



EUROPE

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

Copenhague, 6–9 septembre 2004

EUR/RC54/REC/1
5 octobre 2004
41880
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT SUR LA CINQUANTE-QUATRIÈME SESSION

Mots clés

REGIONAL HEALTH PLANNING
HEALTH POLICY
HEALTH PRIORITIES
STRATEGIC PLANNING
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
Allocution du directeur général.....	1
Déclaration du directeur régional, y compris le rapport sur les activités du Bureau régional en 2002–2003	4
Rapport du onzième Comité permanent du Comité régional	8
Questions soulevées par les résolutions et les décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif.....	9
Mesures prises à la suite des sessions précédentes du Comité régional	10
Questions de politique et questions techniques	12
La stratégie européenne sur les maladies non transmissibles	12
Projet de budget programme pour 2006–2007.....	15
Stratégie du Bureau régional concernant les bureaux géographiquement dispersés.....	20
Environnement et santé : suite donnée à la Quatrième Conférence ministérielle (Budapest, 23–25 juin 2004).....	21
Élections et désignations	24
Directeur régional pour l'Europe	24
Conseil exécutif.....	24
Comité permanent du Comité régional	24
Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales	24
Comité européen de l'environnement et de la santé	24
Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2005 et 2006	25
Résolutions	26
EUR/RC54/R1 Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2002–2003	26
EUR/RC54/R2 Désignation du directeur régional pour l'Europe	26
EUR/RC54/R3 Environnement et santé	26
EUR/RC54/R4 Lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS	29
EUR/RC54/R5 Projet de budget programme pour 2006–2007	30
EUR/RC54/R6 Stratégie du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe au regard des bureaux géographiquement dispersés	31
EUR/RC54/R7 Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2005 et 2006.....	31
EUR/RC54/R8 Rapport du onzième Comité permanent du Comité régional	32
Annexe 1. Ordre du jour.....	33
Annexe 2. Liste des documents.....	34
Annexe 3. Liste des représentants et des autres participants.....	36
Annexe 4. Présentation du Rapport du directeur général	56
Annexe 5. Présentation du Rapport du directeur régional.....	61

Ouverture de la session

La cinquante-quatrième session du Comité régional de l’OMS pour l’Europe s’est tenue au Bureau régional de l’OMS pour l’Europe du 6 au 9 septembre 2004. Des représentants de 51 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 de l’Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture (FAO), du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), du Conseil de l’Europe, de la Commission européenne (CE), de l’Agence européenne pour l’environnement et d’organisations non gouvernementales.

La première séance de travail a été ouverte par le docteur Jarkko Eskola, président exécutif sortant, au nom de Mme Maria Rauch-Kallat, présidente sortante, qui ne pouvait être présente.

Élection du bureau

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

Sir Liam Donaldson (Royaume-Uni)	président
Dr Božidar Voljč (Slovénie)	président exécutif
Dr Godfried Thiers (Belgique)	vice-président exécutif
Dr Zhanna Tsenilova (Ukraine)	rapporteur

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

(EUR/RC54/2 Rev.1 et EUR/RC54/3 Rev.1)

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

Allocution du directeur général

Le directeur général a commencé par exprimer sa consternation devant les tragiques événements qui s’étaient déroulés dans la Fédération de Russie et a souligné qu’il était nécessaire que des organisations telles que l’OMS agissent pour prévenir de telles tragédies et atténuer leurs conséquences sur le plan de la santé.

Il a énoncé trois principes qui guidaient l’action de l’OMS : la sécurité, l’équité et l’unité. Il a reconnu que, pour les mettre en pratique, il fallait disposer de ressources suffisantes et faire preuve de réalisme. Le projet de budget programme pour 2006–2007 reposait sur l’expérience de l’Organisation en matière de budgétisation fondée sur les résultats et sur l’évaluation de l’exécution des budgets antérieurs. Il correspondait également aux priorités des États membres, et renforçait et accélérât le processus de décentralisation, qui s’accompagnait de mesures visant à maximiser la bonne utilisation des ressources, grâce à la transparence et à la responsabilité.

La dépendance du budget à l’égard des contributions volontaires avait maintenant pris une ampleur telle qu’elle n’était pas viable et, pour la mise en œuvre de la politique qui serait exposée dans le Programme général de travail 2006–2015, une augmentation du budget ordinaire serait indispensable. Les idées du Comité régional sur le projet de budget programme 2006–2007 et sur le Programme général de travail 2006–2015 seraient essentielles pour le Conseil exécutif, lorsqu’il se réunirait lors de sa 115^e session en janvier 2005, en particulier en ce qui concerne ses recommandations à l’Assemblée mondiale de la santé qui se tiendrait en mai 2005.

D’importantes épidémies continuaient à menacer la sécurité, comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la grippe aviaire l’avaient rappelé à la société. À cet égard, la révision du Règlement sanitaire international (RSI) visait à réduire autant que possible les dangers. Le directeur général a demandé instamment une participation aussi large que possible à la session du groupe de travail intergouvernemental

sur la révision du RSI qui aurait lieu en novembre à Genève. Une fois adopté, le RSI révisé devrait être appuyé par des systèmes d'intervention efficaces, qui bénéficieraient du soutien du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et de la Cellule de gestion de crise récemment créée au Siège de l'OMS. Il fallait procéder à des investissements importants et soutenus, avec la participation de tous les centres d'information et partenaires appropriés à différents niveaux, tels que le futur Centre européen de lutte contre les maladies.

Le manque d'accès aux traitements de l'infection à VIH et du sida mettait en évidence un manque d'équité et, dans 22 États membres de la Région, cet accès était partiel ou inexistant, alors que la thérapie antirétrovirale était plus accessible financièrement qu'elle ne l'avait jamais été, et qu'il avait été annoncé que plus de 20 milliards de dollars des États-Unis seraient affectés à la prévention et aux soins au niveau mondial. Pour améliorer la situation, une volonté d'agir était essentielle. Douze États membres de la Région avaient fixé leurs propres objectifs dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». L'OMS avait publié des principes directeurs sur la prise en charge clinique simplifiée et renforçait la formation et les systèmes de traitement, notamment avec une participation accrue du personnel infirmier. Cette initiative avait stimulé une action, et le Canada et la Suède avaient déjà annoncé des contributions financières ou effectué des paiements. Elle serait accélérée et il était prévu de poursuivre les activités au delà de 2005.

La Région avait démontré sa vigueur grâce à l'éradication de la poliomyélite et à son soutien à des pays d'Afrique et d'Asie en vue d'atteindre le même but. Les mesures visant à prévenir et à combattre la tuberculose conservaient un degré élevé de priorité et il était urgent d'élargir la stratégie DOTS. Des services de santé forts étaient vitaux, mais devaient être intégrés dans une démarche reposant sur la Santé pour tous. Il fallait en outre mettre l'accent sur des facteurs de risque d'origine sociale et sur une action intersectorielle. Les progrès accomplis vers la ratification de la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac étaient lents et il importait que les États membres suivent l'exemple des six pays de la Région qui avaient déjà ratifié cette convention ; il fallait suivre l'impulsion donnée par l'Union européenne. Par ailleurs, la Région était bien placée pour contribuer à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé et à la lutte contre les maladies non transmissibles.

Une coopération plus étroite avec les partenaires, qui mettait en évidence l'unité, devait porter par exemple sur la santé mentale et sur la santé de la mère et de l'enfant. Cette démarche serait renforcée par les stratégies de coopération avec les pays visant à consolider les systèmes de santé. À cet égard, la Région avait pris un départ prometteur dans la bonne direction. Dans l'ensemble, le Comité régional devait jouer un rôle essentiel grâce à ses recommandations et à ses suggestions.

Au cours du débat qui a suivi, de nombreux orateurs se sont félicités des principes simples et forts énoncés par le directeur général et ont souligné la nécessité d'une coopération internationale sous la direction de l'OMS. Les priorités de l'Organisation ont été fermement soutenues. Les besoins de l'OMS n'avaient jamais été aussi importants, en particulier eu égard à la mondialisation des risques.

Plusieurs représentants, dont l'un qui s'exprimait au nom des États membres de l'Union européenne (UE), ont demandé une allocation plus équitable et plus transparente des ressources, et déclaré qu'ils attendaient avec intérêt de connaître les résultats des travaux concernant un ensemble de principes directeurs comportant des critères objectifs. En particulier, on a demandé que les dispositions de la résolution WHA51.31 sur les allocations du budget ordinaire aux régions soient pleinement mises en œuvre, d'autant que la cinquante-septième Assemblée mondiale de la santé n'avait pas décidé de changer la politique énoncée dans cette résolution. De même, on a demandé des informations précises sur les transferts directs effectués pendant l'exercice biennal en cours, dans le cadre de la décentralisation.

D'une manière générale, le renforcement des activités au niveau des pays a été bien accueilli, bien qu'il reste beaucoup à faire. Des exemples ont été donnés : un ministre de la Santé mettait en œuvre des réformes sur la base des politiques de l'OMS et l'adoption des politiques de l'OMS permettait de réduire la mortalité maternelle et infantile. L'OMS avait changé la façon dont la santé publique était perçue, en

mettant l'individu au centre du développement durable et, pour continuer à mieux mettre en évidence cet aspect, il fallait que les États membres accomplissent des efforts plus importants.

La plupart des intervenants ont souligné et bien accueilli l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». À cet égard, un orateur a demandé comment elle était suivie et évaluée. On a reconnu l'utilité du soutien offert par le Bureau régional et le Siège de l'OMS, par exemple pour la préparation de demandes permettant d'obtenir une aide du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la paludisme, la création d'un centre d'information régional concernant le sida (« centre de connaissances ») et une assistance technique pour la mise en place de centres de traitement et l'adoption de protocoles de traitement. Des intervenants ont demandé qu'on fasse vigoureusement la promotion de mesures préventives connues, en particulier parce que l'épidémie dans la Région était liée à des comportements à risque connus, et d'une meilleure coopération entre les secteurs de la santé et du développement au niveau national. On a relevé la nécessité d'améliorer l'accès aux traitements. On a demandé un soutien pour l'amélioration des services sanitaires et de la formation, la fourniture d'informations sur les pratiques optimales, les programmes de prévention et une amélioration de l'accès aux traitements. Un orateur a souligné l'importance de l'autorité de l'OMS.

Des problèmes structurels ne se posaient pas uniquement dans le domaine de l'infection à VIH et du sida ; en effet, de nombreuses personnes de la Région n'avaient pas les moyens d'obtenir des services de santé de base. Les pays en transition dotés de peu de ressources pour l'amélioration des systèmes de santé avaient besoin d'un soutien et d'une assistance.

Plusieurs orateurs, reconnaissant les menaces représentées par les voyages internationaux et les maladies nouvelles ou faisant leur réapparition, se sont félicités du large processus de consultation en vue de la révision du RSI, bien qu'un représentant ait regretté que le texte du Règlement révisé n'ait pas été disponible à temps lors de la session.

Un orateur a fait valoir qu'une continuité était nécessaire dans les activités de l'Organisation, en particulier parce que l'OMS prenait une importance accrue. Un autre orateur, qui s'est félicité de la consolidation de l'effort déployé en faveur d'une seule OMS, a fait observer que les États membres partageaient cette responsabilité avec le directeur général et l'ensemble de son personnel, y compris celui des bureaux régionaux.

En ce qui concerne le projet de budget programme 2006–2007, la plupart des intervenants se sont félicités de son contenu général, notamment en ce qui concerne les activités visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé. Cependant, la résolution WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, en particulier ses dispositions sur la consommation nocive d'alcool, devrait être mieux reflétée dans le projet de budget programme et il fallait accomplir des efforts importants dans le domaine de l'environnement et de la santé. On s'est également préoccupé du fait que le projet de budget programme pour une période couverte par le Programme général de travail 2006–2015 était examiné avant l'adoption de ce dernier, qui devait toujours énoncer la stratégie institutionnelle de l'Organisation, et donc stabiliser et orienter le processus budgétaire, notamment en ce qui concerne les contributions volontaires.

Le directeur général a répondu que le principe directeur de la Santé pour tous, l'initiative de révision du RSI, les suites données à la Convention-cadre sur la lutte antitabac et l'effort en faveur d'une seule OMS montraient bien la continuité des activités de l'Organisation. Il a réaffirmé son engagement en matière de décentralisation, mais a rappelé que la mission de l'OMS était de fournir des services, c'est-à-dire d'établir des règles et des normes. La meilleure façon de réaligner et de réorganiser les budgets programmes et les ressources humaines de l'Organisation ne consistait pas simplement à augmenter les ressources humaines et financières d'une région, mais plutôt à fournir des services plus nombreux et de meilleure qualité, et il serait possible d'obtenir ce résultat en accomplissant des progrès vers une seule OMS. Actuellement, l'OMS, avec la structure régionale qui lui était propre, était l'une des organisations internationales les plus décentralisées et pouvait servir de modèle à cet égard, même s'il était encore nécessaire de procéder à certains aménagements.

En ce qui concerne l'affectation des ressources, le directeur général a souligné la nécessité de protéger l'aptitude du Siège à continuer à produire des règles et des normes, mais a confirmé l'objectif d'une affectation de 75 % des fonds provenant de toutes les sources aux bureaux régionaux et de pays. Il a souligné que les contributions volontaires étaient imprévisibles. Il a fait observer que les ressources de l'OMS étaient utilisées pour l'aide technique et scientifique ainsi que pour les conseils relatifs à la politique à mener ; elles devaient avoir un effet de catalyse et permettre à l'OMS de maximiser son impact au niveau des pays.

En ce qui concerne le contenu du projet de budget programme, il a rappelé qu'il disposait de pouvoirs limités de transférer des fonds d'un domaine d'activité à l'autre, mais a attiré l'attention sur l'importance nouvelle accordée aux questions de sécurité biologique, d'action contre les flambées épidémiques et la nécessité de développer les activités dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

Répondant aux questions relatives à l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », il a déclaré que l'OMS avait recommandé des traitements et, contrairement à certaines attentes, avait retiré trois formulations antirétrovirales de sa liste de préqualification. Il était essentiel d'assurer la qualité des médicaments génériques. Les fonds nouveaux qu'il avait mentionnés serviraient à financer la formation d'un grand nombre de professionnels de santé des pays en développement qui seraient chargés de dispenser et de superviser le traitement. Il a souligné qu'il était nécessaire que les pays s'approprient leurs plans et stratégies, et que le soutien accordé serait orienté dans cette optique.

Le sous-directeur général, Direction générale, en expliquant de manière plus détaillée les questions connexes relatives à la résolution WHA51.31 et à la décentralisation, a déclaré que l'objectif était en fait d'utiliser les ressources avec le maximum d'efficacité. Les propositions en matière de répartition des ressources, qui devraient tenir compte de la performance, seraient publiées sur le site Web de l'OMS le mois suivant et ce, pendant quatre semaines afin de permettre des observations. On pouvait notamment envisager une période plus large s'étalant au-delà d'un exercice biennal plutôt que des chiffres bien précis.

Il a reconnu le besoin d'améliorer la proportion des ressources allouées aux bureaux régionaux et de pays, et surveillait les chiffres chaque mois. Il a exhorté les bureaux à participer davantage à l'obtention de ressources, une responsabilité qui n'incombait pas seulement au Siège. Des efforts étaient réalisés afin d'aligner les contributions volontaires sur les priorités définies dans le projet de budget programme pour 2006–2007. Les États membres pouvaient soulever des questions par l'intermédiaire des organes directeurs.

Bien qu'il soit regrettable que le Programme général de travail pour 2006–2015 ne puisse être prêt avant le projet de budget programme, il était évident qu'il fallait du temps pour engager une consultation complète avec les États membres et certains partenaires tels que l'UE.

Déclaration du directeur régional, y compris le rapport sur les activités du Bureau régional en 2002–2003

(EUR/RC54/6, /Inf.Doc./1 et /Inf.Doc./3)

Au début de son discours, le directeur régional a déclaré qu'il était certain que les souffrances de ceux directement touchés par les actes criminels et de violence ayant récemment secoué la Fédération de Russie, et la douleur des familles concernées, resteraient à l'esprit de tous les participants à la session, sachant que l'OMS œuvrait notamment pour ces personnes. Ces événements témoignaient de la nécessité de développer davantage les programmes d'aide humanitaire de l'OMS afin de faire face aux terribles menaces du terrorisme sur la santé.

Il a ensuite décrit cinq points saillants de l'activité du Bureau régional depuis la cinquante-troisième session du Comité régional ainsi que l'action future nécessaire ou proposée dans chaque cas. Les quatre premières actions étaient les suivantes : la nécessité d'utiliser le mieux possible les ressources accrues octroyées à 18 États membres de la Région européenne de l'OMS afin de lutter contre le VIH/sida ; la définition de stratégies mondiales et régionales sur les maladies non transmissibles ; la contribution de la Région sous

forme de commentaires à la fois clairs et spécifiques sur le projet de révision du RSI, par opposition avec la ratification lente de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) ; et le bon déroulement de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé tenue à Budapest (Hongrie).

Le cinquième point saillant concernait les partenariats axés sur des actions pratiques. Il s'agissait notamment de la coopération de plus en plus étendue, pragmatique et tangible avec la CE dans certains domaines tels que l'information, les maladies transmissibles, la promotion de la santé, la santé mentale et l'hygiène de l'environnement. Le partenariat avec l'UE élargie était l'une des principales priorités du Bureau régional, et se fonderait sur le principe de l'action complémentaire engagée par ses programmes techniques et leurs équivalents dans le cadre du plan de santé publique de la CE. En outre, le Bureau régional établirait des liens entre l'UE et les États membres de la Région désormais situés aux frontières de l'Union, notamment la Communauté des États indépendants (CEI). Le Bureau régional avait également renforcé ses relations avec d'autres partenaires dont il partage les valeurs et les objectifs, tels que la Banque mondiale ; le Conseil de l'Europe ; les agences de développement de certains pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et les pays nordiques ; des organisations non gouvernementales ; et d'autres membres de la famille des Nations Unies, comme le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'ONUSIDA. Le Bureau régional a aussi développé des liens plus étroits avec le Siège de l'OMS afin d'œuvrer dans le cadre d'une seule OMS.

Le Bureau régional avait également continué à renforcer ses services destinés aux pays. Les activités du Réseau des bases factuelles en santé (HEN) et de l'Observatoire européen des systèmes et politiques de soins de santé témoignaient de la haute priorité accordée à la mise à disposition d'informations analysées, validées et accessibles aux pays. Le directeur régional a remercié le personnel du Bureau régional, présent dans tous les sites de la Région, pour leur contribution à cette réussite.

Le Bureau régional nécessitait cependant davantage de ressources pour répondre pleinement aux besoins des États membres. Le manque de financement entravait actuellement les activités menées dans un grand nombre de domaines. Il était donc essentiel de réaliser une collecte accrue de fonds, selon les principes définis par le budget programme de l'OMS. En conclusion, le directeur régional a remercié le Comité permanent du Comité régional (CPCR) pour son aide à la préparation de la cinquante-quatrième session du Comité régional.

Au cours du débat qui a suivi, presque tous les orateurs ont rendu hommage au directeur régional pour son rapport détaillé et la clarté de son exposé. Plusieurs d'entre eux ont félicité le personnel du Bureau régional pour ses efforts consentis dans la préparation de la session du Comité régional et pour son dévouement.

Un certain nombre de représentants ont approuvé le choix, par le directeur régional, des événements saillants de l'année précédente. D'autres ont fait l'éloge d'un grand nombre d'initiatives du Bureau régional, en particulier le développement des partenariats avec l'UE, le Conseil de l'Europe, la Banque mondiale et les organisations des Nations Unies, ainsi que les efforts visant à unifier l'OMS ; l'utilité du programme des bases factuelles, du réseau HEN et de l'Observatoire européen des systèmes et politiques de soins de santé et des bases de données européennes de la Santé pour tous et d'autres bases de données ; les travaux sur la lutte contre les maladies non transmissibles et l'élaboration d'une stratégie européenne ; le contenu et le processus d'actualisation de la politique-cadre européenne de la Santé pour tous ; et les activités réalisées dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, de la CCLAT et de l'environnement et de la santé, notamment les résultats positifs de la Conférence de Budapest.

S'exprimant au nom des pays nordiques, un représentant s'est également félicité de la réorganisation des structures et des fonctions du Bureau régional, de la restructuration de ses bureaux de pays et de l'amélioration de leurs services, et des efforts mis en œuvre afin de renforcer les compétences du personnel du Bureau. En outre, un nombre important d'orateurs ont convenu que le Bureau régional nécessitait davantage de ressources ; certains ont également mentionné plusieurs domaines ayant été par conséquent négligés : politique en matière de tabac, vieillissement de la population, hygiène du travail et ressources humaines dans le secteur de la santé.

Cependant, la majorité des orateurs ont mis en exergue les succès de la mise en œuvre de la stratégie du Bureau régional visant à adapter ses services aux besoins des pays. La majorité d'entre eux se sont félicités de la stratégie et des accords de coopération biennaux, et du développement des capacités nationales en vue d'assurer la protection et le maintien de la santé dans son ensemble. Certains ont cependant mentionné des exemples bien précis tirés de leur propre expérience. Il s'agissait notamment d'exemples de réformes de systèmes de santé menées à bonne fin dans plusieurs pays ainsi qu'en Europe du Sud-Est, des activités mises en œuvre avec l'agence de développement d'un pays donné afin de prévenir le VIH/sida et de lutter contre la tuberculose dans plusieurs autres États membres, et des travaux réalisés dans le domaine de la lutte contre les maladies non transmissibles, de l'élaboration de la politique sanitaire et de la CCLAT. L'un des orateurs a rendu un hommage particulier au partenariat existant entre son pays et un bureau de pays.

En outre, plusieurs orateurs ont décrit les progrès réalisés par leur pays dans certains domaines tels que les maladies transmissibles et non transmissibles, la promotion de la santé et la prévention des maladies, la santé des enfants et des adolescents ainsi que l'hygiène de l'environnement. Certains ont fait état d'améliorations en ce qui concerne les indicateurs de la santé, tandis que d'autres ont plus particulièrement insisté sur le fossé encore existant en matière d'espérance de vie et sur la charge continue du VIH/sida et des maladies non transmissibles.

Les représentants ont émis des suggestions très diverses, principalement sur la Stratégie de pays. Ils ont instamment prié le Bureau régional de continuer à accroître l'efficacité de la stratégie, à optimiser les démarches utilisées et à améliorer sa capacité d'intervention rapide ; de soutenir davantage la mise en œuvre de la stratégie ; et de renforcer davantage les bureaux de pays et d'améliorer leur coordination avec les programmes techniques. On a également demandé au Bureau régional d'évaluer l'impact de la stratégie, de définir des critères objectifs à cette fin, et d'élaborer un mécanisme permettant aux pays de partager leurs données d'expérience.

En outre, les orateurs ont encouragé le Bureau régional à développer ses partenariats et à améliorer leur coordination et leur qualité, profitant par exemple des activités de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dans le domaine des ressources biologiques. L'un des représentants a recommandé une coopération interdisciplinaire accrue entre les programmes techniques : par exemple, entre ceux relatifs aux jeunes et à la santé sexuelle et génésique, afin de prévenir le VIH.

Un grand nombre d'orateurs ont demandé une consultation complète des États membres sur le projet d'actualisation de la politique européenne de la Santé pour tous. S'adressant au nom des pays nordiques, un représentant a mis en exergue l'importance de trois des quatre piliers : les valeurs sous-jacentes (en y incluant peut-être les tendances qui viennent les contredire), les instruments de décision pratiques, et les lignes directrices et les bonnes pratiques. L'un des représentants a insisté pour que l'on examine, lors de l'exercice d'actualisation, la gestion des services sanitaires à des fins d'amélioration de la santé, notamment en étudiant les moyens d'accroître leur efficacité et leur accessibilité.

Finalement, les orateurs ont appelé le Bureau régional à continuer à jouer un rôle pilote dans le domaine de la santé, notamment en ce qui concerne la politique en matière d'alcool axée sur la santé publique, et les activités liées à la lutte contre les maladies transmissibles, l'hygiène de l'environnement et les modes de vie.

Deux orateurs invités se sont adressés au Comité régional au nom d'organisations partenaires. M. Fernand Sauer, directeur de la santé publique, Direction générale de la CE – Santé et protection des consommateurs, a remercié le directeur régional pour son engagement au développement considérable du partenariat existant entre le Bureau régional et la CE. En juillet 2004, le directeur général de l'OMS, le directeur régional et cinq commissaires européens (santé, environnement, recherche, développement et commerce) avaient poursuivi leur série de réunions annuelles ; d'ailleurs, la prochaine réunion de l'OMS et de hauts responsables de la CE aurait lieu en novembre. Parmi les réalisations actuelles et planifiées de ce partenariat, il convenait de citer le soutien de la CE à la ratification rapide de la CCLAT, le rôle de la CE dans l'accélération des négociations relatives au RSI, la participation de la CE aux conférences ministérielles de l'OMS sur l'environnement et la santé et sur la santé mentale, et la création du nouveau

Centre européen de lutte contre les maladies. M. Sauer a convié le directeur régional à l'inauguration du Centre. On a émis l'espoir qu'un accord officiel de coopération accrue pourrait être conclu en 2005.

M. Alexander Vladychenko, directeur général de la cohésion sociale au Conseil de l'Europe, a expliqué que, dans le domaine de la santé, le Conseil de l'Europe travaillait en synergie avec ses plus proches partenaires, l'OMS et l'UE. Les trois partenaires avaient signé des lettres d'intention en 2001 et mis en œuvre des actions concrètes, comme les efforts visant à faire de la santé un « pont vers la paix » dans les pays du Réseau de santé de l'Europe du Sud-Est, dirigé par l'OMS et le Conseil de l'Europe dans le cadre du Pacte de stabilité. En outre, le Conseil de l'Europe participerait à l'exercice d'actualisation de la Santé pour tous et à la Conférence sur la santé mentale prévue en 2005. L'OMS et le Conseil de l'Europe ont aussi coopéré dans des domaines spécifiques, tels que le Réseau européen des Écoles-santé, les pratiques pharmaceutiques et la nutrition. M. Vladychenko a invité l'OMS et la CE à la Conférence sur les droits de l'homme et l'invalidité (novembre 2004) et à participer à l'organisation de la conférence du Conseil de l'Europe sur les soins palliatifs en 2005. Il a aussi convié personnellement le directeur régional et M. Sauer à une réunion spéciale à l'occasion du 50^e anniversaire du Comité européen de la santé du Conseil de l'Europe en novembre 2004. Un ouvrage sur la santé, l'éthique et les droits de l'homme (« Health, ethics and human rights ») était en cours de préparation pour marquer l'événement.

Dans sa réponse, le directeur régional a remercié les États membres pour l'aide apportée aux activités du Bureau régional, et fait remarquer que les commentaires des représentants faisaient référence à des priorités futures. En ce qui concerne l'actualisation de la politique-cadre de la Santé pour tous, la version préliminaire serait envoyée dès que possible aux États membres pour une période d'examen de 3 à 4 mois. Il a rappelé au Comité régional que cette version ajouterait de nouveaux éléments à la SANTE 21, retenus à la demande du CPR, et fait remarquer que le premier pilier comportait une étude sur l'utilisation de la politique. Cette étude avait démontré que la politique avait été utilisée et appréciée à sa juste valeur.

Pour ce qui est de la réforme des systèmes de santé, l'OMS voulait collaborer très activement avec les États membres afin de renforcer les services sanitaires, notamment pour que les pays puissent utiliser de manière adéquate les nouvelles ressources afin de lutter contre le sida. L'OMS aurait pour tâche de réunir les connaissances et les données d'expérience, et de veiller à ce que celles-ci soient communiquées aux États membres, la priorité étant de trouver les moyens d'améliorer la réponse des systèmes et de garantir leur qualité et leur sécurité. L'OMS aidait également les États membres à définir des politiques claires en matière de santé qui soient bien connues des citoyens.

Le directeur régional s'est félicité de l'approbation, par les représentants, des améliorations apportées aux bureaux de pays. La priorité était maintenant de s'assurer que le Bureau régional tirait le meilleur parti de l'ensemble de ses ressources dans les États membres. Le Bureau régional émettrait des suggestions détaillées correspondant aux besoins exprimés.

En outre, la Conférence sur la santé mentale comprendrait un certain nombre de rapports sur l'hygiène du travail. En l'absence de financement, le Bureau régional essayait d'utiliser un centre collaborateur pour certaines fonctions, et tentait de trouver un mécanisme lui permettant d'acquérir de nouveau des compétences dans ce domaine.

Le directeur régional s'est félicité du soutien des pays à la priorité accordée à l'information. L'objectif était d'intégrer de nombreux systèmes en un endroit centralisé, en fournissant principalement des informations sur la santé publique préalablement analysées et adaptées aux besoins des utilisateurs.

Le directeur régional a déclaré que le Bureau régional continuerait à améliorer la coordination des partenariats au niveau national, et remercié M. Sauer et M. Vladychenko pour leur invitation. La définition de nouveaux modèles de partenariats était une question très importante. La coopération dans le cadre du Pacte de stabilité avait été exemplaire.

En conclusion, la formation du personnel de l'OMS avait pour objectif de les aider à acquérir de nouvelles compétences dans certains domaines (comme la compréhension des facteurs politiques) et de

leur apprendre à donner des conseils. Le directeur régional a remercié le Comité régional pour avoir reconnu le dévouement du personnel du Bureau régional.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC54/R1.

Rapport du onzième Comité permanent du Comité régional

(EUR/RC54/4 et /4 Add.1)

Le président du Comité permanent a fait observer que le onzième CPR s'était réuni cinq fois au cours de l'année et que ses rapports étaient disponibles sur le site Web du Bureau régional. Outre l'examen des mesures prises par le secrétariat dans le cadre des résolutions adoptées par le Comité régional, le CPR avait participé au choix et à la préparation des questions techniques et politiques devant être abordées pendant la session en cours. Des membres du CPR présenteraient les opinions de ce dernier sur ces questions au titre des points de l'ordre du jour correspondants.

En ce qui concerne la stratégie pour les bureaux géographiquement dispersés du Bureau régional, le président a fait remarquer que des membres du CPR avaient été invités à participer à un sous-groupe créé par le directeur régional. Eu égard au projet de budget programme pour 2006–2007, le CPR avait examiné la proposition présentée à l'Assemblée mondiale de la santé visant à mettre un terme à l'application des clauses de la résolution WHA51.31, relatives à la répartition du budget ordinaire entre les régions, et recommandé que les États membres de la Région européenne demandent instamment à l'Assemblée de trouver des solutions de remplacement.

Le CPR avait commencé à collecter, auprès des États membres européens, des informations relatives à la ratification des amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS. À ce jour, 110 États membres de par le monde (dont 31 États européens) avaient ratifié les amendements, mais 18 ratifications étaient encore requises pour permettre à la Région européenne et celle du Pacifique occidental d'obtenir chacun un siège supplémentaire au Conseil exécutif.

Le CPR avait également abordé la question des droits de vote de certains des nouveaux États indépendants, liée au problème de versement des arriérés de contributions au budget ordinaire de l'Organisation. Le Comité permanent avait manifesté son intérêt pour l'annulation de ces dettes ou l'adoption d'un arrangement spécial pour le paiement.

En commentant le rapport du CPR, l'un des représentants a relevé les activités de grande envergure mises en œuvre par le CPR. Il a reconnu que ce dernier avait émis d'importantes recommandations au secrétariat. Si la majorité des recommandations et des conclusions du CPR étaient valides (notamment la conclusion selon laquelle l'OMS n'avait pas encore établi de systèmes permettant d'évaluer sa performance dans les pays), certaines recommandations ne semblaient pas définitives ou restaient incertaines. En guise de réponse, le président a expliqué que la majeure partie des mesures de suivi prises par le secrétariat étaient décrites dans les documents de travail correspondants du Comité régional.

Le directeur régional a reconnu que l'évaluation de l'impact des activités de l'OMS dans les pays était un exercice difficile, mais une première tentative d'évaluation avait été réalisée lors de la rédaction du rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau régional (document EUR/RC54/Inf.Doc./2). Il ne se faisait aucun doute que le Comité permanent étudierait soigneusement toutes les propositions faites pour améliorer sa méthode de travail.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC54/R8.

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

(EUR/RC54/7)

Le docteur Sergei Furgal, invité par le CPRC pour assister à ses réunions en tant qu'observateur et pour émettre ses opinions sur le point à l'ordre du jour, a relevé le nouveau format du document de travail. Parmi les 23 résolutions et les 14 décisions adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé et le Conseil exécutif, le document mentionnait principalement celles ayant des répercussions au niveau régional, énonçant les actions prises ou prévues et effectuant des commentaires sur chacune de ces actions. Les résolutions examinées lors de la session concernaient la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé ; la prévention et la lutte contre le cancer ; l'invalidité (y compris la prévention, la prise en charge et la réadaptation) ; le financement durable de la lutte contre la tuberculose ; et la révision du RSI. Les autres résolutions ayant des répercussions au niveau régional portaient notamment sur la sécurité routière, le développement du traitement et des soins en matière de VIH/sida, et la migration internationale du personnel de santé.

Pour ce qui est des questions financières et budgétaires, le nombre d'États membres ayant perdu leur droit de vote pour non-versement des arriérés de leurs contributions avait diminué et était désormais de six. Le Bureau régional s'occupait de ce problème et continuerait également à communiquer aux États membres les toutes dernières informations relatives aux budgets mondial et régional, étant donné que la Région recevait une part accrue des ressources mondiales en conséquence de la résolution WHA51.31.

Trois résolutions nécessitaient la mise en œuvre de mesures au niveau régional : projet de stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles du développement international, notamment en ce qui concerne la santé génésique et sexuelle (résolution WHA57.12) ; promotion de la santé et modes de vie sains (résolution WHA57.16) ; et génomique (résolution WHA57.13). On a insisté sur le besoin de rétablir la collaboration dans le secteur de la génomique avec le Conseil de l'Europe et la CE, notamment dans les domaines qui ne sont pas bien couverts par les autres organisations ou ceux intéressants directement la Région européenne.

Dans les débats qui ont suivi, l'un des représentants, s'adressant au nom des pays nordiques, a insisté sur l'importance de la consommation d'alcool en tant que problème de santé publique, et fait remarquer que les initiatives de l'OMS n'étaient pas en rapport avec la charge de morbidité résultant d'une consommation abusive. Il a été rappelé qu'il avait été demandé au directeur général de publier, en 2005, un rapport résumant les activités prévues par l'OMS dans ce domaine. Le rôle pilote de l'OMS et l'obtention des ressources adéquates à tous les niveaux de l'Organisation ont également été mis en exergue.

En ce qui concerne la résolution WHA57.19, les initiatives en matière de migration internationale du personnel de santé devraient être coordonnées avec les initiatives européennes existantes, notamment les activités du Conseil de l'Europe sur la mobilité transfrontières des professionnels de la santé et ses incidences sur les systèmes de soins de santé. La coopération avec le Comité d'experts du Conseil de l'Europe, qui préparait des recommandations, optimiserait l'utilisation de ressources limitées.

Parmi les questions soulevées par la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé, la prévalence croissante de l'obésité dans la Région invitait à une action concertée, spécialement ciblée sur les enfants et les adolescents. On devrait faciliter l'adoption d'un mode de vie plus sain, et les politiques élaborées dans d'autres secteurs tels que l'agriculture et les transports devraient respecter les objectifs de santé publique. C'est aux parents, aux établissements scolaires et à d'autres adultes qu'incombait la responsabilité de promouvoir l'exercice physique et de créer un cadre de vie favorable à la santé. Il fallait trouver le juste milieu entre mesures d'encouragement et mesures restrictives. Les participants se sont félicités de la Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles et de la constitution d'un groupe spécial sur l'obésité.

L'importance de la volonté politique et de la coordination administrative pour améliorer la sécurité routière a été corroborée par des statistiques montrant une diminution, dans un seul pays, de plus de 12 %

du nombre de tués sur les routes au cours des sept premiers mois de l'année en cours. La nécessité de garantir le suivi des résolutions adoptées a été mise en évidence. On a en outre observé que, dans le domaine de la santé génésique, le Plan d'action adopté lors de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (le Caire, 1994) ainsi que la Déclaration de Beijing et la Plateforme d'action adoptées à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) devaient encore faire l'objet d'un suivi et être appliqués. Les participants ont également confirmé la nécessité de mener une action commune afin de mettre en œuvre les résolutions et de résoudre les problèmes spécifiques au niveau régional.

En guise de réponse, le directeur de la Division de l'administration et des finances a relevé la diminution du nombre d'États membres en défaut de paiement des arriérés de leurs contributions. Ce problème devait être résolu à la fin 2006 par des missions auprès de chaque État membre concerné afin de les aider à formuler des propositions.

Le directeur régional a mentionné les raisons justifiant l'élaboration de plans à l'échelle européenne, comme le projet de Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles. Les spécificités de la Région nous permettaient de mettre en œuvre des interventions plus efficaces ainsi que de découvrir de nouvelles possibilités. Le Bureau régional pouvait profiter de la riche expérience de ses États membres (la lutte contre l'obésité en constituait un exemple typique) et donc jouer un rôle pilote au niveau mondial.

Mesures prises à la suite des sessions précédentes du Comité régional

(EUR/RC54/12, /Inf.Doc./2, /Inf.Doc./2 Corr.1, /Inf.Doc./2 Corr.2 et /BD/1)

Le directeur de la Division de l'information, des bases factuelles et de la communication a décrit les progrès accomplis par le Bureau régional dans la mise en œuvre de la résolution du Comité régional EUR/RC51/R3 relative au Rapport sur la santé en Europe : gestion de l'information et des connaissances. Le Bureau avait élaboré des méthodes lui permettant de fournir de meilleures informations, bases factuelles et options politiques aux décideurs dans le domaine de la santé. Il s'agissait notamment d'un système intégré de bases de données, et de l'utilisation du site Web du Bureau régional pour présenter des informations analysées sur les pays et établir des liens entre les profils des pays (comme dans les Panoramas de la santé) ; des options de politique de santé publique proposées par le réseau HEN, l'Observatoire européen des systèmes et politiques de soins de santé et les programmes techniques ; des publications du Bureau régional ; et des documents provenant des différents pays.

Les compétences ainsi renforcées du Bureau régional en matière d'information et de bases factuelles en santé aidaient à la préparation du rapport sur la santé en Europe dont la publication était prévue pour mai 2005. La traduction des connaissances en actions concrètes grâce à une amélioration des infrastructures de la santé publique en était le thème. Le principal sujet abordé était la santé et le développement des enfants. Le message du Rapport était que la pauvreté et l'injustice empêchaient les populations de profiter des interventions existantes en matière de prévention des maladies, de promotion sanitaire et de soins de santé. En outre, le rapport était le fruit d'une large coopération entre tous les programmes concernés du Bureau régional, le Groupe Bases factuelles et information à l'appui des politiques du Siège de l'OMS et les États membres. Les représentants étaient invités à en examiner la première version.

Le directeur de la Division du soutien aux pays a mis les participants au courant des progrès accomplis dans le cadre de la Stratégie de pays adoptée durant l'année 2000. Les services de soutien aux pays avaient été restructurés. Un nouveau système était mis en place et une évaluation était en cours afin de jauger le rôle pilote du Bureau dans ses services offerts aux États membres. Malgré l'absence de bases de référence ou d'indicateurs bien précis pour mesurer cet impact, des progrès avaient été observés à divers égards : coordination améliorée des activités de pays, personnel plus compétent dans le domaine de la gestion et des systèmes de santé, stratégies et plans d'activités spécifiques aux pays dotés d'objectifs bien précis, intégration étroite avec le plan d'activités plus général de l'OMS et partenariats améliorés. Les principaux défis étaient l'élaboration d'indicateurs de performances des activités menées dans les pays, l'évaluation de la satisfaction des bénéficiaires directs et les questions de durabilité. Le service d'assistance était un

instrument clé aidant à la coordination des activités menées dans les pays. Les programmes des pays seraient évalués sur une base semestrielle, annuelle ou biennale afin de garantir une amélioration constante de la collaboration entre l'OMS et les États membres, et de la pertinence et de la qualité des services offerts.

Le directeur régional a mis au courant les participants sur l'actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous et décrit les plans à venir. Le plan reposait sur quatre piliers : évaluer l'influence de la politique sur les politiques nationales, déterminer les valeurs de la politique de la Santé pour tous (équité, solidarité et participation des citoyens, et gouvernance éthique), définir dix instruments centraux pour les responsables politiques, et émettre des recommandations pour les responsables afin qu'ils puissent évaluer la conformité de leurs politiques avec les valeurs de la Santé pour tous. Il s'agirait ensuite de rédiger la version finale d'un document d'environ 50 pages, qui serait envoyé aux États membres afin qu'ils puissent l'examiner et y apporter leurs commentaires en janvier 2005, puis révisé pour sa présentation au Comité régional de 2005.

Lors du débat engagé par la suite, les représentants se sont félicités de la séance de suivi. L'un des participants a néanmoins soulevé le problème de la duplication du contenu dans la documentation du Comité régional. Un autre participant a approuvé avec enthousiasme le Rapport sur la santé en Europe, en espérant que son pays participerait autant que possible à sa rédaction.

Plusieurs orateurs ont abordé certains aspects de la mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau régional. L'un des représentants a décrit l'important et puissant bureau en place dans son pays. Celui-ci produisait des résultats pratiques efficaces, et le représentant a demandé que des liens plus étroits soient établis entre les programmes techniques et les bureaux de pays. Un autre orateur s'est proposé d'accueillir une conférence sur la réforme des systèmes de santé en 2008. Il a été fait notamment mention, parmi les partenariats, de l'Initiative de cohésion sociale du Pacte de stabilité et du Réseau de santé de l'Europe du Sud-Est, une initiative particulièrement importante pour la paix et la réconciliation.

La plupart des orateurs ont abordé le thème de la coopération ou du partenariat dans le cadre des sujets évoqués. Quant au partenariat en général, l'un des représentants a insisté sur le besoin de définir l'action de chaque partenaire lors de la mise en œuvre des résolutions et de la stratégie, afin d'accroître l'efficacité de l'ensemble des contributions. Un autre intervenant a mentionné les résultats positifs du partenariat engagé avec l'OMS dans l'application de la résolution EUR/RC52/R8 en vue de résoudre le grave problème de la tuberculose dans son pays ; davantage pourrait être fait, avec l'OMS et d'autres partenaires, pour diminuer de moitié la mortalité due à cette maladie d'ici 2015 et avancer dans les objectifs du Millénaire pour le développement. Une troisième représentante a félicité le Bureau régional pour l'intérêt qu'il témoignait à la santé mentale et pour la collaboration mise en œuvre dans ce domaine ; elle espérait que la prochaine conférence de l'OMS en Finlande, pour laquelle la CE et le Conseil de l'Europe joueraient un rôle important, aboutirait à l'élaboration de politiques et d'un plan d'action permettant aux gouvernements de la Région de faire face à tous les déterminants de la santé mentale. L'un des orateurs a demandé au Bureau régional d'expliquer pourquoi 16 institutions de son pays perdaient leur statut de centres collaborateurs de l'OMS, ce qui semblait réduire le partenariat avec l'OMS. S'agissant d'un problème important, il a proposé que l'on considère l'inclusion d'un point spécifique à l'ordre du jour de la prochaine session du Comité régional afin d'examiner les activités des centres collaborateurs de l'OMS dans la Région européenne.

Dans le registre des valeurs et des principes, l'un des représentants a signalé que les dirigeants de deux États membres de la Région européenne avaient signé une déclaration appuyant les valeurs de la santé génétique et les droits de la femme. Cette déclaration serait présentée au secrétaire général des Nations Unies lors de la prochaine célébration du dixième anniversaire de la Conférence internationale sur la population et le développement. L'orateur a prié instamment tous les autres États membres de se joindre à cette initiative. Cette demande a été également exprimée par un autre représentant.

Un orateur invité, représentant la Banque mondiale, s'est félicité du soutien accordé par l'OMS aux pays, en particulier aux nouveaux États indépendants, dans le domaine du financement de la santé, et de la réforme de la fonction et de l'administration publiques et de la santé. L'expérience acquise dans certaines

régions d'Europe pourrait être utilisée ailleurs, par exemple les efforts visant à améliorer les soins de santé primaires et à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Des représentants de l'Association mondiale de psychiatrie et de la Fédération internationale pour la planification familiale ont également effectué des déclarations. Les premiers ont notamment mis en exergue les domaines où la collaboration avec l'OMS pourrait s'avérer bénéfique.

Dans sa réponse, le directeur régional s'est excusé de la duplication du contenu dans la documentation. Il a déclaré que la gestion des centres collaborateurs et leur coopération avec l'OMS étaient affectées par leur grand nombre. En guise de solution, les États membres pourraient collaborer avec l'OMS afin de trouver les moyens de maximiser l'efficacité des centres, et devraient demander à l'OMS d'élaborer une politique mondiale bien précise sur la façon de négocier et de traiter avec eux. Le problème devrait être débattu par le Conseil exécutif.

En conclusion, le directeur de la Division de l'information, des bases factuelles et de la communication a promis que le Bureau régional continuerait à améliorer les statistiques vitales du Rapport sur la santé en Europe, et aiderait les États membres à améliorer leurs statistiques et leurs systèmes nationaux d'information sanitaire.

Questions de politique et questions techniques

La stratégie européenne sur les maladies non transmissibles

(EUR/RC54/8)

Le directeur du Soutien technique, Réduction de la charge de morbidité, a présenté cette question. Il a déclaré que l'expression « maladies non transmissibles » englobait les maladies cardiovasculaires, les cancers, les troubles respiratoires et le diabète, ainsi que les maladies mentales et un grand nombre d'autres affections. Les maladies non transmissibles représentaient un important problème de santé publique pour l'Europe et étaient la principale cause des décès prématurés et évitables. À l'origine de 77 % de la morbidité et de 86 % de la mortalité dans la Région, elles constituaient une lourde charge pour les patients, leur famille, les systèmes de santé et les économies. Cette charge avait tendance à augmenter et la Région européenne était la région de l'OMS la plus durement touchée à cet égard. Le monde évoluait : les populations vieillissaient, les influences mondiales prenaient une ampleur croissante, les modes de vie changeaient et l'urbanisation s'intensifiait. Des tendances préoccupantes étaient observées, en particulier l'accroissement des écarts entre les États membres. Par exemple, bien que les maladies cardiovasculaires causent plus de la moitié des décès parmi les personnes de moins de 64 ans de la Région, ce chiffre avait constamment baissé, sauf dans les nouveaux États indépendants, où la mortalité moyenne due aux maladies cardiovasculaires en 2001 était trois fois plus élevée que dans les États membres qui constituaient alors l'Union européenne.

Sept facteurs de risque étaient à l'origine de l'essentiel de la charge de morbidité et de 75 à 85 % des nouveaux cas de coronaropathies : tabagisme, alcoolisme, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, surpoids et obésité, consommation insuffisante de fruits et de légumes, et manque d'activité physique. Le tabagisme progressait, en particulier parmi les femmes, et les hommes pauvres avaient plus tendance à fumer que les hommes riches. L'Europe se caractérisait par la consommation d'alcool la plus élevée par habitant dans le monde et, à l'âge de 15 ans, 24 % des jeunes déclaraient qu'ils fumaient et 29 % qu'ils buvaient chaque semaine. Trente pour cent des adultes étaient trop peu actifs. Dans la plupart des pays européens, plus de la moitié de la population était en surcharge pondérale et 27 % des enfants étaient obèses dans certaines régions. Quatre-vingt pour cent des cas de diabète de type 2 pouvaient être attribués à l'obésité. Globalement, les personnes appartenant à des groupes socioéconomiques inférieurs couraient un risque au moins double de maladie grave et de décès prématuré par rapport aux personnes qui faisaient parties des groupes socioéconomiques supérieurs. L'élimination de l'écart entre ces groupes permettrait de réduire considérablement la mortalité due aux maladies non transmissibles.

Il était nécessaire de disposer d'une stratégie européenne contre les maladies non transmissibles pour avoir un pendant régional à la stratégie mondiale, afin de réduire cette charge de morbidité et d'offrir une aide aux pays. Dix principes d'action ont été définis ; ils allaient d'un engagement politique à une politique de lutte contre les maladies non transmissibles faisant partie d'un effort de santé publique plus large. Il était possible de réaliser d'importantes interventions, dont la réduction de la consommation de tabac, de sel, de sucre, de graisses et d'alcool ; l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes ; l'encouragement de l'activité physique ; et la lutte contre des facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle et un indice de masse corporelle excessivement élevé. Il fallait recourir à une démarche d'ensemble, en utilisant les plans d'action et les stratégies existants, et en ayant recours à une combinaison de mesures et à une démarche intersectorielle. Il était possible de réaliser des changements importants en peu de temps. Le moment était venu d'adopter une telle stratégie.

Au nom du CPR, le docteur Hubert Hrabcik a déclaré que les causes des maladies non transmissibles étaient complexes : celles-ci pouvaient par exemple être liées à une grande prospérité ou à une pauvreté extrême. L'OMS devait jouer un rôle important en trouvant des solutions et en servant de trait d'union par le biais de démarches tant régionales que centrées sur les pays, notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool et de tabac par les jeunes. Il fallait mener une action paneuropéenne pour que la santé soit la priorité des priorités. Le temps pressait, parce qu'il était possible de sauver les vies qui étaient perdues chaque jour.

Le sous-directeur général pour les Maladies non transmissibles et la santé mentale a rappelé aux représentants que l'Assemblée mondiale de la santé s'était engagée en 2000 à adopter une démarche d'ensemble pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles, en mettant l'accent non seulement sur le rôle des individus mais également sur la responsabilité de la collectivité et celle des autorités politiques. Les mécanismes mis en place comprenaient la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte anti-tabac – qui devait être ratifiée par dix États membres supplémentaires, car il fallait 40 ratifications pour qu'elle entre en vigueur – et la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé, qui avait été adoptée en mai 2004 par l'Assemblée mondiale de la santé. Il convenait d'élaborer des stratégies nationales et régionales, et l'Europe serait la première à prendre cette initiative.

Au cours du débat prolongé qui a suivi, la proposition de Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles a été très bien accueillie. Un représentant s'exprimant au nom des États membres de l'UE a dit qu'il faudrait disposer d'un ensemble de pratiques optimales claires et concrètes pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles et aider les États membres à traduire les connaissances en actions. La majorité des mesures utiles étaient connues, mais c'était leur mise en œuvre qui comptait. La plupart des intervenants ont souligné la nécessité de travailler sans cloisonnement entre les secteurs et les disciplines. Grâce à une démarche coordonnée et globale, une stratégie européenne sur les maladies non transmissibles permettrait de recourir à de bonnes pratiques. Cela se traduirait par des améliorations considérables de la santé dans l'ensemble de l'Europe.

Les maladies non transmissibles représentaient un problème grave qui n'était pas facile de résoudre, mais plusieurs orateurs ont décrit la façon dont ils avaient élaboré, à l'échelon national, des stratégies, des programmes ou des législations sanitaires qui donnaient un degré élevé de priorité aux maladies non transmissibles. Il s'agissait notamment de programmes nationaux relatifs à une action intégrée pour un régime alimentaire sain et à la prévention des maladies cardiovasculaires, du diabète et de l'obésité. Certains États membres avaient déjà enregistré une baisse du nombre de cas de maladies non transmissibles grâce à diverses initiatives visant à réduire les facteurs de risque. Une démarche intégrée avait un potentiel considérable de réduction des maladies chroniques. Un État membre avait obtenu une réduction de 35 % des coronaropathies et de 45 % de la maladie cérébrovasculaire sur une période de dix ans grâce à un programme fermement soutenu par le personnel de soins de santé primaires. Un autre État membre avait réussi à réduire le tabagisme (de 18 % parmi les jeunes et les femmes depuis 1999) grâce à une augmentation des taxes. Dans ce cas, l'expérience avait montré que des mesures législatives étaient plus efficaces que des campagnes générales visant à obtenir une réduction rapide d'un comportement à risque. Des indicateurs de morbidité et de mortalité relatifs aux maladies non transmissibles étaient essentiels pour une surveillance des progrès accomplis.

Certains intervenants ont mentionné les efforts accomplis depuis les années 1980 pour lutter contre les maladies non transmissibles grâce au programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI). Trente-trois pays participaient à ce programme et l'OMS avait contribué à élaborer des politiques et à fournir des ressources. Des protocoles et des principes directeurs communs avaient été élaborés, des publications avaient été produites et une base de données avait été constituée. Les principes et les réalisations du programme CINDI se retrouveraient dans la Stratégie sur les maladies non transmissibles.

Plusieurs orateurs ont déclaré qu'il était fréquent dans leur pays que les maladies non transmissibles ne soient pas diagnostiquées ni guéries. Il ne fallait pas oublier le traitement, l'amélioration du système de santé et la réadaptation. Il fallait que la stratégie établisse un équilibre entre la prévention et le traitement. Il importait d'utiliser plus largement des médicaments pour la prévention primaire et de ne pas se focaliser uniquement sur des changements de modes de vie. Cependant, en ce qui concerne les modes de vie, il fallait tenir compte des traditions et des attitudes des gens, ainsi que de leur situation d'ensemble. Dans certaines zones, la qualité de vie de la population était si mauvaise qu'il était difficile d'obtenir des résultats appréciables dans le domaine des maladies non transmissibles. La pauvreté et l'exclusion sociale étaient d'importants déterminants de la répartition des maladies non transmissibles. Les considérations politiques et économiques étaient essentielles et l'OMS était en mesure d'attirer l'attention à ce sujet. Il existait également un écart entre la recherche scientifique et ce qui se passait sur le terrain. Un intervenant a souligné la nécessité de centres de diagnostic et de traitement, de laboratoires pour la recherche et le suivi, et de centres de promotion de la santé.

Un représentant s'exprimant au nom des pays nordiques a souligné qu'il importait de s'attaquer à la consommation nocive d'alcool et à la consommation de tabac aux fins de la lutte contre les maladies non transmissibles, et qu'il fallait mettre en place des mesures concrètes dans une optique globale. Une consultation et une participation larges revêtaient une grande importance lors de l'élaboration de la Stratégie sur les maladies non transmissibles, et il fallait que les États membres et d'autres parties prenantes mettent en commun leur expérience et leurs compétences. Certains orateurs ont souligné l'importance de l'industrie et du commerce : on se trouvait aux prises avec une offensive des producteurs d'alcool, qui réagissaient aux interventions nationales efficaces visant à réduire la consommation d'alcool. Il était essentiel de mettre en œuvre une collaboration internationale pour lutter contre la promotion mondiale du tabac, de l'alcool et des aliments contenant du sucre, et pour permettre aux pays de passer de la prévention des maladies à la promotion de la santé. Toutes les parties prenantes, en particulier le secteur privé, devaient jouer un rôle important dans les mesures visant à aider les individus à choisir un régime alimentaire plus sain et à être physiquement plus actifs. Globalement, on dépensait actuellement plus d'argent à guérir les maladies qu'à les prévenir.

Il a été également fait mention d'autres secteurs revêtant une importance particulière pour l'élaboration de la stratégie. Le bien-être psychologique assurant une bonne qualité de vie était l'un des facteurs qui transcendaient les différentes catégories diagnostiques. La promotion de la santé mentale était importante, de même que la prévention de la maladie mentale. Les maladies du système musculo-squelettique contribuaient beaucoup aux incapacités et aux retraites anticipées. De nombreux participants ont mis l'accent sur les principes sur lesquels reposait le document relatif à la stratégie proposée : il fallait remédier aux inégalités de santé et protéger les plus vulnérables, et mobiliser tous les secteurs et tous les niveaux de la société et des pouvoirs publics. Il convenait que l'OMS et le secteur sanitaire donnent des impulsions dans ce domaine.

Au titre de ce point de l'ordre du jour, des déclarations ont été prononcées par des représentants de la Fédération mondiale du cœur, de la Confédération mondiale pour la thérapie physique, de la Coalition internationale contre le tabac, de Consumers International, de l'Association mondiale pour la réadaptation psychosociale et du Conseil international des infirmières. Des déclarations écrites ont également été présentées par un certain nombre d'organisations non gouvernementales.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC54/R4.

Projet de budget programme pour 2006–2007

(EUR/RC54/11, /11 Add.1 et /Inf.Doc./4)

Le sous-directeur général, Gestion générale, a présenté le projet de budget programme pour 2006–2007, et décrit le processus de consultation utilisé pour son élaboration, les principes qui le sous-tendaient et les domaines qui feraient l'objet d'activités plus importantes et d'investissements accrus. L'orientation stratégique globale illustre la continuité des activités de l'OMS, mais répondait également aux demandes et attentes accrues des États membres et des partenaires de l'OMS.

L'examen des résultats obtenus au cours de l'exercice biennal 2002–2003 et les observations formulées au cours des consultations avaient incité à proposer une augmentation de 12,8 % du budget programme total par rapport à l'exercice biennal 2004–2005. Pour six domaines d'activité, l'augmentation moyenne proposée était de plus de 50 %, tandis que pour trois autres (dont la vaccination et la mise au point de vaccins), une baisse moyenne de 10 % était proposée. Les domaines d'activité soutenant des résultats au niveau de l'état de santé représentaient environ la moitié des ressources demandées, et la gestion des connaissances et les technologies de l'information (qui visaient à permettre à l'OMS de soutenir efficacement les États membres) représentaient un cinquième des ressources.

D'importants changements étaient effectués dans l'attribution des ressources dans l'ensemble de l'Organisation, afin de progresser vers le but de décentralisation du directeur général. L'augmentation la plus importante profiterait à la Région africaine, tandis que la croissance proportionnellement la plus forte serait obtenue par la Région européenne. La part du Siège tomberait à 26 %.

Le projet de budget programme unifié serait financé au moyen de trois sources : les contributions obligatoires, les recettes diverses et les contributions volontaires. Le budget prévoyait une augmentation de 9 % des contributions obligatoires des États membres, afin de répondre aux demandes et attentes croissantes et de s'efforcer de rétablir un équilibre, étant donné que les contributions volontaires représentaient 70 % des sources totales de financement et que, si une croissance nominale zéro était maintenue comme par le passé, les contributions obligatoires ne représenteraient que 17 % du total. La proposition correspondait également à une utilisation plus efficace des ressources et à un accroissement de l'efficacité dans la gestion des programmes, des finances et du personnel, ainsi que l'utilisation d'un système de gestion mondial (qui devrait être en place en 2006). Non seulement ces mesures devaient permettre de réaliser des économies, mais en outre elles renforceraient la responsabilité.

Le directeur de la Division de l'administration et des finances a passé en revue les principales orientations du projet de budget programme pour la Région. Celui-ci reflétait les vues des États membres, un examen technique effectué par le Bureau régional et l'intégration au niveau mondial. Des ajustements mineurs suivraient et on mettrait au point de façon définitive les accords de coopération de base et les programmes interpays. Il a lui aussi mis en évidence la baisse de la proportion du budget total qui était représentée par les contributions obligatoires.

Au stade actuel, il y avait des discordances entre le budget mondial et les chiffres régionaux. Les chiffres plus élevés de la Région reflétaient son « niveau d'ambition », c'est-à-dire qu'ils constituaient un objectif visant à répondre aux demandes formulées par les pays et représentaient un défi pour les donateurs.

Les domaines d'activité avaient été regroupés par thèmes, avec des indications du total des dépenses proposées, une répartition en pourcentages et la priorité régionale ou mondiale. Les crédits couvrant la présence de l'OMS dans les pays représentaient l'allocation la plus importante (16,9 %) ; ils étaient suivis par les bases factuelles, l'organisation des services de santé, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, et la gestion. La multiplication par cinq, depuis l'exercice biennal 1998–1999, des fonds affectés aux pays, qui représentaient un montant proposé de 25 millions de dollars en 2006–2007, illustre la détermination à donner des pouvoirs aux bureaux extérieurs. Les facteurs principaux du renforcement de la présence dans les pays étaient l'amélioration de l'infrastructure et des télécommunications, le renforcement des capacités et l'amélioration de la surveillance.

Le docteur Jens Kristian Gøtrik, membre du CPR, a exprimé la préoccupation du Comité permanent face au déséquilibre de financement entre les contributions obligatoires et les contributions volontaires, et à la baisse d'influence des organes directeurs de l'OMS qui en découlait. Il importait de convaincre les donateurs de permettre que les fonds soient alloués conformément aux politiques convenues et aux orientations stratégiques. En ce qui concerne le transfert de ressources vers les régions et les pays, il fallait espérer qu'il n'entraverait pas l'aptitude du Siège à faire face, au niveau mondial, à des crises telles que le SRAS. L'Assemblée mondiale de la santé avait demandé que des principes directeurs concernant d'autres mécanismes que les dispositions de la résolution WHA51.31, qui reposaient sur l'équité, l'efficacité et les performances, soient soumis au Conseil exécutif. Il était particulièrement important qu'il ait été précisé, dans la décision prise par l'Assemblée mondiale de la santé, que les principes directeurs devaient s'inspirer de critères objectifs, et que les États membres et les régions devaient être consultés lors de la définition de ces critères. Au cours de ce processus, les importants problèmes de santé auxquels étaient confrontés les pays de la partie orientale de la Région européenne devaient être pris en compte. L'augmentation proposée de 9 % des contributions obligatoires paraissait optimiste, en particulier compte tenu des discussions antérieures lors de l'Assemblée mondiale de la santé. Des réductions ou des réaffectations de crédits au sein du budget (comme cela se produisait dans les budgets nationaux) pouvaient être effectuées. Peu d'indications ou de détails avaient été présentés sur la façon de réaliser des économies reposant sur l'amélioration de l'efficacité. Une autre question qui se posait avait trait à d'éventuels plans qui seraient mis en œuvre au cas où les contributions volontaires attendues ne se concrétiseraient pas. Le transfert de ressources pendant l'exercice biennal en cours se situait à un niveau tel qu'il était difficile au Bureau régional de conserver à son service et de nommer du personnel qualifié ; cette situation montrait bien que les régions avaient besoin de recettes régulières et sûres.

Au cours du débat qui a suivi, les intervenants ont généralement bien accueilli les exposés oraux, jugés clairs et informatifs, et soutenu les orientations stratégiques d'ensemble, en particulier les efforts accomplis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé. Il a été estimé que la budgétisation reposant sur les résultats était une bonne chose. Par ailleurs, il était nécessaire de procéder à une meilleure analyse des performances passées, d'établir un lien avec le projet de Programme général de travail 2006–2015, de mettre davantage l'accent sur l'assurance qualité et d'accorder une plus grande importance à la santé qu'à la maladie. On a fait valoir que la mise en œuvre de stratégies et d'autres résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé pouvait ne pas aboutir si des ressources suffisantes n'étaient pas disponibles. Certains orateurs ont affirmé qu'il aurait fallu accorder une plus grande importance aux spécificités régionales. Un intervenant, soulignant la nécessité de la transparence en matière budgétaire, a regretté que les documents n'étaient pas détaillés et a indiqué qu'il fallait disposer de plus d'informations sur le projet de Programme général de travail et l'équilibre entre les contributions obligatoires et volontaires.

On a signalé la nécessité d'effectuer des transferts au sein du budget programme. Un représentant a demandé s'il était possible de hiérarchiser les priorités et si on avait prévu éventuellement de supprimer des programmes ou de réduire les fonds qui leur étaient alloués au cas où un budget moins important que prévu serait adopté. Des économies d'échelle étaient-elles possible grâce à des partenariats, en particulier avec la CE et le Conseil exécutif ? Une autre question abordée avait trait au fait de savoir si la collecte de ressources aux niveaux régional et des pays avait été envisagée au cours de la préparation du budget. On a également demandé plus de détails, sous la forme d'une ventilation des coûts (dépendances de personnel, par exemple) par tâche et par but ; il fallait indiquer clairement les dépenses de personnel dans le projet de budget programme.

Un intervenant a regretté que les informations sur la Région étaient limitées dans les documents présentés et a demandé une indication de la répartition des fonds extrabudgétaires, une ventilation par pays et une comparaison par domaines d'activité entre l'exercice biennal actuel et l'exercice 2006–2007. De telles informations devraient être soumises d'office au Comité régional lors des sessions ultérieures.

Il a été estimé que la gestion des systèmes de santé et les ressources humaines pour la santé étaient des domaines négligés auxquels il fallait accorder plus d'importance. Le suivi et l'analyse de ces ressources seraient essentiels. Un représentant a proposé la création d'une base de données sur les succès, les échecs

et les enseignements tirés en matière de renforcement, de financement et de gestion des services et des systèmes de santé.

Il a été indiqué que certains domaines ou thèmes devaient bénéficier d'un appui plus important, à savoir la santé reproductive et sexuelle, le vieillissement, l'abus d'alcool, l'environnement et la santé (en particulier eu égard au Plan d'action européen pour la santé et l'environnement des enfants), la violence, les traumatismes et les incapacités, et l'hygiène du travail. Apparemment, les budgets relatifs à la nutrition et à la sécurité sanitaire des aliments avaient été réduits de 25 %, ce qui était incompréhensible, compte tenu de l'adoption récente de la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé et du fait que l'OMS proposait d'organiser une conférence ministérielle sur la nutrition dans la Région. Les budgets devaient tenir compte des priorités concernant les politiques. Les activités relatives à l'alimentation et l'activité physique, et la lutte contre le tabagisme devaient être intégrées dans des stratégies d'ensemble visant à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles et leurs déterminants ; à cet égard, des orateurs ont souhaité que l'OMS mène une action de sensibilisation pour renforcer l'engagement politique au niveau national. Une question précise a été posée au sujet de la contribution de l'OMS aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius et il a été demandé où elle était mentionnée dans le projet de budget programme ; la résolution WHA56.23 avait demandé que l'OMS augmente son appui à la Commission et collabore davantage avec elle. Des précisions ont été demandées quant à l'augmentation proposée des fonds alloués aux domaines d'activité repris sous les Bases factuelles.

Plusieurs orateurs ont mis en cause ou critiqué la proposition de réduction du crédit pour le domaine d'activité Vaccination et mise au point de vaccins. Bien que la poliomyélite ait été éradiquée dans la Région, la surveillance, le confinement en laboratoire et d'autres activités devaient être poursuivis. Il fallait maintenir la couverture vaccinale générale, mais un représentant a signalé une résurgence de la diphtérie dans son pays. En outre, l'Assemblée mondiale de la santé avait demandé instamment l'éradication de la rougeole, et il existait des vaccins pour prévenir d'autres maladies transmissibles telles que l'hépatite B et la méningite due à *Haemophilus influenzae* de type b. On poursuivait la mise au point de nouveaux vaccins, mais elle était coûteuse. Un intervenant a fait état du soutien que le Bureau régional accordait aux activités concernant des pratiques d'injection plus sûres, qui étaient également couvertes par ce domaine d'activité. Il fallait continuer de soutenir les mesures visant à prévenir, à combattre et à surveiller les maladies transmissibles, et un partenariat avec le futur Centre européen de lutte contre les maladies devrait être inclus dans la planification. On s'est étonné de la baisse proposée des ressources affectées au VIH/sida. Un intervenant a demandé si un dialogue avait été engagé avec la CE au sujet du VIH/sida à la suite de la conférence qui avait eu lieu sur ce thème à Dublin en février 2004.

Un grand nombre d'orateurs ont formulé des observations sur l'augmentation proposée de 12,8 % du budget programme global et sur l'augmentation de 9 % des contributions estimées, une « proposition impressionnante » pour reprendre l'expression d'un des participants. Une augmentation des ressources serait irresponsable si elle ne s'accompagnait pas d'une efficacité accrue, d'une réduction des dépenses administratives et de résultats plus probants au niveau de la santé ; dans ce contexte, il fallait disposer d'un système transparent d'indicateurs permettant d'évaluer la rentabilité des activités de l'OMS. Une augmentation du budget ordinaire serait difficile à accepter. En effet, comme plusieurs États de la Région européenne ne pouvaient déjà respecter leurs obligations financières envers l'OMS, une telle augmentation ne ferait qu'aggraver la situation. D'autres orateurs ont signalé que l'acceptation de nouveaux défis et l'ajout de responsabilités exigeaient des ressources supplémentaires. Ils ont demandé une modification de la politique de croissance nominale zéro en place depuis des décennies et soutenu en principe l'augmentation du budget ordinaire. En outre, certains orateurs ont fait remarquer que les contributions estimées étaient basées sur l'échelle des Nations Unies.

Au niveau gouvernemental, en particulier, les représentants rencontraient d'importantes difficultés lorsqu'ils proposaient d'augmenter les budgets ordinaires. Ils devaient faire face à l'opposition des ministères des Finances qui cherchaient plutôt à réaliser des économies. Les représentants devaient donc présenter des arguments puissants et convaincants. On a notamment proposé d'examiner plus soigneusement les activités

pouvant être financées au titre du budget ordinaire et celles pouvant être financées par les contributions volontaires, tout en discernant les inévitables dépenses infrastructurelles et organisationnelles.

Un grand nombre d'orateurs ont émis des observations sur la répartition des ressources. L'un d'entre eux a spécifiquement demandé davantage d'explications afin de garantir qu'un transfert des ressources du Siège ne menacerait nullement l'autorité de l'OMS, ses activités normatives et sa riposte aux situations d'urgence. Des explications ont été également demandées sur les répercussions régionales de la politique de décentralisation ainsi que sur le maintien ou le renforcement des postes au Siège ou des domaines d'activité. Dans le cas d'un transfert de ressources, comment pourrait-on démontrer et présenter les résultats à tous les niveaux de l'OMS ?

Des questions ont été posées sur l'état actuel de la mise en œuvre de la résolution WHA51.31. On a également demandé si les principes directeurs requis par l'Assemblée mondiale de la santé remplaceraient le mécanisme décrit dans cette résolution. Les orateurs voulaient s'assurer de l'apport continu de ressources vers la Région et ont insisté sur l'application complète des clauses de la résolution. Néanmoins, ils ont exprimé leur satisfaction quant au renforcement du soutien au niveau des pays, notamment l'augmentation importante des allocations du projet de budget régional aux pays.

Bon nombre d'orateurs ont exprimé leurs inquiétudes quant au caractère imprévisible des contributions volontaires, leur manque de parallélisme avec les priorités convenues de l'OMS et le déséquilibre des sources de financement. Les activités de l'Organisation ne pouvaient dépendre d'un financement incertain qui ne s'alignait pas avec les priorités convenues. Certaines fonctions essentielles telles que la révision du RSI ne pouvaient être financées par des contributions volontaires provenant de fondations privées dont le soutien pouvait être imprévisible. L'amélioration des procédures administratives et de gestion à l'égard de telles contributions pouvait en accroître l'efficacité. En démontrant ce que l'on pouvait réaliser avec des contributions volontaires, on disposait dès lors d'arguments convaincants permettant de sensibiliser les pays. Une telle aide a été demandée pour négocier avec les ministères des Finances.

Le représentant de la Commission internationale de la santé au travail a effectué une déclaration.

En guise de réponse, le directeur de la Division de l'administration et des finances a rappelé que le projet de budget programme serait consolidé au Siège et que les commentaires seraient pris en compte. Il a également observé qu'une certaine confusion régnait entre les projets de budget mondial et de budgets régionaux. Une fois que les données finales ventilant les dépenses des coûts opérationnels et de personnel auraient été reçues, de plus amples informations seraient fournies.

En ce qui concerne les économies d'échelle au niveau de la répartition des ressources, des mesures étaient prises pour consolider les bureaux de pays et de projet et utiliser les « maisons communes » des Nations Unies, une initiative qui permettait déjà d'accroître l'efficacité et d'améliorer les résultats au niveau de la santé. Pour ce qui est de la décentralisation, le directeur a pris note du soutien apporté au développement des compétences au niveau des pays, mais signalé qu'en même temps, la capacité de surveiller et de contrôler les activités augmentait aux niveaux régional et du Siège.

Si les contributions volontaires n'étaient pas reçues ou si elles s'avéraient inadéquates, on pourrait toujours répartir le financement en fonction des priorités décidées par les États membres, de manière à ce que les domaines moins prioritaires reçoivent un financement insuffisant. La sensibilité du projet de budget programme aux aléas des contributions volontaires a été reconnue. Il fallait donc rétablir l'équilibre dans les sources de financement afin de réduire le niveau de risque.

Le sous-directeur général, Direction générale, a observé que l'OMS utilisait les ressources avec soin et efficacité, et que le Corps commun d'inspection publierait bientôt un rapport favorable à ce sujet. Il était convaincu que les coûts élevés pour le développement de la vaccination et des vaccins dans le budget global étaient réalistes, et a observé le rôle important des partenaires dans l'obtention des ressources. La diminution des ressources allouées au VIH/sida était due à la transition de la phase de lancement au cours de l'exercice biennal actuel à la mise en œuvre d'opérations soutenues.

L'augmentation proposée du budget global était le résultat d'un processus méthodique axé sur les résultats, qui tenait compte des réalisations, des attentes et des atouts de l'OMS comparée à d'autres organisations. La réallocation des ressources à des domaines d'activité avait été soigneusement examinée afin de mieux répondre aux besoins, et des modifications importantes avaient été apportées ; un changement de priorités nécessiterait soit un financement accru, soit une redéfinition des besoins primordiaux de la part des États membres. Le sous-directeur général a relevé le consentement général sur la nécessité d'un financement équilibré, et était conscient des difficultés politiques posées par le projet d'augmentation des contributions obligatoires de 9 %, bien que les chiffres réels (78 millions de dollars) n'étaient pas considérables en termes absolus. Pour ce qui est des implications de la gouvernance en matière de contributions volontaires, les discussions avec les partenaires étaient positives, et les priorités de l'OMS étaient manifestement respectées. Les coûts de gestion de ces contributions étaient élevés et des économies d'efficacité pouvaient être réalisées à ce niveau. On recherchait une meilleure coordination non seulement au sein de l'Organisation mais aussi au sein des Nations Unies et avec la CE et les donateurs bilatéraux.

Des principes directeurs sur les allocations du budget ordinaire aux régions étaient en cours d'élaboration. Il était tenu compte des fonctions de l'Organisation et des domaines où elles étaient particulièrement efficaces. Une fois le document terminé, les principes directeurs feraient l'objet d'une consultation et de commentaires. En ce qui concerne la décentralisation, des plans opérationnels avaient été élaborés pour chaque domaine d'activité et les apports de ressources étaient surveillés chaque mois dans le cadre d'un système vigoureux de planification opérationnelle. Les compétences et les orientations stratégiques étaient évaluées au Siège et dans les régions.

Répondant en toute franchise, le directeur régional a indiqué que l'exécution des programmes serait sérieusement entravée par une insuffisance des ressources. La difficulté de recruter et de retenir à son service des fonctionnaires très compétents engendrerait une crise de gestion. L'insuffisance des contributions volontaires limitait son aptitude à donner des garanties de contrat pour plus de trois mois à la fois. Il était reconnaissant d'avoir été réélu, mais craignait de ne pas pouvoir assumer ses responsabilités, notamment parce qu'il ne serait pas en mesure de se préparer à des situations d'urgence.

Le personnel du Bureau régional devait discuter des besoins des États membres et prévoir ce qui pouvait être réalisé avec les ressources, quelle que soit leur origine, pour tenir les engagements. En conséquence, les fonctionnaires devaient être en même temps des experts et des spécialistes de la collecte des fonds, mais ils devaient refuser des dons pour des travaux qui n'étaient pas considérés comme prioritaires. Il était vital d'adopter une démarche rigoureuse à l'égard des donateurs et des États membres. Le directeur régional fournissait un soutien aux départements qui ne disposaient pas des compétences requises en matière de collecte de fonds, et il avait lui-même assumé la responsabilité de la collecte de fonds pour un certain nombre de projets.

Il a rappelé que, pendant de nombreuses années, l'Assemblée mondiale de la santé avait demandé instamment un budget unifié ; l'instabilité du financement crée des difficultés énormes. Le directeur régional se rendait compte des conflits des représentants avec les ministères des Finances, mais il a fait observer que l'énorme baisse du budget ordinaire au cours d'un grand nombre d'années faisait courir à l'Organisation un risque d'asphyxie. Aucune autre organisation n'aurait pu survivre une telle baisse constante.

Sur le plan positif, le directeur régional pouvait faire passer des messages forts et soulignerait les spécificités européennes. Il a confirmé que les principaux domaines mis en évidence par les États membres étaient les suivants : ressources humaines pour la santé et systèmes et services de santé, comme priorité principale ; maladies non transmissibles ; santé reproductive ; vaccination (les maladies transmissibles conservant toute leur importance) ; environnement et santé ; hygiène du travail ; vieillissement ; consommation excessive d'alcool ; et bases factuelles et informations.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC54/R5.

Stratégie du Bureau régional concernant les bureaux géographiquement dispersés (EUR/RC54/9)

Le conseiller principal pour la Gestion et la mise en œuvre des programmes a résumé la nouvelle stratégie relative aux bureaux géographiquement dispersés (BGD) dont l'élaboration avait été demandée par le Comité régional à sa session précédente. Elle avait été élaborée avec l'assistance d'un groupe de travail composé de représentants des États membres. Les BGD actuels étaient les bureaux de Barcelone, de Bonn, de Bruxelles, de Rome et de Venise (avec des centres en Allemagne, en Espagne, en Grèce et au Royaume-Uni). Le groupe de travail s'était efforcé de clarifier les questions dont s'occupait chaque bureau, et les questions financières, techniques et de personnel. Un BGD devait fournir une valeur ajoutée, car la raison principale de son existence était qu'il permettait à l'OMS d'aborder des questions prioritaires qui n'étaient pas suffisamment couvertes. Cependant, il fallait élaborer des principes directeurs clairs concernant la création et la fermeture de BGD. L'ouverture d'un BGD exigeait une analyse approfondie, un accord d'ensemble clair avec le pays hôte, un financement mixte et durable, et une taille qui confère une légitimité technique. On ne pouvait créer ou fermer un BGD qu'après consultation du CPR. Il convenait de concevoir des principes directeurs de gestion pour assurer la conformité avec les procédures normales du Bureau régional, y compris celles relatives au recrutement de personnel international, au suivi et à l'évaluation. Copenhague devait conserver la plupart des fonctions techniques et administratives, et ne pas devenir un simple bureau de coordination ; à cet égard, il fallait établir un équilibre approprié. Cependant, les BGD avaient un rôle essentiel à jouer dans la prestation de services aux États membres.

Le docteur Jarkko Eskola, s'exprimant en tant que membre du CPR, a déclaré qu'il avait toujours été clair que les BGD, dont la création avait commencé en 1991, faisaient partie intégrante du Bureau régional. Jusqu'à l'année précédente, toutes les décisions concernant la création ou la fermeture de BGD avaient été prises par le directeur régional et l'État membre concerné. Actuellement, les BGD représentaient 15 % du budget du Bureau régional, soit 25,5 millions de dollars, mais seulement 4,4 % du budget ordinaire. Le CPR avait formulé diverses propositions et soutenait la stratégie proposée par le groupe de travail.

Les intervenants se sont félicités de cette stratégie et des activités réalisées par les BGD comme partie intégrante du Bureau régional. Un représentant, s'exprimant au nom des pays nordiques, a estimé que la stratégie constituait un bon instrument pour améliorer la gestion et la cohérence des BGD actuels et futurs ; d'autres orateurs se sont exprimés dans ce sens : un grand nombre d'entre eux avaient coopéré étroitement avec les BGD. Cependant, on a fait observer que la relation entre les BGD et leurs activités concernant les priorités actuelles, d'une part, et la vision à long terme du Bureau régional, d'autre part, devait être plus claire sur le plan des questions dont les BGD devaient s'occuper.

De nombreux intervenants ont estimé que c'était au Comité régional et non au CPR de prendre la décision finale sur la création ou la fermeture de BGD. Les BGD représentaient un dollar dépensé sur sept et une heure de travail accomplie sur sept au Bureau régional, ce qui constituait une proportion importante. Il a été proposé de procéder à un audit de la gouvernance, des performances, des mandats techniques et du financement des BGD actuels. Il a été estimé qu'il fallait maintenant conclure la discussion, sous peine de décourager les États membres de créer de nouveaux BGD. Un intervenant a demandé à ce que l'on mette davantage l'accent sur la production d'un plus grand nombre de publications en russe, ce qui accroîtrait leur utilité.

Reconnaissant cependant que le rôle des centres collaborateurs de l'OMS et leur relation avec l'Organisation dépassaient le cadre de la présente discussion, certains orateurs ont demandé que leur situation, leurs critères et leurs normes soient soigneusement examinés lors d'une session future du Comité régional. En réponse, le conseiller principal pour la Gestion et la mise en œuvre des programmes a fait remarquer que le directeur général avait chargé un cadre du personnel de redéfinir le rôle des centres collaborateurs de l'OMS.

Le directeur régional a déclaré que les BGD avaient désormais un avenir plus clair. En ce qui concerne les domaines d'activité, il serait favorable à l'établissement de nouveaux bureaux au moins dans les deux domaines des systèmes de santé et des ressources humaines, ainsi qu'un « service centralisé » qui développerait la fonction de base de données de l'OMS de manière à assurer le genre d'analyse fournie par l'Observatoire européen des systèmes et politiques de soins de santé.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC54/R6.

Environnement et santé : suite donnée à la Quatrième Conférence ministérielle (Budapest, 23–25 juin 2004)
(EUR/RC54/10)

Le directeur de la Division du soutien technique, Déterminants de la santé a fait observer que la charge de morbidité causée par les facteurs environnementaux et les blessures chez les enfants avait fait l'objet d'une étude qui avait montré qu'environ un tiers des décès (c'est-à-dire 100 000 décès) et quelque 26 % des DALY étaient causés par la pollution de l'air extérieur et intérieur, une eau et un assainissement de mauvaise qualité, la contamination par le plomb et les traumatismes. Le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe, qui avait été négocié avec les États membres et adopté à Budapest, tenait compte de cette évaluation, et quatre buts prioritaires régionaux avaient été établis dans le but de concentrer les efforts futurs. Ils étaient les suivants : réduire le nombre de cas de troubles gastro-intestinaux en améliorant l'accès à une eau et à un assainissement de bonne qualité ; réduire le nombre d'accidents et de traumatismes ; réduire le nombre de maladies respiratoires causées par la pollution de l'air extérieur et intérieur ; et réduire le nombre des maladies et d'incapacités liées aux agents chimiques, physiques et biologiques et à des conditions de travail dangereuses.

Environ 1 200 délégués avaient participé à la Conférence de Budapest et 18 délégations comprenaient des jeunes ; en outre, plus de 130 jeunes avaient participé à la Conférence via plusieurs initiatives, dont un parlement des jeunes. La couverture de la Conférence par les médias avait été importante : plus de 400 articles avaient été publiés, à la suite de 15 conférences de presse avant la Conférence et 16 points de presse au cours de celle-ci.

La Déclaration de la Conférence énonçait des engagements forts pour une action future, y compris la mise en œuvre des décisions prises lors des conférences ministérielles précédentes sur des questions telles que l'eau, les transports et les changements climatiques ; des outils pour la prise de décision (en particulier des systèmes d'information sur l'environnement et la santé et le principe de précaution) ; les besoins propres aux nouveaux États indépendants et à l'Europe du Sud-Est ; et l'avenir de l'initiative Environnement et santé, y compris le Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES).

La CE avait également adopté une stratégie sur l'environnement et la santé pour les pays de l'UE et il était possible de renforcer la collaboration et peut-être même de mettre en œuvre des mesures législatives dans une partie de la Région. Une évaluation à mi-parcours devait avoir lieu en 2007, afin d'examiner les progrès accomplis en ce qui concerne les engagements pris à Budapest, s'agissant notamment des plans d'action nationaux pour l'environnement et la santé des enfants ; la Cinquième Conférence ministérielle, que l'Italie avait généreusement offert d'accueillir, se tiendrait en 2009.

Conformément aux engagements énoncés dans la Déclaration, on conserverait le CEES, qui comprendrait des représentants de la jeunesse, et on créerait une équipe spéciale pour le Plan d'action, dont la mission serait d'assurer le partage des meilleures pratiques. Le Bureau régional continuerait à fournir un soutien technique, depuis Copenhague et les centres de Bonn et de Rome, et intensifierait les efforts accomplis pour comprendre les liens qui existaient entre la santé et l'environnement, en accordant une importance particulière à l'information et aux indicateurs, à des principes directeurs pour l'évaluation des risques et au renforcement des capacités. La Conférence avait fixé des objectifs ambitieux pour la prévention des dangers environnementaux et il fallait maintenant que les engagements pris soient traduits en actions concrètes.

Le docteur Jaksons, membre du CPR, a déclaré que des statistiques de bonne qualité sur l'environnement et la santé, qui avaient été demandées par le Comité régional lors de sa cinquante-troisième session, avaient constitué une partie importante des préparatifs en vue de la Conférence de Budapest. Le CPR avait mis au point certains principes directeurs pour le processus, et les travaux avaient été bien intégrés dans les activités principales du Bureau régional. Il était maintenant crucial de donner les suites voulues à cette initiative. L'une des difficultés consistait à concevoir de nouveaux outils pour l'élaboration de politiques, en particulier un système d'information bien conçu, des méthodes d'évaluation de l'impact sur la santé et des risques, une coopération multisectorielle efficace et des moyens de donner des exemples de bonne pratique. Les plans d'action n'étaient efficaces que s'ils allaient de pair avec un engagement politique, l'allocation de crédits et la disponibilité de personnel expérimenté. Cependant, grâce à des efforts accomplis dans le cadre de partenariats, les activités menées contribueraient de façon importante à la vie de la génération suivante.

Mme Zsuzsanna Jakab, présidente sortante du CEES et représentant le pays hôte de la Conférence de Budapest, à savoir la Hongrie, a résumé les consultations approfondies avec les pays qui avaient caractérisé les préparatifs, ce qui avait assuré une forte implication des pays dans un processus qui avait commencé deux ans avant la Conférence. Cela devrait poser des fondations solides pour la concrétisation des engagements pris par les pays. Le parlement des jeunes et leur déclaration avaient donné un élan nouveau à la Conférence. Les pays devaient identifier les ressources financières et humaines nécessaires pour commencer la mise en œuvre et suivre les activités qu'ils s'étaient engagés à prendre dans le Plan d'action. La Hongrie avait déjà commencé à s'atteler à ces tâches de diverses façons, notamment en élaborant un deuxième plan d'action national pour l'environnement et la santé.

Un représentant, s'exprimant au nom des États membres de l'UE et des pays candidats, a remercié le Bureau régional pour la façon très professionnelle dont la Conférence avait été organisée et préparée, avec une large participation des États membres. Les documents qui en avaient résulté étaient complets et impressionnants, et constituaient un plan précieux pour les actions futures. La coopération entre les autorités sanitaires et environnementales constituait la base des actions futures, et le CEES, dont le mandat avait été renouvelé, devait rester en contact étroit avec les correspondants nationaux. Ceci inclurait les jeunes qui seraient représentés au Comité, selon la maxime « Rien pour eux sans eux » ; en effet, c'était leur avenir, leur santé et leur environnement qui étaient en jeu. Il importait d'éviter les chevauchements et les répétitions inutiles d'activités, grâce à une coopération entre les diverses organisations et les pays : cela pourrait inclure, par exemple, des travaux sur un ensemble normalisé d'indicateurs pour l'environnement et la santé. Le Plan d'action européen pour l'environnement et la santé 2004-2010 ferait l'objet de discussions lors d'une réunion qui se tiendrait aux Pays-Bas en décembre 2004. Les délibérations porteraient principalement sur la coopération et la synergie, et pas uniquement dans le secteur sanitaire : la plupart des influences qui s'exerçaient sur l'environnement et la santé étaient en effet extérieures au domaine sanitaire, et des secteurs tels que les transports, l'agriculture et l'énergie revêtaient également de l'importance.

De nombreux intervenants ont félicité le Bureau régional pour le succès de la Conférence de Budapest, en mentionnant en particulier l'importante participation des pays aux préparatifs et le niveau élevé de l'ensemble du processus. L'évaluation de la charge de morbidité environnementale pour les enfants représentait une base solide. Les documents essentiels de la Conférence tiraient leur force d'une vision partagée des États membres dans ce domaine. Non seulement ils offraient un cadre pour une action concertée dans l'ensemble de la Région, mais ils permettaient en outre de se conformer à des priorités aux niveaux local et sous-régional. Il s'était agi d'une excellente conférence, qui représentait un véritable tournant en matière d'environnement et de santé. De nombreux pays avaient joué un rôle actif. Plusieurs participants ont mis l'accent sur leur enthousiasme à l'égard de la poursuite de la participation des jeunes à l'initiative Environnement et santé.

On espérait maintenant que les actions menées pour donner suite à la Conférence engendreraient des améliorations mesurables en matière d'hygiène de l'environnement, sur les plans national et international. Plusieurs intervenants ont décrit les progrès qui avaient déjà lieu dans leur pays, grâce à des plans d'action, à des dispositions législatives de santé publique, à des actions de promotion de la santé, à des

espaces verts, à des registres nationaux de produits chimiques potentiellement nocifs, à des projets centrés sur le logement et la santé, à des mesures visant à réduire les traumatismes chez les enfants, à la formation sur des questions telles que les pesticides, et à une surveillance renforcée. Il était très important de disposer d'un appui technique du Bureau régional pour intensifier l'échange d'informations, renforcer les capacités dans de nombreux domaines et assurer globalement la santé future des enfants.

Un certain nombre d'orateurs ont souligné qu'il importait que les pays ratifient le Protocole sur l'eau et la santé, qui nécessitait encore trois ratifications seulement pour entrer en vigueur. L'eau potable représentait une priorité. Certains pays auraient besoin d'une aide à cet égard et pour donner suite aux engagements de Budapest. Un intervenant a recommandé que le Bureau régional prenne une responsabilité financière accrue pour les activités menées dans les bureaux de pays, en prévoyant des crédits plus élevés dans le budget.

Un représentant du Conseil international pour la lutte contre les troubles de carence en iode a fait une déclaration pour attirer l'attention sur la nécessité d'accomplir des efforts considérables dans de nombreux domaines pour protéger les enfants.

Le délégué de la jeunesse qui avait été élu pour présenter la Déclaration de la jeunesse à la Conférence de Budapest a dit que des jeunes de 30 pays s'étaient rassemblés pour discuter de leurs préoccupations communes concernant des questions de santé et d'environnement. La participation des jeunes aux actions des autorités locales, nationales et internationales était essentielle pour la mise en œuvre du Plan d'action. Elle donnait de la confiance en soi, formait les jeunes à la résolution des problèmes et leur donnait leur mot à dire sur l'avenir qu'ils hériteraient. Elle rétablirait également leur confiance dans le système politique. La participation des jeunes dans le domaine de l'environnement et la santé ne faisait que commencer, grâce au Plan d'action, qui était stimulant, complet et novateur ; dans tout effort, un bon début constituait la moitié du travail.

Le directeur de l'Agence européenne pour l'environnement, qui était représentée au CEES, a décrit les nombreuses façons par lesquelles l'Agence et le Bureau régional avaient coopéré depuis la création de l'Agence dix ans plus tôt, ce qui mettait en évidence les liens essentiels qui existaient entre l'environnement et la santé. La quantification des impacts sur la santé pouvait constituer l'un des éléments d'information les plus persuasifs pour inciter les responsables politiques à agir. La coopération se poursuivrait, et porterait sur des questions telles que la conception d'indicateurs et la mise en place d'un service d'information sur l'environnement et la santé qui utiliserait mieux les activités de surveillance pour déterminer s'il se produisait de véritables changements dans la santé de la population. Il était prévu d'exécuter un projet sur la charge de morbidité environnementale, et la collaboration se poursuivrait au sujet du principe de précaution et de la présentation d'éléments d'information complexes.

Le représentant de l'Alliance européenne pour la santé publique (AESP), qui était également membre du CEES, a expliqué que la coopération avec le Bureau régional pour la Conférence de Budapest avait porté sur la sensibilisation aux questions d'environnement et de santé parmi les professionnels de santé, les associations à but non lucratif qui étaient les membres de l'AESP et, au-delà, les associations écologiques de l'ensemble de la Région dans le cadre d'un nouveau réseau pour l'hygiène de l'environnement. L'AESP plaiderait en faveur de mesures législatives et d'exécution pour atteindre les buts prioritaires régionaux adoptés à Budapest, et faciliterait le partage d'informations sur ce que les États membres accomplissaient en matière de mise en œuvre. Cependant, ce qu'il fallait maintenant, ce n'était pas uniquement de l'information ou une sensibilisation, mais des changements à tous les niveaux, afin de passer des paroles à l'acte. La réelle difficulté se présenterait deux ans plus tard, lorsque les États membres se réuniraient pour échanger des informations sur les progrès accomplis dans le cadre des mesures prises pour faire régresser les maladies de l'enfance liées à l'environnement.

Le directeur du Soutien technique, Déterminants de la santé a remercié les participants pour l'expression de leur soutien et leur engagement, qui constituaient les meilleurs moyens d'accroître la probabilité de véritables réalisations en matière d'environnement et de santé. Le CEES se réunirait avant la fin de l'année 2004 et le Bureau régional élaborerait un plan de travail d'ensemble.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC54/R3.

Élections et désignations

(EUR/RC54/5, /5 Add.1 et /5 Corr.1)

Le Comité s'est réuni en séance privée afin d'examiner la désignation d'un candidat au poste de directeur régional de l'OMS pour l'Europe. Une autre réunion privée a été organisée par la suite afin de désigner des membres du Comité exécutif et pour élire des membres du CPR, du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et du CEES.

Directeur régional de l'Europe

Dans la résolution EUR/RC54/R2, le Comité régional a demandé au directeur général de proposer, au Conseil exécutif, la reconduction du mandat du docteur Marc Danzon au poste de directeur régional de l'OMS pour l'Europe à partir du 1^{er} février 2005.

Le directeur régional a cordialement remercié tous les représentants pour le vote de confiance qui lui a été accordé et, par son intermédiaire, à l'ensemble du personnel du Bureau régional. S'adressant au nom des États membres de l'UE et des pays candidats, un représentant a félicité le directeur régional pour sa désignation, et espéré que les demandes et les besoins des pays continueraient d'être les principes directeurs de son second mandat. Il a été demandé au directeur régional de définir, lors de son second mandat, une vision stratégique à long terme sur le rôle et la position du Bureau régional de l'Europe ; afin d'atteindre cette vision, il a été proposé de créer un groupe de travail relevant probablement du Comité permanent. Le président a fait remarquer que d'autres délégations auraient l'occasion de féliciter le directeur régional au cours de la réception prévue dans la soirée.

Conseil exécutif

Le Comité a décidé par consensus que l'Azerbaïdjan et le Portugal présenteraient leur candidature à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2005 pour une élection ultérieure au Conseil exécutif.

Comité permanent du Comité régional

Le Comité a élu par consensus l'Estonie, la Hongrie et le Royaume-Uni pour des mandats au CPR d'une durée de trois ans, de septembre 2004 à septembre 2007.

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

En vertu de l'alinéa 2.2.2 du protocole d'accord relatif au Programme spécial, le Comité a sélectionné par consensus la Grèce pour un mandat au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales d'une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2005.

Comité européen de l'environnement et de la santé

Le Comité a sélectionné par consensus l'Arménie, la Bulgarie, la Fédération de Russie, la France et la Norvège pour un mandat au CEES jusqu'à l'évaluation à mi-parcours de 2007.

Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2005 et 2006

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC54/R7, confirmant que sa cinquante-cinquième session aurait lieu à Bucarest (Roumanie), du 12 au 15 septembre 2005, et décidant que sa cinquante-sixième session se tiendrait au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à Copenhague, du 11 au 14 septembre 2006.

Le représentant de la Roumanie, au nom du ministère de la Santé, a déclaré que son pays acceptait l'honneur et la responsabilité d'accueillir le Comité régional afin de montrer son engagement envers les travaux du Bureau régional. À cette occasion, les activités des États membres, du Bureau régional et des autres parties prenantes en vue de la réalisation de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS seraient mises en évidence.

Résolutions

EUR/RC54/R1

Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2002–2003

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2002–2003 (document EUR/RC54/6) et le document d'information connexe sur la mise en œuvre du budget programme 2002–2003 (document EUR/RC54/Inf.Doc./1) ;

1. REMERCIE le directeur régional pour son rapport ;
2. EXPRIME sa satisfaction devant les travaux accomplis par le Bureau régional au cours de la période biennale 2002–2003 ;
3. DEMANDE au directeur régional de prendre en considération les suggestions formulées au cours du débat tenu à la cinquante-quatrième session et de s'en inspirer pour élaborer les programmes de l'Organisation et mettre en œuvre les activités du Bureau régional.

EUR/RC54/R2

Désignation du directeur régional pour l'Europe

Le Comité régional,

En vertu de l'article 52 de la Constitution de l'OMS ; et

Conformément à l'article 47 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Europe,

1. DÉSIGNE le docteur Marc Danzon au poste de directeur régional pour l'Europe ; et
2. PRIE le directeur général de proposer au Conseil exécutif la nomination du docteur Marc Danzon à compter du 1^{er} février 2005.

EUR/RC54/R3

Environnement et santé

Le Comité régional,

Soulignant qu'un degré élevé de priorité doit être accordé à l'obtention d'un environnement propice à la santé pour tous, en particulier les enfants, dans la Région européenne ;

Se félicitant des progrès accomplis vers ce but au cours des quinze années écoulées grâce à l'initiative Environnement et santé, soutenue par les activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES) ;

Convaincu que l'initiative Environnement et santé continuera à fournir d'importantes contributions à la santé de la population de la Région européenne au cours du XXI^e siècle ;

1. SOUSCRIT aux décisions de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, tenue à Budapest en juin 2004, telles qu'elles figurent dans la déclaration de la conférence (Déclaration de Budapest) et le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe, et DEMANDE qu'une attention particulière soit accordée à la mise en place d'un système d'information harmonisé sur l'environnement et la santé, ainsi qu'à l'élaboration de politiques qui protégeront davantage la santé publique contre les effets des grands dangers liés à l'environnement, tels que ceux qui résultent des changements climatiques, du logement et des substances chimiques ;
2. RECONNAÎT la nécessité de mettre en place des mécanismes efficaces pour coordonner l'assistance technique et financière aux nouveaux États indépendants et aux pays de l'Europe du Sud-Est, en vue de stimuler des réformes législatives et institutionnelles, de renforcer les capacités de ces pays et de réduire efficacement les expositions aux dangers environnementaux ;
3. PREND NOTE des engagements énoncés dans le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe et RECOMMANDE :
 - a. que des actions relatives aux enfants soient incorporées dans les plans nationaux en cours tels que les plans d'action nationaux pour l'environnement et la santé avant la première réunion préparatoire intergouvernementale en vue de la Cinquième Conférence ministérielle, qui devra se tenir d'ici à la fin 2007 ;
 - b. que des ressources politiques, techniques et financières soient obtenues, de façon à stimuler la mise en œuvre du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe au niveau sous-régional dans les pays et dans l'ensemble de la Région ;
4. ACCEPTE de constituer à nouveau le Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES) pour une période allant jusqu'à la Cinquième Conférence ministérielle qui aura lieu en Italie en 2009 et d'élargir sa composition conformément aux recommandations formulées et au nouveau mandat convenu lors de la Conférence de Budapest ;
5. INVITE le nouveau comité à continuer de faciliter et de promouvoir les actions énoncées dans la Déclaration de Budapest, en attirant notamment l'attention sur la nécessité :
 - a. d'assurer l'échange et la diffusion d'informations et la coordination des actions requises pour mettre en œuvre la Déclaration de Budapest et le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe dans les pays, les organisations internationales et la société civile ;
 - b. de travailler avec toutes les parties prenantes concernées et en particulier les pays de la Région européenne, afin d'assurer la communication d'informations sur la mise en œuvre des actions décidées par la Quatrième Conférence ministérielle à Budapest ;
 - c. de poursuivre l'initiative Environnement et santé en Europe en facilitant et en favorisant des partenariats avec les parties prenantes dans tous les secteurs appropriés et en assurant une coopération et une coordination avec des organisations associées telles que la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies (CEE-ONU) et d'autres initiatives, ainsi qu'en coopérant étroitement avec l'Union européenne (UE) pour garantir une coordination totale entre les actions prévues dans la Stratégie sur l'environnement et la santé de l'UE, et les engagements pris par les États membres à Budapest ;
 - d. de faire rapport annuellement au Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur les réalisations et les domaines dans lesquels des efforts plus importants sont nécessaires, ainsi que sur les activités, le plan de travail et les besoins financiers du CEES ;

- e. d'organiser, avec le concours du secrétariat du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, la première réunion préparatoire intergouvernementale d'ici à la fin 2007, pour un examen à mi-parcours ;
 - f. de communiquer à tous les États membres, par le biais du Comité régional de l'OMS pour l'Europe et du Comité des politiques de l'environnement de la CEE-ONU, d'ici 2007, une proposition détaillée d'ordre du jour de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui aura lieu en Italie en 2009 ;
6. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres de participer au soutien financier nécessaire des activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe concernant l'environnement et la santé, et en particulier du Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS ;
7. PRIE le directeur régional de continuer à soutenir la mise en œuvre des décisions prises lors des conférences précédentes et, en particulier, du Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux et de la Charte sur les transports, l'environnement et la santé établie par le Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement de l'OMS et de la CEE-ONU ;
8. PRIE le directeur régional de continuer à diriger l'initiative Environnement et santé dans la Région européenne en poursuivant la promotion des activités du Bureau régional et des bureaux de pays dans les domaines énumérés ci-après, compte tenu en particulier de groupes de la population vulnérables tels que les enfants :
- soutenir une mise en œuvre efficace des décisions prises à Budapest et les demandes formulées par les États membres concernant des actions dans les domaines qui y sont mentionnés ;
 - continuer de se préoccuper des liens entre la santé et l'environnement, et d'évaluer les impacts sur la santé ;
 - suivre les tendances, mener des travaux de recherche et élaborer des scénarios concernant les expositions, les effets sanitaires, l'action menée et les mesures nécessaires ;
 - élaborer des normes, des principes directeurs et des outils d'évaluation des risques fondés sur des bases factuelles en vue de leur utilisation à tous les niveaux appropriés, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la charge représentée par les maladies liées à l'environnement pour les systèmes de santé ;
 - recenser des techniques appropriées de gestion des risques, notamment celles qui portent sur la communication relative aux risques et la perception des risques, en recueillant, en analysant et en interprétant des études de cas et en définissant des pratiques optimales ;
 - soutenir l'accomplissement de travaux complémentaires sur la prise de décision en matière de santé en cas d'incertitude scientifique et l'application du principe de précaution ;
 - soutenir le renforcement des capacités aux niveaux technique et de l'élaboration des politiques pour faciliter les actions et les interventions des États membres, telles que l'initiative, prise par la Communauté des États indépendants et un certain nombre de pays de l'Europe du Sud-Est, concernant la réforme et le renforcement de la capacité des services sanitaires ou de surveillance épidémiologique, et le renforcement des systèmes de santé publique ;
 - soutenir le renforcement des capacités aux niveaux technique et de l'élaboration des politiques pour faciliter les actions des États membres relatives à la mise en place de mécanismes pratiques et institutionnels pour une mise en œuvre efficace qui réponde aux prescriptions législatives concernant les évaluations d'impact sur la santé énoncées par le Protocole sur l'évaluation stratégique de l'environnement à la Convention sur l'évaluation d'impact environnemental dans un contexte transfrontière ;
 - préconiser l'inclusion de considérations relatives à l'environnement et à la santé dans les politiques et les actions d'autres secteurs ;

- promouvoir une préparation efficace aux situations d'urgence et une capacité de réaction concernant les menaces nouvelles et refaisant leur apparition dans le domaine de l'hygiène de l'environnement, telles que celles liées aux événements météorologiques extrêmes.

EUR/RC54/R4

Lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA51.18 et WHA53.17 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, ainsi que les résolutions WHA55.23 et WHA57.17 concernant la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et les résolutions récentes sur la promotion de la santé (WHA57.16), la sécurité routière (WHA57.10), la santé génésique (WHA57.12), la mise en œuvre des recommandations du Rapport mondial sur la violence et la santé (WHA56.24), la Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins primaires : vingt-cinquième anniversaire (WHA56.6), la santé mentale (WHA55.10), et la santé des enfants et des adolescents (WHA56.21), et conscient des initiatives soutenues par le Conseil exécutif dans des documents sur le cancer : prévention et lutte (EB114.R2 et EB114/3) et l'incapacité, prévention, traitement et réadaptation compris (EB114.R3 et EB114/4) ;

Conscient de la charge de morbidité et des souffrances considérables imposées à l'Europe par des maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et la maladie mentale et les incapacités, et de la nécessité d'une action qui tienne compte de la spécificité et de la diversité de la Région européenne ;

Préoccupé par les conséquences économiques de cette charge, les inégalités de santé croissantes entre pays et dans les pays, et la menace qui en résulte pour la santé et la prospérité futures de la Région ;

Conscient que les principales maladies non transmissibles sont liées à des facteurs de risque communs susceptibles d'être prévenus tels que le tabagisme, l'alcoolisme, le surpoids et le manque d'activité physique, et que ces derniers ont des déterminants économiques, sociaux, liés au sexe, politiques, comportementaux et environnementaux, la pauvreté, l'exclusion sociale et le manque d'équité étant d'importants déterminants de la répartition des maladies non transmissibles dans nos populations ;

Comprenant qu'une démarche intégrée englobant tous les éléments de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, de la réadaptation et de l'action en matière de soins de santé est nécessaire pour combattre ces maladies, tous les secteurs, en particulier le système de santé, ayant un rôle à jouer ;

Reconnaissant les travaux considérables déjà accomplis dans la Région européenne en matière de prévention des maladies non transmissibles et de lutte contre celles-ci, ainsi que les engagements existants des États membres concernant l'alcool (exprimé dans les résolutions EUR/RC49/R8 et EUR/RC51/R4), le tabac (résolutions EUR/RC52/R12 et WHA56.1), l'environnement (résolution EUR/RC49/R4), l'alimentation et la nutrition (résolution EUR/RC50/R8), l'activité physique (résolution WHA57.17), et la santé mentale (résolution EUR/RC53/R4), et l'expérience acquise grâce au programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) ;

Ayant examiné le document relatif à une stratégie européenne sur les maladies non transmissibles (document EUR/RC54/8) ;

1. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres d'accorder un degré élevé de priorité à une action contre les maladies non transmissibles, y compris des environnements favorables à la tenue des

engagements existants et à l'élaboration de politiques qui constituent des cadres pluridisciplinaires et intersectoriels pour des démarches d'ensemble aux niveaux appropriés des pays ;

2. PRIE le directeur régional :

a. de poursuivre le processus d'élaboration d'une stratégie européenne globale et centrée sur l'action sur les maladies non transmissibles, en particulier sur la base d'indicateurs communs de morbidité, fortement axée sur la mise en œuvre, en collaboration avec les États membres, les organismes intergouvernementaux, les organisations non gouvernementales et d'autres partenaires appropriés y compris les entreprises, en tant que partie intégrante de politique cadre de la SANTE 21 actualisée, et de la présenter au Comité régional à sa cinquante-sixième session ;

b. de faire en sorte que les résultats des conférences ministérielles sur l'environnement et la santé (Budapest, 23–25 juin 2004), sur la santé mentale en Europe (Helsinki, 12–15 janvier 2005) et sur l'alimentation et la nutrition en 2006, ainsi que les travaux en cours dans le cadre de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac et du Plan d'action européen contre l'alcoolisme et la future stratégie pour la santé des enfants et des adolescents soient pleinement pris en compte au cours de ce processus.

EUR/RC54/R5

Projet de budget programme pour 2006–2007

Le Comité régional,

Ayant examiné le projet de budget programme pour l'exercice biennal 2006–2007 (documents EUR/RC54/11 et EUR/RC54/11 Add.1) et pris note des observations formulées à cet égard par le Comité permanent du Comité régional (CPCR) et le Comité régional ;

Se félicitant des efforts constants accomplis dans l'ensemble de l'Organisation pour présenter une politique plus ciblée et un cadre stratégique mondial unique, conformément à la notion d'« une seule OMS » ;

Notant que les propositions budgétaires sont conformes à la résolution EUR/RC47/R9, qui priait le directeur régional d'établir le point de vue régional sur le budget programme conformément aux principes appliqués pour la présentation du budget programme mondial, tout en tenant compte des priorités exclusivement régionales ;

Notant également que les propositions budgétaires actuelles sont toujours considérées comme préliminaires, étant donné que l'article 34 de la Constitution de l'OMS dispose que le directeur général doit soumettre la proposition budgétaire finale de l'Organisation au Conseil exécutif ;

1. PRIE le directeur régional de communiquer au directeur général les opinions, observations et suggestions formulées par le Comité régional au sujet du document relatif au projet de budget programme, afin qu'elles soient prises en compte lors de la finalisation et de la mise en œuvre du budget programme ;

2. SOUSCRIT aux orientations stratégiques énoncées dans le document intitulé « Projet de budget programme 2006–2007 : le point de vue de la Région européenne de l'OMS » (EUR/RC54/11 Add.1) et prend note du projet de budget pour 2006–2007 qui figure dans le document EUR/RC54/11, lequel doit être financé aux moyens de fonds du budget ordinaire et de fonds d'autres sources, dans la mesure où ces derniers seront disponibles.

EUR/RC54/R6**Stratégie du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
au regard des bureaux géographiquement dispersés**

Le Comité régional,

Rappelant les débats de sa cinquante-troisième session relatifs aux orientations stratégiques des activités menées par le Bureau régional en collaboration avec les bureaux géographiquement dispersés ;

Tenant compte des activités accomplies par le groupe de travail mis en place par le directeur régional aux fins de l'examen de cette question ;

Ayant examiné la *Stratégie du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe au regard des bureaux géographiquement dispersés* (document EUR/RC54/9) ;

1. ADOPTE la stratégie définie dans le document EUR/RC54/9 ;
2. PRIE le directeur régional :
 - a. de donner les suites voulues aux propositions et aux conclusions présentées dans ce document, et en particulier de veiller à ce que les bureaux géographiquement dispersés fassent partie intégrante du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ;
 - b. de consulter le Comité régional lorsque l'on planifie la création ou la fermeture d'un bureau géographiquement dispersé ;
 - c. de rendre compte régulièrement des activités des bureaux géographiquement dispersés dans son rapport au Comité régional.

EUR/RC54/R7**Dates et lieux des sessions ordinaires
du Comité régional en 2005 et 2006**

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution EUR/RC53/R8 adoptée à sa cinquante-troisième session ;

Remerciant le gouvernement roumain de son engagement à accueillir la cinquante-cinquième session du Comité régional, tel que confirmé au directeur régional dans la lettre du ministre roumain de la Santé datée du 20 novembre 2003 et réitéré dans la lettre du 22 décembre 2003 ;

1. DÉCIDE que la cinquante-cinquième session aura lieu à Bucarest (Roumanie) du 12 au 15 septembre 2005 ;
2. DÉCIDE que la cinquante-sixième session aura lieu à Copenhague du 11 au 14 septembre 2006.

EUR/RC54/R8**Rapport du onzième Comité permanent du Comité régional**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du onzième Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC54/4 et EUR/RC54/4 Add.1) ;

1. REMERCIE le président et les membres du Comité permanent pour leur travail au nom du Comité régional ;
2. INVITE le Comité permanent à poursuivre ses travaux sur la base des discussions tenues et des résolutions adoptées par le Comité régional à sa cinquante-quatrième session ;
3. PRIE le directeur régional de donner les suites voulues aux conclusions et aux propositions figurant dans le rapport du Comité permanent, en tenant pleinement compte des propositions et suggestions émises par le Comité régional à sa cinquante-quatrième session, telles qu'elles ont été consignées dans le rapport sur la session.

*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. Allocution du directeur général**
- 3. Allocution du directeur régional, y compris rapport sur les activités du Bureau régional en 2002–2003**
- 4. Rapport du onzième Comité permanent du Comité régional**
- 5. Questions soulevées par les résolutions et les décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif**
- 6. Séance privée : désignation d'un candidat au poste de directeur régional de l'Europe**
- 7. Mesures prises à la suite des sessions précédentes du Comité régional**
- 8. Questions de politique et questions techniques**
 - a. La stratégie européenne sur les maladies non transmissibles
 - b. Projet de budget programme pour 2006–2007
 - c. Stratégie concernant les bureaux géographiquement dispersés du Bureau régional
 - d. Environnement et santé : suites données à la Quatrième Conférence ministérielle (Budapest, 23–25 juin 2004)
- 9. Séance privée : élections et désignations à des organes et comités de l'OMS**
 - 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. Élection de cinq membres du Comité européen de l'environnement et de la santé
- 10. Dates et lieux des sessions du Comité régional de 2005 et 2006**
- 11. Questions diverses**
- 12. Adoption du rapport et clôture de la cinquante-quatrième session**

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

EUR/RC54/1 Rev.1	Liste des documents
EUR/RC54/2 Rev.1	Ordre du jour provisoire
EUR/RC54/3 Rev.1	Programme provisoire
EUR/RC54/4	Rapport du onzième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC54/4 Add.1	Compte rendu de la cinquième session du onzième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC54/5	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC54/5 Add.1	Composition d'organes et de comités de l'OMS – Comité européen de l'environnement et de la santé
EUR/RC54/5 Corr.1	Composition d'organes et de comités de l'OMS – Conseil exécutif
EUR/RC54/6	Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2002 et 2003
EUR/RC54/7	Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
EUR/RC54/8	La stratégie européenne sur les maladies non transmissibles
EUR/RC54/9	Stratégie du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe au regard des bureaux géographiquement dispersés
EUR/RC54/10	La Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, 23–25 juin 2004)
EUR/RC54/11	Projet de budget programme pour 2006–2007
EUR/RC54/11 Add.1	Projet de budget programme 2006–2007 : le point de vue de la Région européenne de l'OMS
EUR/RC54/12	Action menée dans le prolongement des sessions précédentes du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

Documents d'information

EUR/RC54/Inf.Doc./1	Rapport du directeur régional sur la mise en œuvre du budget programme 2002–2003
EUR/RC54/Inf.Doc./2	Mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau régional
EUR/RC54/Inf.Doc./2 Corr.1	Mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau régional (Turquie)
EUR/RC54/Inf.Doc./2 Corr.2	Mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau régional (Arménie)
EUR/RC54/Inf.Doc./3	Partenariats pour la santé : collaboration avec le système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales
EUR/RC54/Inf.Doc./4	Propositions de budget programme pour 2006–2007 – Aperçu général provisoire des besoins au niveau mondial

Documents de référence

EUR/RC54/BD/1	Amplifier l'action contre le VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS – Mise en œuvre de la résolution EUR/R52/R9
RC/2004/1 (HQ)	Onzième programme général de travail, 2006–2015

*Annexe 3***Liste des représentants et des 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 de
l'épidémiologie, Ministère des Affaires sociales du Land de Hesse

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

Dr Michael Adelhart
Coordinateur, Initiatives de soutien, Section 43, Agence allemande de
coopération technique (GTZ)

Dr Michael Siegert
Coordinateur, Questions de santé, Section 312, Programmes des minorités
nationales en Europe orientale et en Asie centrale, Agence allemande de
coopération technique (GTZ)

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

Andorre*Représentants*

Mme Mònica Codina Tort
Ministre de la Santé et du Bien-être

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

Conseiller

Mme Carmen Pallarès Papaseit
Ministère de la Santé et du Bien-être

Arménie*Représentants*

Dr Norayr Davidyan
Ministre de la Santé

Professeur Ara Babloyan
Directeur général, Centre médical, Institut commun Arabkir de santé de
l'enfant et de l'adolescent

Autriche*Représentants*

Dr Hubert Hrabcik
Directeur général 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

Azerbaïdjan*Représentants*

Professeur Ali 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

M. Michel Lastschenko
Ambassadeur de Belgique au Danemark

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

Suppléants

Mme Leen Meulenbergs
Coordinateur, Relations internationales, Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Mme Machteld Wauters
Relations internationales, Département de la santé, Ministère de la Communauté flamande

Bosnie-Herzégovine

Représentant

M. Zoran Tešanović
Vice-ministre des Affaires civiles, Fédération de Bosnie-Herzégovine

Suppléants

Dr Martin Kvaternik
Ministre de la Santé, République Srpska

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

Conseillers

Mme Šerifa Godinjak
Chef, Division de la santé, Département de la protection sociale et des retraites de vieillesse et d'invalidité, Ministère des Affaires civiles de Bosnie-Herzégovine

M. Nudžeim Rečica
Ambassadeur de la Bosnie-Herzégovine au Danemark

M. Ante Nevistic
Conseiller, Ambassade de Bosnie-Herzégovine au Danemark

Bulgarie

Représentants

M. Slavcho Bogoev
Ministre de la Santé

M. Branimir Mladenov
Chef, Département des organisations humanitaires internationales, Ministère des Affaires étrangères

Suppléant Mme Valeria Ivanova
Chef, Cabinet du ministre, Ministère de la Santé

Croatie

Représentants Professeur Velimir Božikov
Secrétaire d'État, Ministère de la Santé et de la Protection sociale

M. Claude Grbeša
Chef, Département de la coopération internationale, Ministère de la Santé et de la Protection sociale

Suppléant Mme Ana-Marija Besker
Ambassadeur de la République de Croatie au Danemark

Conseiller Professeur Marija Strnad Pesikan
Directeur adjoint, Institut de santé publique de Croatie

Chypre

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

Dr Androula Agrotou
Directeur général de la santé, Services de médecine et de santé publique,
Ministère de la Santé

Danemark

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

Suppléants M. Ib Valsborg
Secrétaire permanent, Ministère de l'Intérieur et de la Santé

M. Mogens Jørgensen
Chef de division, Ministère de l'Intérieur et de la Santé

Conseillers Dr Else Smith
Chef de division, Direction nationale de la santé

Dr Lis Keiding
Conseiller technique, Centre de promotion de la santé et de prévention,
Direction nationale de la santé

Mme Marianne Kristensen
Conseiller principal, Direction nationale de la santé

Mme Karen Worm
Chef de section, Ministère de l'Intérieur et de la Santé

Mme Kirsten Geelan
Chef de division, Ministère des Affaires étrangères

Espagne

Représentant Dr Manuel Oñorbe
Directeur général de la santé publique, Ministère de la Santé et de la
Protection des consommateurs

Suppléant M. José Perez
Directeur général adjoint des relations internationales, Ministère de la Santé et
de la Protection des consommateurs

Conseillers Mme Isabel Sáiz Martínez-Acitores
Ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

M. Juan M. López-Nadal
Chargé d'affaires, Ambassade d'Espagne au Danemark

Estonie

Représentants M. Külvar Mand
Vice-ministre des Affaires sociales

Mme Katrin Saluvere
Secrétaire générale adjointe pour la politique sanitaire, Ministère des Affaires
sociales

Ex-République yougoslave de Macédoine

Représentants Dr Rexhep Selmani
Ministre de la Santé

Mme Snezana Cicevalieva
Chef, Division de l'intégration européenne et de la coopération internationale,
Ministère de la Santé

Fédération de Russie

Représentant Dr Anatoly V. Pavlov
Directeur adjoint, Département des affaires juridiques et internationales,
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

Conseillers M. Denis V. Piminov
Troisième secrétaire, Département des organisations internationales, Ministère des Affaires étrangères

Dr Sergei M. Furgal
Conseiller, Service fédéral pour la protection des droits du consommateur et le bien-être, Ministère de la Santé et des Affaires sociales

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 Risto Pomoell
Conseiller technique, Département de la santé, Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Dr Eero Lahtinen
Conseiller ministériel, Département de la santé, Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Dr Marjukka Vallimies-Patomäki
Conseiller principal, Département de la santé, Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Dr Marjaana Pelkonen
Chef, Centre collaborateur de l’OMS pour les soins infirmiers, Insitut de recherche en soins infirmiers

Mme Salla Sammalkivi
Conseiller, Ministère des Affaires étrangères

Conseillers Dr Jarrko Eskola
Conseiller, Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Professeur Vappu Taipale
Directeur général, Centre national de recherche-développement pour la protection sociale et la santé

France

Représentant Professeur William Dab
Directeur général de la santé

Suppléants

Dr Jean-Baptiste Brunet
Directeur, Relations européennes et internationales, Direction générale de la santé, Ministère de la Santé et de la Protection sociale

M. Alain Lefebvre
Conseiller aux affaires sociales pour les pays nordiques, Délégation des affaires européennes et sociales, Ministère de la Santé et de la Protection sociale

Conseillers

M. Guillaume Delvallée
Ministère des Affaires étrangères

Mme Isabelle Virem
Conseiller, Relations européennes et internationales, Direction générale de la santé, Ministère de la Santé et de la Protection sociale

Mme Estelle Sicard
Chargée de mission, Délégation aux affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et de la Protection sociale

M. Luc A. de Williencourt
Conseiller principal, Ambassade de France au Danemark

Géorgie*Représentant*

Professeur Vladimir Chipashvili
Ministre du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

Grèce*Représentants*

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

Mme Filomila Raidou
Directeur, Division des relations internationales, Ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Conseillers

Professeur George Christodoulou
Président, Association hellénique de psychiatrie

M. Georgios Iliopoulos
Premier conseiller, Ambassade de Grèce au Danemark

Dr Nikolaos Vakalis
Professeur, École nationale de santé publique

Hongrie*Représentants*

Mme Zsuzsanna Jakab
Secrétaire d'État permanent, Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille

Mme Katalin Novák
Sous-secrétaire d'État adjoint, Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille

Suppléants

Dr Zoltán Vokó
Chef, Division de l'épidémiologie, Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille

Dr Marianna Szatmári
Conseiller, Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille

Irlande*Représentants*

Dr James Kiely
Directeur général de la santé, Département de la Santé et de l'Enfance

Mme Mary Aylward
Administrateur principal adjoint, Division internationale, Département de la Santé et de l'Enfance

Suppléants

Mme Alison Keogh
Délégué aux questions pour la jeunesse

M. Jack Evans
Délégué aux questions pour la jeunesse

Islande*Représentants*

M. David Á. Gunnarsson
Secrétaire permanent, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

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

Suppléants

M. Ingimar Einarsson
Directeur, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

M. Helgi Mar Arthursson
Responsable de l'information, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Mme Vilborg Ingolfssdottir
Responsable nationale des soins infirmiers, Direction de la santé

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 générale des relations avec l'Union européenne et internationales, Ministère de la Santé

Dr Emanuele Scafato
Spécialiste scientifique, Centre d'épidémiologie, de surveillance et de promotion de la santé, Institut supérieur de santé

Suppléant

Mme Letizia Leonardo
Attachée économique, Ambassade d'Italie au Danemark

Kazakhstan

Représentant

Professeur Aikan Akanov
Premier vice-ministre de la Santé

Kirghizistan

Représentant

Professeur Mitalip Mamytovich Mamytov
Ministre de la Santé

Lettonie

Représentants

M. Rinalds Mucinš
Ministre de la Santé

Mme Liga Šerna
Directeur, Département de la planification stratégique, Ministère de la Santé

Lituanie*Représentants*

Dr Juozas Olekas
Ministre de la Santé

Mme Romalda Baranauskiene
Sous-secrétaire, Ministère de la Santé

Suppléants

Professeur Vilius Grabauskas
Chancelier, Université de médecine de Kaunas

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

Luxembourg*Représentants*

Dr Danielle Hansen-Koenig
Directeur de la santé

Mme Aline Schleder-Leuck
Conseiller de direction 1^{re} classe, Ministère de la Santé

Malte*Représentants*

M. Carmel J. Aquilina
Ambassadeur de Malte au Danemark

Dr Ray Busuttil
Directeur général de la santé, Ministère de la Santé, des Personnes âgées et des
Soins de proximité

Suppléants

Dr Karen Vincenti
Conseiller pour la santé publique, Ministère de la Santé, des Personnes âgées
et des Soins de proximité

Mme Karen Demicoli
Coordinateur des questions de politique, Ministère de la Santé, des Personnes
âgées et des Soins de proximité

M. Stephen Borg
Conseiller, Ambassade de Malte au Danemark

Monaco*Représentants*

Dr Anne Nègre
Directeur, 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

Représentants

Dr Bjørn-Inge Larsen
Directeur général, Direction des affaires sanitaires et sociales

M. Toril Roscher-Nielsen
Directeur général, Ministère de la Santé

Suppléants

M. Sveinung Røren
Directeur général adjoint, Ministère de la Santé

Dr Tharald Hetland
Conseiller principal, Ministère de la Santé

Mme Eldrid Røine
Conseiller, Ministère de la Santé

M. Dag Rekve
Conseiller principal, Ministère des Affaires sociales

M. Jens Guslund
Directeur, Direction des Affaires sanitaires et sociales

M. Stein Inge Nesvåg
Conseiller, Ministère des Affaires étrangères

Mme Turid Kongsvik
Conseiller, Mission permanente de la Norvège auprès de l'Office des Nations
Unies et des autres organisations internationales à Genève

Ouzbékistan

Représentant

Professeur Feruz Nazirov
Ministre de la Santé

Conseillers

Dr Abdunumon Sidikov
Chef, Département de la coopération internationale, Ministère de la Santé

M. Tajbai Buranov
Chef, Autorité de santé de la région de Syrdarya

Pays-Bas

<i>Représentants</i>	M. Hans de Goeij Directeur général, Ministère de la Santé, des Affaires sociales et des Sports
	Mme Annemiek van Bolhuis Directeur, Division des affaires internationales, Ministère de la Santé, des Affaires sociales et des Sports
<i>Suppléant</i>	M. Lejo van der Heiden Coordonnateur, Unité globale, Affaires internationales, Ministère de la Santé, des Affaires sociales et des Sports
<i>Conseillers</i>	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. Paul Groenewegen Conseiller de direction principal, Division des affaires internationales, Ministère de la Santé, des Affaires sociales et des Sports

Pologne

<i>Représentants</i>	Dr Roman Danielewicz Directeur par intérim, Département de la science et de l'enseignement supérieur, Ministère de la Santé
	Mme Barbara Bitner Directeur par intérim, Département de l'intégration européenne et des relations internationales, Ministère de la Santé

Portugal

<i>Représentant</i>	Professeur José Pereira Miguel Directeur général et Haut commissaire à la santé, Ministère de la Santé
<i>Suppléants</i>	M. José Sousa Fialho Conseiller, Mission permanente du Portugal auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève
	Dr Maria José Laranjeiro Conseiller technique, Ministère de la Santé

République de Moldova

<i>Représentant</i>	Dr Larisa Catrinici Vice-ministre de la Santé
---------------------	--

République tchèque

Représentants

Dr Michael Vít
Vice-ministre de la Santé

Mme Marie Košťálová
Ambassadeur de la République tchèque au Danemark

Suppléants

Professeur Bohumil Fišer
Chef, Institut de physiologie, Université Masaryk

M. Ondrej Veselský
Chef par intérim, Département des relations internationales, Ministère de la Santé

Mrs Jarmila Pexová
Secrétaire, Département des relations internationales, Ministère de la Santé

Roumanie

Représentants

Dr Alexandru Rafila
Directeur général, Département de la santé publique et de l'inspection sanitaire d'État, Ministère de la Santé

Dr Radu Constantiniu
Conseiller auprès du ministère de la Santé

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

Représentant

Sir Liam Donaldson
Directeur général de la santé, Département de la Santé

Suppléants

Dr David Harper
Directeur de la Division de la protection de la santé, des relations sanitaires internationales et de la recherche, Département de la santé

M. Nick Boyd
Chef, Division des affaires internationales, Département de la santé

M. Anthony Kingham
Chef, Affaires internationales de santé publique, Département de la santé

Professeur Peter Donnelly
Directeur général adjoint de la santé, Département de la santé

Conseiller

Mme Lorna Demming
Administratrice aux relations commerciales internationales, Département de la santé

Secrétaire Mme Siobhan Jones
Secrétaire particulier adjoint du directeur général de la santé, Département de la Santé

Saint-Marin

Représentants Dr Massimo Roberto Rossini
Ministre de la Santé, de la Protection sociale, du Bien-être, des Affaires sociales et de l'Équité

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

Suppléant Mme Simona Zonzini
Ministère de la Santé, de la Protection sociale, du Bien-être, des Affaires sociales et de l'Équité

Serbie-et-Monténégro

Représentant Professeur Tomica Milosavljević
Ministre de la Santé de la République de Serbie

Suppléants M. Vladimir Radulović
Ambassadeur de Serbie-et-Monténégro au Danemark

Dr Nevena Karanović
Vice-ministre de la Santé de la République de Serbie

Conseiller Mme Marina Jovičević
Premier secrétaire, Ambassade de Serbie-et-Monténégro au Danemark

Slovaquie

Représentants Dr Rudolf Zajac
Ministre de la Santé

Dr Svätopluk Hlavačka
Ministère de la Santé

Suppléants Dr Klára Frečerová
Ministère de la Santé

Mme Zuzana Červená
Ministère de la Santé

Slovénie

<i>Représentants</i>	Professeur Dušan Keber Ministre de la Santé
	M. Rudolf Gabrovec Ambassadeur de la République de Slovénie au Danemark
<i>Conseillers</i>	Mme Natalija Raišp Conseiller, Ambassade de la République de Slovénie au Danemark
	Dr Jožica Maučec Zakotnik Secrétaire d'État, Ministère de la Santé

Suède

<i>Représentants</i>	Mme Kerstin Wigzell Directeur général, Ministère de la Santé et des Affaires sociales
	Mme Harriet Pedersen Première secrétaire, Mission permanente de la Suède auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève
<i>Suppléants</i>	Mme Karin Nilsson Kelly Administrateur, Ministère de la Santé et des Affaires sociales
	Mme Birgitta Schmidt Directeur administratif, Direction nationale de la santé et des affaires sociales
	M. Bo Pettersson Directeur général adjoint, Institut national de santé publique
	Dr Ann Gardulf Chef de division, Hôpital universitaire de Karolinska
	Mme Ulrika Hertel Administrateur, Agence suédoise de coopération pour le développement international

Suisse

<i>Représentants</i>	Professeur Thomas Zeltner Directeur, Office fédéral de la santé publique
	Franz Wyss Secrétaire principal, Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé publique
<i>Suppléants</i>	Dr Gaudenz Silberschmidt Chef, Relations internationales, Office fédéral de la santé publique

Giancarlo Kessler
Chef, Département des organisations internationales, Office fédéral de la santé publique

Tadjikistan

Représentant Professeur Nusratullo F. Faizullaev
Ministre de la Santé

Turquie

Représentants Professeur Recep Akdağ
Ministre de la Santé

Mme Fügen Ok
Ambassadeur de la République de Turquie au Danemark

Suppléants Professeur Necdet Ünüvar
Sous-secrétaire, Ministère de la Santé

Professeur Sabahattin Aydın
Sous-secrétaire adjoint, Ministère de la Santé

Professeur Turan Aslan
Chef, Centre d'hygiène Refik Saydam, Ministère de la Santé

M. Kamuran Özden
Chef, Département des affaires étrangères, Ministère de la Santé

Dr Salih Mollahaliloğlu
Chef, École de santé publique du ministère de la Santé

Mme Sevim Tezel Aydın
Chef adjoint, Département des affaires étrangères, Ministère de la Santé

Mme Engin Asula
Conseiller, Ambassade de la République de Turquie au Danemark

M. Barkin Kayaoğlu
Troisième secrétaire, Ambassade de la République de Turquie au Danemark

Secrétaire M. Ertan Savas
Secrétaire auprès du ministre de la Santé

Ukraine

Représentant Dr Mykhailo Pasichnyk
Vice-ministre de la Santé

Suppléants

M. Yuriy Pavlov
Chargé d'affaires par interim de l'Ukraine auprès du Royaume du Danemark

Mme Zhanna Tsenilova
Chef, Département de la coopération internationale, Ministère de la Santé

Mme Iryna Dush
Administrateur principal, Département des relations internationales, Ministère de la Santé

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

Canada

M. Thomas Townsend
Conseiller, Affaires sanitaires et sociales, Mission canadienne auprès de l'Union européenne

M. Garry Aslanyan
Conseiller principal en santé, Direction générale des politiques, Agence canadienne de développement international

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. Jan Bultman
Mme Monique Mrazek

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture

Dr David Sedik

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

M. Henning Mikkelsen

V. Représentants d'autres organisations intergouvernementales

Agence européenne pour l'environnement

Professeur Jacqueline McGlade
M. David Stanners

Commission européenne

Dr Isabel de la Mata Barranco
M. Fernand Sauer
M. Bernard Merkel

Conseil de l'Europe

M. Alexander Vladychenko
Mme Vera Boltho

VI. Représentants d'organisations non gouvernementales entretenant des relations officielles avec l'OMS

Association internationale de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence et des professions associées

Dr Kari Schleimer

Association internationale des femmes médecins

Dr Vibeke Jørgensen
Dr Aggi Kjær
Dr Annemette Mygh
Dr Margit Niebuhr

Association internationale des registres du cancer

Dr Hans H. Storm

Association mondiale de psychiatrie

Professeur George Christodoulou

Association mondiale pour la réadaptation psychosociale

Professeur Edvard Hauff

Coalition internationale anti-tabac des organisations non gouvernementales

M. Cornel Radu

Commission internationale pour la médecine du travail

Professeur Otto Melchior Poulsen

Confédération mondiale pour la thérapie physique

M. Johnny Kuhr

Mme Anne Lexow

Conseil international des femmes (CIF)

Mme Nina Saxe

Conseil international des infirmières

Mme Christine Hancock

Mme Kirsten Stallknecht

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

Professeur Aldo Pinchera

Consumers International

Mme Stine Wohl Sem

Mme Beate Kettlitz

Mme Clara Meynen

Mme Irina Danada

Mme Camilla Udsen

Fédération internationale de l'industrie du médicament

M. Boris Azaïs

Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine

M. Andreas Rudkjøbing

Mme Zahra Theilgaard

Fédération internationale pharmaceutique

Mme Eeva Terasälmi

Fédération internationale pour la planification familiale

Mme Vicky Claeys

Fédération mondiale du cœur

Mme Susanne Volqvartz

Institut international des sciences de la vie

M. Nico van Belzen

Organisation mondiale des guides et des éclaireuses

Mme Estrid Stæhr Hansen

VII. Observateurs

Alliance européenne de santé publique

Mme Genon K. Jensen

Comité permanent des infirmières de l'UE

M. Paul De Raeve

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

Mme Karmen Bennett
Dr Valery Chernyavskiy
Dr Urban Weber

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

Mme Sylvia Denton
Mme Merete Thorsén

Forum EuroPharm

Mme Ida Gustafsen

Regions for Health Network

Dr Ricard Tresserras

Urbani International

Dr Peter W.S. Chang
Mme Rebecca Mosimann

*Annexe 4***Présentation du Rapport du directeur général**

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs les représentants, membres du corps diplomatique, Marc – Bonne chance aujourd'hui.

Tout d'abord, je tiens à me joindre aux nombreux témoignages d'émotion et de tristesse exprimés lors des récents événements qui ont secoué le sud de la Russie. Les crises, qu'elles soient d'origine naturelle ou humaine, exigent que nous prenions toutes les mesures possibles pour les prévenir et pour mieux nous préparer aux dégâts et aux dommages qu'elles engendrent.

En mai, juste après l'adhésion de la République tchèque et de neuf autres États à l'Union européenne, j'ai eu le privilège de rencontrer le président Vaclav Havel à Prague. Celui-ci était préoccupé par l'avancée continue des progrès technologiques de par le monde qui pourraient causer davantage de problèmes sanitaires qu'ils ne pourraient en résoudre. Il a reconnu le besoin de créer, pour reprendre son expression, une « organisation à l'échelle planétaire » comme l'OMS afin de nous aider à prévenir ce danger.

Ce qui est tout aussi important, c'est que des penseurs réalistes mais visionnaires comme M. Havel, et comme beaucoup d'autres, œuvrent maintenant dans les 52 États membres de cette Région.

Le Comité régional constitue en fait un excellent forum pour discuter de leurs inquiétudes et de leurs idées, et pour coordonner des stratégies. Si chaque pays de cette Région et de par le monde possède un potentiel sans précédent en matière de santé, nous avons besoin de nous entraider pour le réaliser. Désormais, il est temps d'en définir les grandes lignes et d'en préciser certains des aspects pratiques. Je me permets de suggérer trois principes directeurs afin d'orienter vos débats : la sécurité, l'équité et l'unité.

La sécurité sanitaire vise à protéger de la maladie et de ses causes. Nous savons tous très bien que renforcer et maintenir cette sécurité veut dire répondre aux besoins urgents et aux dangers auxquels nous sommes à présent confrontés.

Dès le tout début, l'équité a été un principe fondamental de l'OMS comme notre Constitution le stipule. Il est impératif de le réaffirmer à présent avec énergie, lorsque les effets sanitaires des disparités entre les communautés, les nations et les continents deviennent de plus en plus évidents.

L'unité est indispensable pour mener une action efficace et, dans les mois et années qui suivront, nous coopérerons plus étroitement que jamais avec nos partenaires.

Nous devons aussi faire preuve d'un réalisme absolu pour mettre ces principes en pratique. Nous devons tout d'abord nous assurer que nous disposons de suffisamment de ressources financières pour réaliser notre travail. Au cours de cette session, vous examinerez le projet de budget programme pour 2006–2007. J'aimerais attirer votre attention sur certains aspects importants de ce budget.

Premièrement, celui-ci est fondé sur notre expérience de la budgétisation basée sur les résultats et des enseignements tirés de l'évaluation des performances du budget programme pour 2003–2004. Deuxièmement, il tient compte des priorités exprimées par les États membres dans le cadre des dernières résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et a été préparé sur la base de consultations entre le Siège, les régions et les bureaux de pays. Troisièmement, il renforce et accélère le processus de décentralisation que j'avais engagé l'année dernière. Vous noterez qu'il propose une augmentation globale de 12,8 % qui sera allouée en totalité aux pays et aux régions. La Région européenne bénéficiera d'ailleurs de la plus grande augmentation proportionnelle.

Cette augmentation est assortie de mesures destinées à garantir un maximum d'efficacité dans l'utilisation des ressources. Ces mesures délèguent des responsabilités tout en exigeant les normes de transparence et d'obligation redditionnelle les plus élevées.

Les précédentes projections de croissance budgétaire ont été en adéquation grâce à la générosité de nos bailleurs de fonds, nous permettant d'atteindre les résultats auxquels nous étions attachés. Mais, les activités essentielles ne peuvent dépendre exclusivement de la générosité. Je propose, par conséquent, une augmentation de 9 % des contributions des États membres.

Cette augmentation met fin à la pratique de la croissance nominale zéro des budgets des institutions des Nations Unies, adoptée il y a quelques années et qui peu à peu a rendu l'OMS essentiellement tributaire des contributions volontaires. À présent, le budget ordinaire consistant en ces contributions ne représente que 30 % des dépenses totales de l'OMS. Si la tendance actuelle devait se poursuivre, il ne représenterait que 17 % d'ici 2015.

Un budget ordinaire important, fondé sur un système de contributions équitable, est nécessaire pour mener une politique mondiale équilibrée.

La question du budget devient pressante dans le contexte de notre Programme général de travail pour 2006 à 2015, qui définit nos activités et notre rôle en tant qu'organisation. Il doit non seulement indiquer comment atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé, mais aussi définir les orientations futures de la santé publique à l'échelle mondiale.

Le budget programme et le Programme général de travail figureront tous les deux à l'ordre du jour du Conseil exécutif lors de sa prochaine réunion en janvier. Votre participation par le biais de cette session du Comité régional sera une contribution essentielle aux recommandations émises par le Conseil exécutif qui, par la suite, seront présentées à l'Assemblée mondiale de la santé.

Pour en revenir à la question de sécurité, d'importantes épidémies continuent à menacer cette Région et le monde entier. Le Règlement sanitaire international vise à minimiser ce danger. La révision actuellement en cours a profité d'une forte participation de la part des États membres grâce aux consultations régionales. La prochaine étape consistera à convenir d'amendements au sein du groupe de travail intergouvernemental à participation non limitée qui se réunira du 1^{er} au 12 novembre au Palais des Nations à Genève.

La version préliminaire de travail sera disponible le mois prochain. Si les choses progressent au rythme actuel, le Règlement révisé pourra être adopté à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2005. La participation la plus totale possible des États membres aux discussions du groupe de travail sera notre meilleure garantie de succès.

Cette forme de coopération dans le domaine de la santé a commencé avec la Première Conférence internationale sanitaire de Paris en 1851. À cette occasion, les participants avaient défini un code sanitaire international dont le principal objectif était d'endiguer l'épidémie de choléra. Cette longue perspective historique constitue un atout précieux qui aide les pays de cette Région à apporter une contribution particulière à la préparation de ce règlement. En fin de compte, le défi est d'assurer l'application de ce règlement. Cela exigera un soutien énergique de la part des régions et des États membres avec la nécessité d'investir dans des systèmes d'alerte et d'intervention précoces.

Ces systèmes bénéficieront de l'appui du Centre des opérations de l'OMS qui a été inauguré au Siège en août. En utilisant la technologie la plus avancée, il nous permet de répondre rapidement aux signes les plus précoces d'épidémies, naturelles ou d'origine humaine, et d'autres urgences médicales en faisant circuler l'information et en coordonnant l'action nécessaire.

Récemment, nous avons vécu des ripostes précoces et efficaces aux flambées d'Ébola et à la fièvre de Lassa dans certaines régions d'Afrique ainsi qu'à la grippe aviaire dans plusieurs pays d'Asie. Les labo-

ratoires de cette région ont joué un rôle important dans les interventions contre le SRAS et la grippe aviaire. Toutefois, nous en sommes toujours au stade initial de la création d'un système mondial d'alerte aux épidémies et de riposte approprié. Ce système exigera un effort soutenu et important d'investissement. Il fait intervenir non seulement les centres d'information aux échelons national, régional et mondial, mais également nos nombreux centres collaborateurs dans les domaines pertinents de compétence. L'une des principales grandes composantes de ce système sera le Centre européen de lutte contre les maladies qui ouvrira à Stockholm l'année prochaine.

Sous peu, nous contacterons les États membres pour leur donner davantage de renseignements sur la manière d'accéder à l'information disponible par le biais de ces réseaux et de la compléter.

Les inégalités sont le principal facteur de danger dans le monde d'aujourd'hui. L'impossibilité d'avoir accès au traitement du sida et aux méthodes de prévention reste un exemple flagrant de facteur de danger et d'insécurité.

Comme nous l'avons vu à Dublin en février et à Bangkok en juillet, l'Europe est la région du monde qui connaît la croissance la plus rapide de l'épidémie de VIH/sida, et les Européens en sont parfaitement conscients. Bien que 30 pays d'Europe assurent désormais un accès universel à la thérapie antirétrovirale, 22 pays de la Région ne peuvent garantir qu'un accès partiel, voire presque inexistant. Je souhaiterais que des engagements soient pris afin que l'on puisse remédier dès que possible à cette situation.

À la Conférence de Bangkok, les méthodes de prévention et de traitement ont fait l'objet de multiples débats mais l'accord était total sur la nécessité des deux types d'intervention. Nous savons que la prévention favorise le traitement et inversement, et que les deux interventions doivent être intégrées de façon exhaustive.

Mondialement, et toutes sources confondues, près de 20 milliards de dollars ont été promis pour la prévention et la prise en charge du sida sur les cinq prochaines années. Dans le même temps, le prix des médicaments continue à baisser puisque la trithérapie la moins chère coûte 140 dollars par personne et par an. Aujourd'hui, le traitement de l'infection à VIH est financièrement à la portée d'un plus grand nombre de pays et d'un plus grand nombre de gens.

D'énormes difficultés logistiques et techniques subsistent mais il semble qu'elles cèdent peu à peu grâce aux efforts sans relâche de nos multiples partenaires qui œuvrent pour assurer le traitement de 3 millions de personnes d'ici 2005, dans les pays tout comme au plan international.

Douze pays ont maintenant fixé des cibles pour 2005 afin d'assurer le traitement de 50 % au moins des personnes qui en ont besoin. Il existe désormais des lignes directrices pour un traitement de qualité faisant appel à des régimes thérapeutiques normalisés et une surveillance clinique simplifiée. Nous avons d'autre part mis au point des systèmes de formation et de suivi pour garantir la qualité du traitement et pour associer plus étroitement les agents infirmiers et les agents communautaires aux soins et à l'accompagnement. Cinquante-six pays ont demandé l'aide technique de l'OMS, par l'intermédiaire des bureaux régionaux, en vue d'élargir l'accès au traitement. Dix de ces pays sont en Europe. Et nous les aidons très activement. Le gouvernement canadien devrait nous octroyer 100 millions de dollars canadiens ce mois-ci. Nous espérons avoir au moins 20 administrateurs en poste pour l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » avant la fin de cette année, ce qui renforcera considérablement notre efficacité sur le terrain.

L'amélioration de la capacité des ressources humaines est pour nous l'un des principaux enjeux, non seulement pour aider à assurer le traitement de l'infection à VIH mais aussi pour développer le secteur de la santé dans son ensemble. Cela veut dire qu'il faut retenir, former et déployer les agents de santé et créer de nouveaux types d'appuis au traitement, y compris aider les personnes vivant avec la maladie.

Le but que nous nous sommes fixé avec l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a suscité lui aussi maints débats. Ce qui semblait trop ambitieux pour beaucoup il y a un an est devenu aujourd'hui l'engagement ferme de nombreux pays, de nombreuses organisations et de nombreux particuliers. Il ne s'agit pas de se

demander si l'on parviendra au but. La question est la même, qu'il s'agisse de la situation d'urgence que représente le traitement du sida ou d'autres situations d'urgence : faire tout ce qui est humainement possible pour sauver des vies et atténuer le danger dans les plus brefs délais.

L'initiative a contribué à appeler l'attention du monde entier sur les mesures à prendre face à cette urgence et elle a donné l'élan nécessaire au sein de notre Organisation. Les efforts ne doivent pas se relâcher car il faut atteindre la cible fixée pour le traitement et intensifier la prévention du VIH/sida bien au-delà de décembre 2005. Je suis résolu à continuer de mobiliser toutes les ressources humaines et matérielles dont nous disposons pour vous aider dans ce domaine.

Pour ce qui est des autres campagnes, l'Europe a joué un rôle prépondérant dans les efforts d'éradication de la poliomyélite, en assurant l'éradication de cette maladie au niveau régional et en soutenant les activités menées en Afrique et en Asie. Ce soutien constant sera indispensable au cours des mois à venir.

La lutte contre la tuberculose reste l'une des principales priorités en Europe. Si certains pays ont accompli d'importants progrès en vue d'une application complète de la stratégie DOTS, d'autres accusent un retard dangereux. Il est par conséquent urgent d'amplifier cette stratégie. Autrement, les populations vulnérables seront davantage exposées au risque de tuberculose multirésistante, ainsi qu'à la coépidémie croissante de tuberculose et de VIH. Dans les deux cas, le traitement devient difficile et onéreux.

Comme le montre le cas du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose, assurer l'accès aux services de santé adéquats en cas de besoin constitue un énorme défi en soi, mais cela ne représente qu'une partie de ce qu'il faut faire pour promouvoir la Santé pour tous. La santé dépend aussi dans une grande mesure de déterminants sociaux tels que l'environnement, l'éducation et l'emploi. Comme nous l'avons vu en juin, à Budapest, à l'occasion de la Conférence sur l'environnement et la santé, l'action intersectorielle n'est pas seulement une nécessité : elle présente également un énorme potentiel pour la santé.

Savoir comment ces déterminants influent sur la santé nous permet de cibler nos activités en vue d'avoir un effet maximal. Pour recueillir et consolider les bases factuelles requises pour élaborer des politiques efficaces, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé commencera ses travaux en décembre. L'Europe a déjà joué un rôle précurseur dans ce domaine, et votre participation aux niveaux régional et national contribuera très largement aux travaux de la Commission.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, où il s'agit aussi de s'attaquer aux déterminants sociaux et économiques de la santé, va bientôt entrer en vigueur. Elle a 168 signataires, dont l'Union européenne et 40 des 52 pays de cette Région. Trente pays de par le monde sont devenus parties de la Convention. Avec la confirmation officielle de la Convention par la Communauté européenne en juin, nous espérons désormais assister à de rapides progrès. Six de ces 30 pays sont dans cette Région : la Hongrie, l'Islande, Malte, la Norvège, Saint-Marin et la Slovaquie. Je vous exhorte tous à suivre sans plus attendre leur excellent exemple. Une fois que la Convention sera ratifiée par 40 pays, elle pourra concrétiser son potentiel exceptionnel, à savoir sauver des vies humaines.

La cas du tabac a permis de mettre en exergue l'importance des négociations internationales et des initiatives intergouvernementales. La Stratégie de l'OMS sur l'alimentation et l'exercice physique n'est encore qu'à ses premiers balbutiements. Largement approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé en mai, cette stratégie aura aussi des incidences profondes sur la santé. Alors que les pays appliquent ses recommandations, la mise en commun des connaissances et l'entraide au niveau international constitueront un atout d'une importance vitale pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. L'énorme contribution de l'Europe à cet effort a été primordial et continuera de l'être, à la fois pour cette Région et pour le monde. La prévention et la lutte contre l'obésité exigeront notamment une collaboration intersectorielle innovatrice et vigoureuse.

C'est la recherche qui a permis la reconnaissance publique de ces problèmes et des méthodes visant à y remédier. Le Sommet ministériel sur la recherche en santé, qui se tiendra à Mexico en novembre, tentera d'accélérer les mêmes initiatives pour d'autres facteurs étiologiques de la maladie, en particulier ceux qui

empêchent d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Je vous conseille vivement d'assister à cette réunion. Par ailleurs, la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé se tiendra à Bangkok en août 2005. Elle aura pour thème : Politique et partenariat pour l'action. L'unité est essentielle pour parvenir à la sécurité et à l'équité dont le monde a tant besoin aujourd'hui. Dans les mois à venir, notre focalisation sur la santé maternelle et infantile offrira des occasions d'y parvenir.

De nombreuses organisations importantes ont uni leurs forces pour résoudre les problèmes existant dans ce domaine, notamment les taux élevés de mortalité. Dans un premier temps, au début de cette année, elles ont préparé une feuille de route pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé maternelle et infantile. Le Rapport sur la santé dans le monde et la Journée mondiale de la santé pour 2005 s'appuieront sur l'impulsion ainsi donnée. Nous travaillons en étroite collaboration avec nos collègues de l'UNICEF, du FNUAP, du Partenariat pour une maternité sans risque et d'autres organisations.

Cette focalisation sur la santé maternelle et infantile est renforcée par nos stratégies de coopération spécifique avec les pays, qui visent principalement à renforcer les systèmes de santé. Dans le cas présent, elles montrent comment chaque programme et chaque niveau d'activité peuvent aider à atteindre les objectifs nationaux de développement sanitaire avec un seul budget et un seul plan de l'OMS dans le pays. La Région européenne a d'ailleurs déjà pris un bon départ. En accélérant le processus de décentralisation, elle confère une forte orientation à nos activités.

Ce Comité régional a lui-même apporté une contribution vitale à l'unité de l'Europe au fil des ans. Vos décisions, recommandations et suggestions empreintes de sagesse permettront au Comité de continuer à assurer cette unité au cours des nombreuses années à venir.

Mes meilleurs vœux de succès. Je vous remercie.

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

Avant de commencer ma présentation, je voudrais que nous partagions une pensée pour ceux qui souffrent en raison d'actes violents et criminels – que ce soient les victimes ou leurs proches. Nous avons tous à l'esprit les images insoutenables de ces derniers jours provenant de la Fédération de Russie. La souffrance des blessés et le deuil des proches seront dans nos esprits tout au long de notre réunion, car en fait c'est pour eux que nous travaillons. Nos programmes d'assistance humanitaire doivent être renforcés pour faire face à ce terrible danger.

Depuis notre dernier Comité régional à Vienne, la Région et le Bureau ont vécu une année contrastée, riche en activités, en enseignements et en ouvertures pour l'avenir. Une année où nous avons fait de notre mieux pour jouer notre rôle européen dans le contexte mondial et faire entendre notre voix, même à l'extérieur de la Région.

Le rapport que je vous présente ce matin est celui de cette dernière année. Il vient en complément des documents écrits concernant les années 2002–2003 qui vous ont été adressés ou sont à votre disposition.

1. Les faits marquants depuis Vienne**a) Le sida : un défi pour la santé publique et les systèmes de santé**

Le monde a pris conscience du niveau de danger et d'expansion du sida dans la Région européenne. La volonté d'agir est manifeste. Elle s'est traduite cette année par l'accroissement considérable des moyens alloués, notamment par le Fonds mondial, à 18 pays de la Région.

Notre mission commune aujourd'hui est d'assurer une utilisation adéquate et efficace des fonds se traduisant bientôt en effets positifs et démontrés pour la santé. Un échec serait catastrophique pour les malades d'abord, mais aussi pour la crédibilité de la santé publique. Au contraire, un résultat positif et mesurable sur les indicateurs de santé complété par la solidification des systèmes de santé représenterait un formidable encouragement pour les investisseurs et une crédibilité renforcée pour la santé publique.

Chacun de vous, j'en suis sûr, comme nous à l'OMS, fait et fera tout ce qui est en son pouvoir pour contribuer au succès de ce défi et réaliser les objectifs de la partie européenne du programme « 3 X 5 », à savoir, 100 000 patients traités à la fin de l'année 2005. Traiter les malades est bien le minimum que nous devons faire, car la prévention s'impose toujours aussi à nous en face de la progression du nombre de cas qui est passé de 584 000 à la fin de 2002 à 785 000 aujourd'hui.

b) Priorité mondiale, priorité européenne : la lutte contre les maladies non transmissibles

Notre Comité régional discutera dès cet après-midi de la première étape de la Stratégie européenne pour les maladies non transmissibles, comme l'ont fait cette année l'Assemblée mondiale et le Comité exécutif. Au-delà de la preuve d'une bonne coordination entre les différents niveaux de l'Organisation, cette convergence démontre, s'il en était besoin, l'importance capitale de proposer des approches efficaces pour limiter les dommages créés par ces maladies. Les progrès dans ce domaine, comme pour l'ensemble des facteurs de risque, ne peuvent provenir que d'actions complémentaires au niveau individuel et au niveau collectif. Votre soutien très explicite à la stratégie proposée par l'OMS lors de l'Assemblée mondiale prouve votre grand intérêt pour ce domaine et votre volonté d'action.

Une priorité forte et visible sera donnée par la Région à la lutte contre l'obésité, facteur de risque majeur aujourd'hui et bonne illustration de la nécessité de faire collaborer des secteurs aussi divers que l'agriculture, l'industrie et la distribution alimentaire, en complément, bien sûr, de l'éducation sanitaire et des interventions sur les styles de vie.

Dans le cadre des maladies non transmissibles, je voudrais aussi évoquer la santé mentale. Nous avons poursuivi cette année les actions lancées depuis le Rapport mondial de 2001. L'année qui vient sera marquée par la préparation et le déroulement de la Conférence ministérielle d'Helsinki en janvier 2005.

c) Une mission partagée : le Règlement sanitaire international

Comme elle l'avait fait pour la convention contre le tabagisme, la Région européenne a fait entendre sa voix dans les négociations pour la mise au jour du Règlement sanitaire international. Le programme est mondial, mais il a déjà été préparé par des réunions régionales. Celle de la Région européenne au mois de juin a été particulièrement passionnée et fructueuse. La position de la Région sur tous les points est maintenant claire et précise, dans la perspective de l'adoption globale prévue en mai après la consultation mondiale en novembre prochain. Une session d'information sur ce sujet est organisée mercredi pendant le déjeuner et je vous invite à y participer.

Je profite de l'occasion aussi pour faire le point sur la situation de la convention contre le tabagisme. Au jour d'aujourd'hui, 168 pays ont signé la convention, dont 40 sur les 52 de la Région. La ratification est malheureusement plus lente. Six pays européens l'ont déjà fait sur un total de 26 dans le monde. L'adoption définitive en décembre 2004 demande une accélération et un effort important.

d) Un succès impliquant : la Conférence de Budapest sur l'environnement

L'une des sessions de notre Comité régional est consacrée à la discussion et à la confirmation des résultats de la Conférence de Budapest. Cette conférence, quatrième maillon d'une série commencée à Francfort en 1989, a proposé un Plan d'action pour la santé de l'enfant et l'environnement, et une Déclaration sur le thème plus général de la santé et l'environnement dans la suite des déclarations précédentes.

L'enthousiasme suscité par le succès de la Conférence est incontestable, tant par le nombre et la qualité des participants que par la couverture médiatique inégalée. Mais pour nous, ce succès correspond d'abord à un engagement qui suscite beaucoup d'espoir dans la Région. Avec votre aide, et dans chacun des pays, nous relèverons ensemble ce défi. Un bilan d'étape aura lieu en 2007 et une évaluation finale sera présentée lors de la Conférence de 2009. Je tiens à remercier ici pour leur soutien tous les partenaires en grand nombre qui ont effectivement contribué à la préparation et au déroulement de la Conférence. Ils seront aussi sans aucun doute très opérationnels dans la mise en œuvre du Plan d'action. Je voudrais surtout associer à ce succès le gouvernement hongrois et le Comité européen de l'environnement et de la santé qui, sous la direction de Mme Zsuzsanna Jakab, a été un partenaire précieux et efficace dans cette longue aventure. Nous reviendrons sur le sujet mardi matin au cours de la session du Comité régional consacrée à ce sujet.

Comme l'environnement est aussi partie prenante des accidents de la route, je mentionnerai ici le Rapport mondial et la Journée mondiale de la santé 2004 sur ce thème. La Région a contribué, comme chaque année, à la réussite et à la visibilité de l'événement en publiant une version européenne du Rapport qui est à votre disposition. L'idée que l'accident de la route n'est pas une fatalité liée aux progrès mais un danger inacceptable et évitable par une politique volontariste a fait son chemin dans la Région avec la promesse d'actions cohérentes, intégrées dans de nouvelles politiques nationales et internationales de prévention des accidents.

e) Un partenariat élargi pour le Bureau ; un partenaire élargi, la Commission européenne

La configuration géographique et politique de notre Région a changé au cours de cette année par l'arrivée de dix nouveaux pays au sein de l'Union européenne.

Depuis le début des années 2000, le partenariat avec la Commission européenne a été l'une des priorités du Bureau régional en application de la Stratégie adoptée par le Comité régional. Depuis, et de façon systématique et organisée, la coopération est devenue de plus en plus concrète et tangible dans des domaines aussi divers que l'information, les maladies transmissibles, la promotion de la santé et la santé

mentale. La Conférence d'Helsinki déjà citée est organisée avec la Commission européenne, qui a collaboré aussi à la Conférence de Budapest.

La Commission contribue financièrement à de nombreux programmes du Bureau régional. J'aime aussi rappeler que le Bureau a détaché un membre du personnel auprès de la Commission, dans le domaine de la surveillance des maladies infectieuses. Le partenariat avec l'Union européenne, à 15 comme à 25, ou à plus de membres encore, sera une priorité fondamentale du Bureau régional et de l'OMS dans son ensemble. Le docteur Jong-wook Lee l'a lui-même souligné lors de notre réunion annuelle à Bruxelles avec différents commissaires en juillet. J'ai proposé à Fernand Sauer, qui nous fait l'honneur et le plaisir d'être avec nous ce matin, une collaboration étroite avec le nouveau CDC européen qui sera inauguré en 2005 à Stockholm. Nous avons tous les deux la volonté de faire que cette coopération soit réelle et efficace. Je participerai d'ailleurs dès le mois prochain à la réunion d'inauguration du Conseil d'administration du centre de Stockholm. Le principe de complémentarité nous servira de guide pour cette coopération qui, bien sûr, va bien au-delà du CDC. Il n'y a pas pour nous de crainte ou de bataille territoriale qui serait indigne et inefficace dans un domaine où toutes les énergies sont nécessaires et où les fonds sont partout insuffisants. Notre complémentarité s'exercera dans le cadre des programmes techniques du Bureau régional qui trouvent leur équivalent dans le plan de santé publique de la Commission. La complémentarité s'exercera aussi dans les domaines de la compétence du Bureau qui ne font pas, ou pas encore, partie des responsabilités de la Commission. À partir de ce mois, j'ai délégué un de mes proches collaborateurs à Bruxelles pour assurer le lien entre le Bureau et l'Union.

Mais je tiens à affirmer solennellement que la Région européenne de l'OMS est constituée de 52 États membres et nous ne négligerons jamais ceux, quel qu'en soit le nombre, qui ne font pas partie de l'Union européenne. Au contraire, nous souhaitons même faciliter les ponts et les échanges entre l'Union et les pays membres de la Région européenne de l'OMS qui sont maintenant leurs voisins. Ce rôle de lien et de pont nous convient parfaitement, car pour avoir travaillé et collaboré avec chacun de ces pays depuis longtemps, nous les connaissons bien. Ils ont en général confiance en nous.

J'ai été long sur ce sujet, car le Comité permanent m'a prié de présenter la Stratégie du Bureau européen dans ses relations avec l'Union européenne maintenant élargie.

Toujours dans le chapitre du partenariat, et comme nous nous y sommes engagés depuis l'an 2000, nous avons développé progressivement des relations plus approfondies avec certains partenaires dont nous partageons les valeurs et les objectifs. Pour chacun de ces partenariats, la collaboration s'inscrit au niveau institutionnel dans un programme précis, revu régulièrement, dont l'objectif essentiel est le développement d'actions très concrètes, de préférence sur le terrain.

En 2001 et 2002, ce type de relations a été développé avec l'Union européenne, la Banque mondiale, les organisations des Nations Unies telles que l'UNICEF, le FNUAP et l'ONUSIDA. Je voudrais tout particulièrement ici souligner la qualité et l'efficacité de notre collaboration avec le Conseil de l'Europe. Je salue la présence avec nous ce matin du nouveau directeur de la Cohésion sociale, M. Alexander Vladychenko.

Plus récemment et sur les mêmes bases, le Bureau a renforcé son partenariat avec des agences de développement et des organisations non gouvernementales comme le GTZ allemand et l'agence de développement de la Hollande, la Fondation Soros. Ce partenariat vient compléter nos accords avec les agences de développement du Royaume-Uni et des pays nordiques, en particulier l'agence suédoise SIDA, la Croix-Rouge internationale et le Rotary, pour n'en citer que quelques-uns.

Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'un partenariat extérieur, puisque nous sommes de fervents avocats de l'OMS : organisation une et soudée, je voudrais tout de même dire ici un mot de notre collaboration avec le Siège et avec les autres bureaux régionaux de l'OMS. Nous avons au cours de cette année approfondi nos relations avec la nouvelle équipe de Genève. Ma collaboration personnelle avec le docteur Jong-wook Lee est fréquente, chaleureuse et réelle. Je me considère comme un membre de son équipe et je veux lui renouveler ici non seulement mon soutien, mais celui de l'ensemble du Bureau. Nous

avons apprécié la visite cette année de tous les nouveaux directeurs généraux adjoints et je me réjouis de voir bon nombre d'entre eux participer à ce Comité régional.

Au cours de cette année nous avons renforcé nos liens avec les autres bureaux régionaux, en particulier celui des Amériques, que notre équipe de direction a visité et qui nous rendra la pareille au mois d'octobre pour poursuivre notre coopération très concrète dans de nombreux domaines techniques et administratifs d'intérêt commun.

Nous avons aussi renforcé notre collaboration avec le Bureau régional de la Méditerranée orientale que j'ai visité cette année pour aborder des sujets de préoccupation communs à certains de nos États membres.

2. Développement des services du Bureau régional

Au cours de cette année nous avons poursuivi le renforcement des services du Bureau à l'intention des pays de la Région, tels qu'ils sont définis dans la stratégie adoptée par le Comité régional en l'an 2000. J'insisterai surtout dans ce rapport sur l'amélioration de la planification des actions. La négociation des priorités avec chacun des 28 pays avec lesquels le Bureau a un contrat biennuel, bénéficie aujourd'hui des relations de plus en plus étroites et confiantes que nous entretenons avec chacun d'eux. L'évaluation régulière des résultats de notre collaboration nous permet de bénéficier des leçons apprises, que ce soit en temps de crise ou dans le déroulement normal de nos programmes. Un rapport complémentaire vous sera présenté dans la session sur le suivi des actions mardi après-midi.

Le programme des « Forums du Futur » a trouvé cette année son rythme après une période un peu lente de lancement. Le thème central « des outils pour la décision en santé publique » a donné lieu à des débats passionnants sur des sujets comme l'utilisation des évidences en santé publique, la communication de crises et la réponse aux crises sanitaires. Le rapport de cette réunion, qui est à votre disposition, nous incite à poursuivre notre travail pour mieux faire face aux crises sanitaires et être prêts à nous adapter à l'imprévu. Nous continuerons à nous préparer avec vous et avec les partenaires concernés pour améliorer nos capacités de réponse et celles des systèmes de santé à ces circonstances malheureusement fréquentes aujourd'hui.

Parmi les activités du Bureau au service des États membres, je mentionnerai la publication très prochaine d'un rapport sur la situation de la Région européenne par rapport aux buts du Millénaire et au Rapport mondial sur la macroéconomie et la santé. L'une des principales conclusions de ce travail met en lumière le retard de l'aide financière internationale destinée à la santé pour les pays les plus pauvres de notre Région. Dès sa sortie, ce rapport vous sera adressé.

Dans la session de mardi consacrée au « suivi » des actions, nous reviendrons sur la collaboration avec les pays. Mais je ne peux conclure ce chapitre sans donner un exemple particulièrement encourageant de cette coopération : il concerne la réforme du système de santé du Portugal à laquelle le Bureau régional a apporté un concours apparemment apprécié par le pays et largement commenté par la presse. Ce type d'action et d'accompagnement représente un excellent exemple de ce que nous souhaitons faire avec les pays dans les différentes parties de la Région.

L'un des services les plus utiles que l'OMS peut fournir aux États membres, c'est l'information. Je m'étais engagé dès ma nomination comme directeur régional à donner une grande priorité à ce secteur. Le développement des différents outils d'information du Bureau et en particulier le système « HEN » et la qualité largement reconnue des publications et des recherches de l'Observatoire des systèmes de santé à Bruxelles, considéré comme la référence en ce domaine, sont les meilleures illustrations de la priorité accordée par le Bureau à l'information en tant que service aux pays de la Région. Dans l'avenir, une plus grande intégration de ces différentes composantes, peut-être à l'intérieur d'un centre d'information pour la décision en santé publique, permettra de réaliser l'objectif de mettre une information validée, accessible et analysée à la disposition des acteurs et décideurs de santé publique. Vous trouverez dans l'exposition quelques exemples de systèmes d'information coordonnés.

Le soutien à la mise en œuvre des conférences ministérielles est aussi l'un des services que le Bureau régional doit aux pays. Lors du précédent Comité régional, des questions ont été posées, en particulier par des organisations non gouvernementales, sur les suites de la Conférence de Munich sur les infirmières et les sages-femmes. Depuis la Conférence, et dans le sens des recommandations, une tendance positive à la mise en œuvre est manifeste dans la Région. Malheureusement, il nous est difficile de faire un rapport détaillé car l'enquête que nous avons réalisée a reçu un faible taux de réponse. Une analyse est actuellement en cours, dont les résultats seront diffusés en 2005. Il faut noter qu'en juin 2004, le Forum national des associations d'infirmières et de sages-femmes et l'OMS ont élaboré en commun une déclaration sur la santé mentale qui montre un fort engagement dans toute l'Europe pour ce sujet.

3. La vie interne du Bureau

Pour tout le travail que je vous ai présenté, celui du Bureau régional depuis le précédent Comité régional, je voudrais remercier et je suis sûr en votre nom aussi, les personnels de notre Bureau qui, à Copenhague, dans les centres techniques et dans les pays de la Région, ont travaillé sans relâche. La culture du Bureau guidé par l'équipe de direction évolue vers une plus grande transparence vis-à-vis des instances statutaires et dans les relations avec les pays. Le travail sur les évidences comme mode de fonctionnement à tous les niveaux du Bureau s'est poursuivi cette année. Il s'accompagne du développement des cercles de qualité dont j'espère pouvoir vous donner des résultats encourageants au Comité régional prochain.

4. Une nécessité : adapter les ressources aux attentes et aux besoins

Que nous faudrait-il aujourd'hui pour faire mieux sinon plus ? Vous ne vous étonnez pas que je réponde simplement : plus de ressources. Le budget régulier du Bureau européen, comme d'ailleurs celui de l'OMS dans son ensemble, ne permet pas de répondre de façon complète aux demandes et aux besoins des États membres. Il est donc de plus en plus indispensable, et je compte m'y employer personnellement, d'améliorer nos résultats en matière de collecte de fonds. Nous le faisons et nous le ferons dans le respect des directions que vous nous donnez en adoptant le programme et le budget de l'Organisation, qui sera augmenté, je l'espère, dans l'avenir. Ceci veut dire que nous avons besoin de ressources supplémentaires non pour lancer des actions nouvelles mais pour accomplir les activités inscrites dans nos programmes, en particulier les plans d'action et les conférences ministérielles. Je suis sûr que la discipline que nous développons dans le domaine de la collecte de fonds augmentera la transparence du bureau et vous incitera à nous aider davantage.

J'ai souvent dit au Comité régional combien je regrettais que le Bureau ne puisse pas, pour des raisons de ressources insuffisantes, remplir ses missions dans de nombreux domaines. Je pense en particulier au domaine des personnes âgées. Je pense aussi à l'alcool et aux engagements pris lors de la Conférence de Stockholm. Nous aurons dans quelques semaines un nouveau membre du personnel dans ce domaine. C'est une bonne nouvelle, mais nous manquons de fonds pour que son travail puisse être mené de façon satisfaisante. Nous avons fait de gros efforts cette année pour augmenter nos ressources consacrées aux maladies non transmissibles. Nous devons avec votre aide continuer cet effort. J'arrête ici la liste de nos manques de ressources pour ne pas vous lasser, mais je pourrais allonger la démonstration.

5. La cinquante-quatrième session du Comité régional

Je voudrais en venir maintenant au Comité régional qui commence aujourd'hui. Vous y retrouverez les thèmes habituels qui en constituent l'ossature. Les thèmes techniques principaux seront les maladies non transmissibles et l'environnement à la suite de la Conférence de Budapest. Nous consacrerons aussi une session au budget programme 2006-2007 et une session complémentaire à celle de l'année dernière sur les centres techniques localisés en dehors du Bureau de Copenhague.

Cette année, à la demande du Comité permanent, nous avons rajouté une session que l'on peut intituler « le suivi ». Dans cette session, nous présenterons les activités du Bureau en continuité avec des discussions et des résolutions particulièrement importantes des sessions précédentes du Comité régional.

Pour cette première expérience, nous avons retenu comme thèmes : la mise à jour de la Santé pour tous ; la prochaine édition du Rapport sur la santé en Europe ; et le suivi de la mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau. La poursuite de nos actions dans le domaine de la santé mentale figure également dans le document relatif à cette session de suivi. Vous trouverez également dans ce document un bilan de nos actions en matière de tuberculose.

Nous nous réjouissons de la présence demain de notre directeur général le docteur Jong-wook Lee. Permettez-moi de saisir aussi cette occasion pour vous rappeler de façon pressante la nécessité de ratifier les amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS, ceci étant d'un intérêt particulièrement essentiel pour la Région européenne. Au jour d'aujourd'hui seulement 31 pays de la Région l'ont fait. Il manque au niveau mondial 18 ratifications pour que le changement de constitution prenne effet.

6. Conclusion

Je formule le souhait que ce Comité régional puisse jouer totalement son rôle d'instance statutaire. Je voudrais remercier chaleureusement le Comité permanent et son président, le docteur Božidar Voljc de nous avoir permis de préparer le programme de ce Comité et de nous avoir donné l'occasion de débattre de façon franche et approfondie tout au long de l'année. Le rapport du Comité permanent vous sera présenté cet après-midi.

Je souhaite que cette cinquante-quatrième session soit particulièrement intéressante et fructueuse pour nous tous. Je vous remercie de votre attention et je répondrai bien sûr à vos questions sur ce rapport.