



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Cinquante-troisième session**

Vienne, 8–11 septembre 2003

EUR/RC53/REC/1
17 octobre 2003
32160
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT SUR LA CINQUANTE-TROISIÈME SESSION

Mots clés

REGIONAL HEALTH PLANNING
HEALTH POLICY
HEALTH PRIORITIES
RESOLUTIONS AND DECISIONS
WORLD HEALTH ORGANIZATION
EUROPE

Sommaire

	<i>Page</i>
Ouverture de la session.....	1
Élection du bureau.....	1
Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail.....	1
Discours du directeur général.....	1
Rapport du directeur régional.....	3
Rapport du dixième Comité permanent du Comité régional.....	7
Questions de politique générale et questions techniques	9
La santé mentale dans la Région européenne de l'OMS	9
La Stratégie de pays du Bureau régional	11
Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous.....	15
Orientations stratégiques des activités menées par le Bureau régional en collaboration avec les entités géographiquement dispersées, y compris les bureaux de pays de l'OMS.....	17
La santé des enfants et des adolescents dans la Région européenne de l'OMS	20
Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif.....	22
Élections et désignations	24
Conseil exécutif.....	25
Comité permanent du Comité régional.....	25
Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales	25
Groupe de prospection régional.....	25
Futures sessions du Comité régional en 2004 et 2005	25
Résolutions	26
EUR/RC53/R1 Composition du Conseil exécutif.....	26
EUR/RC53/R2 Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins ».....	28
EUR/RC53/R3 Actualisation de la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne.....	28
EUR/RC53/R4 La santé mentale dans la Région européenne de l'OMS.....	29
EUR/RC53/R5 Nomination d'un groupe de prospection régional.....	30
EUR/RC53/R6 Rapport du dixième Comité permanent du Comité régional	31
EUR/RC53/R7 La santé des enfants et des adolescents dans la Région européenne de l'OMS.....	31
EUR/RC53/R8 Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2004 et 2005	32
Annexe 1 Ordre du jour.....	33
Annexe 2 Liste des documents.....	34
Annexe 3 Liste des représentants et autres participants	36
Annexe 4 Allocution du directeur général de l'Organisation mondiale de la santé	59
Annexe 5 Rapport du directeur régional	63

Ouverture de la session

La cinquante-troisième session du Comité régional de l’OMS pour l’Europe s’est tenue dans les Redoutensäle du Centre des congrès de la Hofburg, à Vienne, du 8 au 11 septembre 2003. Les représentants des 52 pays de la Région y ont participé. Étaient également présents des observateurs de deux États membres de la Commission économique pour l’Europe et d’un État non membre, et des représentants du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), du Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF), du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), de la Banque mondiale, du Conseil de l’Europe, de la Commission européenne et d’organisations non gouvernementales.

La cérémonie d’ouverture s’est déroulée dans la Grosser Redoutensaal, le lundi 8 septembre. Le docteur Thomas Klestil, président de la République d’Autriche, Mme Maria Rauch-Kallat, ministre autrichienne de la santé et des femmes, le professeur Reinhart Waneck, secrétaire d’État au ministère autrichien de la santé et des femmes, et le docteur Marc Danzon, directeur régional de l’OMS pour l’Europe, y ont prononcé un discours.

La première séance de travail a été ouverte par M. Lars Løkke Rasmussen, président sortant.

Élection du bureau

Conformément à l’article 10 de son règlement intérieur, le Comité a élu son bureau, ainsi composé :

Mme Maria Rauch-Kallat (Autriche)	présidente
Dr Jarkko Eskola (Finlande)	président exécutif
Dr Božidar Voljč (Slovénie)	vice-président exécutif
Dr Ainura Ibraimova (Kirghizistan)	rapporteur

Adoption de l’ordre du jour et du programme de travail

(EUR/RC53/2 Rev.1 et EUR/RC53/3 Rev.1)

Le Comité a adopté l’ordre du jour et le programme de travail.

Discours du directeur général

Dans son discours, le docteur Lee Jong-wook a remercié le gouvernement autrichien d’accueillir la cinquante-troisième session du Comité régional et a, en particulier, souhaité la bienvenue à Chypre, qui participait à sa première session en qualité de membre de la Région européenne de l’OMS. Il a exprimé sa consternation devant l’attentat tragique contre les locaux des Nations Unies à Bagdad, à la suite duquel des collègues avaient perdu la vie ou avaient été blessés.

Le 25^e anniversaire de la Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaires offrait une occasion opportune de rappeler que la santé était pour tous. Les inégalités en matière de développement avaient réduit l’espérance de vie à 40 ans dans certains pays mais l’avait porté à environ 80 ans dans d’autres. Le directeur général a estimé que l’infection à VIH et le sida représentaient le plus grave problème de santé et a souligné la nécessité d’une stratégie établissant un lien entre la prévention, les soins et le traitement. Il collaborait avec des partenaires locaux, nationaux et internationaux pour concevoir des programmes visant à traiter près de trois millions de personnes au moyen d’antirétroviraux d’ici la fin de 2005 ; ce programme, intitulé « Trois millions d’ici à 2005 », qui représentait le début d’une solution, serait mis en œuvre avec l’aide de nombreux partenaires, dont l’ONUSIDA et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

La tuberculose explosait dans certaines parties d’Europe et la pharmacorésistance constituait un problème de plus en plus aigu dans certaines prisons d’Europe orientale. Il était essentiel d’élargir rapidement la stratégie de

traitement de courte durée sous surveillance directe (DOTS) et de s'attaquer à la pharmacorésistance. Le succès représenté par l'éradication de la poliomyélite dans la Région contribuerait grandement à l'effort analogue mené à l'échelon mondial.

La nécessité de soins de santé commençait à la naissance et durait pendant toute l'existence. On avait besoin de sages-femmes qualifiées au cours de la grossesse et lors de l'accouchement. La plupart des décès d'enfants dans le monde résultaient de cinq maladies susceptibles d'être prévenues et traitées (diarrhées, paludisme, malnutrition, rougeole et pneumonie) ; il était possible d'améliorer cette situation en mettant en œuvre des stratégies telles que l'Initiative pour une grossesse à moindre risque et le programme Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Les adolescents devaient faire face à des problèmes de santé spécifiques, tels que les grossesses d'adolescentes, la toxicomanie par injection, la violence, l'abus d'alcool et les troubles mentaux. Les besoins des personnes âgées en matière de santé avaient été mis en évidence par la récente vague de chaleur qui s'était produite en Europe. Tous ces éléments montraient la nécessité d'un système de santé vigoureux et intégré, complété par des systèmes de surveillance forts, tels que celui qui avait permis de détecter l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

Le directeur général a également souligné la part des maladies non transmissibles et des traumatismes dans la charge de morbidité. L'adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac par la cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2003, avait représenté un jalon important dans la lutte contre les maladies dues au tabagisme, mais il était nécessaire que 40 pays ratifient cette convention pour qu'elle entre en vigueur et soit ensuite mise en œuvre. Pour s'attaquer au grave problème représenté par un régime alimentaire déséquilibré, on présenterait à l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2004, une approche globale de la malnutrition, à savoir la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Le directeur général a également indiqué qu'un rôle plus important revenait au secteur sanitaire dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments et de la sécurité alimentaire, et qu'il était nécessaire de prendre des mesures plus efficaces pour réduire le tribut prélevé par les accidents de la circulation.

Le renforcement des bureaux de pays de l'OMS sur les plans des ressources humaines, des crédits et de l'autorité était essentiel. Les activités du Siège de l'OMS faisaient l'objet d'un réexamen, en vue de déterminer celles d'entre elles qui pouvaient être mieux menées dans les bureaux régionaux et de pays. Il y aurait un partenariat étroit avec les régions et les changements devraient être en place pour l'exercice financier 2006–2007.

Des travaux seraient accomplis dans les pays pour former, affecter et superviser les professionnels de santé. On mettrait en place des systèmes d'information sanitaire efficaces en utilisant des technologies de plus en plus puissantes et financièrement accessibles. La qualité de l'information sanitaire pouvait être améliorée dans certains pays grâce à des projets tels que le réseau pour la mesure de la santé, qui était un partenariat de l'OMS avec des États membres, des fondations, la Banque mondiale et l'UNICEF.

Le directeur général a mentionné l'engagement sans précédent des dirigeants mondiaux à l'égard des partenariats, a fait observer que les objectifs du millénaire pour le développement concernaient directement la santé et a souligné que les activités de l'OMS étaient tributaires de partenariats.

Répondant au discours du directeur général, des délégués l'ont félicité pour son élection. Ils ont exprimé leur soutien sans réserve pour l'OMS, en particulier les priorités qu'il avait décrites, et leur confiance dans sa direction. Sa volonté de renforcer les activités au niveau des pays a été particulièrement bien accueillie. Plusieurs orateurs ont souligné la nécessité de poursuivre les politiques centrées sur la notion d'une seule OMS, de promouvoir des modes de vie plus favorables à la santé, de protéger la santé des membres vulnérables de la société et de renforcer les systèmes de santé, y compris les mécanismes relatifs à la surveillance des maladies.

Des intervenants ont souligné que des partenariats forts étaient essentiels. La moitié des États membres de la Région appartiendraient bientôt à l'Union européenne, ce qui déboucherait sur une démarche cohérente

et coordonnée à l'égard de la politique de santé, comme cela avait été constaté au cours des négociations en vue de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Cette démarche serait également suivie pour la révision du Règlement sanitaire national et l'examen des aspects du commerce liés à la santé.

On a relevé le paradoxe constitué par le fait que la Région était à la fois un donateur et un bénéficiaire de fonds. Les pays en transition économique, qui avaient des problèmes de financement et de ressources, éprouvaient des difficultés à réformer leurs systèmes de santé, mais un orateur d'un de ces pays a mis l'accent sur la possibilité d'améliorer les soins de santé par la voie législative. Le docteur J. Eskola, président du dixième Comité permanent du Comité régional (CPCR), a rappelé que la résolution WHA51.31 avait demandé une évaluation du modèle utilisé pour l'allocation aux régions de crédits provenant du budget ordinaire, et il a demandé que l'on considère que la Région avait besoin d'une aide.

Des orateurs se sont engagés à poursuivre la collaboration avec l'OMS, dont le rôle de direction, qui était surtout nécessaire pour corriger les inégalités de santé, restait essentiel. Un intervenant a demandé une amélioration de la coordination entre les États membres, l'OMS, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et l'ONUSIDA, notamment en vue d'optimiser l'utilisation des ressources dans les pays de la Communauté des États indépendants (CEI). Outre les objectifs du millénaire pour le développement, auxquels il convenait d'accorder une priorité maximale, il fallait réexaminer les maladies infectieuses, notamment sur le plan de la vaccination, et le futur Centre européen pour la prévention et l'endiguement des maladies que l'Union européenne avait l'intention de créer collaborerait étroitement avec l'OMS.

On s'est félicité du fait que le directeur général avait l'intention d'assister à la célébration du 25^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata et de visiter officiellement un pays de la CEI. Un orateur a demandé au docteur Lee de soutenir une proposition, qui serait présentée lors de l'Assemblée générale des Nations Unies, tendant à ce que les années 2005–2015 soient proclamées Décennie internationale de l'eau douce et à ce que soit créé un fonds mondial pour l'eau douce.

Le directeur général a répondu en réaffirmant le principe de l'unité de l'OMS et a mis l'accent sur le rôle essentiel des soins de santé primaires et d'un renforcement des systèmes de santé pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement qui avaient trait à la santé. Il a reconnu l'existence d'un double flux de fonds dans la Région et la nécessité de parvenir à un équilibre budgétaire : dans l'optique d'une plus grande efficacité, un but possible serait d'avoir un budget unique qui combinerait les financements ordinaire et extrabudgétaire.

Rapport du directeur régional

(EUR/RC53/Inf.Doc./1)

Lors de la présentation de son rapport au Comité régional, le directeur régional a d'abord salué la mémoire des membres du personnel de l'OMS qui avaient péri dans l'exercice de leurs fonctions ; il a ensuite cité quatre événements pour illustrer l'année exceptionnelle qui venait de s'écouler. Les bons résultats obtenus en matière de la lutte contre le SRAS, l'adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, la prise de conscience accrue du problème du sida dans les pays de la Région européenne et l'attribution de ressources plus importantes à ces pays par le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme prouvaient à nouveau que la transparence et la coopération scientifique entre les pays étaient les garants des meilleurs résultats en santé publique, même s'il restait encore beaucoup à faire dans chacun de ces domaines. Compte tenu de ces avancées, mais aussi du rôle joué par l'OMS en termes de mobilisation des ressources et d'incitation à la coopération, les attentes envers notre organisation étaient plus importantes. Enfin, le directeur régional a cité un quatrième événement important : l'élection du nouveau directeur général de l'OMS, le docteur Lee Jong-wook, qui avait proposé des orientations en très grande conformité avec celles adoptées par le Comité régional pour la Région. Cette élection offrait des possibilités, pour les États membres, de bénéficier d'une OMS unie, qui respectait la diversité de ses régions.

Compte tenu de la diversité de tous les pays de la Région, le Bureau régional proposait à ces derniers des services de plus en plus diversifiés et spécifiques, en partenariat avec un certain nombre d'organisations. Ces services répondaient non seulement à des demandes de plus en plus grandes de la part de certains pays, mais s'inscrivaient également dans le cadre de solutions plus larges englobant plusieurs parties de la Région. Ces solutions comprenaient le programme intitulé « Forum du futur », conçu pour fournir des outils aux décideurs des pays de l'ouest et du sud-ouest de la Région ; des programmes de santé publique élaborés dans le contexte du Pacte de stabilité des pays d'Europe du Sud-Est, avec le soutien de la France, de la Grèce, de l'Italie, de la Slovénie et de la Suède ; les travaux accomplis avec la Commission européenne pour faire bénéficier les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne (UE) du nouveau programme de santé publique de la Commission ; et enfin, une coopération étendue et plus efficace au sein de la CEI, notamment avec la Banque mondiale. Certes, tous les services techniques et administratifs du Bureau régional avaient contribué à la mise en œuvre de la stratégie de pays adoptée par ce dernier, mais une grande part des progrès réalisés avaient été rendus possibles par les bureaux installés dans 28 États membres.

En outre, des activités avaient été menées dans des domaines de santé publique qui avaient fait l'objet de résolutions du Comité régional et de conférences ministérielles ou qui avaient été inclus dans des programmes mondiaux. Dans le cadre plus large de l'action des Nations Unies dans le domaine de l'infection à VIH et du sida, et en étroite coopération avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et d'autres partenaires, le Bureau régional s'attachait à aider les États membres à étendre leurs programmes de prévention, de traitement et de soins, et à présenter des dossiers solides de demande de ressources au Fonds mondial et à la Banque mondiale.

Fort du soutien de la France et de la Norvège et de la coopération d'autres États membres, le Bureau régional avait mis en place un système d'information européen destiné à la surveillance, à l'évaluation et au renforcement des politiques de lutte contre l'alcoolisme. Les pays ont été vivement encouragés à apporter leur aide au Bureau régional afin de lui permettre de jouer pleinement son rôle dans ce domaine. Il a été ajouté que la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, prévue pour juin 2004 et préparée avec de nombreux partenaires, devrait aboutir à un plan d'action sur l'environnement et la santé de l'enfant, et qu'une bonne articulation était en cours de développement avec la nouvelle stratégie de la Commission européenne sur l'environnement et la santé.

Afin de donner satisfaction à certains pays désireux d'obtenir des conseils sur la façon de réformer leur système de santé, le Bureau régional avait commencé à mettre en place un mécanisme original permettant de fournir des compétences adaptées à la demande. Il avait également décidé de faire de la question des personnes âgées un thème général de ses activités. Concernant les maladies non transmissibles, il présenterait au Comité régional, l'année suivante, une stratégie de lutte fondée sur une perspective large et intégrée.

Le Bureau régional avait donné une dimension européenne aux activités mondiales de l'OMS dans deux autres domaines : le premier était celui de la violence et de la santé (le Bureau avait coordonné le lancement européen du rapport du Siège relatif à cette question), et le second celui de la pauvreté et de la santé (le Bureau européen de l'OMS pour l'investissement dans la santé et le développement travaillait à l'adaptation des objectifs du millénaire pour le développement aux besoins de la Région).

D'importants travaux étaient en cours afin de repenser et de moderniser les systèmes d'information du Bureau régional et, avec l'aide du Comité consultatif européen de la recherche en santé, de fonder toutes les activités du Bureau sur des données factuelles. Le nouveau Réseau des bases factuelles en santé (HEN) permettait d'apporter des réponses aux questions fréquemment posées par les décideurs, sous la forme d'informations utiles et basées sur des preuves existantes. Le Bureau élargirait la gamme des partenaires du réseau HEN afin de faire de ce système un guichet unique enrichi à de multiples sources. En outre, le Bureau régional avait continué de renforcer son organisation et d'assurer une gestion harmonieuse et stimulante de son personnel. À ce propos, le directeur régional a rendu hommage au dévouement de tout le personnel.

Mme Zsuzsanna Jakab, présidente du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES), a fait le point sur les préparatifs de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui se tiendrait à Budapest (Hongrie) en 2004. En tant que Comité directeur de la Conférence, le CEES avait évalué l'avancement des travaux et en avait informé le directeur régional lors de ses deux réunions ; au cours de la deuxième réunion préparatoire intergouvernementale, à Stockholm, les États membres étaient convenus des questions qui seraient abordées lors de la Conférence, de l'orientation de celle-ci et des résultats attendus.

Les questions prioritaires pouvaient être regroupées en trois domaines principaux. Le premier concernait l'évaluation des progrès accomplis depuis la Première Conférence européenne sur l'environnement et la santé (1989) ; l'évaluation des effets du processus « environnement et santé » sur les pays ; et l'évaluation des avancées réalisées depuis la Troisième Conférence (1999). Le deuxième domaine portait sur la mise au point de deux outils destinés à l'élaboration des politiques, à savoir un système d'information en matière d'environnement et de santé, et un document d'information sur l'application du principe de précaution. Le troisième domaine comprenait des questions d'importance croissante : le logement, l'énergie et le développement durable, voire les effets sur la santé de phénomènes climatiques extrêmes, pour lesquels des mesures de santé publique s'imposaient.

Deux produits majeurs de la Conférence étaient en cours d'élaboration : un plan d'action sur l'environnement et la santé des enfants pour l'Europe, destiné à l'adoption au niveau régional de mesures visant à créer des environnements plus sains pour les enfants, et la Déclaration de la Conférence décrivant les engagements pris par les États membres sur chacune des questions prioritaires. Il convenait de créer une synergie entre les activités de l'OMS et celles relevant de la nouvelle stratégie de la Commission européenne en matière d'environnement et de santé.

La participation active des parties prenantes à la Conférence était indispensable pour assurer la réussite de cette dernière et des activités qui allaient en découler. Un certain nombre de décisions avaient été prises en vue de la participation d'organisations non gouvernementales et d'organismes de la société civile, ainsi que d'enfants et de jeunes, mais des fonds supplémentaires s'avéraient nécessaires. Parmi les activités prévues, figuraient une campagne de communication destinée à faire connaître la Conférence aux décideurs et à toutes les parties prenantes, notamment aux jeunes, et deux autres réunions préparatoires intergouvernementales.

Au cours du débat qui a suivi, de nombreux intervenants se sont déclarés particulièrement satisfaits de la stratégie qu'avait adoptée le Bureau régional pour adapter ses services aux besoins des pays et pour étendre sa présence dans ces pays. À ce titre, le travail accompli par le bureau de l'OMS en Fédération de Russie était un exemple de réalisation possible. Plusieurs représentants ont également salué la contribution personnelle du directeur régional aux travaux techniques, à la coopération avec les bailleurs de fonds et autres activités de partenariat, et à la réalisation d'un compromis quant au problème des contributions mises en recouvrement des membres de la CEI à l'OMS.

Plusieurs représentants ont constaté que le Bureau régional accordait la priorité à des questions techniques revêtant pour eux une importance primordiale, telles que l'infection à VIH et le sida, la tuberculose, la santé mentale, le tabagisme et l'alcoolisme, et la santé des femmes et des enfants. De nombreux autres représentants ont évoqué la coopération fructueuse du Bureau régional dont ils bénéficiaient dans le cadre de travaux tels que l'élaboration de la politique de santé, la législation sanitaire et la réforme des systèmes de santé, et ont invité les autres pays à suivre leur exemple. Plusieurs intervenants ont suggéré d'améliorer et d'étendre ce type d'activités, et ont posé des questions concernant les travaux à venir. Ainsi, un intervenant a demandé si le Bureau régional rétablirait la fonction de conseiller régional sur l'alcool, ce qui permettrait de conserver le caractère prioritaire de cette question, et un autre a demandé comment le Bureau régional comptait soutenir les processus nationaux requis pour ratifier et mettre en œuvre la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Approuvant les travaux de l'OMS sur l'hygiène alimentaire et l'activité physique, un représentant a soulevé la question de la coordination des processus mondiaux et régionaux. En outre, deux intervenants ont suggéré que le secrétariat fasse rapport au Comité régional lors de sa cinquante-quatrième session au sujet des progrès accomplis quant à la mise en œuvre

de la résolution EUR/RC52/R8 sur l'amplification de l'action contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS. Enfin, un représentant a déclaré que son pays avait célébré l'Année internationale de l'eau douce en 2003 et a proposé que l'on crée un fonds mondial consacré à cette question et que les Nations Unies déclarent les années 2005–2015 « Décennie de l'eau douce ».

Plusieurs intervenants ont souligné l'importance des informations sanitaires. L'un d'entre eux a vivement insisté sur la nécessité de renforcer encore le système d'information sur l'environnement et la santé ; un autre a fait part de son intérêt pour l'évolution du nouveau Réseau des bases factuelles en santé (HEN), et il a été suggéré, eu égard notamment au nombre important de décès de personnes âgées dus à la récente vague de chaleur, que le Bureau régional réfléchisse à des moyens garantissant la compilation de statistiques de meilleure qualité sur la mortalité et la communication plus rapide de ces chiffres.

Le thème de l'environnement et de la santé a été la question technique qui a suscité le plus grand intérêt. De nombreux représentants ont accueilli favorablement le rapport du CEES et se sont félicités de la préparation de la Conférence de Budapest, ainsi que du contenu et des résultats proposés pour cette dernière. Ils ont décrit la contribution de leur pays à cet égard et ont suggéré des thèmes de discussion supplémentaires, tels que le Protocole sur l'évaluation environnementale stratégique à la Convention sur l'évaluation de l'impact sur l'environnement dans un contexte transfrontalier et les effets sur la santé, en particulier celle des enfants, du changement climatique et, notamment, de la situation dans la zone de la mer d'Aral et de l'accident nucléaire de Tchernobyl. Un représentant a annoncé que son pays accueillerait la réunion préalable à la Conférence intergouvernementale, en 2004.

De nombreux représentants ont fait l'éloge du Bureau régional, qui obtenait des ressources, coordonnait les activités et constituait des partenariats, et ont demandé instamment qu'il continue à le faire.

Trois orateurs invités représentant des organisations partenaires ont pris la parole devant le Comité régional. M. Fernand Sauer, directeur de la santé publique et de l'évaluation des risques à la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne, a fait observer que le directeur régional et le Bureau régional avaient facilité le processus d'adhésion des 10 pays qui rejoindraient bientôt l'Union européenne, en établissant des rapports sur leur situation sanitaire et leurs systèmes de santé. Le « sommet » annuel, auquel participaient le directeur régional et des fonctionnaires de la Commission européenne, avait précédé une réunion, à laquelle avaient également participé le directeur général de l'OMS et les ministres de la santé de l'Union européenne, en vue de contribuer à la coordination de l'action contre le SRAS. Les deux partenaires continueraient à se rencontrer pour coordonner et planifier leurs activités. Des échanges de fonctionnaires avaient commencé et l'Union européenne espérait créer un centre pour la lutte contre les maladies transmissibles en 2005.

La Commission européenne avait signé la Convention-cadre pour la lutte antitabac et soutiendrait sa ratification par tous les États membres de l'Union européenne. Elle participerait à la conférence de l'OMS sur la santé mentale, en 2005, et appuierait les préparatifs en vue de la Conférence de Budapest. Enfin, la Commission européenne avait inclus les cinq projets proposés par le Bureau régional dans les 50 projets choisis pour la première tranche du nouveau programme de santé publique de l'Union européenne.

Mme Gabriella Battaini-Dracconi, directeur général de la Cohésion sociale du Conseil de l'Europe, a décrit les activités de ce dernier guidées par son Comité européen de la santé, dont l'Union européenne et l'OMS étaient membres. La coopération des trois organismes en matière de santé avait commencé par le Réseau européen des Écoles-santé, des partenariats pour les droits des patients et le projet sur la santé en prison. D'autres activités de coopération avaient suivi l'échange de lettres entre Mme Battaini-Dracconi, M. Sauer et le directeur régional en 2001. Les domaines ajoutés comprenaient la contribution du Conseil de l'Europe à la nouvelle directive de l'Union européenne sur la sécurité des stocks de sang, ses activités en coopération avec l'OMS en ce qui concerne l'Engagement de Dubrovnik et les efforts accomplis en commun pour lutter contre la tuberculose dans la Fédération de Russie. Trois programmes coopératifs futurs porteraient sur le soutien accordé par le Conseil de l'Europe à la préparation de la conférence de l'OMS sur la santé mentale, qui se tiendrait en 2005, et sur les travaux concernant la santé des personnes

âgées, et la violence et la santé. Dans tous ces domaines, on espérait que la Banque de développement du Conseil de l'Europe participerait au financement des projets.

Étant donné que trois États membres de la Région européenne de l'OMS faisaient également partie de la Région des Amériques, tandis que deux autres participaient aux sessions du Comité régional en qualité d'observateurs, le docteur Mirta Roses Periago, directeur régional de l'OMS pour les Amériques, était heureuse d'être le premier directeur régional à assister à la session d'un Comité régional d'une autre région de l'OMS. Elle a estimé qu'il existait de nombreuses possibilités pour les deux organisations d'échanger des données d'expérience, de trouver des synergies et de coopérer.

Chaque région avait pris des initiatives exemplaires dans des domaines différents : la Région européenne en ce qui concerne la promotion de la santé, le programme Villes-santé, le Réseau européen des Écoles-santé et la réforme des systèmes de santé, et la Région des Amériques pour l'éradication de la poliomyélite, de la rougeole et maintenant de la rubéole, et l'organisation d'une semaine régionale de vaccination chaque année. Les deux régions avaient des intérêts analogues pour ce qui est d'un grand nombre de questions, telles que le vieillissement, la pauvreté, le financement des systèmes de santé et la qualité des soins, et même des programmes parallèles sur les maladies non transmissibles (CINDI et CARMEN) et des observatoires complémentaires (sur les systèmes de santé et les ressources humaines).

En décembre 2003, des hauts fonctionnaires des deux bureaux régionaux se réuniraient à Washington pour discuter d'un développement de leur collaboration et le Bureau régional des Amériques suivrait de très près les progrès accomplis par la Région européenne en matière d'environnement et de santé.

Répondant aux déclarations des intervenants, Mme Jakab a remercié les représentants pour le soutien de leur pays à la Conférence de Budapest et leur contribution à celle-ci. Elle avait pris note de leurs observations et suggestions, et le CEES les examinerait lors de sa session suivante.

Le directeur régional a remercié les États membres pour leur appui aux activités du Bureau régional. En réponse aux questions posées, il a confirmé que ce dernier était déterminé à aider les États membres, collectivement et individuellement, à ratifier et à mettre en œuvre la Convention-cadre. Cette aide prendrait plusieurs formes : des études de cas sur les pays ayant accomplis des progrès appréciables à ces égards, un élargissement du système d'information sur la politique en matière de tabac aux questions visées par la Convention-cadre et, avec le concours du Conseil de l'Europe, la possibilité de tenir une session extraordinaire de l'Assemblée parlementaire pour obtenir un appui politique pour sa ratification.

Le directeur régional et M. Sauer étaient convenus de coopérer en matière de collecte systématique et rapide d'informations, et on présenterait au Comité régional un résumé d'une étude sur les effets sanitaires des vagues de chaleur. Des informations complémentaires sur les divers programmes du Bureau régional concernant l'environnement et la santé seraient également communiquées.

Le fait que de nombreux cas de rougeole déclarés dans la Région des Amériques étaient importés d'Europe indiquait peut-être que la Région devrait avoir un but concernant l'éradication de la rougeole. Le CPRC examinerait la demande relative à un rapport sur les progrès accomplis dans la lutte contre la tuberculose, qui serait soumis au Comité régional lors de la session de l'année suivante.

Rapport du dixième Comité permanent du Comité régional

(EUR/RC53/4, /4 Add.1, /Conf.Doc./1 et /Conf.Doc./9)

Le président du Comité permanent a fait observer que le dixième CPRC s'était réuni cinq fois au cours de l'année et que ses rapports étaient disponibles sur le site Web du Bureau régional, de façon à ce que les États membres puissent réagir au sujet de points abordés entre les sessions du Comité régional. Outre qu'il avait examiné les mesures prises par le secrétariat pour donner suite aux résolutions adoptées par le Comité régional, le CPRC avait participé au choix et à la préparation des questions techniques dont l'examen devait avoir lieu pendant la session en cours. Des membres du CPRC présenteraient les opinions de ce dernier sur ces questions au titre des points de l'ordre du jour correspondants.

Parmi d'autres questions, le CPRC avait également discuté du budget de l'Organisation pour 2004–2005. Il avait pris note du fait que l'application de la résolution WHA51.31 avait entraîné une augmentation d'environ 4,5 millions de dollars des États-Unis du budget ordinaire de la Région européenne de 1998–1999 à 2004–2005, mais avait demandé que les mesures prises jusqu'alors fassent l'objet d'une évaluation appropriée et que la résolution continue d'être appliquée intégralement.

Au cours de l'année, le président du CPRC et le directeur régional avaient eu un entretien avec l'un des membres de l'équipe qui avait réalisé l'évaluation externe des programmes du Bureau régional sur la réforme des soins de santé, et ils avaient discuté de façon approfondie du rapport de l'équipe et des méthodes utilisées au cours de l'évaluation. Cette discussion avait dissipé tout malentendu qui aurait pu se produire. Par la suite, le CPRC avait examiné de façon détaillée les observations du secrétariat sur les recommandations des évaluateurs externes. Il avait noté avec satisfaction que les évaluateurs avaient réalisé un travail très professionnel et avait estimé qu'un grand nombre de leurs recommandations avaient des implications importantes pour la Région européenne de l'OMS.

Le dixième CPRC avait créé un sous-groupe chargé d'évaluer le système actuel concernant les membres du Conseil exécutif. Son mandat avait été établi de la façon indiquée par le Comité régional à sa session précédente. En outre, comme le Comité régional l'avait demandé à sa quarante-neuvième session, ce sous-groupe avait étudié la possibilité de mettre en place un nouveau système en vertu duquel l'accord sur les candidats devant siéger au Conseil serait guidé par des critères objectifs liés à la répartition géographique et à d'autres éléments conformément aux principes de solidarité et de transparence adoptés dans la politique-cadre de la SANTÉ 21. Troisièmement, le CPRC avait demandé à son sous-groupe d'examiner la pratique selon laquelle les postes électifs dans certaines commissions de l'Assemblée mondiale de la santé étaient traditionnellement réservés aux pays qui étaient des membres « semi-permanents » du Conseil, et de formuler des propositions à ce sujet.

À la suite de plusieurs réunions au cours de l'année et de consultations avec certains États membres, le sous-groupe avait fait rapport au dixième CPRC à sa troisième session, en avril 2003. Le principe directeur du sous-groupe avait été qu'au fil du temps tous les pays devaient avoir une chance équitable de participer aux travaux du Conseil exécutif. À cette fin, il avait suggéré que la périodicité de l'octroi d'un siège aux membres « semi-permanents » soit portée à trois années sur six, et il avait présenté cinq critères objectifs à appliquer lors de la sélection des pays pour un siège au Conseil. Il avait également recommandé que les États membres européens soient regroupés sur un plan géographique à cet effet, et il avait proposé des principes directeurs concernant la sélection des candidats. Il avait souligné qu'il importait de ratifier les amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS, qui porterait le nombre de sièges européens au Conseil de sept à huit. Le sous-groupe avait aussi estimé que la pratique de la « semi-permanence » ne devait pas être appliquée aux désignations pour des postes électifs aux commissions de l'Assemblée mondiale de la santé. Enfin, il avait proposé que le nouveau système, s'il était accepté par le Comité régional, fasse l'objet d'une évaluation de la part du CPRC en 2010.

Le dixième CPRC avait approuvé sans réserve les recommandations du sous-groupe et était convenu par consensus qu'elles devaient être présentées au Comité régional comme un tout. Étant donné qu'il s'occupait de cette question depuis 1997 et que deux sous-groupes et deux réunions spéciales s'étaient penchés sur cette question, le dixième CPRC avait également estimé que si les propositions n'étaient pas acceptables pour le Comité régional, il ne serait pas utile de lui renvoyer à nouveau cette question.

Au cours de la discussion qui a suivi, un certain nombre de délégués ont approuvé la recommandation du Comité permanent selon laquelle il convenait d'évaluer l'application de la résolution WHA51.31, et ils ont demandé un examen de la façon dont les ressources extrabudgétaires de l'Organisation étaient distribuées entre les régions.

Un représentant a fait observer que les informations contenues dans le rapport du CPRC sur le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme étaient dépassées : il avait été décidé que les pays à revenu intermédiaire pouvaient bénéficier d'une aide et, effectivement, 12 pays européens avaient

déjà reçu des fonds de cette source. Le Bureau régional a été prié instamment de jouer un rôle moteur dans le renforcement de la coordination des activités entreprises au moyen de ces fonds.

Il a été demandé au secrétariat de communiquer des informations plus détaillées sur les travaux accomplis et prévus en vue de donner effet aux recommandations découlant de l'évaluation externe des programmes du Bureau régional sur la réforme des soins de santé. Il a également été suggéré qu'il serait possible de constituer un groupe de travail pour examiner les progrès accomplis par les pays dans la mise en œuvre de leur réforme des soins de santé, en accordant une importance particulière à ceux qui recevaient une assistance de l'OMS dans ce domaine.

Le Comité permanent a été félicité pour l'excellent travail qu'il avait accompli en ce qui concerne le système relatif à la composition du Conseil exécutif. Ses recommandations représentaient certes un compromis, mais elles ont été jugées acceptables pour tous les pays. Une nette préférence a été exprimée pour la sélection de pays par consensus au sein des groupes géographiques. Dans un souci de clarté, il a été suggéré que les critères objectifs de sélection des États membres et de sélection des candidats, ainsi que les détails relatifs aux groupes géographiques de pays, soient incorporés dans le projet de résolution dont le Comité régional était saisi. Enfin, tous les États membres qui ne l'avaient pas encore fait ont été priés instamment de ratifier les amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS. Il a été demandé au CPCR de commencer de recueillir des informations auprès des États membres qui n'avaient pas encore ratifié les amendements.

Le Comité a adopté les résolutions EUR/RC53/R1 et EUR/RC53/R6.

Questions de politique générale et questions techniques

La santé mentale dans la Région européenne de l'OMS

(EUR/RC53/7 et /Conf.Doc./2)

Le directeur de la Division du soutien technique, Réduction de la charge de morbidité, qui a présenté cette question, a déclaré que les diverses initiatives prises au cours des cinq années précédentes avaient sensibilisé davantage les responsables de l'élaboration des politiques au fardeau que représentait la maladie mentale. Bien qu'en conséquence une plus grande importance politique était accordée à la santé mentale, d'importantes différences subsistaient dans la Région, en ce qui concerne des questions telles que la prestation des services, la prévalence, la mortalité, l'élaboration d'une politique, etc. Des progrès avaient été accomplis, mais ils étaient tempérés par le fait que la maladie mentale représentait un fardeau croissant. Les tendances et les statistiques régionales mettaient en évidence ce problème. Il fallait faire davantage pour surmonter la stigmatisation dont la schizophrénie faisait l'objet. De nombreuses personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne recevaient pas les soins dont elles avaient besoin en raison de la fermeture d'établissements ou de modifications de la politique, et de nombreux sans-abri étaient des malades mentaux, alors qu'aucune entité politique ou professionnelle n'assumait de responsabilité globale pour leur bien-être. En Europe centrale et orientale, de trop nombreux patients étaient encore traités dans de grands établissements. Des soins de santé mentale de proximité étaient nécessaires, tandis que les hôpitaux représentaient un complément important.

Des réformes étaient en cours. Le programme régional sur la santé mentale avait répondu à des demandes d'États membres en fournissant des services d'experts en vue d'évaluations, de conseils et d'une assistance pour la surveillance de la mise en œuvre des stratégies nationales. De nombreux États membres avaient achevé ou entrepris des réformes qui débouchaient sur des soins de proximité, et plusieurs d'entre eux avaient modifié la législation en matière de santé mentale au cours des deux années précédentes.

Le programme sur la santé mentale avait recensé quatre grands domaines méritant l'attention : la mortalité et la morbidité prématurées ; la lutte contre la stigmatisation ; l'évaluation de la situation dans les pays ; et la santé mentale des enfants et des adolescents. Les équipes spéciales qui avaient été créées et chargées d'examiner ces quatre thèmes avaient été bien soutenues par les États membres, le Réseau européen de

l'OMS sur la santé mentale et le Réseau européen de l'OMS sur la prévention du suicide et la recherche en matière de suicide. La collaboration avec le Siège de l'OMS avait été fructueuse.

Eu égard à l'importance de la santé mentale en tant que question de santé publique, le moment était venu d'organiser une conférence ministérielle européenne sur cette question, en vue d'analyser la situation actuelle, de convenir des principes qui devaient guider les politiques de santé mentale et d'obtenir une volonté politique d'agir concrètement. En conséquence, il était proposé de tenir une conférence ministérielle de l'OMS à Helsinki en janvier 2005, sur le thème « La santé mentale en Europe : relever les défis, bâtir des solutions ». Son but serait de rassembler des personnalités politiques responsables de questions de santé, des décideurs et d'autres parties prenantes essentielles, tels que les prestataires de services et les utilisateurs, en vue d'examiner les politiques européennes, d'étudier les lieux de promotion de la santé mentale, de recenser les obstacles à la prévention et au traitement des problèmes de santé mentale, de proposer des solutions fondées sur des données scientifiques et factuelles qui pourraient être traduites en politiques, et d'élaborer un plan d'action. Au nombre des manifestations préparatoires figuraient notamment des réunions sur les droits de l'homme et la stigmatisation en matière de santé mentale, et on prévoyait d'autres réunions sur la prévention du suicide, le stress sociétal et la santé mentale des enfants et des adolescents. Un comité directeur avait été créé et comprenait des représentants des États membres accueillant les manifestations préalables à la conférence, de la Commission européenne, du Conseil de l'Europe et de Mental Health Europe. On demanderait aux États membres de participer activement, par le biais d'études de cas, d'enquêtes et de consultations.

Le docteur Viktor Jaksons, membre du CPR, a déclaré que le Comité permanent avait affirmé que la santé mentale était un élément essentiel de la santé publique et avait fait observer que la plupart des années de vie ajustées sur l'incapacité étaient perdues en raison de troubles dépressifs, du stress et d'autres problèmes de santé mentale. Les facteurs qui déclenchaient ces derniers étaient notamment le changement de situation socioéconomique, les conflits armés, l'augmentation de la pauvreté et l'accroissement de l'écart entre les riches et les pauvres, y compris dans le monde développé. Le Comité permanent s'était félicité des préparatifs en vue de la conférence ministérielle et de l'efficacité des réseaux sur la santé mentale, ainsi que des partenariats avec la Commission européenne, des ONG et d'autres organismes. Il fallait établir des liens avec des programmes tels que ceux relatifs à l'abus d'alcool. Tant les aspects sociétaux qu'individuels, notamment en ce qui concerne les enfants et les adolescents, devaient être pris en considération. L'expérience avait montré que des démarches de proximité devaient être adoptées d'une façon équilibrée, compte tenu des droits de l'homme et après une sensibilisation de la société. Le Comité permanent a souligné que les résultats visés devaient être une sensibilisation accrue parmi les responsables de l'élaboration des politiques, des politiques judicieuses en matière de santé mentale et une aide aux États membres pour qu'ils puissent élaborer leurs propres politiques sur la base de principes et de valeurs communs.

Au cours du débat approfondi qui a suivi, les participants se sont félicités du rapport, qui analysait bien les tendances, les réalisations, les obstacles et la diversité dans la Région. Certains intervenants ont passé en revue la situation en matière de santé mentale dans leur pays et les réformes qui avaient été mises en œuvre, telles que l'abandon de l'hospitalisation systématique, le développement des soins de proximité grâce à la mise en place de formations destinées aux professionnels des soins de santé primaires, et la promotion de la santé mentale, qui comportait notamment des programmes éducatifs en faveur de l'acquisition de savoir-faire pratiques, la formation des personnes qui travaillent dans les médias et l'élargissement des programmes des études de médecine afin que la santé mentale soit abordée de façon plus approfondie. Se référant aux partenariats en dehors de l'OMS, l'un des orateurs a fait valoir que les projets menés dans le cadre du Pacte de stabilité, notamment celui consacré à la santé mentale dans les pays d'Europe du Sud-Est, auraient dû être mentionnés. En outre, il conviendrait d'inclure, dans la liste des thèmes prioritaires du programme de santé mentale, d'autres thèmes tels que la toxicomanie.

Plusieurs orateurs ont demandé que la santé mentale soit incorporée dans tous les programmes de santé publique et ont souligné que, parmi les facteurs importants des problèmes de santé mentale, figuraient les inégalités sociales et économiques, le stress, le chômage et les questions liées au lieu de travail, la problématique homme-femme, l'exclusion sociale et la marginalisation, la stigmatisation et la discrimination, l'abus de substances psychotropes, le logement et la sécurité personnelle. Certains participants ont relevé

que les problèmes de santé mentale accompagnés de maladies cardiovasculaires contribuaient de plus en plus aux incapacités, et que la réduction du stress sociétal pourrait diminuer la violence et atténuer les effets des catastrophes. Certains pays avaient des taux de détection bas de la dépression et des maladies chroniques, ce qui réduisait les possibilités de traitement. La nécessité de programmes de santé mentale pour les réfugiés et les autres personnes souffrant de réactions post-traumatiques a été soulignée.

Les participants ont reconnu que le moment était venu de mettre fin au hiatus entre les connaissances et la pratique, et de mettre l'accent sur le traitement et la prévention. Des programmes novateurs, tels que ceux relatifs aux autopsies psychiatriques, étaient peut-être plus faciles à mettre en œuvre dans les petits pays, et des exemples de réussite ont été mentionnés ; dans un cas, de bons résultats ont été obtenus grâce à un programme de prévention du suicide qui était soutenu par le secteur privé, et il a été affirmé que des non-spécialistes, tels que des agents de police et des membres du clergé, pouvaient jouer un rôle utile. Il était suggéré que le rôle et la responsabilité d'ordre social des employeurs et des entreprises privées soient pris en compte par les politiques en matière de santé mentale. La réinsertion des malades mentaux faisait déjà partie de certains programmes nationaux. Une politique commune de détection, de diagnostic et de traitement de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents devrait être adoptée. Dans le domaine des soins de santé primaires en psychiatrie, la formation devrait être améliorée et des normes en matière de soins de santé mentale devraient être élaborées. En ce qui concerne les questions financières, il a été recommandé que les services de santé mentale soient non seulement équitables mais qu'ils soient aussi dotés de ressources budgétaires suffisantes. Un intervenant a demandé instamment aux États membres d'accomplir plus d'efforts pour harmoniser les stratégies en faveur de la santé mentale et les démarches relatives à celle-ci et un autre a signalé la création d'un réseau européen sur la violence au foyer.

Certains orateurs ont demandé que le programme de la Conférence ministérielle d'Helsinki porte notamment sur la dépression et toutes ses conséquences directes et indirectes, le stress sur le lieu de travail et à l'école, l'abus d'alcool et la prévention du suicide. Tout plan d'action qui serait adopté devrait être vigoureux et complet, et reposer solidement sur les droits de l'homme.

Au titre de ce point de l'ordre du jour des déclarations ont été prononcées par des représentants de la Fédération mondiale pour la santé mentale et Mental Health Europe. Des déclarations écrites ont été présentées par un représentant du Bureau international de l'épilepsie et un observateur du Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes et de l'OMS.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC53/R4.

La Stratégie de pays du Bureau régional (EUR/RC53/10 et /Conf.Doc./5)

Le directeur de la Division du soutien aux pays a présenté un rapport de situation indiquant comment la stratégie de pays du Bureau régional était mise en œuvre afin que les services offerts aux pays soient mieux adaptés aux besoins spécifiques de ces derniers. Il avait fallu pour cela changer de démarche afin de mieux répondre aux attentes des pays et, par conséquent, améliorer la prestation de services. L'objectif était d'aider les États membres à mettre en place leurs propres politiques de santé ; à prévenir et à surmonter les menaces qui pesaient sur la santé publique ; à anticiper les défis futurs ; et à mener une action de sensibilisation en faveur de la santé publique. Il était important d'accorder un traitement personnalisé aux pays en tenant compte de leur diversité et de leurs situations socioéconomiques très variées. Dans certains cas, cela impliquerait des mécanismes tels que les accords de collaboration biennaux, les réunions des Forums du futur et l'intégration des programmes verticaux de l'OMS dans les activités des systèmes de santé et dans des partenariats internationaux pour la santé renforcés. L'OMS n'offrait pas la même assistance à chacun des États membres, mais se concentrait sur les domaines dans lesquels on pouvait obtenir des résultats tangibles.

Les Forums du futur, qui réunissaient deux fois par an d'importants décideurs venant d'États membres européens n'ayant pas conclu d'accord de collaboration biennal (pour la plupart, les États membres d'Europe occidentale), donnaient aux participants l'occasion de partager leurs expériences et leurs points

de vue sur des questions essentielles de politique sanitaire. Les conclusions auxquelles on était parvenu étaient ensuite publiées et diffusées. Au cours des deux années précédentes, les demandes d'aide formulées par les pays d'Europe occidentale avaient doublé et des exemples d'activités de coopération ont été présentés à cet égard : elles avaient porté sur la promotion de la santé (coopération avec la Finlande), la violence (avec l'Allemagne et le Royaume-Uni), un plan d'action national en matière de santé (au Portugal), la nouvelle législation sanitaire (en France), et enfin une aide sur un problème d'hygiène de l'environnement (en Andorre).

Parmi les initiatives du Bureau régional en matière de partenariat avec le Conseil de l'Europe, l'une des plus importantes était l'initiative pour la cohésion sociale en Europe du Sud-Est prise dans le contexte du Pacte de stabilité, dans le cadre de laquelle huit pays coopéraient sur des projets sanitaires afin d'améliorer la stabilité et le développement économique. Grâce à un document vidéo, on a pu constater la valeur qu'attachaient les pays en question à cette initiative unique étayée par l'Engagement de Dubrovnik. Des progrès étaient accomplis dans des domaines tels que la santé mentale. Trois orateurs invités ont ensuite fait part de leur expérience vis-à-vis de cette initiative.

M. Tomo Lučić, ministre de la santé de Bosnie-Herzégovine – le pays chef de file du projet sur la santé mentale dans le cadre de l'initiative – a fait observer que la nouvelle démarche du Bureau régional consistait à aider les pays à résoudre leurs problèmes en partenariat avec d'autres organisations, et que l'on avait obtenu de bons résultats sur ce point. Le projet sur la santé mentale, principalement financé par le gouvernement grec, mettait à contribution des experts extérieurs aux niveaux local et régional. Il constituait le support idéal pour promouvoir la coopération et le partenariat à l'échelle régionale. Il ne fallait pas se le cacher : une telle tâche exigeait du temps, de la détermination et un soutien politique solide. La Bosnie-Herzégovine a proposé d'accueillir le deuxième forum des ministres de la santé organisé dans le cadre de l'initiative.

Le professeur Athanassios Constantopoulos, délégué grec, a souligné que son pays, en sa qualité de bailleur de fonds, travaillait dans le cadre de partenariats étroits et collaborait directement avec ces huit pays en s'appuyant sur sa propre expérience en matière de réforme des systèmes psychiatriques. Les dons effectués par la Grèce étaient directement affectés aux pays et, grâce à la bonne volonté et aux efforts accomplis, les difficultés administratives du départ avaient été en grande partie surmontées. Parmi les tâches à accomplir, il fallait désormais garantir la continuité et la durabilité, surmonter les obstacles liés à la bureaucratie et faire en sorte que les pays se sentent davantage concernés. Ce projet, dont les retentissements ne se limiteraient pas au domaine de la santé mentale, pourrait servir de modèle pour l'ensemble de l'initiative. M. Constantopoulos a insisté sur le fait que l'OMS avait été le véritable acteur de la réussite de ce projet.

M. Karl-Friedrich Bopp, du Conseil de l'Europe, a dit que, lorsque les ministres de la santé avaient signé l'Engagement de Dubrovnik, ils avaient confirmé leur conviction que les soins de santé, le bien-être social et le développement humain étaient des éléments essentiels de la reconstruction de la société et ils s'étaient engagés à garantir les droits humains fondamentaux des sociétés et des populations vulnérables. Deux ans plus tard, il était clair que la cohésion sociale avait effectivement été renforcée et que le partenariat entre l'OMS et le Conseil de l'Europe avait apporté des compétences techniques et des valeurs. Une fois les structures en place, un soutien financier avait suivi, fourni par la Banque de développement du Conseil de l'Europe, la France, la Grèce, l'Italie, la Slovaquie, la Suède et la Suisse. Le Réseau de santé publique de l'Europe du Sud-Est était un exemple de coopération que d'autres régions pouvaient suivre.

Le directeur de la Division du soutien aux pays a ensuite décrit d'autres activités menées dans les pays et, en particulier, certains projets menés en coopération avec des pays candidats à l'Union européenne, tels qu'une enquête sur leurs besoins sanitaires et une description de l'aide que l'OMS pouvait leur offrir ; l'initiative Écoles-santé en Lettonie ; et des activités relatives à l'infection à VIH et au sida en Bulgarie. Le Bureau régional avait contribué à faire face à une situation d'urgence en collaboration avec l'ex-République yougoslave de Macédoine, lorsque celle-ci connaissait un problème de réfugiés. Il importait non seulement de répondre aux besoins mais aussi de mettre en place des systèmes de façon durable, au lieu de se borner à fournir une aide temporaire. Avec l'aide de l'OMS, 12 États membres avaient obtenu

un total de 250 millions de dollars des États-Unis du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Une importance croissante était accordée aux systèmes de santé et à la politique sanitaire, comme cela ressortait des activités de la division menées en coopération avec la Turquie, par exemple, dans le cadre de son Programme de transformation de la santé ou avec le Portugal en ce qui concerne son plan d'action national pour la santé.

Ensuite, un groupe d'experts invités a décrit le processus de réforme du système de santé au Kirghizistan et la façon dont le Bureau régional avait coopéré avec différents partenaires pour remettre ce processus sur les rails lorsqu'il avait été mis en péril au début de 2003. Le docteur Rifat Atun, de l'Imperial College du Royaume-Uni, a rendu compte de l'évaluation détaillée du programme de réforme du système de santé du Kirghizistan qu'il avait effectuée pour le compte du ministère du développement international du Royaume-Uni. Ce programme était dirigé par un groupe de jeunes Kirghizes enthousiastes formés par l'OMS, avec le concours de ce ministère. Il s'agissait d'un excellent exemple d'activités concertées qui utilisaient des données scientifiques et factuelles et des travaux d'analyse pour élaborer une politique et bénéficiait d'une forte adhésion au niveau local. L'OMS avait joué un rôle de chef de file et avait apporté son objectivité. M. Dominic Haazen, de la Banque mondiale, a ajouté que les réformes du système de santé du Kirghizistan servaient à la Banque mondiale de modèle d'activités durables pour d'autres pays. Il a dit qu'il était également possible de tirer certains enseignements, comme l'importance de la maximisation de la transparence et de la communication dès le début et la nécessité de coordonner des actions communes au niveau le plus élevé dans le pays. M. Jerzy Skuratowicz, du Programme des Nations Unies pour le développement au Kirghizistan, a ensuite expliqué qu'au début de 2003, le nouveau programme de réforme avait enregistré des revers, mais qu'il avait été possible de résoudre la crise grâce à l'aide cruciale du Bureau régional ainsi que du coordonnateur résident de l'ONU. L'OMS jouait également un rôle crucial dans d'autres initiatives en cours dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement. Le docteur Ainura Ibraimova, du ministère kirghize de la santé, a souligné l'importance accordée à l'aide obtenue d'organismes tels que l'OMS, la Banque mondiale, l'UNICEF et le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), ainsi que le ministère du développement international du Royaume-Uni. La crise relative aux réformes des soins de santé s'était produite parce que la population avait voulu constater des résultats immédiats. La formation, l'amélioration des soins primaires et l'adoption de systèmes de financement transparents ont cependant pris du temps et ces aspects de la réforme n'étaient pas toujours compris par les autorités législatives.

Le directeur de la Division du soutien aux pays a précisé que toutes les divisions du Bureau régional contribuaient à l'action visant à parvenir à l'excellence dans les activités au service des pays. L'Initiative de l'OMS en faveur des pays visait à définir des programmes stratégiques pour les activités avec les pays, en améliorant les capacités et le fonctionnement des bureaux et des équipes de pays, et en renforçant le soutien technique. La stratégie de pays du Bureau régional était pleinement conforme à cette orientation. La collecte d'informations sur les pays, les activités menées en partenariat et l'amélioration de la gestion des ressources visaient toutes à renforcer et à unifier la présence de l'OMS dans les pays. L'amélioration de la présence de l'Organisation dans les pays avait récemment eu des effets positifs. Les chefs des bureaux de pays faisaient l'objet d'une sélection par concours et d'une formation complémentaire approfondie, et les crédits du budget ordinaire affectés aux programmes de pays, qui se situaient à près de 12 millions de dollars des États-Unis, avaient presque triplé depuis 1994–1995. Parmi les autres améliorations en cours de réalisation, il fallait citer une augmentation de la rapidité de réaction et l'élaboration de stratégies à plus long terme pour aider chaque État membre, dans la mesure où elles pourraient porter sur des périodes de quatre ou six ans. Le programme stratégique dans la Fédération de Russie constituait un exemple à cet égard. Les activités avec les pays étaient planifiées par étapes et le processus faisait l'objet d'une surveillance continue, de façon à veiller à ce qu'il réponde aux besoins et aux problèmes des pays.

En conclusion, certaines difficultés demeuraient, telles que la nécessité d'un contact plus étroit avec les homologues et de liens plus efficaces avec les parties prenantes à tous les niveaux. Il fallait également disposer de personnel plus qualifié et il fallait veiller à une plus grande standardisation entre bureaux de pays et à une amélioration de la liaison avec le Siège de l'OMS et l'Initiative en faveur des pays au niveau mondial. Le Bureau d'assistance des pays était prêt à aider les États membres en répondant à leurs questions.

Le docteur Kiely, membre du CPR, a dit que le Comité permanent était d'accord avec la nouvelle démarche qui présidait à la stratégie de pays et reconnaissait les succès enregistrés jusqu'à présent dans son application. Il fallait faire bien davantage en ce qui concerne cet élément central et vital des activités du Bureau régional, mais les activités menées jusqu'alors pour mettre en œuvre la stratégie représentaient un changement d'orientation radical, et les modifications de structure et de fonction étaient soutenues par le CPR.

Au cours du débat qui a suivi, des représentants ont dit qu'ils appréciaient l'amélioration de la qualité et l'augmentation du volume des services fournis par le Bureau régional aux États membres, ce qui permettait à ceux-ci de partager leur expérience et de bénéficier de l'expérience des autres, ainsi que de compétences techniques. Ils se sont félicités de la façon dont on prêtait attention aux différents souhaits, priorités et politiques des décideurs dans les pays. Grâce aux accords de collaboration biennaux, le soutien offert aux pays par le Bureau régional était devenu encore plus tangible et l'idée d'élaborer des programmes d'activités stratégiques d'une durée de quatre ou six ans en ce qui concerne les activités du Bureau régional au service des pays a été bien accueillie. Les bureaux de pays jouaient un rôle particulier ; par exemple, le représentant spécial du directeur général en poste au bureau de l'OMS pour la Fédération de Russie constituait maintenant le lien principal pour les partenariats dans le secteur de la santé publique de ce pays.

En ce qui concerne les pays du Pacte de stabilité, la coopération de haut niveau sur les questions de santé au niveau sous-régional représentait une façon souple et responsable d'utiliser les ressources et le savoir-faire disponibles pour favoriser le travail d'équipe et la sensibilisation. L'aide du Bureau régional aux pays qui entreprenaient des réformes de leur système de soins de santé était particulièrement appréciée. Un représentant a cependant fait observer que les décideurs de haut niveau devaient résoudre des problèmes complexes en ayant une vue d'ensemble de leur système de santé et que le Bureau régional et les chefs de bureaux de pays devaient par conséquent être en mesure d'offrir une assistance à un niveau élevé. Les ressources financières pour la santé se trouvaient pour l'essentiel dans les pays et la responsabilité concernant le succès de la stratégie de pays du Bureau régional incombait par conséquent aux gouvernements. Le Bureau régional devrait aussi concentrer ses ressources internationales sur des travaux qui avaient un caractère essentiellement international, tels que ceux relatifs au VIH/sida et aux questions d'environnement et de santé. Il fallait également trouver un équilibre entre ces activités et les travaux normatifs. Une délégation a proposé de renforcer encore la Division du soutien aux pays en créant un service d'évaluation et d'assurance-qualité, afin d'améliorer les performances au niveau des pays.

Les activités des Forums du futur devaient se poursuivre et un délégué a demandé instamment au Bureau régional de placer la pauvreté en tête des préoccupations, de façon à ce que tous les programmes, en particulier dans les pays les plus démunis, comportent une dimension relative à une politique en faveur des pauvres. Il a été suggéré que le prochain rapport d'activité soit complété par une annexe contenant des rapports succincts des différents bureaux de pays et qu'à un moment approprié, les activités du Bureau régional devraient faire l'objet d'une évaluation.

Il a été souligné que, si le Bureau régional devait rester adapté aux besoins de tous les États membres et continuer de servir ces besoins, le plus haut degré de priorité devait être accordé aux pays ayant le plus besoin de l'assistance technique du Bureau régional.

Le docteur Arletty Pinel, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, a dit que le Fonds avait, sur une période de deux ans, alloué 1,5 milliard de dollars des États-Unis à 150 programmes dans 93 pays, dont 12 pays de la partie orientale de la Région. Le Fonds comptait sur ses partenaires, dont l'OMS, pour compléter cette aide aux pays, étant donné que le financement à lui seul ne suffisait pas. Le Bureau régional était un partenaire essentiel avec lequel le Fonds avait déjà collaboré pour des projets, mais le Fonds souhaitait beaucoup recevoir davantage de propositions comportant un soutien technique spécifique pour la prévention du VIH/sida et les soins en la matière, la tuberculose et le paludisme. Cela permettrait au Fonds de contribuer à la stratégie « Trois millions d'ici à 2005 », qui portait sur la possibilité de traiter trois millions de personnes atteintes de l'infection à VIH ou du sida d'ici 2005, en ciblant en particulier les populations courant le plus de risques, telles que les jeunes vulnérables et les utilisateurs de

drogue par injection. Cependant, cela exigeait une volonté politique et un engagement à un niveau élevé, des méthodes judicieuses sur le plan technique et une action collective forte. Il existait d'autres questions contextuelles concernant l'infection à VIH et la tuberculose qu'il convenait d'aborder, telles que la dépression, la surveillance des maladies transmissibles et les initiatives de cohésion sociale. Une collaboration plus étroite entre la Région, le Fonds mondial et les bailleurs de fonds permettrait aux pays de bénéficier d'une aide véritablement complète.

Par la suite, le directeur régional de l'OMS pour les Amériques a décrit la structure décentralisée de sa région. Vingt ans plus tôt, des bureaux avaient été créés dans 28 pays et l'on avait mis en place un centre de coordination du Programme pour les Caraïbes ; par ailleurs, un bureau local pour la frontière entre les États-Unis et le Mexique existait depuis 60 ans. De plus, il existait un cadre de coopération avec des organes tel que la Communauté des Caraïbes (CARICOM) et le Marché commun de l'hémisphère sud (MERCOSUR). Chaque pays de la Région des Amériques disposait de crédits propres, ce qui était rendu possible par le fait que l'Organisation panaméricaine de la santé recevait des fonds de deux sources : des contributions directes de tous ses pays membres et des fonds du budget ordinaire de l'OMS. Des proportions très élevées des fonds ordinaires extrabudgétaires étaient gérées par les programmes ou les bureaux de pays, ce qui jouait aussi un rôle important dans la mobilisation des partenaires, la coordination des activités des donateurs et l'obtention d'un soutien interorganisations. Chaque élément de l'Organisation utilisait des démarches analogues à l'égard des activités en faveur des pays et leur accordait une importance égale.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC53/R2.

Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous

(EUR/RC53/8 et /Conf.Doc./3 Rev.1)

Rappelant que la résolution EUR/RC48/R5 prévoyait la présentation d'une politique-cadre actualisée de la Santé pour tous au Comité régional en 2005, le directeur régional a décrit le contenu, le processus et le calendrier qui étaient proposés pour l'actualisation. Le Bureau régional fondait ses travaux sur quatre recommandations du CPCR : actualiser et non remplacer la politique existante, en utilisant la SANTÉ 21¹ comme point de départ ; mettre davantage l'accent sur des données scientifiques et factuelles et des propositions d'actions concrètes ; mettre l'éthique des systèmes de santé au cœur de l'actualisation ; et réévaluer et confirmer les valeurs fondamentales de la Santé pour tous.

En conséquence, le Bureau régional avait décidé d'organiser les travaux sur la base de quatre piliers étroitement liés entre eux. Pour commencer le processus, l'Observatoire européen des systèmes de santé résumerait les enseignements retirés de la Santé pour tous et de la politique-cadre de la SANTÉ 21 en réalisant deux études : un examen de l'utilisation de la Santé pour tous pour l'élaboration de la politique de santé aux niveaux national et sous-national et la fixation de buts et d'objectifs sanitaires nationaux. Ce dernier examen déboucherait sur la mise au point de principes directeurs concernant des méthodes ayant fait leur preuve pour la réalisation de cette tâche.

Pour mettre en place le deuxième pilier, un groupe de réflexion évaluait la mesure dans laquelle les valeurs actuelles sur lesquelles reposait la Santé pour tous restaient valables. Ce groupe avait recommandé d'établir un lien entre les valeurs incorporées dans l'évaluation et les traités et déclarations internationaux existants en vue d'éviter des chevauchements ou des contradictions ; de conserver les valeurs essentielles (équité, solidarité et participation) tout en précisant leur définition eu égard aux circonstances modifiées et variables dans la Région ; et de veiller à ce que la gestion du système de santé et les décisions relatives à ce dernier soient régies par des principes éthiques.

Le troisième pilier consistait à faire en sorte que les États membres puissent utiliser de nouveaux outils de décision, tels que le Réseau des bases factuelles en santé, les conclusions et recommandations d'organes directeurs mondiaux et régionaux, et des rapports sur des facteurs de risque, la pauvreté, la violence et la

¹ *SANTÉ 21 : la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 6).

santé mentale. Le quatrième pilier, qui donnerait, sur la base d'études de cas, des conseils concrets sur la mise en œuvre de la politique rénovée de la Santé pour tous, serait mis en place lorsque les trois autres seraient déjà bien développés.

Le calendrier de ce processus prévoyait des travaux sur les piliers en 2003/2004, des discussions avec le Comité régional en 2004, l'achèvement des travaux en 2004/2005 et la présentation des résultats au Comité régional à sa cinquante-cinquième session. Des consultations avec les États membres auraient lieu d'un bout à l'autre du processus.

Le docteur Božidar Voljč, membre du CPR, a indiqué que les importants changements politiques et économiques qui s'étaient produits dans la Région et les modifications considérables qui avaient eu lieu par la suite dans les systèmes de santé des pays motivaient la demande d'actualisation de la Santé pour tous formulée par le Comité régional. Il a décrit les éléments de la Santé pour tous : trois valeurs fondamentales, quatre stratégies principales et 21 buts ou points de repère permettant de mesurer les progrès accomplis. Le CPR était convaincu qu'à l'issue de l'actualisation de 2005, la Santé pour tous resterait l'élément moteur de la santé dans la Région.

Les délégués ont approuvé le contenu, le processus et le calendrier de l'actualisation de la Santé pour tous ; certains ont indiqué qu'ils appréciaient particulièrement divers aspects, tels que les valeurs essentielles et l'accent mis sur l'éthique, sur la mise en œuvre et sur le fait que l'action menée devait reposer sur une base de connaissances pratiques judicieuses. Un délégué a demandé des éclaircissements sur le processus de sélection des membres du groupe de réflexion chargés d'examiner les valeurs de la Santé pour tous. Un autre a souligné l'importance du respect des valeurs consacrées par les traités et déclarations internationaux sur les droits de l'homme. Certains ont exposé la façon dont des politiques reposant sur la Santé pour tous avaient été incorporées dans leur pays et les conditions dans lesquelles cela avait été réalisé, et ont proposé de partager leurs expériences ou de participer à des études réalisées dans le cadre des piliers. D'autres ont suggéré que le processus porte sur des questions supplémentaires telles que la bioéthique et le terrorisme, considéré comme une menace pesant sur la santé et l'éthique.

Plusieurs délégués ont souligné la nécessité de consultations larges et transparentes et de partenariats à tous les niveaux pendant l'ensemble du processus d'actualisation, ainsi que d'une participation maximale de la part de toutes les parties intéressées (y compris les médias) par la mise en œuvre de la politique. Presque tous les délégués ont approuvé l'idée qu'il incombait à l'OMS de jouer un rôle dans la constitution d'une bonne base de connaissances, et un intervenant a indiqué que le Réseau des bases factuelles en santé pouvait être utile dans la perspective de la réalisation de cette tâche. Les activités proposées dans ce domaine comprenaient la coopération avec des partenaires nationaux et internationaux, l'amélioration de la collecte et de la diffusion de statistiques sanitaires, l'élargissement du champ des études relatives aux piliers de façon à couvrir l'ensemble des pays de la Région et la prise en compte de l'initiative visant à surveiller les maladies dangereuses et nouvelles qui avait été proposée par le président de la Fédération de Russie. Un orateur a demandé comment les pays qui participaient à l'étude sur les effets de la Santé pour tous dans l'élaboration des politiques avaient été choisis.

Les représentants du Conseil international des infirmières ont fait des déclarations et ont demandé quand un rapport sur la mise en œuvre de la Déclaration de Munich (Infirmières et sages-femmes : un atout pour la santé) serait disponible, et ont posé une question sur l'état d'avancement du projet de l'OMS relatif aux soins de santé familiale, et sur les obstacles rencontrés à cet égard.

En réponse aux interventions, le directeur de la Division de l'information, du rassemblement de données et de la communication a remercié les orateurs pour leur appui au Réseau des bases factuelles en santé ; le Bureau régional contribuait de façon importante à la mise en place d'un stock de données factuelles en matière de santé publique. On menait des travaux relatifs à la base de données de la Santé pour tous afin de réduire le chevauchement avec les activités d'autres organisations s'occupant de statistiques sanitaires et d'accroître la participation des États membres. Les activités concernant le premier pilier de l'actualisation de la Santé pour tous comporteraient l'établissement d'une vue d'ensemble sur les projets

que les États membres exécutaient pour mettre en œuvre des politiques aux niveaux national et sous-national.

Le directeur de la Division du soutien aux pays a signalé que le projet de soins infirmiers de famille était exécuté de façon satisfaisante dans un certain nombre de pays ; on procédait à des études pilotes concernant une formation dans ce domaine. Le Bureau régional avait présenté un rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Déclaration de Munich lors d'une récente réunion du Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes et de l'OMS. Ce rapport indiquait que certains pays se heurtaient à des obstacles particuliers ; le Bureau régional suivait l'évolution de la situation en coopération avec ces pays et présenterait un rapport au Comité régional lors de sa cinquante-quatrième session.

Le directeur régional a estimé que la discussion mettait en évidence l'importance de l'actualisation de la Santé pour tous en tant qu'outil de santé publique. Les mesures prises pour répondre au besoin de transparence créaient un problème de gestion, étant donné que les définitions de cette notion étaient variables. Des consultations avec les États membres étaient essentielles pour la bonne réalisation de ce processus et l'on demanderait au CPR de donner des conseils sur la façon d'assurer une transparence maximale. Entre-temps, les noms des membres du groupe de réflexion sur les valeurs et des neuf pays participant à l'étude sur les effets de la Santé pour tous sur l'élaboration des politiques seraient communiqués au Comité régional.

Au titre de ce point de l'ordre du jour, une déclaration a également été prononcée par le représentant de la Fédération mondiale des sociétés d'acupuncture et de moxibustion.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC53/R3.

Orientations stratégiques des activités menées par le Bureau régional en collaboration avec les entités géographiquement dispersées, y compris les bureaux de pays de l'OMS (EUR/RC53/9 et /Conf.Doc./4)

Lors de la présentation de ce point, le directeur régional a fait observer que la question des bureaux géographiquement dispersés était à l'étude au Bureau régional depuis de nombreuses années. Si ces bureaux n'étaient pas mis en cause sur le point de la qualité des activités qu'ils menaient, leur rôle, leur durabilité et leurs relations avec le Bureau de Copenhague, le pays d'accueil et le reste de la Région ont posé certains problèmes. Ces sujets ont donné lieu à d'intenses discussions et ont suscité des vues divergentes.

Au début de son intervention, la conseillère principale pour la gestion et la mise en œuvre du programme a tout d'abord reconnu que cette question était complexe et multidimensionnelle et qu'elle englobait quantité de points de gestion. Elle a brièvement rappelé le processus de mise en place des bureaux géographiquement dispersés, dont les premiers ont été créés à Rome et à Bilthoven pour mener des activités techniques stratégiques. Cette initiative faisait suite au succès de la Première Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Francfort, 1989), qui avait approuvé la Charte européenne de l'environnement et de la santé. Apparemment, les conséquences en termes d'administration, de finances et de gestion – entre autres – des bureaux géographiquement dispersés n'avaient peut-être pas été systématiquement envisagées à l'époque. La question s'était à nouveau posée en 2000, lorsque deux bureaux géographiquement dispersés avaient fermé et que trois autres étaient sur le point d'ouvrir, au moment même où le nouveau directeur régional souhaitait modifier le mode de fonctionnement du Bureau régional de façon à accorder une place plus importante à la prestation de services aux États membres. Un rapport avait été demandé au professeur Silano (Italie) et examiné par le CPR en décembre 2001. À sa cinquante-deuxième session, le Comité régional avait également demandé au secrétariat de préparer un rapport établissant clairement la mission des bureaux géographiquement dispersés, en vue de son examen lors de la présente session.

Au cours de l'année précédente, un travail important avait été accompli, notamment sous la forme d'une enquête, de 50 entretiens et discussions de groupe très poussés, et d'activités d'analyse, d'évaluation et de

comparaison avec les autres Régions. Ce travail avait permis de conclure que les bureaux géographiquement dispersés s'étaient constitués de façon peu méthodique, que les instances dirigeantes n'avaient pas été associées au processus et qu'il existait une grande diversité dans les accords avec les pays d'accueil et les modalités de gestion ; pour autant, ces bureaux géographiquement dispersés offraient des moyens techniques là où les ressources manquaient. Ces bureaux ont suscité les opinions les plus diverses et, à l'évidence, il n'y avait pas de consensus sur la question.

L'OMS avait besoin des compétences techniques des bureaux géographiquement dispersés pour fournir des services aux pays, mais aucun nouveau centre ne devait être créé sans l'accord total des instances dirigeantes. Si une occasion exceptionnelle se présentait au cours des années suivantes, le centre en question devrait alors être conforme à certains critères stricts et bien définis et ses atouts stratégiques et opérationnels feraient l'objet d'une évaluation, inspirée des méthodes de recherche des meilleures performances en termes d'administration. On continuait de prendre des mesures destinées à améliorer la gestion des bureaux géographiquement dispersés, en insistant sur une définition plus précise des attributions techniques, la conformité avec les nouvelles méthodes de travail de l'Organisation, les relations avec le pays d'accueil et la visibilité des bureaux géographiquement dispersés.

Les activités de tous les bureaux géographiquement dispersés étaient planifiées, effectuées et surveillées de la même façon que celles du reste du Bureau régional. Il était toutefois possible que la mission d'un bureau donné soit élargie pour tenir compte d'une relation particulière avec le pays d'accueil. La motivation, c'était de servir les États membres. Il était intéressant de constater que pendant la crise du SRAS, le bureau de Rome du Centre européen de l'environnement et de la santé avait été en mesure d'apporter des réponses aux inquiétudes sérieuses de la population.

Les centres collaborateurs de l'OMS étaient relativement différents, dans la mesure où il s'agissait d'organismes nationaux menant des activités dans des domaines bien définis, qui n'étaient pas contrôlés par l'OMS et ne faisaient pas partie de l'Organisation. Il existait au total 474 centres collaborateurs dans la Région européenne, dont 87 au Royaume-Uni, 47 en France, 42 en Fédération de Russie de même qu'en Italie, et 38 en Allemagne. Quatorze États membres en étaient dépourvus. Des efforts étaient accomplis pour uniformiser la procédure de désignation de ces centres et le Bureau régional accueillerait favorablement les avis des États membres sur la question de leur mode d'utilisation.

Les changements n'allaient pas se faire du jour au lendemain. L'amélioration de la gestion et de la cohésion, de même que le recours à des moyens inédits pour réactiver la présence de l'OMS dans les États membres, prendraient du temps et exigeraient une coopération avec le Siège de l'OMS. Ils impliqueraient également – et c'était encore plus important – un contact permanent avec les États membres.

Le docteur Danielle Hansen-Koenig, membre du CPR, a confirmé que, faute de consensus sur la question, le CPR n'avait pas de politique arrêtée concernant la présence de l'OMS dans les pays. Le Comité permanent considérait que les informations recueillies n'offraient pas une base suffisante permettant de bâtir une solution stratégique. Les groupes de discussion devaient se poursuivre et le CPR préconisait de tester de nouveaux modèles, si possible avec des projets pilotes. Il a émis le souhait que le Comité régional se prononce en faveur de l'adoption d'une stratégie au cours de l'année suivante, en 2004.

Le professeur Silano, intervenant par le biais d'une communication téléphonique qui était diffusée aux délégués, était plutôt d'accord avec cette recommandation. Il a estimé que le rôle des bureaux géographiquement dispersés avait toujours été de fournir des évaluations scientifiques et des conseils techniques, qui exigeaient les services de personnel spécialisé se trouvant aux avant-postes de la science ; cela avait permis d'accomplir des progrès importants en matière d'environnement et de santé, et notamment d'élaborer des principes directeurs sur la qualité de l'air, l'eau, les déchets, etc. Ces compétences techniques étaient encore nécessaires. Il fallait tenir compte de ces caractéristiques particulières, étant donné que les bureaux géographiquement dispersés n'étaient nullement identiques aux bureaux de pays ou aux centres collaborateurs.

Si l'on décidait que le Bureau régional ne créerait plus de bureaux géographiquement dispersés dans l'avenir, on le pénaliserait. L'utilisation de tels organismes faisait du reste partie de la stratégie de l'Union européenne, qui était sur le point de créer un nouveau centre pour la lutte contre les maladies transmissibles. La création d'un bureau géographiquement dispersé exigeait des efforts et de la bonne volonté de la part du pays donateur, ainsi qu'un important engagement financier, et un tel bureau mènerait nécessairement des activités dans un domaine essentiel de la santé publique dans lequel des compétences techniques étaient nécessaires. La question devait être considérée sous un angle positif, étant donné que la qualité des travaux des bureaux géographiquement dispersés n'était pas mise en cause et qu'ils apportaient en outre des ressources financières considérables à l'OMS, généreusement fournies par les États membres, autant d'avantages qui compensaient certainement de loin les coûts administratifs et de gestion qu'ils entraînaient.

Au cours du débat qui a suivi, les délégués sont convenus que l'OMS se trouvait à la croisée des chemins. Il importait que le Bureau régional ne devienne pas un simple coordonnateur de centres répartis dans toute l'Europe, et il fallait accomplir des efforts pour analyser la question à nouveau et de façon complète, de façon à pouvoir prendre une décision en connaissance de cause. Il a cependant été généralement convenu que cela ne pourrait être fait avant la cinquante-quatrième session du Comité régional, en 2004. Le directeur régional était prié de présenter au Comité régional lors de sa cinquante-quatrième session, en 2004, un rapport contenant des propositions concrètes.

De nombreux délégués ont fait observer qu'il serait utile de disposer de chiffres budgétaires et d'états financiers complets, de façon à savoir de façon plus précise quels étaient exactement les coûts et les avantages des bureaux géographiquement dispersés. Il a été estimé qu'il existait un manque de compréhension et de clarté au sujet des bureaux géographiquement dispersés, de leurs divers rôles et définitions, et de leurs relations avec le Bureau régional et les États membres. Leurs travaux n'étaient pas aisément identifiés ; un délégué a suggéré qu'ils fassent l'objet d'un rapport annuel diffusé sur le site Web du Bureau régional. Un autre a estimé qu'il faudrait indiquer clairement quels bureaux géographiquement dispersés étaient responsables de devant qui. Un intervenant a suggéré qu'il faudrait les appeler des centres techniques ou centres de soutien des programmes, étant donné qu'ils permettaient d'élargir les activités de l'OMS. Les délégués n'étaient pas enthousiastes à l'idée que, dans les pays qui n'avaient ni bureau géographiquement dispersé ni bureau de pays, un centre collaborateur pouvait servir d'organisme de coordination globale de l'OMS. Certains estimaient que les centres techniques n'étaient en outre pas en mesure d'assumer un tel rôle de coordination et que le Bureau régional lui-même devrait établir des alliances stratégiques avec d'autres organismes appropriés et avec des organisations nationales et internationales.

Les critères à utiliser pour la création de centres collaborateurs n'étaient pas clairs non plus. Il serait utile de réunir tous les chefs de centres collaborateurs, comme cela avait été fait en Fédération de Russie. Il a été estimé que la situation actuelle, dans laquelle seul le directeur général pouvait approuver la création d'un centre collaborateur, se traduisait par un processus laborieux qui engendrait des retards importants. Un délégué a suggéré que les centres collaborateurs fassent l'objet d'une discussion lors d'une session ultérieure du Comité régional.

Le directeur régional a convenu que le mandat de tout bureau géographiquement dispersé devait être clair et que les bureaux géographiquement dispersés ne devaient travailler que dans des domaines prioritaires. Si leur objet n'était que de créer des connaissances, les travaux pouvaient être accomplis par un centre collaborateur ou un institut de recherche, en particulier compte tenu du fait que la principale stratégie du Bureau régional consistait maintenant à fournir des services aux États membres. Il a souligné la volonté de transparence du Bureau régional et a dit que le rapport qui serait présenté au Comité régional en 2004 comprendrait des informations financières ; en effet, les bureaux géographiquement dispersés avaient des incidences budgétaires. Il veillerait à présenter un rapport clair et complet au Comité régional à sa session suivante.

La santé des enfants et des adolescents dans la Région européenne de l'OMS

(EUR/RC53/11 et /Conf.Doc./6)

Présentant cette question, le directeur de la Division du soutien technique, Réduction de la charge de morbidité a énuméré les raisons pour lesquelles il importait de s'intéresser à la santé des enfants et des adolescents : les variations importantes en matière de santé des jeunes constatées dans chaque État membre de la Région, les progrès qu'il était possible d'accomplir vers la justice sociale en réduisant les inégalités de santé, les avantages retirés tout au long de la vie d'un investissement dans les premiers stades de l'existence et les très grandes possibilités d'améliorer la santé des jeunes. En fait, si la tranche de 20 % englobant les enfants les plus défavorisés atteignait le niveau de santé de la tranche de 20 % incluant les plus favorisés, on transformerait la santé des enfants et des adolescents.

Les tendances mettaient en évidence des menaces grandissantes pesant sur la santé des enfants et des adolescents. Des exemples du passé, qui montraient que des avancées en matière de santé avaient engendré des avantages sociaux et économiques, incitaient à prendre dans l'avenir des mesures en vue de s'attaquer aux menaces représentées par les facteurs liés à l'environnement et au mode de vie, et par les inégalités socioéconomiques.

Ces menaces étaient bien connues. Par exemple, les enfants de moins de cinq ans représentaient 10 % de la population du monde mais supportaient plus de 40 % de la charge mondiale de morbidité due aux facteurs environnementaux. Dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, il existait dans la Région des variations très importantes en ce qui concerne les taux de mortalité maternelle et infantile et de grossesse d'adolescentes. Les personnes de moins de 30 ans représentaient 84 % des nouveaux cas d'infection à VIH. Les jeunes essayaient l'alcool et les drogues à des âges plus précoces. L'enquête sur le comportement de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC) avait mis en évidence une corrélation claire entre la situation socioéconomique et le régime alimentaire. Les troubles mentaux et les suicides étaient en augmentation et de nombreux jeunes étaient victimes d'actes de violence et d'accidents. Enfin, la pauvreté tant relative qu'absolue, qui était peut-être le principal déterminant des problèmes de santé, comme le Comité régional l'avait reconnu au cours de sessions antérieures, existait dans l'ensemble de la Région européenne.

Pour l'action visant à protéger et à promouvoir la santé des enfants et des adolescents, les huit objectifs du millénaire pour le développement étaient pertinents. En outre, l'Assemblée mondiale de la santé avait approuvé une stratégie mondiale visant à améliorer la santé et le développement des enfants et des adolescents en retenant sept priorités : la santé des mères et des nouveau-nés, la nutrition, les maladies transmissibles, les traumatismes et la violence, l'environnement physique, la santé des adolescents, et le développement psychosocial et la santé mentale. Les travaux accomplis en Europe dans le cadre de cette stratégie mettraient l'accent sur ces deux derniers éléments, ainsi que sur une action en faveur de la santé des mères, en décourageant la consommation d'alcool et de tabac et en encourageant la vaccination contre la rubéole.

Les mesures à prendre étaient claires : il fallait augmenter la mise en œuvre pratique des connaissances ; veiller à ce que tous les secteurs socioéconomiques agissent pour améliorer la santé avec l'encouragement et la coordination des ministères de la santé ; et faire reposer ces mesures sur les nombreux outils reposant sur des données scientifiques et factuelles et des programmes éprouvés qui étaient déjà disponibles et que l'OMS avait conçus dans bien des cas. Le Bureau régional a proposé un processus en trois étapes : les discussions qui avaient eu lieu lors de la session en cours ; l'examen d'un résumé du projet de chapitre sur la santé des enfants et des adolescents dans le rapport suivant sur la santé en Europe, et des résultats de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, lors de la cinquante-quatrième session, en 2004 ; et l'adoption éventuelle d'une stratégie européenne sur cette question lors de la cinquante-cinquième session, en 2005. D'autres événements, tels que la publication des résultats de l'enquête HBSC et la conférence de 2005 sur la santé mentale, seraient incorporés dans les travaux accomplis dans le cadre de la stratégie.

Exposant les opinions du CPR, l'un de ses membres, le professeur Jenny Kourea-Kremastinou s'est félicitée de cette initiative. L'intérêt pour la santé des enfants et des jeunes suscité par des conférences et rapports internationaux récents et à venir, tels que la Conférence de Budapest et l'enquête HBSC, représenterait une bonne occasion de consolider les diverses initiatives en cours. Le contenu et les buts du document présenté au Comité régional reflétaient la préoccupation profonde du CPR au sujet de cette question. Il mettait l'accent, à juste titre, sur les possibilités d'améliorer la santé des enfants et des jeunes, ainsi que sur les menaces qui existaient entre la naissance et l'âge de 18 ans ; et il demandait une action, reposant sur des outils et des programmes déjà disponibles, par le biais de stratégies de pays reposant sur les sept priorités de la stratégie mondiale. Le CPR espérait que le document stimulerait un débat et conduirait à d'autres évolutions.

Deux orateurs invités, qui représentaient des organisations partenaires de l'OMS, ont pris la parole. Le docteur Shahnaz Kianian-Firouzar, directeur régional adjoint du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale, la Communauté des États indépendants et des États baltes, s'est associée à la demande relative à une stratégie pour la Région. L'UNICEF soutenait fermement les principes qui étaient à la base de l'initiative du Bureau régional : le droit des enfants à la santé, tel qu'il était consacré dans la Convention des Nations Unies sur les droits des enfants ; une démarche en sept points axée sur une action multisectorielle ; l'équité ; l'obtention de ressources suffisantes pour des services ; et l'importance accordée à l'élaboration par chaque pays de sa propre stratégie. Une grande partie des activités de l'UNICEF qui se déroulaient en Europe centrale et orientale, dans la CEI et dans les États baltes étaient menées en collaboration avec l'OMS et portaient sur des domaines tels que la réduction de la mortalité infantile, en particulier grâce à la vaccination ; la lutte contre les troubles dus à des carences ; et la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH et du sida chez les enfants et les jeunes, en étroite coopération avec le Groupe interorganisation des Nations Unies sur le développement et la protection de la santé des jeunes.

Le docteur Régine Meyer, responsable de la santé pour l'Europe orientale et de la promotion de la santé à la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), un centre collaborateur de l'OMS, s'est félicitée de l'initiative visant à créer une stratégie pour la santé des enfants et des adolescents, qui représentait une question bénéficiant d'un degré élevé de priorité en Allemagne et à la GTZ. Son organisation était déterminée à aider l'OMS à fournir un soutien aux pays pour améliorer la santé de la population. La démarche de la GTZ reposait sur le droit des enfants et des adolescents à la santé et sur leur participation active à la planification et à la mise en œuvre de ses activités. Des démarches multisectorielles intégrées étaient nécessaires pour renforcer l'aptitude des enfants et des jeunes à acquérir un comportement favorable à la santé. Souvent en coopération avec l'OMS, la GTZ exécutait dans les pays des projets relatifs à toute une série de questions (maternité sans risque et prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, santé à l'école, prévention et gestion des comportements à risque et thèmes transversaux tels que l'égalité entre les sexes), afin d'inciter les adultes à améliorer l'environnement dans lequel les jeunes vivaient.

Tous les délégués qui se sont exprimés ont bien accueilli l'initiative du Bureau régional et ont souligné l'importance de cette question ; certains d'entre eux ont décrit leurs propres activités dans ce domaine, qui étaient souvent réalisées avec l'aide de l'OMS. En particulier, les représentants des cinq pays nordiques, appuyés par quatre autres intervenants, ont pleinement soutenu l'élaboration d'une stratégie claire et bien ciblée portant sur la santé des enfants et des adolescents, mettant bien l'accent sur un comportement des adolescents favorable à la santé et reposant sur une approche non discriminatoire visant à donner aux enfants un accès égal à la santé, conformément aux dispositions juridiques figurant dans la Convention des Nations Unies sur les droits des enfants. L'amélioration de la santé des enfants et des adolescents constituerait une étape importante vers la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement.

Ces délégués et d'autres ont suggéré que la stratégie mette davantage l'accent sur la lutte contre les comportements à risque chez les adolescents, dont l'obésité, le tabagisme, l'abus d'alcool, la toxicomanie, les grossesses d'adolescentes et les infections sexuellement transmises, en particulier le VIH. Il a mentionné deux outils particulièrement utiles dans deux de ces domaines : la Convention-cadre pour la lutte antitabac et la Déclaration de 2001 sur les jeunes et l'alcool. Il était nécessaire d'accomplir davantage de travaux de recherche sur les déterminants des comportements présentant des risques pour la

santé et sur des interventions efficaces à cet égard ; il conviendrait que l'OMS joue un rôle pilote dans le cadre de tels travaux.

D'autres délégués ont souligné la nécessité d'une coopération internationale, notamment avec le Siège de l'OMS, en vue de mettre en œuvre une stratégie régionale concernant la santé des enfants et des adolescents ; il fallait également une coopération au sein des pays, notamment pour réduire la mortalité infantile et infanto-juvénile. Des délégués ont signalé qu'il importait de faire participer les jeunes en tant que partenaires et agents du changement.

Plusieurs intervenants ont demandé à ce que la stratégie précise les mesures qui devraient être prises dans des domaines tels que l'éducation sexuelle, afin de souligner qu'il importait de mener une action de prévention grâce à une éducation sanitaire et d'aider les pays à mettre en place des programmes à long et à court terme reposant sur les soins de santé primaires. Des cartes sanitaires constitueraient un outil de décision utile pour les États membres,

Il a été proposé d'ajouter à la stratégie d'autres sujets, tels que la prévention des accidents de la circulation, l'insuffisance pondérale à la naissance, les effets de la violence représentée dans les médias sur le comportement des enfants, et la réadaptation mentale et physique. Enfin, le ministre arménien de la santé a suggéré que l'OMS et d'autres organisations soutiennent une initiative visant à tenir, en Arménie, pour les pays de la CEI, une conférence sur la santé des enfants et des adolescents dans la CEI, en vue d'encourager l'échange et la mise en commun d'informations.

En réponse à ces interventions, le directeur de la Division du soutien technique, Réduction de la charge de morbidité a remercié les États membres pour leurs conseils constructifs et clairs. Les suggestions formulées avaient été soigneusement notées et feraient l'objet de discussions complémentaires avec les délégués lors de sessions futures du Comité régional et dans d'autres cadres, au fur et à mesure de la poursuite des travaux.

Le coordonnateur d'équipe, Soutien technique, département Santé et développement des enfants et des adolescents, Siège de l'OMS, a estimé que la nouvelle stratégie mondiale n'était que la première étape d'un processus d'amélioration. Les deux suivantes consisteraient à élaborer des stratégies régionales et ensuite des stratégies nationales connexes. Il convenait de féliciter la Région européenne d'avoir été la première à prendre une telle mesure et le Siège ne manquerait pas de fournir une assistance à cet égard. Enfin, comme le directeur général l'avait souligné, le rôle de l'OMS consistait à fixer des orientations, à obtenir des ressources et à surveiller l'action menée, mais elle devait également mener des activités intersectorielles avec tous les partenaires possibles.

Les ONG suivantes ont présenté des déclarations écrites : le Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, l'Association internationale de conseil en allaitement, la Ligue internationale contre l'épilepsie, la Fédération internationale de thalassémie et l'Association mondiale des guides et des éclaireuses.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC53/R7.

Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif

(EUR/RC53/6)

Sir Liam Donaldson, membre européen du Conseil exécutif, a examiné les principales questions qui avaient été abordées lors de la 112^e session du Conseil exécutif et de la cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé. Conformément à l'usage, le CPR l'avait invité à assister à ses réunions en qualité d'observateur et à faire rapport au Comité régional.

Il a souligné la nécessité de tirer les enseignements de la flambée de SRAS, qui continuait à représenter une menace, et a présenté une liste de questions auxquelles les pays devraient répondre pour déterminer si

davantage d'activités de précaution étaient nécessaires. En ce qui concerne la poliomyélite, les États membres européens qui avaient de bons contacts avec les trois pays dans lesquels il subsistait des poches de cette maladie devraient les encourager à prendre les mesures nécessaires pour atteindre le but de l'éradication. L'adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac représentait un jalon important. La Région européenne, dans laquelle vivait 15 % de la population mondiale, supportait un tiers du fardeau mondial représenté par les maladies liées au tabac et devrait exercer son influence en faveur de la mise en œuvre de la Convention. Après avoir mentionné les données factuelles et d'expérience qui montraient que des politiques antitabac dans les lieux publics étaient efficaces et ne nuisaient pas aux bénéfiques dans l'industrie des loisirs, il a proposé que la Région agisse d'urgence contre le tabagisme passif et prenne l'initiative dans l'action visant à interdire le tabagisme dans tous les lieux publics.

Le Conseil exécutif avait adopté une résolution révisant son règlement intérieur, à la suite des travaux du groupe de travail intergouvernemental ad hoc à composition non limitée chargé d'examiner les méthodes de travail du Conseil exécutif, présidé par le professeur Thomas Zeltner. À sa 112^e session, les membres du Conseil étaient convenus que l'Assemblée mondiale de la santé devait améliorer ses méthodes de délibération et avoir moins recours à des groupes de travail, qui représentaient une charge pour les petites délégations.

Il a suggéré que, lors de ses sessions futures, le Comité régional examine plus tôt dans le déroulement de sa session les questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif, ce qui contribuerait à orienter ses discussions et l'aiderait à décider de la suite à donner aux questions abordées.

La conseillère principale pour la gestion et la mise en œuvre du programme a informé le Comité régional au sujet des questions budgétaires. Une exécution intégrale du budget ordinaire pour l'exercice financier 2002–2003 était probable, mais les taux de change avaient évolué de façon défavorable. Les prévisions de recettes provenant des « autres sources » s'étaient révélées exactes, bien que les dépenses et les dons reçus d'ici à la fin de l'année détermineraient le montant à reporter sur la période biennale suivante.

La résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice financier 2004–2005 (WHA56.32) représentait une contrainte importante pour le budget ordinaire du Bureau régional. Bien que les montants aient augmenté de 1,5 million de dollars des États-Unis, qui serviraient à financer les activités dans les pays, le montant du budget adopté était inférieur de 2 millions de dollars à ce qui avait été proposé, ce qui signifiait que toutes les activités prévues dans le cadre d'un projet de budget s'élevant à 56,2 millions de dollars ne pourraient être menées. L'allocation globale destinée aux pays avait été augmentée, passant à 13,2 millions de dollars, mais l'allocation interpays restait à son montant de 41 millions de dollars ; du fait de ce gel, eu égard à la mise en œuvre du nouveau barème des traitements du personnel, le schéma actuel concernant le personnel dont les postes étaient financés au moyen des crédits du budget ordinaire ne pouvait être maintenu. Un certain nombre de mesures devraient être prises pour faire face à cette situation. La Région attendait de recevoir du Siège des informations sur la décentralisation du financement et des ressources humaines, comme le directeur général l'avait promis. Elle a confirmé les estimations antérieures selon lesquelles les besoins du Bureau régional auxquels il n'était pas satisfait, qui portaient essentiellement sur les investissements dans les activités de pays, s'élevaient à 115 millions de dollars ; étant donné que, selon le budget programme adopté, les recettes provenant des « autres sources » pour 2004–2005 s'élevaient à 1,824 milliard de dollars, les besoins du Bureau régional ne constituaient qu'environ 6 % de ce total. Une répartition équitable des ressources extrabudgétaires de l'OMS était essentielle.

La résolution WHA51.31 de l'Assemblée mondiale de la santé avait mis en place un modèle pour les allocations régionales provenant du budget ordinaire sur la base de l'indicateur du développement humain du PNUD, avec incorporation de statistiques démographiques ; elle avait aussi demandé une évaluation approfondie qui devrait être présentée lors de la cinquante-septième Assemblée mondiale de la santé. Le Bureau régional soutenait que cette évaluation devait examiner de façon appropriée quel modèle devrait guider la répartition des fonds de l'OMS à ses régions et comment un tel modèle devrait être appliqué. Actuellement, les transferts de fonds répondaient aux critères énoncés dans la résolution, mais la réduction maximale pour une région quelconque, qui s'élevait à 3 % par an, n'était pas pleinement

appliquée. Elle a souligné que l'évaluation du modèle visait, comme le stipulait la résolution, à continuer de répondre aux besoins sanitaires. Le Bureau régional voulait savoir si le modèle était le meilleur possible en vue d'une répartition des fonds tenant compte de ce but et souhaitait des évaluations objectives d'autres modèles qui incluaient toutes les ressources et non uniquement le budget ordinaire. Le directeur régional avait exprimé ses vues dans une lettre au directeur général élu en juin 2003, dans laquelle il demandait des données précises, mais celles-ci n'avaient pas été fournies. Le Bureau régional considérait que ces données étaient essentielles pour permettre aux organes directeurs de prendre des décisions en connaissance de cause.

Le directeur régional s'est félicité du rapport de Sir Liam, qui constituait un lien entre les organes directeurs et le Comité régional, lien nécessaire pour les activités d'une OMS unie. Les mesures proposées en matière de tabagisme passif pouvaient être un résultat de la session en cours du Comité régional et il autoriserait l'élaboration d'une proposition. D'autres décisions des organes directeurs, telles que celles relatives à des activités de l'OMS en vue de la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement, pourraient également être adoptées, compte dûment tenu des spécificités européennes.

Il a déclaré que les membres européens du Conseil exécutif devaient être mis au courant du problème relatif au budget ordinaire. La réalité économique de la Région n'était pas prise en compte, compte tenu notamment des changements considérables qu'elle avait connus depuis 1990. La répartition actuelle du budget global de la Région était inadaptée et suscitait des inquiétudes concernant la viabilité des programmes. Il a donc instamment demandé aux membres du Conseil de faire en sorte que les besoins de la Région, notamment celui de la répartition des contributions volontaires, soient davantage pris en compte.

Les intervenants ont estimé que les fonds disponibles devaient être répartis de façon équitable et transparente, même si un représentant a formulé des observations sur la disparité des besoins de chacun des 52 membres et sur le fait que, compte tenu du caractère aléatoire des ressources extrabudgétaires, certains programmes étaient tributaires du budget ordinaire. La moindre augmentation nette de crédits serait appréciée.

Le renforcement des actions au niveau des pays était un point important et les pays nordiques ont demandé que soient prises en compte des questions prioritaires telles que la promotion de la santé et les modes de vie sains, en prévoyant notamment une action concertée pour faire suite au plan d'action européen sur l'alcoolisme. Afin d'éviter toute répétition inutile des tâches, il a été suggéré que l'on examine le travail accompli par la Commission européenne.

Un orateur a critiqué la présentation et le contenu du document EUR/RC53/6 et a proposé qu'à l'avenir, ce type de document comprenne des informations sur les activités menées ou programmées par le Bureau régional, les difficultés rencontrées, les expériences vécues et les questions à débattre. Seules les résolutions concernant la Région devraient figurer dans ce document.

Au titre de ce point de l'ordre du jour, une déclaration a été prononcée par un représentant de la Confédération mondiale pour la thérapie physique.

Élections et désignations

(EUR/RC53/5, /5 Corr.1 et /5 Corr.2)

Le Comité régional s'est réuni en séance privée pour examiner la désignation de membres du Conseil exécutif et élire des membres du CPRC, du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et du Groupe de prospection régional.

Conseil exécutif

Le Comité a décidé, après un vote au scrutin secret que le Luxembourg et la Roumanie présenteraient leur candidature à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2004 en vue de leur élection ultérieure au Conseil exécutif.

Comité permanent du Comité régional

Le Comité régional a élu au scrutin secret l'Autriche, le Danemark et l'Ouzbékistan au CPR pour des mandats d'une durée de trois ans, de septembre 2003 à septembre 2006.

Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

Conformément aux dispositions du paragraphe 2, alinéa 2.2 du mémorandum d'accord sur le Programme spécial, le Comité a choisi par consensus la Géorgie pour un mandat au Conseil conjoint de coordination d'une durée de trois ans qui commencera le 1^{er} janvier 2004.

Groupe de prospection régional

Le Comité a choisi par consensus :

Membres :

Dr Ainura Ibraimova	Kirghizistan
Mme Barbara Bitner	Pologne
Professeur José Martin-Moreno	Espagne

Suppléants :

M. David Gunnarsson	Islande
Dr Sergej Mikhajlovich Furgal	Fédération de Russie
Professeur Sabahattin Aydin	Turquie

En conséquence, il a adopté la résolution EUR/RC53/R5.

Futures sessions du Comité régional en 2004 et 2005

(EUR/RC53/Conf.Doc./8 Rev.1)

Les représentants de la Roumanie, de l'Estonie et de la Géorgie ont offert d'accueillir la cinquante-cinquième session du Comité régional dans leurs pays respectifs.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC53/R8.

Résolutions

EUR/RC53/R1

Composition du Conseil exécutif

Le Comité régional,

Conscient du principe selon lequel, au fil du temps, tous les États membres de la Région européenne de l'OMS doivent avoir une chance équitable de participer aux travaux du Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport du sous-groupe constitué par le Comité permanent du Comité régional pour évaluer les arrangements actuellement en vigueur dans la Région européenne de l'OMS en ce qui concerne la composition du Conseil exécutif, rapport reproduit à l'annexe 2 du rapport du Comité permanent (document EUR/RC53/4),

Notant que le Comité permanent a entériné sans réserve l'ensemble des recommandations formulées par le sous-groupe,

1. PRIE INSTAMMENT les États membres qui ne l'ont pas encore fait de ratifier les amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS, qui auront entre autres effets celui d'attribuer à la Région européenne un huitième siège au Conseil exécutif ;
2. RECOMMANDE que l'on utilise, à compter de 2004, les critères concernant l'État membre, le candidat et les groupes géographiques proposés par le sous-groupe du Comité permanent dans l'annexe 2 du document EUR/RC53/4, et mentionnés dans l'annexe à la présente résolution, lors du choix des États membres de la Région européenne de l'OMS admis à se porter candidats au Conseil exécutif ;
3. RECOMMANDE EN OUTRE de porter la périodicité de la représentation au Conseil exécutif à trois ans sur six à compter de 2006 en ce qui concerne les États membres de la Région européenne de l'OMS qui sont membres permanents du Conseil de sécurité de l'ONU ;
4. DEMANDE aux États membres de tenir compte des orientations définies au paragraphe 15 de l'annexe 2 du rapport du Comité permanent lors de la désignation de personnes pour siéger au Conseil exécutif ;
5. PRIE le Comité permanent d'évaluer l'expérience retirée de la mise en œuvre des recommandations susvisées et de faire connaître ses conclusions au Comité régional à sa soixantième session, en 2010.

Annexe

Critères de désignation de membres du Conseil exécutif

Liste des critères de sélection des États membres

1. L'État membre appelé à désigner un délégué au Conseil devrait nommer une personnalité techniquement qualifiée dans le domaine de la santé, comme énoncé à l'article 24 de la Constitution de l'OMS.
2. Représentation antérieure au Conseil :
 - pays jamais représenté au Conseil (mais qui était membre de l'OMS avant 1991) ;
 - pays représenté au Conseil il y a plus de 20 ans.

3. Aucun pays ne devrait, au même moment, être membre du Conseil exécutif et du CPR.
4. Avoir déjà été membre du CPR est un atout.
5. Le fait d'avoir ratifié les amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS devrait être pris en considération.

Critères de sélection concernant les candidats

Les éléments d'orientation suivants sont proposés aux États membres pour la sélection de candidats :

- a) fonctions occupées actuellement (ou dans un passé récent) au sein de l'administration de la santé de son pays, proches du niveau décisionnel ;
- b) expérience de la collaboration avec les organisations internationales, l'OMS ou d'autres organisations du système des Nations Unies ;
- c) aptitude à collaborer, à coordonner et à communiquer dans le pays et entre les pays ;
- d) expérience de la coordination de programmes politiques et/ou techniques de haut niveau, au plan national (interrégional, interministériel) ou international (bilatéral ou inter pays) ;
- e) disponibilité et engagement ;
- f) sexe (les candidatures féminines étant encouragées).

Groupes géographiques

- I. Pays membres de l'Union européenne (UE) et de l'Association européenne de libre échange (AELE) et pays de l'Europe méridionale : 32 pays (5 sièges)

UE : 26 pays

AELE + pays de l'Europe méridionale :

Islande, Norvège, Suisse, Andorre, Monaco, Saint-Marin

Divisés en deux sous-groupes :

« Nord »

Allemagne, Belgique, Danemark, Estonie, Finlande, Irlande, Islande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède

« Sud »

Andorre, Autriche, Chypre, Croatie, Espagne, France, Grèce, Hongrie, Italie, Malte, Monaco, Portugal, Saint-Marin, Slovénie, Suisse

- II. Communauté des États indépendants (CEI) + « Sud-Est » : 20 pays (2 sièges)

Divisés en deux sous-groupes :

CEI

Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine

« Sud-Est »

Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, ex-République yougoslave de Macédoine, Israël, Roumanie, Serbie et Monténégro, Turquie

EUR/RC53/R2

Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins »

Le Comité régional,

Rappelant ses résolutions précédentes sur la coopération avec les pays, en particulier la résolution EUR/RC50/R5, et les principes énoncés dans l'Initiative en faveur des pays de l'OMS ;

Conscient de la nécessité de poursuivre l'examen et la planification stratégique relatifs à la coopération de l'OMS avec les pays de la Région européenne, comme le demande la résolution EUR/RC49/R5 ;

Ayant examiné le rapport du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie de pays, « Adapter les services aux nouveaux besoins », publié sous la cote EUR/RC53/10 ;

1. RECONNAÎT que :

- a) des progrès sont accomplis par le Bureau régional dans ses efforts visant à améliorer la qualité des services et à les adapter aux besoins sanitaires des États membres ;
- b) la Stratégie de pays approuvée à la cinquantième session doit continuer à être mise en œuvre par le Bureau régional par le biais de services spécifiques fournis aux différents pays ou groupes de pays ;
- c) les États membres doivent soutenir le Bureau régional dans la poursuite de l'élaboration et de la mise en œuvre de la Stratégie de pays européenne ;

2. PRIE le directeur régional :

- a) de poursuivre les initiatives qui facilitent la mise en œuvre de la Stratégie de pays européenne telle qu'elle est décrite dans le document EUR/RC53/10 ; et
- b) de faire rapport au Comité régional à sa cinquante-quatrième session sur les effets de la mise en œuvre de la Stratégie de pays sur la coopération avec les pays dans la Région européenne, sur la base de rapports spécifiques succincts établis par les bureaux de pays concernés.

EUR/RC53/R3

Actualisation de la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution EUR/RC48/R5, qui prévoit que la prochaine version actualisée de la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne devra lui être soumise en 2005 ;

Ayant examiné la méthodologie proposée pour l'actualisation de cette politique-cadre, telle qu'exposée dans le document EUR/RC53/8 ;

1. DÉCIDE que :

- a) cette actualisation devra trouver un équilibre entre la continuité de la SANTÉ 21, adoptée il y a à peine cinq ans, et l'incorporation de changements qui tiennent compte des connaissances nouvelles en matière de santé publique et de l'évolution récente des systèmes de santé en Europe ;
- b) l'actualisation doit à la base accorder une importance particulière à des politiques et à des stratégies de santé publique fondées sur le savoir et à l'éthique des systèmes de santé, comme

recommandé par le sous-groupe de la bioéthique du Comité permanent du Comité régional dans son rapport à la cinquante-deuxième session du Comité régional, en 2002 (document EUR/RC52/3, annexe 2), et par le Comité permanent du Comité régional dans son rapport à la cinquante-troisième session (document EUR/RC53/4, page 3, paragraphe 13) ;

c) l'actualisation reposera sur quatre piliers : i) la mise en œuvre de la SANTÉ 21 et des enseignements tirés ; ii) l'examen et la mise à jour des valeurs ; iii) le passage de l'éthique à une politique et à une action : instruments de décision ; et iv) des lignes directrices destinées aux États membres ;

d) le processus d'actualisation devra s'accomplir en concertation avec les États membres et avec des experts n'appartenant pas à l'Organisation, qui pourraient être, par exemple, un groupe de réflexion sur les valeurs, et d'autres lui appartenant, notamment ceux de l'Observatoire européen des systèmes de santé et du bureau de l'OMS à Barcelone ;

2. PRIE le directeur régional :

a) de poursuivre le processus d'actualisation présenté dans le document EUR/RC53/8 ;

b) de consulter les États membres ;

c) de rendre compte des progrès accomplis au Comité régional à sa cinquante-quatrième session ;

d) de soumettre au Comité régional, à sa cinquante-cinquième session, en 2005, une actualisation finale en vue de son adoption.

EUR/RC53/R4

La santé mentale dans la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Se félicitant de ce que, depuis l'adoption, à la cinquante et unième session, de la résolution EUR/RC51/R5 concernant la Déclaration d'Athènes sur la santé mentale et les catastrophes d'origine humaine, les comportements d'intolérance et les soins de proximité, la santé mentale bénéficie d'une plus grande attention de la part des États membres, qui en reconnaissent de plus en plus le caractère prioritaire pour la promotion de la santé et la réduction de la charge de morbidité,

Préoccupé cependant de constater que, selon des informations de plus en plus nombreuses dont il a été rendu compte le plus récemment dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2002*, la charge de morbidité imputable aux affections mentales en Europe ne diminue pas,

Ayant examiné le document EUR/RC53/7,

1. PRIE le directeur régional, lorsqu'il organisera et mettra en œuvre les activités concernant l'actualisation de la politique de la Santé pour tous, d'accorder un degré élevé de priorité aux questions de santé mentale dans la Région européenne de l'OMS ;

2. PRIE le directeur régional de prendre des dispositions en vue de la tenue, à Helsinki (Finlande) en janvier 2005, d'une conférence ministérielle sur la santé mentale en Europe ;

3. DÉCIDE :

a) que cette conférence aura pour thème : « Relever les défis, trouver des solutions » ;

b) qu'elle aura pour objet :

- de faire le point sur les problèmes de santé mentale en Europe et sur les politiques en la matière, compte tenu des diversités régionales et locales et des besoins qui en découlent ;
 - d'examiner dans quels cadres – écoles, lieux de travail, et services de santé – et pour quels groupes d'âges il y a lieu d'agir en faveur de la santé mentale et de l'insertion, et d'aborder les problèmes de santé mentale ;
 - de recenser les obstacles à la promotion de la santé mentale et à la prévention et au traitement des affections mentales dans les groupes et chez les individus, en particulier ceux qui n'ont pas ou ont peu accès, outre la santé, au travail et à l'éducation ;
 - de proposer des solutions qui reposent sur des bases factuelles et puissent être traduites en politiques communes et durables, en fixant des priorités à l'intention des États membres européens ; et
 - de mettre au point un plan d'action comprenant des recommandations sur la politique à suivre destinées aux États membres et à l'OMS ;
- c) que les participants à cette conférence devraient être des ministres de la santé, des homologues en santé mentale, des représentants d'organisations d'usagers et des familles, et des experts de tous les États membres européens ;
- d) que le résultat de cette conférence sera le Plan d'action d'Helsinki pour la santé mentale, qui énoncera des recommandations concernant une politique commune durable, s'appuyant sur des priorités et un calendrier précis, et demandant la prise d'initiatives que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe devra soutenir au cours des prochaines années.

EUR/RC53/R5

Nomination d'un groupe de prospection régional

Le Comité régional,

Conformément à l'article 47 de son règlement intérieur ;

1. NOMME un groupe de prospection régional composé des membres et des suppléants suivants :

Membres :

Dr Ainura Ibraimova (Kirghizistan)
Mme Barbara Bitner (Pologne)
Professeur José Martin-Moreno (Espagne)

Suppléants :

M. David Gunnarsson (Islande)
Dr Sergej Mikhajlovich Furgal (Fédération de Russie)
Professeur Sabahattin Aydin (Turquie)

2. PRIE le groupe de prospection régional d'accomplir ses travaux conformément au règlement intérieur du Comité régional et aux autres critères énoncés dans le document EUR/RC53/Inf.Doc./2, et de faire rapport sur ses travaux au Comité régional à sa cinquante-quatrième session.

EUR/RC53/R6**Rapport du dixième Comité permanent du Comité régional**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du dixième Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC53/4 et EUR/RC53/4 Add.1),

Notant les décisions contenues dans la résolution EUR/RC53/R1 relative à la composition du Conseil exécutif,

1. ADOPTE ledit rapport, avec les conclusions et propositions qu'il contient ;
2. PRIE le directeur régional de donner les suites voulues à ces conclusions et propositions.

EUR/RC53/R7**La santé des enfants et des adolescents dans la Région européenne de l'OMS**

Le Comité régional,

Rappelant la résolution WHA56.21 de l'Assemblée mondiale de la santé relative à la Stratégie pour la santé des enfants et des adolescents ;

Reconnaissant le droit des enfants et des adolescents au meilleur état de santé possible et aux soins de santé, droit qui figure dans les instruments internationalement reconnus en matière de droits de l'homme ;

Conscient que, dans l'avenir, la santé et la prospérité dans la Région seront déterminées dans une large mesure par les investissements faits pour le bien des enfants et des adolescents d'aujourd'hui ;

Reconnaissant que des enfants en bonne santé ont plus de chances de devenir des adultes en bonne santé et que des adultes en bonne santé sont des atouts pour l'instauration d'une société socialement et économiquement plus productive et solliciteront moins le système de santé ;

Conscient que la santé est déterminée par l'environnement physique, économique, social, familial et éducatif, ainsi que par la qualité des soins de santé, et que les enfants et les adolescents ont besoin d'un environnement favorable pour croître et devenir de jeunes adultes en bonne santé ;

Conscient des nombreuses menaces qui pèsent sur la santé des enfants et des adolescents et qui n'épargnent aucune société, qu'elle soit riche ou pauvre ;

Se félicitant des efforts d'envergure que les institutions spécialisées du système des Nations Unies ont d'ores et déjà accomplis pour améliorer la santé des enfants et des adolescents ;

Ayant examiné le document EUR/RC53/11 ;

1. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres d'accorder un rang de priorité élevé à l'amélioration de la santé et du développement des enfants et des adolescents, y compris à l'activité physique et à la santé mentale, par une sensibilisation au plus haut niveau, l'intensification des programmes, l'accroissement des ressources allouées par les pays, la mise en place de partenariats et un engagement politique durable ;

2. PRIE le directeur régional :
 - a) de poursuivre le processus d'élaboration d'une stratégie européenne d'ensemble en faveur de la santé des enfants et des adolescents, en collaboration avec les États membres, et de la présenter au Comité régional à sa cinquante-cinquième session ;
 - b) de veiller à ce que les résultats de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, 23–25 juin 2004) et la partie du Rapport sur la santé en Europe 2005 qui sera consacrée à la santé des enfants et des adolescents soient pleinement pris en considération.

EUR/RC53/R8

Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2004 et 2005

Le Comité régional,

Ayant examiné la décision prise à sa cinquante-deuxième session, telle qu'elle est exprimée dans la résolution EUR/RC52/R5 ;

1. CONFIRME que sa cinquante-quatrième session se tiendra au Bureau régional de l'Europe, à Copenhague, du 6 au 9 septembre 2004 ;
2. DÉCIDE que la cinquante-cinquième session aura lieu du 12 au 15 septembre 2005 ;
3. PREND NOTE AVEC GRATITUDE des propositions présentées par l'Estonie, la Géorgie et la Roumanie d'accueillir la cinquante-cinquième session du Comité régional ;
4. PRIE le directeur régional d'avoir des discussions avec ces États membres en vue de permettre au Comité régional de prendre une décision finale sur le lieu de sa cinquante-cinquième session lors de sa cinquante-quatrième session ;
5. DÉCIDE que, dans l'éventualité où, au 30 novembre 2003, aucun État membre n'est encore en mesure de s'engager à accueillir la cinquante-cinquième session, celle-ci se tiendra au Bureau régional de l'Europe à Copenhague.

*Annexe 1***Ordre du jour****1. Ouverture de la session**

- a) Élection du président, du président exécutif, du vice-président exécutif et du rapporteur
- b) Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail

2. Déclaration du directeur général**3. Déclaration du directeur régional**, comportant notamment :

- Le Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé

4. Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif**5. Rapport du dixième Comité permanent du Comité régional**, notamment sur :

- L'évaluation des arrangements en vigueur concernant la composition du Conseil exécutif
- Les suites données à l'évaluation externe des programmes du Bureau régional ayant trait à la réforme des soins de santé

6. Questions de politique générale et questions techniques

- a) La santé mentale dans la Région européenne de l'OMS
- b) La santé des enfants et des adolescents dans la Région européenne de l'OMS
- c) Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous
- d) La Stratégie de pays du Bureau régional
- e) Orientations stratégiques des activités menées par le Bureau régional en collaboration avec les entités géographiquement dispersées, y compris les bureaux de pays de l'OMS

7. Élections et désignations

- a) Désignation de deux membres du Conseil exécutif
- b) Élection de trois membres du Comité permanent du Comité régional
- c) Élection d'un membre du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
- d) Nomination d'un groupe de prospection régional

8. Futures sessions du Comité régional en 2004 et 2005**9. Autres questions****10. Approbation du rapport et clôture de la cinquante-troisième session**

<p>Séance d'information technique sur le thème « Défis à relever par le système de santé autrichien » organisée par le Ministère autrichien de la santé et des femmes</p>

*Annexe 2***Liste des documents****Documents de travail**

EUR/RC53/1 Rev.1	Liste des documents
EUR/RC53/2 Rev.1	Ordre du jour provisoire
EUR/RC53/3 Rev.1	Programme provisoire
EUR/RC53/4	Rapport du dixième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC53/4 Add.1	Compte rendu de la cinquième session du Comité permanent du Comité régional
EUR/RC53/5	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC53/5 Corr.1	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC53/5 Corr.2	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC53/6	Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
EUR/RC53/7	La santé mentale dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC53/8	Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous
EUR/RC53/9	Orientations stratégiques des activités menées par le Bureau régional en collaboration avec les entités géographiquement dispersées, y compris les bureaux de pays de l'OMS
EUR/RC53/10	Rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe depuis 2000
EUR/RC53/11	La santé des enfants et des adolescents dans la Région européenne de l'OMS

Documents de conférence

EUR/RC53/Conf.Doc./1	Rapport du dixième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC53/Conf.Doc./2	La santé mentale dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC53/Conf.Doc./3 Rev.1	Actualisation de la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne
EUR/RC53/Conf.Doc./4	Orientations stratégiques des activités menées par le Bureau régional en collaboration avec les entités géographiquement dispersées, y compris les bureaux de pays de l'OMS
EUR/RC53/Conf.Doc./5	Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins »
EUR/RC53/Conf.Doc./6	La santé des enfants et des adolescents dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC53/Conf.Doc./7	Nomination d'un groupe de prospection régional
EUR/RC53/Conf.Doc./8 Rev.1	Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2004 et 2005
EUR/RC53/Conf.Doc./9	Composition du Conseil exécutif

Documents d'information

EUR/RC53/Inf.Doc./1	Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES)
EUR/RC53/Inf.Doc./2	Constitution d'un groupe de prospection régional

*Annexe 3***Liste des représentants et autres participants****I. États membres****Albanie**

Représentant Dr Eduart Hashorva
Vice-ministre de la santé

Allemagne

Représentants Susanne Weber-Mosdorf
Directeur, Politique européenne et internationale en matière sanitaire et sociale, Ministère fédéral de la santé et de la sécurité sociale

Udo Scholten
Chef de division, Politique internationale en matière sanitaire et sociale, Ministère fédéral de la santé et de la sécurité sociale

Suppléants Thomas Hofmann
Chef de la section E2I, Coopération multilatérale dans le domaine de la santé, Ministère fédéral de la santé et de la sécurité sociale

Dr Ingo von Voss
Conseiller, Mission permanente de la République fédérale d'Allemagne auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Dr Christian Luetkens
Chef, Division de la prévention, de la promotion de la santé et d'épidémiologie, Ministère des affaires sociales du Land de Hesse

Helene Reemann
Chef de section, Centre fédéral pour l'éducation à la santé

Dr Assia Brandrup-Lukanow
Chef de division, Agence allemande de coopération technique (GTZ)

Dr Christoph Beier
Chef, Planification et développement, Agence allemande de coopération technique (GTZ)

Dr Regine Meyer
Administrateur, Europe orientale, CEI et Amérique latine, Agence allemande de coopération technique (GTZ)

Andorre

Représentants Mme Montserrat Camps Gallart
Secrétaire d'État à la santé, Ministère de la santé et du bien-être

Dr Margarida Coll Armangué
Chef, Service de surveillance épidémiologique, Ministère de la santé et du bien-être

Arménie

Représentant Dr Norayr Davidyan
Ministre de la santé

Conseiller Dr Haik Grigorian
Chef, Département des relations internationales, Ministère de la santé

Autriche

Représentants Maria Rauch-Kallat
Ministre fédéral de la santé et des femmes

Professeur Dr Reinhart Waneck
Secrétaire d'État à la santé, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Suppléants Dr Clemens Auer
Chef, Cabinet du ministre fédéral, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Dr Hubert Hrabcik
Directeur général de la santé publique, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Conseillers Volker Hammer
Chef, Cabinet du secrétaire d'État, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Dr Franz Pietsch
Directeur général adjoint de la santé publique, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Professeur Dr Robert Schlögel
Directeur général adjoint de la santé publique, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Dr Verena Gregorich-Schega
Chef, Relations sanitaires internationales, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Dr Hubert Hartl
Chef, Soins préventifs et promotion de la santé, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Dr Thomas M. Buchsbaum
Directeur, Division de la politique sanitaire, Ministère fédéral des affaires étrangères

Dr Elke Atzler
Chef adjoint de la mission, Mission permanente de l'Autriche auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Edda Strohmayer
Chef adjoint, Relations sanitaires internationales, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Professeur Dr Heinz Katschnig
Chef, Clinique universitaire de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Vienne

Professeur Dr Michael Kunze
Président, Institut de médecine sociale, Faculté de médecine, Université de Vienne

Secrétaires

Mag. Christoph Hörhan
Cabinet du ministre fédéral, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Mag. Florian Pressl
Cabinet du ministre fédéral, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Mag. Daniela Reczek
Cabinet du ministre fédéral, Ministère fédéral de la santé et des femmes

MMag. Christina Cerne
Cabinet du secrétaire d'État, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Martin Glier
Cabinet du secrétaire d'État, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Mag. Gero Stuller
Cabinet du secrétaire d'État, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Mag. Raphael Bayer
Relations sanitaires internationales, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Mag. (FH) Michael Oberdünhofen
Relations sanitaires internationales, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Mag. Rupert Weinmann
Division de la politique sanitaire, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Ursula Dlouhy
Relations sanitaires internationales, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Outi Isotalo
Relations sanitaires internationales, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Anita Schinko
Relations sanitaires internationales, Ministère fédéral de la santé et des femmes

Roland Dietrich
Ministère fédéral de la santé et des femmes

Azerbaïdjan

Représentants Professeur Ali Binat-ogly Insanov
Ministre de la santé

Dr Alexander Umnyashkin
Chef, Département des relations internationales, Ministère de la santé

Bélarus

Représentant Dr Liudmila Andreevna Postoyalko
Ministre de la santé

Belgique

Représentants Dr Godfried Thiers
Directeur, Institut scientifique de la santé publique Louis Pasteur

M. Alfred Berwaerts
Directeur général, Relations internationales, Service public fédéral, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Suppléant Mme Machteld Wauters
Département de la santé, Ministère de la Communauté flamande

Conseillers Mme Leen Meulenbergs
Expert, Service public fédéral, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

M. Jean-Cédric Janssens de Bisthoven
Premier secrétaire, Ambassade de Belgique à Vienne

M. Mathias Bogaert
Troisième secrétaire, Ambassade de Belgique à Vienne

Bosnie-Herzégovine

Représentants Dr Safet Halilović
Ministre des affaires civiles, Fédération de Bosnie-Herzégovine

Mme Amira Kapetanović
Ambassadeur, Mission permanente de la Bosnie-Herzégovine auprès de
l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Vienne

Suppléants

Dr Marin Kvaternik
Ministre de la santé et de l'aide sociale, République Srpska

M. Tomo Lučić
Ministre de la santé, Fédération de Bosnie-Herzégovine

Conseillers

Professeur Žarko Pavić
Coordonnateur des programmes OMS, Ministère de la santé et de l'aide
sociale, République Srpska

Dr Bakir Nakaš
Membre au Conseil consultatif de Bosnie-Herzégovine pour l'infection à
VIH/sida

Mme Nada Janković
Conseiller auprès du Ministre, Mission permanente de la Bosnie-Herzégovine
auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales
à Vienne

Mme Aida Durić
Ministère des affaires civiles de Bosnie-Herzégovine

Secrétaire

Mme Stela Vasić
Ambassade de Bosnie-Herzégovine à Vienne

Bulgarie

Représentants

Dr Petko Salchev
Vice-ministre de la santé

Mme Romyana Toshkova
Expert principal, Ministère de la santé

Suppléant

Mme Iskra Angelova
Expert, Ministère des affaires étrangères

Croatie

Représentant

Professeur Marija Strnad Pesikan
Institut de la santé publique

Suppléants

Dr Andro Vlahušić
Ministre de la santé

M. Dražen Vukov Colić
Ambassadeur de la République de Croatie en Autriche

Conseiller

Mme Karmen Klemente
Chef, Cabinet du ministre, Ministère de la santé

Chypre

Représentants Mme Constantia Akkelidou
Ministre de la santé

Dr Charitini Komodiki
Directeur général de la santé, Ministère de la santé

Danemark

Représentants M. Lars Løkke Rasmussen
Ministre de l'intérieur et de la santé

Dr Jens Kristian Gøtrik
Directeur général de la santé, Direction nationale de la santé

Suppléant M. Mogens Jørgensen
Chef de division, Ministère de l'intérieur et de la santé

Conseillers Mme Marianne Kristensen
Conseiller principal, Direction nationale de la santé

Mme Karen Worm
Chef de section, Ministère de l'intérieur et de la santé

M. Kåre Geil
Secrétaire particulier du ministre de l'intérieur et de la santé

Espagne

Représentants Professeur José M. Martín Moreno
Directeur général de la santé publique, Ministère de la santé et de la consommation

Dr Paloma Alonso Cuesta
Directeur général adjoint, Relations internationales, Ministère de la santé et de la consommation

Suppléant M. Julio Fernandez Torrejon
Ambassade d'Espagne à Vienne

Conseillers Mme Ana Clavería Fontan
Conseiller technique, Ministère de la santé et de la consommation

Dr Patricia Crespo Gonzalez
Ministère de la santé et de la consommation

Estonie

<i>Représentants</i>	M. Marko Pomerants Ministre des affaires sociales
	Mme Katrin Saluvere Secrétaire général adjoint pour la politique sanitaire, Ministère des affaires sociales
<i>Suppléant</i>	M. Ain Aaviksoo Chef, Département de la santé publique, Ministère des affaires sociales

Ex-République yougoslave de Macédoine

<i>Représentants</i>	Dr Rexhep Selmani Ministre de la santé
	Mme Snezana Cicevalieva Chef, Secteur de l'intégration européenne et de la coopération internationale, Ministère de la santé
<i>Suppléants</i>	M. Aleksander Tavciovski Représentant permanent de l'ex-République yougoslave de Macédoine auprès de l'OSCE à Vienne
	M. Zoran Todorov Deuxième secrétaire, Mission permanente de l'ex-République yougoslave de Macédoine auprès de l'OSCE à Vienne

Fédération de Russie

<i>Représentant</i>	Dr Sergei Furgal Directeur, Département de la coopération internationale, Ministère de la santé
<i>Conseillers</i>	Dr Anatoly V. Pavlov Directeur adjoint, Département de la coopération internationale, Ministère de la santé
	M. Vladimir Zimyanin Conseiller principal, Département des organisations internationales, Ministère des affaires étrangères
	Dr Yuri Mshensky Conseiller, Mission permanente de la Fédération de Russie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Vienne
	M. Dmitri Tokin Deuxième secrétaire, Mission permanente de la Fédération de Russie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Vienne

M. Konstantin Voronin
Conseiller, Ambassade de la Fédération de Russie à Vienne

Finlande

Représentants

Dr Kimmo A.E. Leppo
Directeur général, Département de la santé, Ministère des affaires sociales et de la santé

Mme Liisa Ollila
Conseiller ministériel, Chef de section, Bureau des affaires internationales, Ministère des affaires sociales et de la santé

Suppléants

Dr Merja Saarinen
Conseiller ministériel, Santé/affaires médicales, Ministère des affaires sociales et de la santé

M. Sakari Lankinen
Conseiller ministériel, Santé/affaires médicales, Ministère des affaires sociales et de la santé

Conseillers

Mme Kristiina Haikio
Conseiller, Mission permanente de la Finlande auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Dr Jarrko Eskola
Consultant, Ministère des affaires sociales et de la santé

Dr Juha Teperi
Directeur de division, Centre national de recherche et développement pour les affaires sanitaires et sociales

France

Représentants

M. Patrick Villemur
Ambassadeur, Représentation permanente de la France auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Vienne

Dr Jean-Baptiste Brunet
Directeur, Relations internationales, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Suppléant

Mme Catherine Feuillet
Conseiller, Ministère des affaires étrangères

Conseillers

Mme Isabelle Virem
Conseiller à la Direction générale, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

M. Alain Guepratte
Conseiller des affaires étrangères, Représentation permanente de la France
auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations
internationales à Vienne

Géorgie

Représentant Dr Amiran Gamkrelidze
Ministre du travail, de la santé et des affaires sociales

Grèce

Représentants M. Ektor Nasiokas
Vice-ministre de la santé et de la protection sociale

Professeur Jenny Kourea-Kremastinou
Doyen, École nationale de santé publique

Conseillers Dr Meropi Violaki-Paraskeva
Directeur général honoraire de la santé

Dr Athanassios Constantopoulos
Directeur, Centre de santé mentale, Hôpital général régional d'Athènes

Dr Alexander Botsis
Conseiller auprès du ministre, Ministère de la santé et de la protection sociale

Secrétaire Mme Dionysia Dapada
Division des relations internationales, Ministère de la santé et de la protection
sociale

Hongrie

Représentants Mme Zsuzsanna Jakab
Secrétaire d'État permanent, Ministère de la santé, des affaires sociales et de
la famille

Dr Tivador Tulassay
Recteur, Université de Semmelweis

Suppléant Mme Katalin Novák
Chef, Département de la coopération internationale et de la coordination de
l'intégration européenne, Ministère de la santé, des affaires sociales et de la
famille

Conseiller Dr János Annus
Conseiller principal, Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille

Irlande

Représentants

Dr James Kiely
Directeur général de la santé, Ministère de la santé et de l'enfance

M. Colm Keenan
Administrateur principal, Service international, Ministère de la santé et de l'enfance

Islande

Représentants

M. David Á. Gunnarsson
Secrétaire permanent, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

M. Ingimar Einarsson
Chef de département, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

Suppléant

M. Sigurdur Gudmundsson
Directeur général de la santé, Direction de la santé

Conseillers

Mme Vilborg Ingolfsdottir
Responsable national des soins infirmiers, Chef de division, Direction de la santé

M. Helgi Mar Arthursson
Responsable de l'information, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

Mme Asthildur Knutsdottir
Conseiller, Mission permanente de l'Islande auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Israël

Représentants

M. Yair Amikam
Directeur général adjoint, Information et relations internationales, Ministère de la santé

Dr Yitzhak Sever
Directeur, Département des relations internationales, Ministère de la santé

Italie

Représentants

Dr Francesco Cicogna
Conseiller technique principal, Direction des relations internationales et des politiques de proximité, Ministère de la santé

Mme Natalia Quintavalle
Premier conseiller, Mission permanente de l'Italie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Suppléant Professeur Giancarlo Majori
Directeur, Laboratoire de parasitologie, Institut national de la santé

Kazakhstan

Représentant Dr Saule Dikanbayeva
Vice-ministre de la santé

Suppléants Mme Aigul Kuspan
Conseiller, Ambassade du Kazakhstan à Vienne

M. Yermukhambet Konuspayev
Attaché, Ambassade du Kazakhstan à Vienne

Kirghizistan

Représentant Professeur Mitalip Mamytovich Mamytov
Ministre de la santé

Suppléants Dr Ainura Ibraimova
Vice-ministre de la santé

Dr Boris Ivanovich Dimitrov
Chef, Département des relations extérieures, Ministère de la santé

Lettonie

Représentants Mme Ingrida Circene
Ministre de la santé

M. Viktors Jaksons
Ancien ministre de la protection sociale

Lituanie

Représentants Dr Juozas Olekas
Ministre de la santé
Mme Romalda Baranauskiene
Sous-secrétaire, Ministère de la santé

Suppléant M. Viktoras Meižis
Chef, Division des relations internationales et de l'intégration européenne,
Ministère de la santé

Luxembourg

<i>Représentants</i>	M. A. Berns Ambassadeur, Mission permanente du Grand-Duché de Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève
	Dr Danielle Hansen-Koenig Directeur de la santé
<i>Suppléant</i>	Mme Aline Schleder-Leuck Conseiller de direction 1 ^{re} classe, Ministère de la santé

Malte

<i>Représentants</i>	Dr Louis Deguara Ministre de la santé
	Dr Noel Buttigieg-Scicluna Ambassadeur, Représentant permanent de Malte auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Vienne
<i>Suppléants</i>	Dr Ray Busuttil Directeur général de la santé, Ministère de la santé
	Dr Karen Vincenti Conseiller technique principal, Cabinet du directeur général de la santé, Ministère de la santé
	Dr John Paul Grech Conseiller, Mission permanente de Malte auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Vienne
<i>Conseillers</i>	Dr Anthony Vella Secrétaire permanent, Ministère de la santé
	M. Saviour Gambin Assistant personnel du ministre de la santé

Monaco

<i>Représentants</i>	Dr Anne Nègre Directeur de l'action sanitaire et sociale, Département de l'intérieur, Ministère d'État
	Mme Carole Lanteri Premier secrétaire, Mission permanente de la Principauté de Monaco auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Norvège

<i>Représentants</i>	Mme Anne Kari Lande Hasle Secrétaire général, Ministère de la santé
	M. Sveinung Røren Directeur général adjoint, Ministère de la santé
<i>Suppléants</i>	Dr Tharald Hetland Conseiller principal, Ministère de la santé
	Mme Eldrid Røine Conseiller, Ministère de la santé
<i>Conseillers</i>	Mme Hilde Marie Rognlie Conseiller principal, Ministère de la santé
	M. Dag Rekve Conseiller principal, Ministère des affaires sociales
	Mme Mari Trommald Directeur, Direction de la santé et des affaires sociales
	M. Jens Guslund Directeur, Direction de la santé et des affaires sociales
	Mme Turid Kongsvik Conseiller, Mission permanente de la Norvège auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Ouzbékistan

<i>Représentant</i>	Professeur Feruz Nazirov Ministre de la santé
<i>Conseillers</i>	Dr Abdunumon Siddikov Chef, Relations économiques étrangères, Ministère de la santé
	Dr Shavkat A. Razakov Directeur, Institut Isaev de recherche en parasitologie médicale
	M. Vladimir Kononov Ministère de la santé
	Professeur Vladimir Zelman

Pays-Bas

<i>Représentants</i>	M. Hans de Goeij Directeur général, Ministère de la santé, du bien-être et des sports
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Mme Annemiek van Bolhuis
Directeur, Division des affaires internationales, Ministère de la santé, du bien-être et des sports

Suppléants

Mme Monique A.C.M. Middelhoff
Premier secrétaire, Mission permanente du Royaume des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Lejo van der Heiden
Coordonnateur, Unité globale, Affaires internationales, Ministère de la santé, du bien-être et des sports

Pologne

Représentants

Dr Wiktor Masłowski
Sous-secrétaire d'État, Ministère de la santé

Professeur Jerzy Szczerbań
Président, Conseil scientifique auprès du ministre de la santé

Suppléant

Mme Barbara Bitner
Directeur, Département de l'intégration européenne et des relations internationales, Ministère de la santé

Portugal

Représentants

Professeur José Pereira Miguel
Directeur général et Haut commissaire à la santé, Ministère de la santé

Dr Aldino Salgado
Membre du Conseil, Institut de gestion financière dans le secteur de la santé, Ministère de la santé

Suppléant

M. Paulo Barcia
Attaché aux affaires sanitaires, Mission permanente du Portugal auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

République de Moldova

Représentants

Dr Andrei Gherman
Ministre de la santé

Mme Natalia Gherman
Ambassadeur, Représentant permanent de la République de Moldova auprès de l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (OSCE) à Vienne

Suppléant Dr Silviu Domente
Chef, Division des relations étrangères, Ministère de la santé

République tchèque

Représentant Dr Marie Součková
Ministre de la santé

Suppléants M. Pavel Vacek
Ambassadeur, Mission permanente de la République tchèque auprès de
l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Vienne

Dr Milan Špaček
Vice-ministre, Soins de santé et relations internationales, Ministère de la santé

Dr Anna Olšanská
Directeur, Département des relations internationales et de l'intégration
européenne, Ministère de la santé

M. Jaroslav Štěpánek
Conseiller, Mission permanente de la République tchèque auprès de l'Office
des Nations Unies et des autres organisations internationales à Vienne

Conseiller Professeur Bohumil Fišer
Chef, Institut de physiologie, Université Masaryk

Roumanie

Représentants Dr Vasile Cepoi
Secrétaire d'État, Ministère de la santé

Dr Radu Constantiniu
Directeur général, Relations internationales et intégration européenne,
Ministère de la santé

Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord

Représentant Sir Liam Donaldson
Directeur général de la santé, Ministère de la santé

Suppléants M. Nick Boyd
Chef, Affaires internationales, Branche internationale, Ministère de la santé

M. Anthony Kingham
Chef d'équipe Santé publique internationale, Branche internationale,
Ministère de la santé

Conseillers Dr Andrew K. Fraser
Directeur général adjoint de la santé, Exécutif écossais, Ministère de la santé

Dr Sarah Watkins
Conseiller technique principal, Groupe des professionnels de santé,
Gouvernement de l'Assemblée galloise

Dr Jason Lane
Conseiller régional, Ministère du développement international

Secrétaires

Mme Lorna Demming
Administrateur des affaires internationales, Branche internationale, Ministère
de la santé

M. Noel Bartels
Secrétaire particulier adjoint du directeur général de la santé, Ministère de la
santé

Saint-Marin

Représentant

Mme Federica Bigi
Ambassadeur, Mission permanente de la République de Saint-Marin auprès de
l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Serbie et Monténégro

Représentants

Professeur Miodrag Pavličić
Ministre de la santé de la République de Monténégro

M. Branislav Milinković
Ambassadeur, Représentant permanent de la Serbie et Monténégro auprès de
l'OSCE à Vienne

Suppléants

Dr Snežana Simić
Vice-ministre de la santé de la République de Serbie

Mme Slobodanka Krivokapić
Vice-ministre de la santé de la République de Monténégro

M. Jovica Čekić
Conseiller, Mission permanente de la Serbie et Monténégro auprès de l'OSCE
à Vienne

Slovaquie

Représentants

Dr Rudolf Zajac
Ministre de la santé

Dr Svätopluk Hlavačka
Ministère de la santé

<i>Suppléants</i>	Dr Andrej Mayer Ministère de la santé
	Dr Kvetoslava Precúhová Ministère de la santé
<i>Conseillers</i>	Dr Alexandra Novotná Ministère de la santé
	Mme Zuzana Červená Magister, Ministère de la santé

Slovénie

<i>Représentants</i>	Professeur Dušan Keber Ministre de la santé
	Dr Ernest Petrič Ambassadeur de la République de Slovénie en Autriche
<i>Suppléants</i>	Dr Jožica Maučec Zakotnik Secrétaire d'État, Promotion de la santé, Ministère de la santé
	Dr Andrej Marušič Directeur, Institut de santé publique
<i>Conseillers</i>	Dr Vesna-Kerstin Petrič Conseiller auprès du ministre de la santé
	M. Goran Križ Premier secrétaire, Ambassade de la République de Slovénie en Autriche
	Mme Barbara Kremžar Attaché, Ambassade de la République de Slovénie en Autriche

Suède

<i>Représentant</i>	Mme Kerstin Wigzell Directeur général, Direction nationale de la santé et de la protection sociale
<i>Suppléants</i>	Mme Cecilia Halle Responsable administratif, Ministère de la santé et des affaires sociales
	Mme Birgitta Schmidt Directeur administratif, Direction nationale de la santé et de la protection sociale
	M. Bo Pettersson Directeur général adjoint, Institut national de santé publique

M. Bengt Rönngren
Responsable administratif, Ministère de la santé et des affaires sociales

Mme Margareta Carlberg
Administrateur de programmes, Direction nationale de la santé et de la protection sociale

Conseiller M. Thomas Rostock
Conseiller principal, Fédération des Conseils de comtés

Suisse

Représentants Professeur Thomas Zeltner
Directeur, Office fédéral de la santé publique

Alice Scherrer-Baumann
Président, Direction de la santé, Conférence des directeurs de la santé publique

Suppléants Dr Gaudenz Silberschmidt
Chef, Relations internationales, Office fédéral de la santé publique

Franz Wyss
Secrétaire central, Conférence des directeurs de la santé publique

Conseiller Dr Stephanie Zobrist
Chef par intérim, Relations internationales, Office fédéral de la santé publique

Tadjikistan

Représentant Professeur Nusratullo Faizullaev
Ministre de la santé

Turkménistan

Représentant Dr Byashim Sopyev
Vice-ministre de la santé

Turquie

Représentants Dr Recep Akdağ
Ministre de la santé

Professeur Necdet Ünüvar
Sous-secrétaire, Ministère de la santé

Suppléants

Professeur Sabahattin Aydin
Sous-secrétaire adjoint, Ministère de la santé

M. Kamuran Özden
Chef du Département des relations extérieures, Ministère de la santé

M. Namik Güner Erpul
Conseiller, Mission permanente de la République de Turquie auprès de
l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Vienne

Mme Sevim Tezel Aydin
Chef adjoint, Département des relations extérieures, Ministère de la santé

Dr Oguz Karamustafalioglu
Chef, Clinique de santé et de maladies mentales, Hôpital Sisi Etfal d'Istanbul

M. Tanju Bilgiç
Deuxième secrétaire, Ambassade de la République de Turquie au Danemark

Secrétaire

M. Mehmet Saribuva
Secrétaire auprès du ministre de la santé

Ukraine*Représentants*

Dr Michajlo Pasichnyk
Vice-ministre de la santé

M. Wolodymyr Ohrysko
Ambassadeur d'Ukraine en Autriche

Suppléants

M. Igor Schepotin
Chef, Affaires sanitaires, Cabinet du Conseil des ministres

Mme Zhanna Tsenilova
Chef, Relations internationales, Ministère de la santé

M. Dmytro Aleshko
Conseiller auprès du ministre de la santé

**II. Observateurs des États membres
de la Commission économique pour l'Europe***Canada*

Mme Carla Gilders
Conseiller, Affaires sanitaires et sociales, Mission canadienne auprès de l'Union européenne

M. Garry Aslanyan
Conseiller principal en santé, Branche Europe centrale et orientale, Agence canadienne de
développement international (ACDI)

États-Unis d'Amérique

M. David E. Hohman

Attaché chargé des questions de santé, Mission permanente des États-Unis d'Amérique auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

III. Observateurs d'États non membres*Saint-Siège*

Monseigneur Jean-Marie Mpendawatu

Conseil pontifical pour la pastorale des services de santé

IV. Représentants de l'Organisation des Nations Unies et des institutions apparentées*Banque mondiale*

M. Dominic Haazen

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) Bureau régional pour l'Europe centrale et orientale, la Communauté des États indépendants et des États baltes

Dr Shahnaz Kianian-Firouzgar

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)

M. Arkadiusz Majszyk

Programme des Nations Unies pour le développement

M. Jerzy Skuratowicz

V. Représentants d'autres organisations intergouvernementales*Commission européenne*

M. Fernand Sauer

M. Bernard Merkel

M. Antonis Lanaras

Conseil de l'Europe

Mme Gabriella Battaini-Dragoni

M. Karl-Friedrich Bopp

VI. Représentants d'organisations non gouvernementales entretenant des relations officielles avec l'OMS*Association internationale de conseil en allaitement*

Mme Johanna Thomann

Association internationale des femmes médecins

Dr Corrine Bretscher-Dutoit

Association mondiale des guides et des éclaireuses

Mme Sandra Dybowski

Association mondiale pour la réhabilitation psychosociale

Dr Johannes Wancasa

Bureau international de l'épilepsie

Mme Hanneke M. de Boer

Collège international des chirurgiens

Dr Wushou Peter Chang

Comité international catholique des infirmières et assistantes médico-sociales

Mme Christa Nowakiewitsch

Confédération mondiale pour la thérapie physique

Mme Anne Lexow

Mme Silvia Mériaux-Kratochvila

Confédération mondiale des sociétés d'acupuncture-moxibustion

M. Sergio Bangrazi

Professeur Filomena Petti

Confédération mondiale du thermalisme et du climatisme

Dr Nikolai A. Storozhenko

Professeur U. Solimene

Dr Elisabetta Minelli

Dr Simona Busato

Confédération mondiale pour la santé mentale

Professeur John R.M. Copeland

Conseil international des femmes

Mme Gertrude Harrer

Conseil international des infirmières

Mme Pat Hughes

Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode

Professeur Aldo Pinchera

Fédération internationale des associations de fabricants de produits pharmaceutiques

Mme Helena R. Brus

Dr Lukas Pfister

Fédération internationale de thalassémie

M. Panos Englezos
Dr Androulla Eleftheriou

Industrie mondiale de l'auto-médication responsable

Dr Gerhard Stummerer
Dr Ariane Titz

Ligue internationale contre l'épilepsie

Dr Giuliano Avanzini

Organisation mondiale du mouvement scout

M. Alexander Söllei

Santé mentale Europe

Dr Karl Dantendorfer
M. Rudolf Wagner

Société internationale des médecins pour l'environnement

Dr Hanns Moshhammer

Union internationale des sciences de la nutrition

Dr Ibrahim Elmadfa

VII. Observateurs*Comité permanent des infirmières de l'UE*

M. Paul De Raeve

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Dr Valery Chernyavskiy
Dr Arletty Pinel
Dr Urban Weber

Forum européen des associations de médecins et de l'OMS

Dr René Salzberg

Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes et de l'OMS

Mme Sylvia Denton

Imperial College de Londres

Dr Rifat Atun

Ordre de Malte

M. Herbert Sticklberger

Programme international sur la sécurité des substances chimiques

Dr Gunnar Bergtsson

Réseau Régions-santé

Dr Jaroslav Volf

Dr Ricard Tresserras

Urbani International

Dr Peter W.S. Chang

*Annexe 4***Allocution du directeur général
de l'Organisation mondiale de la santé**

Madame la Présidente, mesdames et messieurs les ministres, mesdames et messieurs les délégués, chers collègues,

C'est pour moi un honneur d'être avec vous à Vienne et de participer à vos discussions sur nos activités dans les 52 pays de la Région européenne. Permettez-moi de remercier le gouvernement autrichien, qui accueille cette session, et de souhaiter la bienvenue à la délégation de Chypre, qui fait désormais partie de cette Région.

Nous vivons une époque marquée par de grands défis. C'est une grande responsabilité que de diriger l'OMS, qui est un important élément du système des Nations Unies, et je vous suis reconnaissant à tous pour votre soutien et vos vœux de succès.

Le système des Nations Unies traverse des moments difficiles. Nous avons été consternés par l'attentat perpétré contre les locaux des Nations Unies à Bagdad et par le fait qu'un si grand nombre de nos collègues sont morts ou ont été blessés. Malgré ces pertes terribles, nous poursuivons notre mission avec beaucoup de détermination.

À l'occasion du 25^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, il est bon de nous souvenir que la santé est pour tous. Chaque personne a autant besoin de la santé que les autres et, lorsque la société est totalement incapable, en raison de son incurie, de répondre à ce besoin, elle se trouve dans une situation très grave. Je suis heureux de me rendre à Almaty à la fin du mois prochain pour marquer cet anniversaire.

Selon notre Constitution, « L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies... est un péril pour tous ». Dans certains pays, les maladies liées à la pauvreté réduisent l'espérance de vie à 40 ans, tandis que dans d'autres, grâce à la richesse et aux technologies de santé, elle peut s'approcher de 80 ans. Des inégalités d'une telle ampleur ne représentent pas seulement un danger, mais une injustice, qui elle-même porte atteinte au bien-être humain.

Le plus grand défi que nous devons relever maintenant est la catastrophe que représentent l'infection à VIH et le sida. Plus de 42 millions de personnes dans le monde sont séropositives. Plus d'un million et demi d'entre elles résident dans cette Région, dans des zones où l'épidémie se propage rapidement. Chacune de ces personnes infectées a besoin d'urgence d'un traitement. Celui-ci doit être assuré dans le cadre d'une stratégie globale de lutte contre l'infection à VIH et le sida, qui établisse un lien entre la prévention, les soins et le traitement.

Je coopère avec des partenaires locaux, nationaux et internationaux pour concevoir les programmes nécessaires au traitement par antirétroviraux de trois millions de personnes d'ici la fin 2005. L'objectif « Trois millions d'ici à 2005 » ne résoudra pas le problème, mais il représentera le début d'une solution et la preuve qu'il est possible d'y parvenir. Une stratégie d'ensemble pour traduire cet objectif dans les faits sera annoncée le 1^{er} décembre, lors de la Journée mondiale contre le sida, dans trois mois. Alors, notre coopération avec les pays à cet égard commencera immédiatement.

Nous collaborons avec de nombreux partenaires, dont l'ONUSIDA et le Fonds mondial, pour obtenir les ressources nécessaires en vue de mettre en œuvre ces plans. Nous sommes encouragés par la récente décision prise dans le cadre de l'OMC concernant un meilleur accès aux médicaments. Un succès d'ensemble passera par l'engagement de la société civile, des organismes des Nations Unies, du secteur privé et des États membres. Avant tout, il exigera l'engagement de chacun d'entre nous ici aujourd'hui.

La tuberculose explose dans certaines zones d'Europe, en particulier les souches pharmacorésistantes dans les prisons d'Europe orientale. Une expansion rapide de la stratégie DOTS et une prise en charge plus énergique de la pharmacorésistance sont essentielles.

L'éradication de la poliomyélite par l'Europe l'année dernière a contribué de façon considérable à l'effort accompli au niveau mondial. Le soutien financier annoncé par quatre pays de cette Région par le biais du G8 nous aidera beaucoup à concrétiser l'avantage que nous avons obtenu à cet égard au prix d'efforts considérables et à parvenir à l'éradication mondiale au cours de cette année et de l'année prochaine.

Des soins de santé sont nécessaires dès la naissance. La protection de la santé au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et après la naissance se trouve au cœur du système de santé. Chaque année, un demi-million de femmes meurent en couches. Des sages-femmes compétentes sont nécessaires au cours de la grossesse et lors de l'accouchement, et les parturientes doivent pouvoir recevoir des soins obstétricaux d'urgence lorsque des complications se produisent.

Malgré les efforts que les parents accomplissent pour assurer la survie de leurs enfants, 10 millions d'enfants des pays à revenu faible et intermédiaire meurent chaque année avant l'âge de cinq ans. Sept millions de ces décès sont dus à cinq maladies qui peuvent être prévenues et soignées : la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la rougeole et la malnutrition. Nous pouvons réduire considérablement ce nombre de décès en coopérant avec les pays pour mettre au point des stratégies telles que l'Initiative pour une grossesse à moindre risque et le programme Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Une réduction de deux tiers de la mortalité infanto-juvénile d'ici 2015 est probablement réalisable. Cependant, cela exige un important réexamen de nos conceptions et un engagement fort.

À cet égard, il est essentiel que le système de santé fonctionne comme un tout intégré. Un grand nombre des problèmes de l'adolescence, tels que les grossesses d'adolescentes, la toxicomanie par injection et la violence, sont inséparables de la santé de la mère et de l'enfant. Il en résulte notamment des insuffisances pondérales à la naissance et une transmission rapide du VIH. D'autre part, ce groupe d'âge est aussi caractérisé par une prévalence élevée de la violence, de l'abus d'alcool et de troubles mentaux.

À l'autre extrémité de la vie, les besoins sanitaires des personnes âgées ont été dramatiquement mis en évidence au cours de la vague de chaleur qui s'est produite cet été en Europe.

Tout cela montre la nécessité de systèmes de santé intégrés qui se situent au cœur de toute société viable. Il ne s'agit pas seulement d'un investissement, mais d'une reconnaissance de la valeur intrinsèque de la vie humaine et de la santé.

En outre, des soins de santé de qualité passent par de bons systèmes de surveillance au niveau de l'OMS et dans nos États membres. Ils ont montré leur efficacité lors de l'éradication de la variole et, cette année, lors de l'arrêt de l'épidémie de SRAS. Les systèmes de santé sont essentiels au succès maintenant, tant pour l'éradication de la poliomyélite que pour l'endiguement des infections nouvelles et faisant leur réapparition. Nous devons aussi achever l'important travail de révision du Règlement sanitaire international.

Entre-temps, les maladies non transmissibles et les traumatismes représentent une part croissante – maintenant environ 60 % – de la charge de morbidité dans le monde. Au mois de mai, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Il s'est agi d'une réalisation mondiale dans la lutte contre les maladies dues au tabagisme. Cette convention a maintenant été signée par 50 pays et ratifiée par un, la Norvège. Je vous exhorte tous à suivre cet exemple sans retard. Cela donnera au monde le moyen de protéger la population contre les méfaits du tabac, en interdisant la publicité, en prévenant la contrebande, en augmentant les taxes sur le tabac et en obligeant les fabricants à imprimer des avertissements plus visibles sur les emballages.

Nous devons tout mettre en œuvre pour accélérer le processus de ratification par 40 pays, ce qui permettra à la Convention d'entrer en vigueur.

Le déséquilibre nutritionnel qui touche maintenant toutes les sociétés, qu'elles soient riches ou pauvres, représente un grave problème pour la santé. Nous nous efforçons de faire adopter des démarches intégrées qui soient efficaces contre la malnutrition, qu'il s'agisse de carences ou d'excès. La Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé sera présentée à l'Assemblée mondiale de la santé au mois de mai prochain.

Cette année, l'Assemblée mondiale de la santé a examiné les travaux du Codex Alimentarius et a conclu que le secteur sanitaire devrait jouer un rôle plus important dans la fixation de normes de sécurité sanitaire des aliments. L'Assemblée mondiale de la santé a également souligné que les pays en développement devraient bénéficier d'un appui plus important pour pouvoir participer pleinement au processus de fixation de normes internationales en matière d'aliments. Dans bien des cas, il ne s'agit pas simplement de sécurité sanitaire des aliments mais de sécurité alimentaire, c'est-à-dire de l'absorption d'une quantité minimale de calories essentielle pour la santé et la survie.

Chaque année, plus d'un million de personnes meurent à la suite d'accidents de la circulation dans le monde, de sorte que ces derniers constituent une importante cause de décès dans toutes les régions. Il faut sensibiliser la population et renforcer notre action. La Journée mondiale de la santé 2004 sera consacrée à la sécurité routière.

Tout ce que nous faisons vise à renforcer les systèmes nationaux de santé. Nos activités sont importantes où qu'elles se déroulent, mais celles qui sont menées dans les pays eux-mêmes sont essentielles. Nous devons doter nos bureaux de pays de plus de fonctionnaires, de budgets plus réalistes et d'une plus grande autorité. En même temps, la gestion et les pratiques financières doivent être saines et la transparence budgétaire est indispensable.

Au Siège, tous les sous-directeurs généraux examinent les questions d'ampleur mondiale dont ils sont responsables pour déterminer celles de leurs activités qui pourraient être menées plus efficacement dans les bureaux régionaux et de pays.

Globalement, je souhaite que ces changements soient achevés pour l'exercice budgétaire 2006–2007. Le renforcement des bureaux de pays est un objectif important pour moi, car comme je travaille à l'OMS depuis 20 ans, je sais très bien que le développement de nos activités dans les pays constitue de loin la façon la plus efficace d'aider nos États membres à atteindre leurs buts. À cette fin, nous coopérerons étroitement avec les régions.

Les systèmes de santé sont avant tout tributaires d'un personnel qualifié et dévoué et, à cet égard, nous sommes confrontés à un problème majeur : la fuite des compétences. Ce seront avant tout des professionnels performants qui nous permettront d'atteindre l'objectif « Trois millions d'ici à 2005 » et les buts du millénaire pour le développement. Or les ressources humaines manquent partout. Nous coopérerons étroitement avec les pays pour mettre au point des méthodes novatrices en vue de former, d'affecter et de superviser les professionnels de santé, en accordant une attention particulière aux soins de proximité et aux soins de santé primaires. C'est dans ces secteurs que nous pouvons le plus rapidement obtenir des résultats.

Dans la plupart des pays, les systèmes permettant d'obtenir des informations sanitaires fiables laissent également à désirer. Il s'agit pourtant d'un domaine dans lequel l'évolution nous est favorable : les moyens permettant de mettre en place des systèmes d'information efficaces deviennent sans cesse plus puissants et plus accessibles financièrement. Je suis convaincu qu'il est possible de s'attaquer efficacement à ce problème grâce au réseau sur la mesure de la santé en cours de constitution grâce au partenariat pour l'information que l'OMS met en place avec les États membres, des fondations, la Banque mondiale et l'UNICEF.

Au cours des années, l'OMS a établi des relations de travail fortes et efficaces avec les États membres, des fondations, des organisations non gouvernementales, le secteur privé et d'autres organisations multilatérales. Notre travail dépend des partenariats ; certains de ceux-ci sont déjà anciens, d'autres plus récents. En combinant nos atouts, nous pouvons faire tellement plus.

Au niveau des dirigeants du monde, il existe une volonté de partenariat d'une vigueur sans précédent. Lors du Sommet du millénaire des Nations Unies, en septembre 2000, la communauté mondiale s'est engagée à atteindre huit buts. Trois d'entre eux concernent directement la santé : réduire la mortalité infanto-juvénile, améliorer la santé maternelle et lutter contre les grandes maladies infectieuses. Les cinq autres portent sur la pauvreté, l'éducation, l'égalité entre les sexes, l'environnement et le partenariat mondial. Tous ces buts, comme nous l'avons vu, ont des effets directs sur la santé.

Je serai heureux d'écouter le débat qui aura lieu ici.

Notre but commun est d'améliorer la santé de tous. Mettons-nous au travail pour l'atteindre ensemble.

Merci.

*Annexe 5***Rapport du directeur régional**

Madame la Présidente, Mesdames et Messieurs les participants à la 53^e session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe,

Permettez-moi tout d'abord de rendre hommage en notre nom à tous aux victimes de l'attentat de Bagdad, et en particulier à notre amie et collègue Mme Nadia Younes et à M. Ahmed Shukry. J'associe à cet hommage M. Bacquerot, qui était avec nous l'année dernière et le docteur Urbani, notre collègue italien, tué par la maladie qu'il combattait. Son expression : « Se situer au plus près des victimes » pourrait être notre devise.

Introduction

Incontestablement, l'année qui vient de s'écouler entre la 52^e et la 53^e session du Comité régional marquera la santé publique d'une empreinte profonde et durable. Elle restera aussi une année historique pour l'OMS. J'ai retenu quatre événements pour illustrer cette année exceptionnelle.

L'épidémie de SRAS tout d'abord. Face à cette épidémie, l'intense mobilisation et la collaboration internationale ont permis de gagner au moins la première phase de cette crise sanitaire. Bien entendu, la vigilance s'impose encore pour longtemps, mais la preuve est faite que la transparence et la coopération scientifique entre tous les pays du monde sont les garants des meilleurs résultats en santé publique.

On peut tirer les mêmes conclusions d'un autre succès de cette année : l'adoption par l'Assemblée mondiale de la santé de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, faisant de cette convention le premier traité international de santé publique. Je tiens à remercier et à exprimer mon admiration pour la détermination et le courage dont les États membres de la Région européenne ont fait preuve dans cette difficile aventure. Là encore, un long chemin reste à faire pour obtenir la ratification et plus encore l'application partout de cette convention. Un seul pays, la Norvège, l'a déjà ratifiée. Je voudrais lancer un appel fort à ce Comité régional pour que d'autres pays européens fassent de même le plus tôt possible. La Région européenne continuera à jouer le rôle moteur qui lui est unanimement reconnu. Elle contribuera ainsi à l'effort international pour permettre à la convention de prendre effet en décembre 2004. L'effort ne doit pas être relâché et on ne peut en aucun cas attendre la fin du processus de ratification pour continuer l'action. Vous pouvez compter sur le soutien continu de votre Bureau régional. Par cet engagement à long terme et son intense mobilisation, la communauté mondiale continuera à démontrer sa capacité à collaborer quand il s'agit de défendre la santé publique en refusant de considérer comme une fatalité les 5 millions de personnes qui meurent chaque année à cause du tabac.

Ces deux événements, parmi d'autres, ont renforcé la visibilité et la crédibilité de l'OMS. Il faut en remercier Mme le docteur Brundtland. Les attentes envers notre Organisation sont aujourd'hui plus importantes que jamais. Les leçons que nous avons apprises au cours de cette année nous aideront à mieux les assumer. C'est vrai au niveau mondial. Ça l'est également pour le Bureau régional. Nous analysons mieux maintenant les besoins de nos États membres. Nous continuons à adapter nos services pour y répondre plus efficacement et plus rapidement, tant pour les crises que pour les programmes à long terme. Cela est facilité par l'amélioration de notre communication interne et celle avec les pays de la Région.

Les conclusions que l'on peut tirer de la gestion de l'épidémie de SRAS et de l'adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac s'appliquent également au troisième sujet qui a marqué l'année écoulée pour la Région européenne. Incontestablement il y a eu une véritable prise de conscience de la gravité de l'épidémie de sida et de tuberculose dans de nombreux pays de la Région. Cette prise de conscience relayée par les organisations partenaires de l'ONUSIDA s'est concrétisée par l'attribution de

ressources importantes du Fonds global contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le Bureau régional a contribué à cette mobilisation. Je me réjouis de la présence de hauts représentants du Fonds global à notre Comité régional. Là encore, le chemin à parcourir est immense, en particulier parce que les systèmes de santé des pays concernés sont en profonde transition dans un contexte économique très difficile. La solidarité de la Région européenne est essentielle pour aider ces pays à renforcer leurs systèmes de santé, pour que les fonds destinés au sida, à la tuberculose et au paludisme soient utilisés dans les meilleures conditions. Il serait catastrophique pour l'ensemble des pays que la situation, au lieu de s'améliorer, se détériore davantage.

Je voudrais enfin mentionner un quatrième évènement, certes plus interne à l'OMS, mais néanmoins très important pour l'avenir. Vous avez élu un nouveau directeur général, le docteur Jong-Wook Lee, qui sera avec nous à partir de demain. Il est évident que les orientations proposées par le nouveau directeur général sont en très grande conformité avec celles que vous avez données à la Région européenne, en particulier en ce qui concerne la priorité accordée au soutien aux pays. Ma récente visite à Genève, durant laquelle j'ai pu rencontrer de nombreux membres de la nouvelle équipe me convainc de la concordance de nos objectifs et de nos projets. Notre collaboration est partie sur de bonnes bases pour que nos États membres puissent bénéficier d'une organisation unie, qui respecte la diversité de sa dimension régionale.

La collaboration avec les pays de la Région

Dans ce rapport sur les activités du Bureau européen au cours de l'année passée, j'évoquerai celles du Bureau régional pour la Région elle-même, mais aussi l'engagement de la Région dans des perspectives mondiales.

Ce rapport comporte trois parties : la première est consacrée au travail avec les pays ; la seconde aux programmes techniques ; et la troisième à certains grands chantiers en cours et à venir.

Je voudrais tout d'abord insister sur l'étroite collaboration que nous entretenons avec le Comité permanent tant dans la préparation du Comité régional que dans la mise en œuvre des résolutions adoptées par lui. Je voudrais ici remercier les membres du Comité permanent et tout particulièrement son président, le professeur Jarkko Eskola pour leurs conseils et leur soutien. Je les ai tout particulièrement appréciés pour le suivi de l'évaluation présentée l'année dernière au Comité régional.

L'une des décisions que nous avons prises conjointement dans l'organisation de cette session du Comité régional est d'intégrer le partenariat dans les différentes séances en fonction du thème et non plus comme par le passé de consacrer une séance unique à ce sujet. J'ai donc l'honneur et le plaisir de vous présenter les trois invités et partenaires pour cette séance : Mme Gabriella Battaini-Dragoni, directeur général de la Cohésion sociale au Conseil de l'Europe, M. Fernand Sauer, directeur de la santé publique à la Commission européenne, et Mme Mirta Roses, nouvelle directrice régionale de l'OMS pour les Amériques. Je souhaite aussi la bienvenue à nos autres partenaires présents au Comité régional et dont certains seront les invités des autres sessions. Pour respecter les règles du Comité régional, nos partenaires invités prendront la parole soit pendant la présentation initiale soit après les commentaires et questions des États membres.

Le Comité régional a adopté en l'an 2000 la stratégie du Bureau pour les pays de la Région. Depuis, le document décrivant cette stratégie intitulée « Adapter les services aux nouveaux besoins » sert de cadre à la plupart des actions du Bureau régional. Un rapport détaillé sur ce sujet vous sera présenté demain matin. Pour ma part, je donnerai quelques exemples illustrant le principe fondamental de cette stratégie : considérer tous les pays de la Région dans leur diversité.

Considérer tous les pays de la Région dans leur diversité

En plus des programmes horizontaux, comme ceux sur la santé mentale, le tabagisme, la nutrition, l'environnement, auxquels tous les pays sont associés, nous proposons à nos États membres des services

de plus en plus diversifiés et spécifiques. Pour illustrer cette volonté, je donnerai quelques exemples couvrant les différentes parties de la Région.

Dans les pays où il n'y a pas de bureau de pays, schématiquement ceux de l'ouest et du sud-ouest de la Région, nous avons mis en place le programme intitulé « Les Forums du futur » prévu dans le document sur la stratégie des pays. Après des débuts lents, ce programme est aujourd'hui mieux structuré. Un thème général a été retenu : les outils au service des décideurs de santé publique. À chacune des deux sessions annuelles un aspect particulier est abordé : les évidences pour la santé publique, l'impact sur la santé des décisions politiques, la communication sur les crises sanitaires, etc.

En plus de ce programme qui s'adresse à tous les pays de ce groupe, le Bureau répond à une demande de plus en plus grande d'interventions individualisées. C'est pour nous un bon indicateur de l'intérêt des pays les plus développés pour les activités du Bureau régional. Dans cette catégorie on peut citer le travail du Bureau aux côtés du gouvernement finlandais pour le développement de sa politique de promotion de la santé. Autres exemples : la participation active du Bureau dans la conception de la nouvelle politique de santé du Portugal et de la France. Nous avons aussi répondu à des demandes d'assistance en période de crise pour le SRAS, bien sûr, mais également dans le cas d'un problème de déchets industriels à la demande de l'Andorre et dans le cadre de la marée noire à la demande de l'Espagne. Une autre forme de soutien dont nous pensons qu'elle se développera dans l'avenir est celle qui nous a été demandée par le gouvernement autrichien dans le cadre de l'aide sanitaire que ce pays développe en Iraq. Nous avons mis à la disposition de l'Autriche les ressources techniques de l'Organisation en facilitant la collaboration entre le pays et les deux Bureaux régionaux concernés. Nos collègues autrichiens reviendront sur ce point lors de leur présentation mercredi pendant le déjeuner. Ils inviteront les pays de la Région à rejoindre ce mouvement de soutien à des pays en grande difficulté. Voici donc quelques exemples qui sont le signe d'une demande croissante de ce groupe de pays au Bureau régional. Bien sûr, cette demande nous honore. Nous y répondons avec le plus de spécificité possible. Cependant, il ne faut pas occulter la question des ressources financières et humaines du Bureau régional. Nous avons besoin de votre expertise et de vos experts pour remplir ces missions et nous devons trouver ensemble des méthodes innovatrices pour que ce brassage puisse se faire au bénéfice de tous.

Pour les pays du sud-est de l'Europe, au cours des précédents comités régionaux je vous ai déjà décrit l'engagement du Bureau régional avec nos partenaires du Conseil de l'Europe dans le programme du Pacte de stabilité pour les pays des Balkans. Vouloir lier concrètement la santé et le processus de paix dans cette région si ravagée par la guerre est un défi risqué et incertain. Il est bien trop tôt pour dire si ce défi a été relevé, mais après trois années, avec le soutien de la Grèce, de l'Italie, de la France et plus récemment de la Slovénie et de la Suède, quatre programmes de santé publique sont en cours de développement dans les pays concernés. Le programme sur la santé mentale, essentiel pour rompre le cycle de la violence est le plus avancé. Ceux sur les maladies infectieuses sur la formation en santé publique et sur la nutrition et la sécurité alimentaire sont en bonne voie et ont trouvé des financements. Pour ce groupe de pays également nous répondons à des demandes spécifiques, comme cela a été le cas dans la recherche de l'étiologie d'une affection touchant certaines populations de l'ex-République yougoslave de Macédoine.

Pour les pays candidats à l'Union européenne, en particulier, ceux de l'Europe centrale, notre soutien n'est pas nouveau. Le programme EUROSANTÉ dans les années 90 l'a renforcé. Au cours de cette dernière année, nous avons mis l'accent sur les différentes formes d'aide que nous pouvions leur apporter dans un moment si particulier de leur histoire avec d'inévitables répercussions sur les systèmes de santé et donc sur la santé des populations. Nous avons travaillé avec nos collègues de la Commission européenne pour faire bénéficier les pays candidats du nouveau programme de santé publique de la Commission. En ce qui concerne l'action spécifique du Bureau régional, nous avons participé à des réunions avec des représentants de ces pays. Nous en avons organisé nous-mêmes pour bien comprendre leurs besoins et leurs attentes. Nous avons décidé avec eux de mettre l'accent sur la mise en place concrète des réformes de systèmes de santé, en particulier les choix de financement, la gestion des services de santé, la formation continue des professionnels et l'observation de l'évolution des systèmes de santé. Comme pour

les groupes de pays précédents, nous avons répondu à des demandes spécifiques, par exemple dans le cadre de la nouvelle loi de santé publique en Bulgarie.

Enfin, **pour les pays de la Communauté des États indépendants**, notre soutien devient aussi de plus en plus spécifique. Nos relations très étroites depuis maintenant une dizaine d'années avec chacun d'entre eux nous ont permis d'affiner notre connaissance de leurs besoins, et d'y répondre de façon de plus en plus adaptée. Le processus de négociation des priorités est meilleur et prend plus en compte les résultats déjà obtenus, ceux escomptés et réalisables, et les activités des autres organisations et de la communauté internationale. L'un des résultats très tangibles de ces dernières années est la collaboration que nous avons aujourd'hui dans ces pays avec la Banque mondiale en particulier. Cette collaboration nous permet d'être plus efficaces et mieux coordonnés. Ceci est illustré cette année par l'exemple du Kirghizistan, où avec le soutien du Président de la République et du gouvernement, la communauté internationale a pu poursuivre dans le bon sens la réforme du système de santé engagée depuis plusieurs années et pour laquelle le Bureau régional joue un rôle considéré comme très important.

Voici donc quelques illustrations de nos activités de plus en plus spécifiques dans les diverses parties de la Région. Je voudrais aussi insister sur le fait que si notre collaboration au niveau national est la principale, elle n'est pas exclusive. Je me réjouis des relations que nous avons renforcées cette année avec les responsables des réseaux des Villes-santé et des Régions pour la santé.

En conclusion de ce premier chapitre, je voudrais dire que l'ensemble des services techniques et administratifs du Bureau régional a contribué à la mise en place de la nouvelle stratégie du bureau pour les pays. Une grande part de nos progrès dans ce domaine a aussi été rendu possible grâce aussi à nos bureaux de pays et à la qualité croissante du personnel de ces bureaux installés dans 28 États membres. Leur recrutement rigoureux, l'accroissement de leurs responsabilités sont déjà bien avancés, et se poursuivront dans l'avenir. Un important programme de formation continue est en cours de développement pour renforcer la compétence administrative et technique de ces bureaux. La nomination de personnels internationaux va dans le même sens.

Les programmes de santé publique

Le travail dans les pays ne peut être effectif que si le Bureau régional maintient ses compétences scientifiques en santé publique et contribue à son niveau au développement de cette discipline. Là encore, il me sera difficile d'être exhaustif et je me limiterai donc à quelques exemples d'activités : celles pour lesquelles le Comité régional a adopté des résolutions ; celles qui seront plus visibles dans les années à venir, en particulier les thèmes des prochaines conférences ministérielles ; et enfin celles qui s'inscrivent dans des programmes globaux.

Le virus VIH et le sida

Comme je l'ai mentionné dans l'introduction, cette année a été marquée par une véritable prise de conscience de la gravité de la situation dans certains pays de la Région et par les investissements financiers du Fonds global dans ces pays. Le Bureau régional a contribué notamment au sein de l'ONUSIDA à la mobilisation pour que la situation de la Région européenne soit mieux connue et reconnue.

Par la résolution EUR/RC52/R9 le Comité régional demande au directeur régional de faire un rapport sur la réponse de la Région face à cette épidémie. Au cours de la dernière année le nombre de personnes infectées par le virus dans la Région européenne est passé de 450 000 à 520 000. Dans la même période, 15 000 personnes ont développé la maladie et plus de 4 000 en sont mortes. Dans le cadre plus large de l'action des Nations Unies contre cette épidémie, en étroite collaboration avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires, le Bureau régional s'est employé à aider les États membres à élargir et à amplifier les programmes nationaux de prévention et de traitement du VIH/sida, en se laissant guider par les principes énoncés dans cette résolution.

Pour participer à l'effort mondial visant à offrir un traitement antirétroviral à 3 millions de personnes d'ici 2005, l'OMS a mis au point des protocoles cliniques modèles pour le traitement de l'infection à VIH et du sida en partenariat avec l'Ukraine et le Conseil de la communauté des États indépendants, ce qui permet d'accroître le nombre de traitements antirétroviraux. Ces documents techniques serviront de modèles pour l'élaboration de politiques nationales dans le Caucase et les républiques d'Asie centrale avant la fin 2003. Il a également été possible d'accomplir des travaux intensifs dans d'autres domaines techniques – tels que des interventions ciblées et la réduction des risques, la surveillance, la sécurité des approvisionnements en sang, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles, le dépistage et la fourniture de conseils à titre facultatif, et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant – grâce au développement des capacités techniques du Bureau régional et des bureaux de pays et à l'aide généreuse de l'Allemagne, des États-Unis, de la France et du Royaume-Uni.

Dans les cinq années qui viennent, 12 pays recevront plus de 120 millions de dollars du Fonds global et plus de 200 millions de dollars de la Banque mondiale pour ces programmes. Le Bureau régional, malgré ses ressources limitées, aide tous les pays concernés à présenter des dossiers susceptibles d'être retenus. Il considère que la garantie de la bonne utilisation de ces fonds fait partie de ses missions et responsabilités à l'égard des pays et des donateurs. Comme prévu par la résolution, je vous présenterai l'année prochaine un nouveau bilan que j'espère plus favorable grâce à votre soutien. Comme vous le savez, le Fonds global est aussi destiné à combattre la tuberculose et le paludisme.

En ce qui concerne la tuberculose, la situation dans la Région est extrêmement sérieuse dans certains pays, comme cela a été démontré au Comité régional l'année dernière. On doit toutefois noter un renforcement de la collaboration de toutes les parties concernées dans des pays de plus en plus nombreux. Un exemple de ces progrès est donné dans la Fédération de Russie où le programme du bureau de l'OMS parmi de nombreuses activités a formé pour la surveillance de la tuberculose 3 000 professionnels et spécialistes.

Toujours dans le cadre des maladies transmissibles, comme vous vous en souvenez, la poliomyélite a été éradiquée de la Région l'année dernière. Nous avons fait nôtre l'objectif de l'éradication de la rougeole en adéquation avec la résolution de l'Assemblée mondiale cette année. Certains pays, tels que la Turquie ont entrepris une vaste campagne de vaccination contre cette maladie qui tue chaque année 7 000 enfants dans la Région.

L'alcool

La résolution EUR/RC49/R8 demande au directeur régional de faire un rapport sur la mise en œuvre du plan d'action sur l'alcool adopté en 1999. Le plan d'action et la Déclaration de Stockholm, résultats de la Conférence ministérielle de 2001, constituent les bases de la stratégie régionale pour répondre aux désastres causés par l'abus d'alcool, qui représente, rappelons-le, 9 % de la charge globale de la maladie dans la Région. Grâce aux dons de la Norvège et de la France, et à la collaboration des États membres, nous avons mis en place un système d'information européen qui constitue un bon outil pour assurer le suivi, évaluer et renforcer les politiques anti-alcooliques. La deuxième phase de ce projet incorporera bientôt des informations plus larges sur les modes de vie, les facteurs de risque, les bonnes pratiques et les législations, en particulier celles destinées à la protection de la jeunesse. Aujourd'hui nous devons aller plus loin, tant au niveau global que régional, en tirant toutes les leçons positives et négatives de notre combat contre le tabagisme. Je lance un appel à tous les pays de la Région pour renforcer leurs politiques en ce domaine en s'inspirant des conclusions de la Conférence de Stockholm. Je leur demande aussi d'aider le Bureau régional pour que nos ressources financières et techniques soient à la mesure des ambitions des États membres dans ce domaine, ce qui est malheureusement loin d'être le cas aujourd'hui.

L'environnement et la santé

L'environnement et la santé est toujours un thème prioritaire de notre collaboration avec vous. La Conférence de Budapest en juin prochain sera sans aucun doute un maillon fort dans la série des conférences ministérielles sur l'environnement. Nous la préparons avec beaucoup d'attention et avec un

nombre important de partenaires. Mme Jakab, présidente du Comité européen de l'environnement et de la santé, vous présentera à la fin de mon intervention les travaux du Comité pour la préparation de la Conférence. Ce Comité avec beaucoup d'efficacité et de dévouement permettra sans aucun doute à la Conférence de produire des résultats importants sous la forme d'un plan d'action pour l'environnement et la santé de l'enfant, thème central de la Conférence, et d'une déclaration plus générale sur l'environnement. Un bilan sera aussi présenté à la Conférence sur la progression de la mise en œuvre des recommandations des conférences précédentes. Un système de suivi d'indicateurs sera proposé pour que chaque pays puisse évaluer sa propre situation et la comparer à celle des autres. Les études et les documents produits pour la Journée mondiale de la santé en 2003, de même que les tables rondes de l'Assemblée sur le thème « La santé de l'enfant et l'environnement » constituent, bien sûr, des éléments précieux qui seront largement utilisés pour la Conférence de Budapest. Une bonne articulation est aussi en cours de développement avec la nouvelle stratégie de la Commission européenne sur l'environnement et la santé. Il faut enfin noter que la prochaine Journée mondiale de la santé en 2004 sera consacrée aux accidents de la circulation, qui ont constitué l'un des grands thèmes de la Conférence de Londres en 1999. Cette convergence n'est pas due au hasard, mais démontre à quel point les préoccupations concernant la santé et l'environnement sont importantes en Europe, mais aussi dans le monde.

Les systèmes de santé

Comme je l'ai déjà souligné, de nombreux pays demandent au Bureau régional de les conseiller pour la réforme de leurs systèmes de santé. Nous avons commencé à mettre en œuvre un mécanisme original permettant de fournir une expertise adaptée à la demande. Ce mécanisme sera développé pour permettre de répondre de façon pertinente et utile, sur les bases des expériences les plus récentes. Au cours de cette année nous avons renoué des liens avec les associations d'infirmières et sages-femmes pour stimuler la réalisation des objectifs proposés par la Conférence de Munich en 2000.

Les personnes âgées

L'actualité récente dans certains pays a mis en relief la fragilité des personnes âgées et l'impérieuse nécessité d'adapter les systèmes de santé aux besoins de ces personnes dont le nombre est de plus en plus grand. Le programme du Bureau régional dans ce domaine est faible. Cependant, nous avons décidé, à la demande du Comité permanent, de faire de ce sujet un thème horizontal de nos activités et de l'intégrer aussi souvent que possible dans tous nos domaines d'activités. Cette solution intermédiaire débouchera, je l'espère, sur la mise en place prochaine d'un programme à part entière sur ce sujet de santé publique essentiel aujourd'hui et plus encore demain.

Les maladies non transmissibles

Dans le chapitre des nouvelles plutôt positives, je voudrais mentionner notre effort dans le domaine des maladies non transmissibles. Un nouveau poste vient d'être créé. En réalité, les activités du Bureau régional dans ce domaine sont plus nombreuses et diversifiées qu'il n'y paraît. En plus du programme spécifique CINDI, nous travaillons sur la promotion de la santé, en particulier au niveau de l'école, dans le cadre du réseau des écoles promotrices de santé. Nos actions concernent aussi les déterminants de la santé et facteurs de risque tels que l'alcool, le tabac et les déséquilibres nutritionnels. Ces activités nombreuses et diversifiées vont nous permettre d'inclure une approche large et intégrée dans la stratégie contre les maladies non transmissibles que nous présenterons au prochain Comité régional. L'adoption cette année de la Convention contre le tabagisme sera probablement l'un des plus grands pas jamais réalisés pour la prévention de ces maladies non transmissibles. Nous avons déjà pris des engagements avec le Siècle pour intensifier notre collaboration dans le domaine des maladies non transmissibles, sachant que la Région européenne est particulièrement touchée mais qu'elle possède aussi une très grande expérience.

La violence et la santé

C'est un nouveau thème lancé au niveau global cette année. Je tiens à le mentionner dans ce rapport, d'abord, pour son importance comme facteur de risque pour la santé, ensuite pour l'approche large et cohérente proposée dans le rapport publié par le Siège au printemps dernier, mais surtout comme exemple d'une bonne articulation entre un programme global et la Région. Comme beaucoup d'entre vous le savent, nous avons en étroite collaboration avec nos collègues du Siège, lancé le rapport dans de nombreux pays de la Région, en l'adaptant aux spécificités européennes. Cesancements ont déjà eu lieu en Belgique pour les pays de l'Union européenne, en Croatie, pour les pays du sud-est de l'Europe, en Allemagne, en Russie et bientôt aux Pays-Bas, en France et au Royaume-Uni.

Les objectifs du Millénaire pour le développement et la pauvreté et ses conséquences pour la santé

Dès ses premières déclarations, le nouveau directeur général a réaffirmé l'engagement prioritaire de l'OMS comme contributeur à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement. Durant cette année nous avons étudié la situation régionale à l'égard des huit objectifs pour définir comment la Région pourrait se situer par rapport à ce grand programme mondial. Ce travail, conduit par notre centre de Venise avec l'appui d'un comité scientifique, sera disponible au printemps prochain et, bien entendu, vous en serez destinataires. Ce travail inclut aussi l'analyse des spécificités régionales dans les domaines couverts par le rapport sur la macroéconomie et la santé présenté en 2002 à l'Assemblée mondiale de la santé.

D'ores et déjà il ressort de ces travaux que certains objectifs du Millénaire pour le développement sont tout à fait valides pour la Région européenne, en particulier ceux relatifs au sida et à la tuberculose. Par contre, la concentration sur la mortalité maternelle et infantile est trop limitative pour la Région et des objectifs relatifs à la surmortalité des adultes encore jeunes et sur la vie en bonne santé des populations âgées devraient être ajoutés.

La lutte contre la pauvreté occupe une place importante aussi bien dans le rapport global sur la macroéconomie et la santé que dans les objectifs du Millénaire pour le développement. La Région contribue, bien sûr, à cet élan mondial pour la réduction de ce fléau et de ses conséquences sanitaires. Ce thème a été abordé au cours des deux derniers comités régionaux. De nouvelles études de cas ont été ajoutées aux précédentes présentées l'année dernière et publiées aujourd'hui. On peut trouver sur notre site cette mise à jour. Là encore, les travaux en cours à Venise montrent la nécessité de prendre en compte les spécificités de la Région européenne qui n'est, bien entendu, pas épargnée loin s'en faut par la pauvreté qui touche à des niveaux divers tous les pays. Comme je l'ai déjà souligné au Comité régional de l'an passé, la situation dans certains pays de la Région est très difficile, mais à n'en pas douter de façon transitoire, car ces pays peuvent développer leur réforme sur de bases solides existantes. Les assimiler à des pays en développement, comme on le fait trop souvent, est une grave erreur. C'est le devoir et l'intérêt des autres pays de la Région de les soutenir rapidement et efficacement pour les aider à passer ce cap difficile.

Mais au-delà, l'ensemble de la Région européenne se doit aussi de porter assistance aux pays hors de la Région qui sont frappés souvent plus qu'elle par le fléau de la pauvreté.

Je n'ai pas mentionné intentionnellement deux grands domaines de nos activités : la santé mentale et la santé des enfants et des adolescents, car des séances spécifiques de ce Comité régional leur seront consacrées.

Le point sur quelques grands chantiers en cours et à venir

Pour terminer ce rapport, je voudrais vous donner quelques nouvelles de certains grands chantiers dont je vous ai déjà parlé à plusieurs reprises au cours des précédents comités régionaux.

Ajuster nos systèmes d'information

L'information est plus que jamais une priorité pour le Bureau régional. Elle correspond à l'une des missions fondamentales de l'OMS et à un service primordial que les pays attendent de nous. Notre ambition est toujours de fournir à chaque pays de la Région des analyses et des informations utilisables et utiles pour les décideurs des États membres. Au cours de cette année nous avons avancé vers l'objectif de faire que les évidences et les preuves factuelles servent de méthode de travail pour l'ensemble des activités du Bureau régional. Je tiens à remercier les membres du Comité de la recherche et son président, le professeur Banta, pour leur contribution à nos progrès dans ce domaine. Nous vous avons distribué un document très intéressant issu de leurs travaux.

Nous lançons cette année pendant le Comité régional le système d'information « HEN » un système d'information opérationnel basé sur les preuves factuelles et destiné à répondre aux questions et aux besoins des opérateurs de la santé publique. Le « HEN » prend la notion et la définition des preuves factuelles du Comité de la recherche et les met en pratique. D'ores et déjà, deux services sont disponibles : le premier permettant un accès facile aux banques de données et aux sites d'organisations sélectionnées et d'une certaine manière accréditées ; le second donnant des réponses synthétiques basées sur les preuves existantes à des questions fréquentes de santé publique. Nous souhaitons que vous preniez connaissance de ce système qui est à votre disposition dans les locaux du Comité régional et que vous nous fassiez part de vos commentaires, suggestions et critiques. Ce système est le vôtre ; il a déjà été élaboré avec de nombreux partenaires nationaux et internationaux, en particulier la Commission européenne. Ce partenariat sera élargi le plus rapidement possible pour que le système devienne un guichet unique enrichi à multiples sources, comme cela a été recommandé par une participante du Comité régional l'année dernière.

Dans le domaine de l'information, l'année passée a été intense, notamment pour l'Observatoire des systèmes de santé, qui travaille de façon de plus en plus spécifique avec et pour les pays de la Région, en particulier les pays candidats à l'Union européenne. L'Observatoire a d'autre part poursuivi le travail sur le secteur privé qui vous a été présenté l'année dernière en introduisant ce sujet dans ses différentes études.

Nous espérons aussi que vous avez reçu et apprécié les récentes publications du Bureau. Nous espérons qu'elles vous sont utiles. N'hésitez pas à nous dire l'inverse si c'est le cas, mais surtout apportez-nous vos commentaires et conseils pour nous aider à progresser.

Ajuster la gestion du Bureau régional

L'adaptation de l'organisation du Bureau régional, de ses méthodes de travail, de son administration et de la gestion du personnel s'est poursuivie et renforcée au cours de cette année. Dès sa prise de fonctions, le nouveau directeur de l'administration et des finances, M. André Laperrière, a donné un nouvel élan aux projets destinés d'une part, à renforcer le soutien de l'administration à la réalisation des programmes du Bureau ; et d'autre part, à assurer une gestion du personnel harmonieuse et stimulante. La nomination de M. Laperrière et la confirmation de M. Magnusson à la tête de l'un de nos services techniques et de Mme Menabde, à la direction du soutien aux pays, a permis cette année de compléter notre équipe de direction, qui comporte également M. Bertolini, Mme Dumitrescu, Mme Worning et M. Charpak. Soit quatre hommes et trois femmes. Ce groupe très motivé partage la même conviction, celle que le Bureau régional doit en permanence veiller tout à la fois au maintien de sa compétence technique et à l'adaptation continue de sa capacité opérationnelle.

L'évolution des activités que vous attendez du Bureau régional demande qu'une attention toute particulière soit accordée à la formation permanente du personnel et au développement de nouveaux savoir-faire dans des domaines aussi variés que la santé publique, la communication, l'administration, le conseil, l'évaluation, la géopolitique et bien d'autres. Les gestionnaires du Bureau ont conscience de la nécessité de telles évolutions. Ils considèrent le sujet du développement des savoir-faire du Bureau régional comme l'une de leurs responsabilités prioritaires pour les années à venir afin de permettre au

Bureau régional d'être toujours capable de répondre mieux aux besoins et aux demandes des États membres.

À cet égard, permettez-moi de rendre un hommage appuyé et sincère à tout le personnel du Bureau régional – dans les pays, dans les centres et à Copenhague. Tout au long de l'année, j'ai pu constater la compétence et le dévouement de tous. Les membres du personnel sont très attachés à leur travail et aux missions de leur Organisation et le prouvent tous les jours. Je sais pour vous l'avoir entendu dire que vous partagez cette opinion.

Au cours de ce Comité régional, en plus des sujets que j'ai déjà mentionnés – la stratégie des pays, la santé mentale et la santé des enfants et des adolescents – vous discuterez de deux axes essentiels de la politique du Bureau régional pour les années à venir : la révision de la politique de la Santé pour tous, dont le texte final sera présenté au Comité régional en 2005 ; et la coordination des activités du Bureau régional dans chaque pays de la Région. Vos commentaires et suggestions sur ces deux sujets nous seront essentiels pour définir notre politique et nos directions de travail pour les années à venir.

Conclusion

Avant de conclure, je voudrais vous rappeler qu'il est d'une grande importance pour la Région que chaque pays fasse le nécessaire pour ratifier les amendements à la Constitution de l'OMS et je voudrais en particulier attirer votre attention sur les amendements aux articles 24 et 25 qui nous permettront d'avoir huit sièges au lieu de sept au Conseil exécutif de l'Organisation.

Je voudrais aussi souhaiter en notre nom à tous la bienvenue à notre 52^e État membre, Chypre. Nous ferons de notre mieux pour que ce transfert se fasse au bénéfice de tous. D'ores et déjà, je voudrais demander à notre nouvel État membre d'accepter les excuses du secrétariat pour n'avoir pas pu intégrer encore Chypre dans certaines de nos listes et dans les cartes de la Région. Ce retard inévitable sera rattrapé dès que possible.

Ce Comité régional va aborder de grands sujets techniques et politiques. Nous, personnel du Bureau régional, en attendons beaucoup, car chacun de nous considère le Comité régional comme celui qui juge notre travail et nous donne les directions à suivre. Nous espérons aussi que vous le trouverez intéressant et enrichissant pour votre propre travail. Nous l'avons préparé dans ce sens.