pour chaque résolution et que l'on mette fin à la pratique de rédaction de rapports sans précision de durée (résolution EUR/RC58/R5). En 2012, un examen des engagements (résolutions, politiques au niveau ministériel et instruments juridiques) effectué au cours de la période 1990-2010 a été présenté au Comité régional. Celui-ci s'est félicité de l'examen, et a demandé au secrétariat de lui présenter, lors de la présente session, un document passant en revue les résolutions actuellement en vigueur ainsi que des propositions de calendriers pour la communication de rapports et la désactivation de résolutions.
159. Le document de travail ainsi examiné fait le point sur 83 résolutions considérées dans leur intégralité, adoptées par le Comité régional entre 2003 et 2012, et présentées selon les catégories utilisées dans le Douzième Programme général de travail. De nouveaux impératifs de communication de rapports sont définis pour 46 résolutions exigeant la prise de mesures, tandis qu'il est proposé de désactiver 18 résolutions remplacées par des résolutions ultérieures.
160. Un membre du CPRC indique que le secrétariat a présenté des projets du document lors des deuxième et troisième sessions du vingtième Comité permanent. Le document qui en résulte tient compte des débats et des propositions des deux sessions du CPRC, ainsi que de la consultation en ligne avec les États membres. Le CPRC recommande qu'à l'avenir, les résolutions fassent référence aux anciennes résolutions qu'elles remplacent. Elles doivent être examinées afin d'assurer leur compatibilité avec le budget programme approuvé, et être conformes à Santé 2020. Le CPRC demande également au secrétariat d'élaborer une base de données consultable, présentant des liens vers les documents y afférents, afin de procéder facilement au suivi des résolutions en

vigueur. Le Comité permanent approuve les propositions d'établissement de rapports et de désactivation de résolutions présentées dans le document de travail, et invite le secrétariat à mettre fin, à l'avenir, à la pratique de rédaction de rapports sans précision de durée.

161. Au cours du débat, un représentant demande que la proposition relative à la résolution EUR/RC60/R3, sur la gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, telle que reprise sous la catégorie 6 dans le document EUR/RC63/17 Rev.1, soit modifiée de la manière suivante : « [PRIE] le Comité permanent d'entamer un cycle d'analyses approfondies de la gouvernance au moins tous les cinq ans et de faire ensuite rapport au Comité régional ». Un autre intervenant, reconnaissant que la désactivation constitue un bon moyen d'alléger la charge de travail imposée aux autorités nationales de la santé, fait observer qu'un exercice similaire peut utilement être effectué en ce qui concerne les indicateurs. Si la désactivation peut être considérée comme une mesure de « prévention secondaire », il importe de réaliser une prévention primaire en limitant le nombre de nouvelles résolutions ajoutées à l'avenir.
162. En réponse aux observations formulées, la directrice adjointe, Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement, confirme que l'amendement proposé dans le document correspond parfaitement aux points de vue exprimés par le Groupe de travail du CPRC sur la gouvernance et à la réforme de l'OMS sur la gouvernance. La résolution relative aux indicateurs pour les « cibles » de Santé 2020 (résolution EUR/RC63/R3) constitue un bon exemple d'adoption de l'approche de désactivation dans un autre domaine.
163. Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC63/R8, telle que modifiée.

14. Élections et désignations

(EUR/RC63/7 Rev.1, EUR/RC63/7 Add.1, EUR/RC63/Conf.Doc./4, EUR/RC63/Inf.Doc./2)

164. Le Comité régional se réunit en privé en vue de désigner deux candidats pour siéger au Conseil exécutif, élire quatre membres du CPRC, élire quatre membres du CMES et désigner trois membres et trois suppléants pour siéger au Groupe d'évaluation régional.

14.a. Conseil exécutif

165. Le Comité régional décide que la Fédération de Russie et le Royaume-Uni présenteront, lors de l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2014, leur candidature en vue d'une élection ultérieure au Conseil exécutif.

14.b. Comité permanent du Comité régional

166. Le Comité régional sélectionne le Bélarus, l'Estonie, la France et la Lettonie pour des mandats au CPRC d'une durée de trois ans, de septembre 2013 à septembre 2016.

14.c. Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé

167. Le Comité régional sélectionne la Croatie et la Géorgie pour un mandat de deux ans (2014-2015) au CMES, et l'Espagne et la Lituanie pour un mandat de trois ans (2014-2016), exceptionnellement.

14.d. Groupe d'évaluation régional

168. Le Comité régional désigne le docteur Daniel Reynders (Belgique), Mme Outi Kuivasniemi (Finlande) et le docteur Svetlana Axelrod (Fédération de Russie) comme membres du Groupe d'évaluation régional, ainsi que le professeur Maksut Kulzhanov (Kazakhstan), le professeur Vilius Grabauskas (Lituanie) et M. Mykhailo Statkevych (Ukraine) comme suppléants.

15. Partenariats pour la santé

169. Le président exécutif rappelle que le CR60 a adopté une résolution sur les partenariats pour la santé dans la Région européenne, dans laquelle il est demandé au Bureau régional de former des partenariats qui profitent à tous les États membres et de renforcer les relations stratégiques avec les partenaires. D'excellents progrès ont été réalisés dans le renforcement des relations avec la Commission européenne, l'OCDE et le Fonds mondial, conjointement avec de nombreux autres partenaires, dont des ONG. Afin d'accélérer les progrès en vue d'atteindre les OMD, les relations avec deux partenaires des Nations Unies, à savoir l'UNICEF et le FNUAP, seront intensifiées. À cette fin, la directrice régionale signera un cadre d'action commun avec le directeur régional du FNUAP pour l'Europe orientale et l'Asie centrale et le directeur régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants.
170. La directrice régionale indique que d'excellents progrès ont été accomplis avec les partenaires existants. Elle s'attarde sur la mise en œuvre des feuilles de route conjointes avec la Commission européenne, sur la collaboration en cours avec le Fonds mondial, notamment les missions conjointes et l'usage plus grand des normes de l'OMS par le Fonds mondial. Elle décrit également la collaboration avec l'OCDE sur les indicateurs, les systèmes communs d'information pour la santé, et les réunions avec le réseau des hauts responsables du budget. Il importe particulièrement d'instaurer une bonne coordination et une bonne synergie entre les agences des Nations Unies pour atteindre les objectifs communs, et de travailler de manière plus efficiente et efficace, notamment

par le biais du mécanisme de coordination régionale et de l'équipe régionale du Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUD), envers lesquels elle s'est engagée. Le Groupe de travail interinstitutions sur la réalisation des OMD a publié des rapports sur les progrès accomplis en vue d'atteindre les OMD et sur le Programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015, ainsi qu'un certain nombre de notes de sensibilisation et d'information. De nombreux bureaux de pays de l'OMS sont membres d'équipes de pays des Nations Unies, et travaillent sur les plans-cadres des Nations Unies pour le développement (UNDAF). Sous les auspices du GNUD, les agences des Nations Unies collaborent dans le cadre d'un Groupe de travail régional sur les Roms, et l'OMS collabore avec d'autres agences pour intégrer les questions liées aux Roms aux activités relatives aux OMD 4 et 5.

171. La signature de l'accord-cadre pour une action conjointe vient à point nommé pour diverses raisons. Santé 2020 a été reconnu par d'autres agences comme un excellent point de départ pour leur collaboration avec les pouvoirs publics, les parlementaires, la société civile et les communautés en vue de mobiliser un large soutien politique et culturel en faveur de l'adoption d'approches équitables, durables et responsables concernant le développement de la santé. L'année 2015, la date butoir pour la réalisation des OMD approche rapidement alors qu'il reste encore de fortes disparités dans et entre les pays, par exemple, eu égard à la morbidité et à la mortalité maternelles et infantiles, à la disponibilité d'une planification familiale efficace, aux services de santé sexuelle et génésique, à la couverture vaccinale pour les maladies transmissibles et à la lutte contre l'infection à VIH et la tuberculose-MR et UR.
172. Dans le cadre d'action commun, les trois agences promettent de consolider leurs activités visant à améliorer la qualité de la prestation des soins de santé pour les femmes et les enfants, et à assurer une couverture sanitaire universelle, en particulier pour les populations mal desservies et vulnérables. Le cadre énonce également des priorités pour une action bilatérale et s'engage à renforcer la responsabilité mutuelle et à procéder au suivi de la mise en œuvre.
173. Le directeur régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants déclare que de nombreux progrès ont été accomplis dans la Région en ce qui concerne les taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et les taux de mortalité maternelle. Des partenariats étroits ont été établis entre les pouvoirs publics, des agences des Nations Unies et d'autres partenaires du développement afin d'appuyer la mise en œuvre de plusieurs programmes et initiatives, et les mécanismes de coordination régionaux, les équipes de pays des Nations Unies et les plans-cadres pour le développement ont permis de soutenir plus efficacement les pays. Cependant, des défis subsistent en ce qui concerne les disparités dans les taux de mortalité infantile et maternelle qui, d'ailleurs, sont souvent masquées par les moyennes nationales. La couverture des services de santé n'est pas efficace si ces derniers ne sont pas de

qualité, ce qui constitue d'ailleurs une source de préoccupation dans certains pays. Le développement rapide de l'épidémie de VIH et des problèmes de nutrition chez l'enfant sont d'éternels défis. Parmi les nouveaux problèmes concernant les enfants, il convient de mentionner le développement perturbé, la négligence des invalidités, l'abandon, les sévices, le placement en institutions et la santé mentale, alors qu'il est manifeste que les expériences négatives de l'enfance ont un impact durable sur le bien-être à un stade ultérieur de l'existence. Face à ces défis, il importe de renforcer les partenariats pour l'élaboration des politiques, l'innovation, le développement des connaissances et la coopération entre les pays. Un engagement à atteindre l'objectif d'un nombre maximal de 20 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2035 a été signé par 157 gouvernements, plus de 400 organisations de la société civile et plus de 1 100 personnes. La Région pourrait être la première à atteindre cet objectif ambitieux.

174. Le cadre d'action commun avec l'OMS et le FNUAP permettra de consolider leurs efforts en vue d'accorder la priorité à l'équité, de renforcer la capacité des systèmes de santé publique à se concentrer sur les populations et à répondre à leurs besoins, et en particulier sur la petite enfance grâce à l'intégration des systèmes de soins. L'UNICEF est donc heureux de signer le cadre qui permettra à chaque agence de tirer parti des avantages spécifiques de tous. L'UNICEF s'engage à traduire le cadre en plans opérationnels, avec une communication régulière et des évaluations périodiques.
175. Le directeur régional du FNUAP pour l'Europe orientale et l'Asie centrale explique que le cadre d'action commun est signé à un moment important pour le programme de santé et du développement. Il contribuera à assurer l'équité sociale, en garantissant un meilleur alignement des contributions des agences des Nations Unies et de leurs États membres. Les données scientifiques à l'appui de Santé 2020 et l'évaluation, par le FNUAP, des progrès accomplis dans le cadre du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement révèlent que les sociétés peuvent prospérer dans des conditions de croissance démographique faible ou nulle et de vieillissement si elles adaptent leurs institutions et investissent équitablement dans le domaine de l'éducation, de la santé et des perspectives d'emploi. Les inégalités existant dans la Région, en particulier parce qu'elles touchent les jeunes, exigent un leadership politique solide et la participation de tout un ensemble de parties prenantes.
176. Le FNUAP s'engage à faire progresser l'ODM 5 et à assurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique et les droits en matière de procréation, s'agissant notamment de conjurer les disparités en matière d'accès, l'augmentation du taux d'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, et la forte incidence du cancer du col de l'utérus. Le cadre d'action commun sera l'occasion d'accomplir davantage ensemble et d'optimiser les méthodes de travail.

177. Une représentante du pays qui assurera la prochaine présidence du Conseil de l'UE indique que le travail de son pays portera notamment sur la gestion des menaces transfrontalières pour la santé, les produits du tabac, les produits pharmaceutiques et médicaux, ainsi que les drogues et la toxicomanie. Ce travail appuiera les activités du Groupe de travail de haut niveau sur la santé publique concernant la mise en place de systèmes de soins de santé modernes et viables en période de crise économique, et pour les maladies chroniques, ainsi que la migration et la santé publique. Pour ce faire, des manifestations seront organisées, dont une série de conférences de haut niveau. Elle explique que le soutien du Bureau régional et des États membres sera nécessaire à la réalisation de ces objectifs.
178. La directrice régionale de l'OMS pour l'Europe et les directeurs régionaux de l'UNICEF et du FNUAP signent le cadre d'action commun.

16. Bureaux géographiquement dispersés (GDO) : analyses justificatives et rapports d'avancement

(EUR/RC63/22 Rev.1, EUR/RC63/Conf.Doc./11 Rev.1, EUR/RC63/23, EUR/RC63/23 Corr.1, EUR/RC63/Conf.Doc./13, EUR/RC63/Inf.Doc./5, EUR/RC63/Inf.Doc./6, EUR/RC63/Inf.Doc./6 Corr.1, EUR/RC63/Inf.Doc./7, EUR/RC63/Inf.Doc./8, EUR/RC63/Inf.Doc./11, EUR/RC63/Inf.Doc./13)

16.a. Le bureau géographiquement dispersé pour les soins de santé primaires

179. Le directeur, Systèmes de santé et santé publique, rappelle la déclaration historique sur les soins de santé primaires signée en 1978 à Alma-Ata (Kazakhstan), qui préconise plus de justice sociale, une plus grande participation à la base et un investissement accru dans la santé humaine. Les soins de santé primaires constituent l'un des piliers de Santé 2020. Le plan de travail du programme Prestation de services de santé de la Division des systèmes de santé et de la santé publique porte sur le renforcement de la coordination et de l'intégration des services de santé centrés sur la personne, la mise en place de systèmes de qualité et la garantie de la performance des prestataires de soins de santé, l'amélioration de la gestion et du leadership, et le renforcement des lieux de soins ; toutefois, le programme dispose de ressources humaines inadéquates pour couvrir tous ces domaines. Le GDO proposé soutiendra la collecte d'informations sur les soins de santé primaires, développera les compétences techniques, renforcera la capacité des États membres et du Bureau régional et formera des partenariats. Les activités du GDO seront parfaitement alignées sur celles du Bureau régional. L'offre reçue du Kazakhstan satisfait à toutes les conditions essentielles pour accueillir un GDO, notamment eu égard au financement durable. Le gouvernement hôte a précisé que les locaux seront implantés à Almaty, et confirmé l'octroi des privilèges et immunités au personnel du GDO. Si le Comité régional approuve l'offre, l'annonce de la création du bureau pourrait coïncider avec le

35^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Il remercie le gouvernement du Kazakhstan pour son offre généreuse et opportune.

180. Une représentante du gouvernement concerné déclare que ce dernier soutient sans réserve le rapport et le plan d'activités. Des soins de santé primaires accessibles et de haute qualité sont essentiels dans toutes les régions de l'OMS, en particulier dans les zones rurales, et jouent un rôle important s'agissant de limiter les risques de maladies non transmissibles. Elle est convaincue que son gouvernement a satisfait à tous les critères requis pour l'établissement d'un GDO et attend avec impatience que celui-ci devienne opérationnel.
181. Un membre du CPRC déclare que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire sur laquelle sont construits des systèmes de santé centrés sur la personne et intégrés, et constituent une priorité pour l'OMS ; cependant, le Bureau régional n'a pas suffisamment de capacités pour répondre aux nombreuses demandes d'assistance technique présentées par les États membres. Elle décrit le processus par lequel les profils techniques et analyses justificatives des nouveaux GDO ont été élaborés, revus et finalisés avec la pleine participation du CPRC. Elle se félicite de la transparence de ce processus, et déclare que le CPRC soutient sans réserve l'analyse justificative et l'offre du Kazakhstan.
182. Les représentants accueillent avec satisfaction l'offre du Kazakhstan, qui est particulièrement opportune compte tenu de la crise financière actuelle.
183. Le directeur de la Division des systèmes de santé et de la santé publique remercie les intervenants pour leur appui. Le GDO sur les soins de santé primaires permettra au Bureau régional de répondre aux demandes toujours plus nombreuses d'assistance technique dans le domaine des soins de santé primaires et de promouvoir la mise en place d'une couverture sanitaire universelle dans la Région.
184. Le Comité adopte la décision EUR/RC63(1).

16.b. Le bureau géographiquement dispersé pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire

185. Le directeur de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement décrit les nombreuses situations d'urgence humanitaire et sanitaire qui se sont produites dans la Région entre 1990 et 2012. Des situations similaires ont été observées dans d'autres Régions de l'OMS, ce qui a poussé l'Assemblée mondiale de la Santé à demander aux États membres de renforcer la gestion de tous les risques sanitaires associés aux urgences et aux catastrophes naturelles. En outre, le nouveau cadre d'action d'urgence de l'OMS définit un rôle plus important pour les bureaux régionaux en ce qui concerne l'amélioration de la préparation des pays aux situations d'urgence de santé publique. La capacité du Bureau régional a été limitée à cet

égard, et doit donc être élargie. Des consultations avec le CPR ont entraîné une modification de la dénomination du GDO proposé, soit « situations d'urgence humanitaire et sanitaire » au lieu de « crises humanitaires », pour mieux refléter le champ d'activités de ce bureau. Les activités de ce GDO seront parfaitement intégrées aux travaux du Bureau régional sur la sécurité sanitaire et coordonnées avec ceux du Siège et, en tant que de besoin, ceux des bureaux de pays. Il entreprendra l'évaluation des systèmes de santé pour la préparation aux situations d'urgence, facilitera la formation des ressources humaines, fournira un soutien à la préparation des hôpitaux aux crises, soutiendra la préparation aux rassemblements de masse et organisera des exercices à l'échelle nationale et régionale pour tester la préparation aux urgences. Le GDO constituera également une capacité d'appoint si l'OMS avait besoin de davantage de ressources en réponse aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire.

186. Le gouvernement turc a offert d'accueillir le GDO et satisfait à toutes les conditions requises, y compris l'apport d'un financement durable à long terme. Il entretiendra également les locaux, qui seront à Istanbul. La Turquie a également avancé la possibilité d'un apport de fonds supplémentaires dans le domaine technique du soutien au programme de préparation des pays en cas d'urgence au Bureau régional.
187. Un représentant du pays concerné déclare qu'il aimerait voir l'OMS jouer un rôle de premier plan dans les situations d'urgence du monde entier. Il assure le Comité que les activités du GDO seront totalement coordonnées avec celles du Bureau régional. Une intensification de la collaboration est le seul moyen de limiter au maximum la perte tragique de vies humaines en raison de situations d'urgence humanitaire, et son pays tient à transmettre les enseignements précieux qu'il a tirés d'événements survenus à ses frontières, dans la Région et dans le monde.
188. Un membre du CPR décrit le processus par lequel les profils techniques et analyses justificatives des nouveaux GDO ont été élaborés, revus et finalisés avec la pleine participation du CPR. Elle se félicite de la transparence de ce processus, et déclare que le CPR soutient sans réserve l'analyse justificative et l'offre de la Turquie.
189. Le Comité adopte la décision EUR/RC63(2).

16.c. Le bureau géographiquement dispersé pour les maladies non transmissibles

190. Une représentante du pays qui doit accueillir le GDO pour les maladies non transmissibles décrit la série de consultations qui ont mené à l'approbation du budget et du financement du GDO et du plan de travail. Le ministère de la Santé, ayant rempli toutes les exigences, y compris les impératifs relatifs à un financement durable, s'est engagé à ouvrir le GDO à Moscou au cours du premier semestre de 2014.

191. La directrice régionale explique que, lorsque le gouvernement grec a dû retirer son offre d'accueillir le GDO pour les maladies non transmissibles, le profil technique du GDO proposé a été discuté avec le CPR, et qu'une décision a été prise, à savoir que le GDO mettrait l'accent sur la surveillance épidémiologique et la prise en charge de la maladie, pour compléter le travail effectué au Bureau régional. On a également convenu d'une analyse justificative et d'un calendrier pour l'ouverture de ce GDO.
192. Une représentante du pays qui avait initialement proposé d'accueillir le GDO sur les maladies non transmissibles félicite la Fédération de Russie pour son offre. Elle est convaincue que ses activités bénéficieront d'un soutien intégral et qu'il fournira une aide précieuse pour le recueil de bases factuelles et la mise en œuvre de mesures afin de lutter contre les maladies non transmissibles. L'hébergement du GDO a été l'une des grandes priorités pour son pays, mais les difficultés économiques ont totalement empêché de maintenir l'offre. Son gouvernement s'est montré disposé à accueillir un bureau de pays de l'OMS.

16.d. Bureau de Barcelone pour le renforcement des systèmes de santé

193. Le directeur par intérim du Bureau de Barcelone pour le renforcement des systèmes de santé présente le travail de son Bureau, qui est en activité depuis 1999 en vertu d'un accord quinquennal reconductible avec le gouvernement régional autonome de Catalogne. Ce Bureau et son plan de travail sont parfaitement intégrés au Bureau régional. En 2007, le principal domaine d'activité de ce Bureau a changé : il s'agit non plus de la prestation intégrée des services de santé, mais bien du financement de la santé. Ce Bureau a un programme performant d'appui aux pays, et la demande des États membres est en hausse. Le Bureau de Barcelone organise deux cours phares chaque année, l'un sur le renforcement des systèmes de santé, l'accent étant mis sur les maladies non transmissibles, et l'autre sur la politique du financement de la santé, la priorité étant accordée à la couverture sanitaire universelle. Ce Bureau est entièrement financé par le pays d'accueil, et attire des fonds supplémentaires de donateurs. Il doit être déménagé à l'hôpital Sant Pau, site du patrimoine mondial de l'UNESCO, avec un certain nombre d'autres agences des Nations Unies.
194. Une représentante de l'Espagne note l'appui important que le GDO fournit au Bureau régional. Bien que son gouvernement apprécie le travail effectué par le Bureau de Barcelone en matière de renforcement des systèmes de santé, il regrette la situation administrative irrégulière de ce Bureau. Quoique le ministère de la Santé s'attache à finaliser l'accord de siège pour ce Bureau, les circonstances actuelles ne sont pas propices à la résolution rapide d'une situation qui persiste depuis autant de temps et est si complexe. Toutefois, la conclusion de cet accord reste une priorité pour le secrétaire général de la santé espagnol.

16.e. Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS

195. Le directeur par intérim du Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS explique que ce Centre est le plus grand des GDO existants. Il a été créé en 1990 en tant qu'institution technique européenne clé pour l'environnement et la santé. Depuis la fin de l'année 2011, après la fermeture du bureau de Rome, les activités relatives à l'hygiène de l'environnement sont consolidées à Bonn (Allemagne), et le précédent accord décennal a été remplacé par un accord assurant un soutien pour une durée indéterminée. La participation du gouvernement allemand représente environ 40 % du budget du Bureau régional pour l'environnement et la santé, aligné avec le cycle bisannuel des budgets-programmes. Depuis 2010, il est entièrement financé par des contributions volontaires. Après la fermeture du bureau de Rome, les coûts administratifs et frais de fonctionnement globaux ont été nettement diminués, avec un déplacement des fonds vers les domaines techniques. Il est désormais un centre d'excellence fournissant des informations scientifiques qui servent de base pour la législation et les politiques. Ce Centre est parfaitement intégré à la structure du Bureau régional et fournit un large éventail de compétences servant de base pour l'élaboration de politiques et la sensibilisation aux préoccupations de la santé publique. Ce centre aide également les États membres à concrétiser les priorités nationales dans le domaine de l'hygiène de l'environnement conformément à la déclaration de Parme, y compris les incidences sanitaires et économiques du changement climatique, et mène de nombreuses activités de renforcement des capacités.
196. Un représentant du pays d'accueil explique que son pays s'emploie à améliorer l'hygiène de l'environnement et attache une grande importance aux engagements pris en vertu de la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé. Il souligne que le poste de directeur du Centre sera prochainement pourvu.

16.f. Bureau européen de l'OMS de l'investissement pour la santé et le développement

197. Le directeur du Bureau européen de l'OMS de l'investissement pour la santé et le développement (Venise) explique que ce Bureau remplit deux grandes fonctions : le suivi, l'examen et la systématisation des bases factuelles sur les déterminants économiques et sociaux de la santé, et la prestation de services aux États membres et la collaboration avec ceux-ci afin d'agir en fonction de ces bases factuelles. Ce Bureau a ouvert en décembre 2003 en vertu d'un accord de siège décennal ; l'accord de renouvellement pour la période 2013-2017 a été signé et est en attente de ratification. Ce Bureau fait partie intégrante du Bureau régional. Ses réalisations peuvent être regroupées en trois domaines : produits scientifiques, consistant en plus de 60 publications ; assistance technique, notamment formation à la réalisation d'évaluations à l'échelle nationale, avec une augmentation constante des demandes ; et suivi des résolutions et engagements mondiaux du Comité Régional et

de l'Assemblée mondiale de la santé, tels que la résolution EUR/RC62/R4 du Comité Régional sur Santé 2020 et la résolution WHA62.14 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la réduction des inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé. Le budget de ce Bureau est fourni dans le cadre d'un accord avec le gouvernement italien et a été prévisible pendant 10 ans. Comme d'autres GDO, ce Bureau mène de nombreuses activités hautement valables. Étant donné que les déterminants sociaux de la santé sont un élément clé de Santé 2020, il prévoit une augmentation du nombre de demandes d'assistance technique qui, pour la plupart, porteront sur un soutien à moyen ou à long terme. Le Bureau régional aurait des difficultés à répondre à ces demandes si les GDO n'existaient pas.

198. Un représentant du pays d'accueil déclare que tous les préparatifs nécessaires ont été faits pour une ratification de l'accord de renouvellement, ce qui a impliqué des réunions interministérielles et des consultations avec d'autres administrations nationales et avec la région de la Vénétie en tant que co-signataire de cet accord. Le retard est dû en partie à un changement de gouvernement. Il est convaincu que ce problème sera résolu sous peu.
199. Un représentant s'exprimant au nom de sept pays remercie les gouvernements du Kazakhstan et de la Turquie pour avoir proposé d'accueillir et de financer des GDO, favorisant ainsi le travail du Bureau régional. Les nouveaux GDO sont fondés sur un engagement décennal du pays d'accueil, et des promesses de financement similaires peuvent être faites pour les GDO existants. Les rapports ont montré que les GDO emploient un personnel compétent et travailleur, qui fait du bon travail et représente une partie essentielle du know-how du Bureau régional. Toutefois, cela ne cadre pas tout à fait avec la réforme de l'OMS, qui prévoit notamment un financement sûr et prévisible pour les principaux domaines d'activité de l'OMS. Il pense qu'un financement durable et sûr serait assuré par un financement centralisé et coordonné. Cela permettrait à l'OMS de disposer des compétences techniques dont elle a besoin sans risquer de devoir dissoudre les équipes à l'expiration de l'accord de siège du GDO. Cela assurerait également la centralisation des activités normatives et des compétences techniques et éviterait la fragmentation des compétences. Les conseils normatifs de l'OMS doivent provenir de ses principaux bureaux ; par conséquent, les GDO doivent rester parfaitement intégrés au Bureau régional. Si la réforme de l'OMS est couronnée de succès, le Bureau régional devra moins s'appuyer sur les GDO dans son modèle opérationnel. Il exhorte tous les États membres à participer activement au dialogue sur le financement et à appuyer la réforme. Ce n'est qu'en s'assurant un financement prévisible et une mobilisation coordonnée des ressources que l'OMS aura la possibilité, tant au niveau mondial que dans la Région, de conserver ses compétences techniques et son autorité normative.