



EUROPE

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

Copenhague, 11-14 septembre 2006

EUR/RC56/REC/1
26 octobre 2006
61604
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT SUR LA CINQUANTE-SIXIÈME SESSION

Mots clés

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

Sommaire

	<i>page</i>
Ouverture de la session.....	1
Élection des membres du Bureau.....	1
Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail.....	1
Allocution du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne.....	1
Allocution de Son Altesse Royale la princesse Mary de Danemark.....	4
Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif.....	5
Rapport du treizième Comité permanent du Comité régional.....	6
Questions de politique et questions techniques.....	7
Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte.....	7
Projet de budget programme 2008-2009 et Plan stratégique à moyen terme 2008-2013.....	10
L'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.....	13
Renforcer la sécurité sanitaire.....	16
Allocution du directeur général par intérim.....	18
Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional de l'OMS pour l'Europe.....	21
Mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac.....	21
Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé.....	22
Indicateurs sur la mise en œuvre de la politique-cadre de la Santé pour tous.....	23
Rapport sur la mise en œuvre de la stratégie DOTS pour la lutte contre la tuberculose et progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme.....	24
Rapport sur les progrès accomplis en matière d'hygiène du travail.....	25
Élections et désignations.....	26
Conseil exécutif.....	26
Comité permanent du Comité régional.....	26
Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.....	26
Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2007, 2008, 2009 et 2010.....	26
Autres points à l'ordre du jour.....	26
Résolutions.....	27
EUR/RC56/R1 L'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2004-2005 Rapport biennal du directeur régional.....	27
EUR/RC56/R2 Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS.....	27
EUR/RC56/R3 L'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.....	29
EUR/RC56/R4 Projet de budget programme 2008-2009 et Plan stratégique à moyen terme 2008-2013.....	30
EUR/RC56/R5 Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2007, 2008, 2009 et 2010.....	31
EUR/RC56/R6 Rapport du treizième Comité permanent du Comité régional.....	31
Décision.....	32
Annexe 1. Ordre du jour.....	33
Annexe 2. Liste des documents.....	35
Annexe 3. Liste des représentants et autres participants.....	36
Annexe 4. Présentation du Rapport du directeur régional.....	58
Annexe 5. Allocution du directeur général de l'OMS par intérim.....	64

Ouverture de la session

La cinquante-sixième session du Comité régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est tenue au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à Copenhague (Danemark), du 11 au 14 septembre 2006. Des représentants de 50 pays de la Région y ont participé. Étaient également présents des observateurs d'un État membre d'une autre région de l'OMS, de deux États membres de la Commission économique pour l'Europe et de deux États non membres, et des représentants de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Conseil de l'Europe, du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (CEPCM), de la Commission européenne et du Conseil des ministres nordiques, et d'organisations non gouvernementales (ONG).

La première séance de travail a été ouverte par le docteur Godfried Thiers, président exécutif de la cinquante-cinquième session, au nom de M. Eugen Nicolaescu, président sortant, qui n'a pas été en mesure de participer à la session.

Élection des membres du Bureau

Conformément à l'article 10 de son règlement intérieur, le Comité a élu le bureau ci-après :

Pr Recep Akdağ (Turquie)	président
Dr Jens Kristian Gøtrik (Danemark)	président exécutif
Dr David Harper (Royaume-Uni)	vice-président exécutif
Mme Zamira Sinoimeri (Albanie)	rapporteur

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

(EUR/RC56/2 Rev.1 et EUR/RC56/3 Rev.2)

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

Allocution du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne

(EUR/RC56/4, EUR/RC56/Conf.Doc./1 et EUR/RC56/Inf.Doc./1)

Le directeur régional a souhaité la bienvenue au Monténégro, cinquante-troisième État membre de la Région européenne de l'OMS, et a rendu hommage à feu le docteur Lee Jong-wook, directeur général de l'OMS, et à trois fonctionnaires du Bureau régional qui avaient perdu la vie dans un accident en Turquie.

Dans son allocution, il a mis l'accent sur les activités les plus en vue menées par le Bureau régional au cours de l'année écoulée. Suivant la structure du rapport imprimé complet, il a examiné cinq domaines : la coopération avec les pays et le renforcement des systèmes de santé, les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé et l'environnement, l'information et la gestion. En outre, le partenariat demeurerait un outil essentiel, en particulier lorsque le Bureau régional s'employait à résoudre des crises ; les efforts déployés comprenaient la coopération avec la Mission d'administration intérimaire des Nations Unies au Kosovo en vue de protéger la santé d'une population de Roms exposée au plomb, avec divers partenaires pour faire face aux flambées de grippe aviaire en Azerbaïdjan et en Turquie, et avec le gouvernement chypriote lors d'un afflux de réfugiés.

En premier lieu, le Bureau régional avait continué à améliorer et à adapter ses services à tous les pays de la Région. Dans chacun des 28 pays dotés d'un bureau de l'OMS, ce bureau avait été renforcé ; le taux de mise en œuvre du programme avait atteint 98 % ; et une stratégie visant à renforcer les partenariats sur le terrain était en cours d'élaboration avec le concours de la Banque mondiale, de la Commission

européenne, d'agences de développement bilatérales, d'organismes des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales (ONG). Dans les pays non dotés d'un bureau de l'OMS, des accords biennaux avaient commencé à être conclus, tout d'abord avec l'Allemagne, l'Andorre, la Belgique et le Portugal. Les Forums du futur abordaient des thèmes retenus spécialement par des présidences successives de l'Union européenne (UE), et la deuxième phase du programme exécuté dans le cadre du Pacte de stabilité pour l'Europe du Sud-Est avait commencé.

En outre, le Bureau régional avait mené des activités pour répondre aux besoins propres à certains pays. Pour renforcer les systèmes de santé, le Bureau régional non seulement avait mis en place des mécanismes pour aider les États membres, mais en outre avait de larges consultations avec eux, au sujet de questions telles que le financement, les ressources humaines, les technologies, la prestation de services et la gouvernance, en particulier dans le cadre des préparatifs en vue d'une conférence ministérielle en 2008.

Deuxièmement, le Bureau régional continuait à combattre les maladies transmissibles et non transmissibles. En étroite collaboration avec le Siège de l'OMS, le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (CEPCM), la Commission européenne et d'autres organisations, il avait conseillé des gouvernements et coordonné l'aide internationale visant à faire face aux flambées de grippe aviaire en Turquie et ensuite en Azerbaïdjan, et aidé les pays à élaborer des plans en vue de flambées futures et d'une éventuelle pandémie de grippe dans la Région. Avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et les organisations qui le parrainaient, le Bureau régional s'employait à aider les pays à assurer les traitements et à renforcer les efforts de prévention. La propagation de la tuberculose exigeait un engagement politique plus fort dans l'ensemble de la Région. La première Semaine européenne de la vaccination, qui avait eu lieu en octobre 2005, avait encouragé les parents à faire vacciner leurs enfants et favorisé une solidarité sociale contre les maladies à prévention vaccinale.

En ce qui concerne les maladies non transmissibles, la Région avait accompli des progrès en interdisant la publicité pour le tabac et le tabagisme dans les lieux publics, mais quatorze pays n'avaient pas encore ratifié la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac. Après de larges préparatifs, qui avaient comporté des consultations considérables avec les États membres et des ONG, le Bureau régional, avec la participation de la Commission européenne, tiendrait une conférence ministérielle sur l'obésité en novembre 2006.

Troisièmement, les activités du Bureau régional concernant la santé et l'environnement portaient sur la mise en œuvre des recommandations de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (2004) et l'encouragement de mesures dans l'ensemble de la Région sur les thèmes retenus chaque année par le Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES). Quatrièmement, le Bureau régional s'efforçait de fournir aux décideurs des informations adaptées à leurs besoins, en particulier via le Réseau des bases factuelles en santé (HEN) et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Cinquièmement, il avait amélioré la transparence et la surveillance de ses activités, avec l'aide du Comité permanent du Comité régional (CPCR), et établi un plan d'action pour améliorer la gestion de ses ressources humaines. Un directeur régional adjoint avait été nommé.

Le directeur pour la santé publique et l'évaluation des risques de la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne, s'exprimant à l'invitation du directeur régional, a reconnu que le partenariat entre la Commission européenne et le Bureau régional était essentiel pour les deux organismes. La politique de santé de l'UE se trouvait à un stade crucial ; ses activités étaient notamment les suivantes : élaboration d'un nouveau programme sanitaire en 2007, lutte contre les maladies transmissibles, élaboration de stratégies concernant les principaux déterminants de la santé (tels que l'alcool, la santé mentale et la nutrition), utilisation des fonds structurels pour un investissement dans l'infrastructure de santé et les ressources humaines, coopération avec l'environnement plus large de l'Europe et élaboration d'une stratégie qui intégrerait la santé dans toutes les politiques communautaires. Il était important d'associer non seulement l'OMS mais également tous les organismes compétents de l'UE, tels que le CEPCM, l'Autorité européenne de sécurité des aliments et l'Agence européenne des médicaments.

Pour faire face aux questions de santé régionales et mondiales, il faudrait que l'UE et l'OMS soient plus unies encore. Les deux organisations jouaient des rôles complémentaires et devraient s'efforcer de trouver des synergies et d'éviter les répétitions inutiles d'activités. On avait accompli des progrès par l'adoption d'une démarche cohérente à l'égard des partenariats, une collaboration efficace entre le CEPCM et le Bureau régional, et des activités communes concernant les pandémies, l'obésité, la santé mentale, et l'environnement et la santé. De nouveaux domaines de collaboration seraient définis dans le budget du programme de santé publique de l'UE de 2006, qui affecterait des ressources à l'OMS. La Commission européenne serait heureuse d'accroître encore l'efficacité du partenariat en participant à la discussion relative à l'avenir du Bureau régional.

Au cours de la discussion qui a suivi, la plupart des orateurs ont félicité le directeur régional pour la qualité de son rapport. Des observations positives ont été formulées sur la nouvelle présentation du rapport et le fait qu'il mettait l'accent, notamment, sur les risques que l'abus d'alcool représentait pour la santé, le soutien aux soins de santé dans le Région, la définition de tendances sanitaires et l'attention accordée aux déterminants de la santé. Les intervenants ont félicité le Bureau régional et son personnel pour leurs travaux contre la grippe aviaire réalisés en collaboration avec le CEPCM, et un orateur s'est associé au directeur régional pour rendre hommage aux fonctionnaires du Bureau régional qui avaient perdu la vie au service de l'Organisation.

Un certain nombre d'intervenants ont fait l'éloge de l'aide apportée par le Bureau régional aux bureaux de pays ; l'un d'entre eux a qualifié de « courageuse » la mission de l'OMS à l'égard des pays. Il a été relevé que le Bureau régional était parvenu à conclure des accords bilatéraux et multilatéraux, en particulier avec des organismes de la Commission européenne, au sujet de questions importantes ; des orateurs se sont également félicités de l'augmentation des dépenses affectées à la préparation aux situations d'urgence et au soutien aux bureaux de pays. On a remercié l'Organisation pour les activités menées en collaboration avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, qui avaient entraîné une réduction de l'incidence de l'hépatite chez les adultes et les enfants de la Région. Les stratégies et l'aide fournie par le Bureau en vue du renforcement des systèmes de santé dans certains pays ont également fait l'objet d'observations élogieuses.

Un orateur a regretté la forte dépendance de l'OMS vis-à-vis des contributions volontaires et les incidences de cette situation du point de vue de la planification et de l'élaboration du budget. Il a été suggéré que, pour le processus budgétaire biennal, il aurait été souhaitable de présenter une analyse plus concrète (telle que celle qui avait été réalisée pour la Région du Pacifique occidental), de façon à encourager une démarche budgétaire fondée sur des résultats.

La majorité des intervenants ont parlé des efforts accomplis par leur pays pour réduire l'incidence des maladies non transmissibles. Un orateur a relevé que les maladies cardiovasculaires, le cancer et les traumatismes étaient à l'origine de 80 % de la mortalité dans les pays en transition d'Europe orientale. Un investissement dans la lutte contre ces maladies améliorerait considérablement la qualité de la vie dans cette zone. Un grand nombre d'intervenants ont souligné l'importance de la prévention dans le domaine de la santé ; les politiques de prévention constituaient un moyen économique d'assurer la santé pour tous. Un autre orateur a déclaré que la lutte contre le tabagisme devait être prioritaire et que l'Organisation devait continuer à diriger cette campagne. Plusieurs intervenants ont parlé de progresser dans le domaine de la santé publique et d'améliorer l'accès aux soins grâce à une lutte contre l'exclusion sociale. Deux orateurs ont mentionné qu'il importait de mener une action de promotion de la santé mentale dans ce contexte.

Des représentants ont formulé un certain nombre de suggestions pour le développement du programme du Bureau régional. Ils ont mis en évidence la nécessité d'établir des liens concrets entre le programme général de travail, le Plan stratégique à moyen terme et les actions menées dans les pays. Pour l'avenir, les priorités comprenaient la mise à disposition de personnel de santé en vue de l'amélioration de l'accès aux soins, et le maintien de l'effort politique et financier contre les principales maladies. Pour mener à bien cette lutte, il était important que le prix des médicaments soit peu élevé, que l'on investisse dans des travaux novateurs de mise au point de vaccins et que l'on mette en place des dispositions en vue d'achats en commun. Une protection rapide contre les flambées de maladies pandémiques exigeait des systèmes de

surveillance épidémiologique, qui devaient donc être prioritaires. Il a été conseillé à l'Organisation de promouvoir des partenariats public-privé, sur la base du principe que la santé devait être considérée comme un moteur économique. Il a été également rappelé à la Région que celle-ci devait faire preuve de responsabilité sur le plan mondial dans le domaine de la santé, au delà des efforts qu'elle accomplissait pour améliorer la santé des Européens.

Le représentant du Monténégro a déclaré qu'en tant que membre le plus récent de l'OMS, son pays était bien décidé à appliquer les principes de cette organisation et à réaliser la santé pour tous. En outre, le gouvernement de son pays renforcerait la collaboration concernant les questions de santé publique, afin d'accroître la cohésion sociale entre les pays des Balkans ; pour sa part, le ministère de la Santé porterait principalement ses efforts sur l'intégration dans l'UE et la coopération transatlantique.

Dans sa réponse, le directeur régional a relevé qu'il ressortait clairement de la discussion que l'OMS et ses États membres avaient les mêmes préoccupations. Les questions soulevées étaient à l'ordre du jour de la session du Comité régional ou étaient intégrées dans des programmes en cours d'élaboration au Bureau régional. Beaucoup d'intérêt avait été exprimé pour les questions de mode de vie, en particulier l'abus d'alcool. La discussion de l'après-midi sur les maladies non transmissibles permettrait d'aborder tous les facteurs connexes importants, mais le directeur régional a reconnu qu'une attention suffisante n'avait peut-être pas été accordée à l'alcool en tant que fardeau important pour les systèmes de santé. Cette fois-ci encore, les États membres avaient formulé de nombreuses demandes, mais l'on ne disposait pas de ressources suffisantes pour y répondre et, en conséquence, le Bureau régional continuait de privilégier les domaines prioritaires.

Le directeur régional a marqué son accord avec l'idée de mettre les citoyens au centre de la politique de santé, comme l'avait indiqué un intervenant. Il espérait qu'une telle participation des citoyens à la santé publique deviendrait plus fréquente.

Il a soutenu l'observation d'un orateur, selon lequel le Bureau régional devait adapter ses activités aux différents pays ; pour être utiles, les conseils de l'Organisation devaient constituer une base pour la prise de mesures. Compte tenu des crises sanitaires actuelles, si les systèmes de santé ne pouvaient s'adapter, les recommandations concernant l'amélioration de la santé ne pouvaient être mises en œuvre.

Le directeur régional adjoint a mentionné les efforts accomplis concernant les déterminants sociaux de la santé : le Bureau régional examinait la façon de traduire les bases factuelles en plans plus concrets élaborés pays par pays. En ce qui concerne l'équité en matière d'accès aux services de santé, des insuffisances demeuraient et il existait des disparités dans l'ensemble de la Région, notamment pour ce qui est des maladies non transmissibles.

Le renforcement de la présence de l'OMS dans les pays lui permettait de répondre de mieux en mieux aux besoins des pays, et les investissements dans les activités au service des pays étaient constamment augmentés. Les efforts accomplis pour aider les États membres à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement étaient présentés dans un rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie de pays ; ils se poursuivraient et seraient axés sur le renforcement des systèmes de santé. Le Bureau régional continuerait de produire des bases factuelles pour les responsables politiques, notamment avec le concours de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et le Réseau HEN.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC56/R1.

Allocution de Son Altesse Royale la princesse Mary de Danemark

La princesse s'est dite heureuse d'avoir la possibilité de s'adresser aux représentants des États membres de la Région européenne de l'OMS. Elle donnait son patronage au Bureau régional de l'Europe et, à ce titre, avait l'intention de s'intéresser plus particulièrement à certains domaines d'activités du Bureau régional et à mieux faire prendre conscience des problèmes qui existaient en Europe, où la maladie, la

souffrance et le manque d'accès à des services médicaux étaient une réalité quotidienne pour de nombreuses personnes. Elle s'est félicitée de la discussion qui devait se tenir au cours de la session au sujet des maladies non transmissibles, qui étaient à l'origine d'une proportion élevée de la charge de morbidité et de la mortalité dans la Région. Elle se préoccupait en particulier du problème croissant de l'obésité des enfants et avait l'intention de jouer un rôle dans les activités relatives à la prochaine Conférence ministérielle sur la lutte contre l'obésité et dans la promotion de l'activité physique.

Elle avait l'intention de s'intéresser à deux autres domaines d'activités du Bureau régional. La vaccination – qui, après la fourniture d'eau potable, était l'intervention la plus importante pour réduire la morbidité et la mortalité – n'était pas encore assurée pour tous les enfants de la Région ; la baisse de la couverture vaccinale résultait d'une certaine façon du succès de la vaccination, car les individus ne se rendaient plus compte de la gravité des maladies en cause. Enfin, comme elle accordait son patronage à deux organisations s'occupant de santé mentale au Danemark, la princesse avait l'intention de collaborer avec le Bureau régional en soutenant des initiatives visant à aider et à déstigmatiser les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. La princesse a formulé des vœux de succès pour la session du Comité régional.

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

(EUR/RC56/5)

Le membre européen du Conseil exécutif désigné pour assister aux réunions de CPRC en qualité d'observatrice a tout d'abord rappelé le décès inopiné du directeur général à la veille de l'Assemblée mondiale de la santé, exprimant son admiration et sa gratitude envers le secrétariat du Siège de l'OMS qui, malgré ces circonstances difficiles, a pu assurer la continuation de l'Assemblée sans le moindre problème. Le Conseil exécutif avait demandé à l'assistant du directeur général d'assumer les fonctions de directeur général par intérim, et avait donc décidé d'engager une procédure accélérée pour l'élection du nouveau directeur général. Treize candidatures avaient été reçues, dont cinq de la Région européenne. Le Conseil exécutif se réunirait du 6 au 8 novembre 2006, et le candidat ainsi désigné par le Conseil serait proposé à la nomination lors d'une réunion extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la santé le 9 novembre 2006.

La Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé avait adopté 27 résolutions, dont deux avaient fait l'objet de débats intenses au sein du Comité du programme, du budget et de l'administration. La résolution WHA59.19 sur le Projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles avait été attendue avec impatience : une procédure de consultation écrite, proposée par plusieurs membres de la Région européenne, avait rendu possible l'adoption de la résolution lors de l'Assemblée de la santé. La seconde, WHA59.4, sur le onzième Programme général de travail, avait nécessité la tenue d'une session extraordinaire du Comité du programme, du budget et de l'administration ; la Région européenne, le CPRC et les deux membres européens du Conseil exécutif avaient d'ailleurs joué un rôle important dans la rédaction du projet final.

En réponse à une question relative à la résolution WHA59.2 sur l'application du Règlement sanitaire international, et faisant spécifiquement référence au besoin d'aider les États membres à renforcer leurs capacités de lutte contre les épidémies, le directeur régional a fait observer que le Bureau collaborait étroitement avec le Bureau de l'OMS pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies (Lyon) qui, il était à espérer, et étant donné sa situation, aiderait tout particulièrement les États membres de la Région européenne. Étant donné la menace de la grippe aviaire, on avait encouragé les pays à appliquer dès que possible le Règlement sanitaire international. En général, le Bureau collaborait étroitement avec la Commission européenne, le CEPCM, le Siège de l'OMS et d'autres organisations européennes et internationales afin d'assurer une utilisation efficace des ressources.

Concernant la résolution sur la mise en œuvre des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination dans la riposte au sida (WHA59.12), le Bureau régional a coordonné étroitement ses activités avec celles de l'ONUSIDA, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la

tuberculose et le paludisme, et d'autres organisations. Il avait une équipe de 50 effectifs œuvrant à la lutte contre le VIH/sida au Bureau et sur le terrain, et participait régulièrement à des réunions internationales et autres actions conjointes.

Répondant à une demande d'explications sur la résolution WHA59.24 relative aux droits de propriété intellectuelle et à la base de données sur les brevets mise en place actuellement par l'OMS, le directeur régional adjoint a fait remarquer que l'Organisation avait contrôlé plusieurs produits VIH ainsi que leurs prix depuis 2003, et recensé 20 médicaments antirétroviraux en vue de leur inclusion dans la base de données. La méthodologie était désormais au point et les bureaux de brevets nationaux seraient contactés dans le cadre de la recherche de brevets. Le groupe de travail intergouvernemental chargé de formuler un plan d'action sur les droits de propriété intellectuelle, serait ouvert à la participation de tous les États membres ; sa première réunion se tiendrait du 4 au 8 décembre 2006 à Genève.

Rapport du treizième Comité permanent du Comité régional

(EUR/RC56/6, EUR/RC56/6 Add.1 et EUR/RC56/Conf.Doc./2)

Le président du CPRC a signalé que le treizième CPRC s'était réuni cinq fois au cours de l'année et que ses rapports étaient disponibles sur le site Web du Bureau régional. Outre le fait que le CPRC avait examiné les mesures prises par le secrétariat pour donner suite aux résolutions adoptées par le Comité régional, il avait participé au choix et à la préparation des questions techniques et de politique générale qui devaient être examinées lors de la session en cours. Des membres du CPRC présenteraient les observations de ce dernier sur ces questions au titre des points correspondants de l'ordre du jour.

Comme le Comité régional l'avait demandé, le CPRC avait créé un groupe de travail sur l'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et avait suivi de près les travaux que ce groupe avait accomplis au cours de l'année. Le rapport consacré à cette question (document EUR/RC56/11) présentait par conséquent une synthèse des opinions du groupe de travail, du CPRC et du secrétariat du Bureau régional.

Le CPRC avait été régulièrement informé de l'évolution de la situation concernant la grippe aviaire, en particulier les flambées qui avaient touché des êtres humains dans deux États membres au début de 2006. Tous les États membres européens avaient adopté des plans de préparation et le Bureau régional poursuivait les activités pour mettre à l'épreuve ces plans grâce à des visites aux États membres, dont un grand nombre avaient été menées conjointement avec le CEPCM.

Le CPRC s'était félicité des dispositions prises par le secrétariat pour organiser une consultation régionale sur le projet de onzième Programme général de travail de l'Organisation en janvier 2006. Les conclusions de cette consultation avaient servi de base à des interventions de membres européens du Conseil exécutif de l'OMS lors de la 117^e session de ce dernier, et du Comité du programme, du budget et de l'administration lors de sa session extraordinaire de février 2006. Le onzième Programme général de travail avait été adopté par la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de santé.

Pareillement, le CPRC avait examiné, au cours de plusieurs de ses sessions, les amendements successifs apportés aux principes directeurs régissant l'allocation stratégique des ressources de l'OMS, dont les modèles mathématiques et le mécanisme de validation utilisés à cet égard. Ses points de vue (notamment en ce qui concerne l'importance dudit « facteur d'engagement ») avaient été clairement exprimés au niveau mondial par les deux membres européens du Comité du programme, du budget et de l'administration, et le Conseil exécutif avait abouti à un accord sur la nouvelle méthodologie améliorée en sa 118^e session de mai 2006.

En sa troisième session, le CPRC avait été informé du nouveau format proposé du Plan stratégique à moyen terme de l'Organisation (2008-2013), dans lequel l'ancienne structure du budget biennal ventilée en domaines d'activités avait été remplacée par des objectifs moins nombreux et plus stratégiques. Le CPRC avait favorablement accueilli le nouveau concept de gestion dans la mesure où il devait garantir

une meilleure comparabilité entre les exercices budgétaires et, par la même occasion, allégeait le processus budgétaire lors des périodes biennales à venir.

D'autre part, le CPR n'avait pas eu l'occasion de débattre des propositions budgétaires concrètes pour la période biennale 2008-2009. Il estimait, cependant, qu'une méthodologie juste et transparente de répartition du budget ordinaire devait faire partie intégrante de tout mécanisme de validation relative à la part des ressources totales de l'Organisation attribuée aux différentes régions.

Finalement, lors de la troisième session du Comité permanent, le directeur régional avait rappelé aux participants qu'on lui avait demandé (dans la résolution EUR/RC55/R4) de présenter un document sur les indicateurs susceptibles d'être utilisés pour le suivi de la mise en œuvre de la politique cadre régionale de la Santé pour tous dans les différents pays. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé lui avait fait savoir qu'il fallait au moins trois ans pour mettre au point des indicateurs scientifiques à cette fin. Lors de sa quatrième session, le CPR avait donc été informé de trois options pour le suivi de la politique cadre de la Santé pour tous. Il a été convenu qu'il serait demandé aux États membres, lors de la session actuelle du Comité régional, d'exposer clairement leurs souhaits à cet égard. Le sujet serait donc abordé au titre de l'ordre du jour relatif à la « Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes ».

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC56/R6.

Questions de politique et questions techniques

Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte (EUR/RC56/8 et EUR/RC56/Conf.Doc./3)

En introduisant le sujet, le directeur des Programmes sanitaires a fait observer que, dans la Région européenne de l'OMS, les principales maladies non transmissibles concouraient à 86 % du nombre total de décès et à 77 % de la charge de morbidité. Les maladies cardiovasculaires et les cancers étaient, à eux seuls, responsables de plus des deux tiers de l'ensemble de la mortalité. Avec la santé mentale, ils étaient aussi à l'origine de plus de 50 % de la charge totale d'invalidité. Le nombre projeté de décès pour 2005 était d'environ cinq millions attribuables aux maladies cardiovasculaires et d'environ deux millions attribuables aux cancers. Si les maladies transmissibles causaient moins de mortalité (moins de 100 000 par an), certains pays connaissaient un nombre important de décès dans les deux cas. Dans la Région, c'était les maladies cardiovasculaires qui tuaient le plus : en effet, elles étaient à l'origine d'un décès sur deux, et les principales responsables des différences de près de vingt ans observées de part et d'autre du continent en matière d'espérance de vie. En Europe de l'Est et dans l'ex-URSS, la réduction de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires présentait le plus grand potentiel de gains sanitaires.

En effet, ces maladies faisaient peser un fardeau de plus en plus lourd sur les systèmes de santé, l'économie et la société. Les patients atteints de maladies chroniques utilisaient beaucoup les services de santé. Parmi les conséquences économiques, il convenait de mentionner l'absentéisme, la baisse de productivité et la rotation des salariés.

Les principales causes des maladies non transmissibles étaient connues : près de 60 % de la charge de morbidité était liée à sept facteurs de risque, à savoir l'hypertension, le tabac, l'alcool, l'hypercholestérolémie, la surcharge pondérale, la faible consommation de fruits et de légumes ainsi que la sédentarité. Le diabète était également une cause importante. Ces facteurs de risque étaient communs à plus d'une maladie – ils avaient tendance à se regrouper, notamment chez les catégories sociales les plus défavorisées. On comprenait dès lors l'importance d'une approche intégrée.

Il existait des interventions efficaces permettant de prévenir ces maladies. Selon des estimations, 80 % des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et des cas de diabète de type 2, et 40 % des cancers pourraient être évités si les principaux facteurs de risque étaient éliminés. Cependant, les services

de santé se sont concentrés sur les traitements, et non sur la prévention. Dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), seulement 3 % des dépenses totales consacrées à la santé ont été investies dans des programmes de santé publique et dans la prévention. Or, beaucoup avait été fait. Plusieurs pays avaient réussi à réduire la mortalité due aux maladies non transmissibles, et il a été démontré qu'environ 50 % de cette baisse pouvait être en fait attribuée à la prévention de facteurs de risque tels que le tabagisme, et 23 à 46 % aux traitements. La qualité, la portée et la mise en œuvre des interventions devaient être améliorées.

Quelle serait la situation à l'avenir ? Depuis les années 60, la surcharge pondérale des enfants en âge scolaire atteignait ostensiblement des proportions alarmantes. L'Europe était un continent vieillissant. D'ici 2050, plus d'un quart des Européens seraient âgés de plus de 65 ans, et plus d'un tiers des hommes de plus de 60 ans souffraient d'au moins deux maladies chroniques.

Deux ans auparavant, le Comité régional avait demandé que soit formulée une stratégie à la fois globale, axée sur l'action, ciblée, adaptée à la diversité du continent européen, et apportant une valeur ajoutée à ce qui existait déjà. Cette tâche avait été accomplie grâce à une collaboration étroite avec un groupe d'experts de référence et à des consultations approfondies avec les États membres ainsi que beaucoup d'autres partenaires. Les pays avaient exprimé le souhait que la stratégie englobe dans un seul cadre la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins de santé. Les objectifs étaient de mener une action intégrée sur les facteurs de risque et leurs déterminants sous-jacents, et de renforcer les systèmes de santé afin d'améliorer les efforts de prévention et de lutte.

Un membre du CPRC a souligné que la lutte contre les maladies non transmissibles était un problème particulièrement important, et posait un défi à la santé économique de l'ensemble des pays. La stratégie était ambitieuse, apportait de la valeur ajoutée, présentait des mécanismes rassemblant différentes approches, tout en créant une plateforme permettant d'alléger la charge des maladies non transmissibles. Elle abordait largement les inégalités en matière de santé. Il fallait investir des ressources et, si le transfert des ressources nécessaires n'était guère facile, la stratégie offrait une occasion importante d'y parvenir. Le Comité permanent a recommandé que la mise en œuvre de la stratégie trouve un écho dans le projet de budget programme et le Plan stratégique à moyen terme. Il attendait avec impatience que soit élaboré le plan d'action pour la mise en œuvre de cette stratégie.

Au cours de la discussion qui a suivi, les représentants ont accueilli très favorablement la stratégie à laquelle ils avaient l'intention d'accorder une visibilité majeure à tous les niveaux. Le représentant d'un pays, s'exprimant au nom des États membres de la Communauté européenne, des pays en voie d'accession à l'UE et des pays candidats, a félicité le Bureau régional pour la stratégie. Les maladies non transmissibles étaient un problème hautement important pour la santé publique : les interventions intégrées à un coût relativement peu élevé présentaient un potentiel considérable. Ces dernières années, un grand nombre d'initiatives ont été menées dans ce domaine dans l'UE, et davantage étaient planifiées, par exemple sur l'alcool et la santé, la santé mentale et le suivi sanitaire. La démarche axée sur la prévention intégrée a été fermement appuyée. Si les politiques intersectorielles et la promotion de la santé étaient à la fois rentables et viables, le secteur de la santé devait assumer activement sa fonction de direction. Les participants se sont félicités de l'attention accordée aux inégalités en matière de santé et au déséquilibre des sexes. Ces prochaines années, la stratégie deviendrait le principal instrument permettant de parvenir d'une manière générale à une santé plus équitable dans la Région. Il fallait désormais mener une action déterminée et élaborer un plan d'action. La réussite d'une telle initiative se traduirait de manière concrète non seulement par une réduction de la souffrance humaine, mais aussi par un développement économique accru.

Certains orateurs ont fait observer que, dans leurs pays en transition, les cas de maladies non transmissibles avaient augmenté à la suite d'une dégradation du niveau de vie et des systèmes de santé. La consommation d'alcool s'était accrue, et l'espérance de vie avait diminué. Les maladies non transmissibles représentaient un fardeau pour l'économie et venaient s'ajouter aux autres problèmes des pays les plus pauvres, comme la lutte contre les maladies transmissibles et le manque de systèmes de santé efficaces. Il fallait désormais évoluer de la dispensation de traitements à l'amélioration de la

situation sanitaire. Cependant, la prise en charge des maladies était aussi importante. Certains patients avaient besoin qu'une aide constante leur soit apportée au quotidien et à long terme. Toute stratégie de santé publique eu égard à la prévention devait sous-entendre le développement de systèmes de santé adéquats, et la priorité devait être accordée au renforcement des soins de santé primaires.

Les pays avaient participé au processus de consultation dans une mesure sans précédent, et les concepts fondamentaux avaient été partagés et acceptés. Il importait de ne pas négliger la santé mentale, car il s'agissait de la deuxième cause de morbidité. On a fait observer que le tabagisme, l'obésité et les problèmes de santé mentale avaient des conséquences extrêmement coûteuses, alors qu'il était relativement bon marché et facile de lutter contre eux. Les ministères de la Santé devaient maintenant investir non seulement dans une action éducative auprès des médecins en matière de promotion, de prévention et de détection précoce, mais également dans des campagnes publiques mettant en évidence la nécessité d'une bonne nutrition et de l'activité physique. Un représentant a demandé que l'on mette davantage l'accent sur le fait qu'il incombait aux individus de mener une vie saine. La démarche d'ensemble revêtait une grande importance à de nombreux niveaux. Il a été relevé qu'il fallait établir des liens avec la Commission sur les déterminants sociaux de la santé.

Un orateur s'exprimant au nom des trois États baltes a déclaré qu'il paraissait simple de se fonder sur les données scientifiques, et la connaissance des causes communes et des mesures préventives reconnues pour doter les systèmes de santé de moyens d'agir selon une démarche intersectorielle, mais que cela n'est pas toujours le cas, de sorte que la stratégie proposée serait utile. Les pays baltes participaient au réseau du Programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) et la Lituanie souhaitait utiliser l'expérience qu'elle avait ainsi acquise pour être l'un des premiers pays à mettre en œuvre cette stratégie. La Lituanie a également offert d'accueillir une réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles.

Des intervenants ont rendu compte des succès obtenus par leur pays. Un représentant a expliqué que le taux de mortalité par maladies non transmissibles avait été divisé par deux en 30 ans dans son pays. Il importait d'aborder l'équité en santé selon des approches multiples et de faire participer les autres secteurs, ainsi que les administrations locales. Il fallait apporter d'importants changements, par exemple dans les secteurs de l'énergie et des transports et l'industrie alimentaire, car il s'agissait là d'une démarche plus viable. Un autre orateur a signalé que la mortalité par maladies cardiovasculaires avait baissé de 34 % de 1990 à 2002 dans son pays. Le nombre de cancers invasifs du col de l'utérus avait baissé de 10 % et d'autres programmes de dépistage étaient mis en place. Le cancer se trouverait à l'ordre du jour de la présidence slovène de l'UE en 2008.

Des représentants d'ONG ont soutenu la Stratégie. Ils ont exprimé une inquiétude particulière concernant les médicaments de contrefaçon, ont mentionné l'élaboration de la deuxième Déclaration d'Helsingborg sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et la prochaine Charte sur la santé cardiaque ; en outre, ils ont mis en garde contre la promotion de produits malsains auprès des enfants et des jeunes.

Le sous-directeur général pour les maladies non transmissibles et la santé mentale du Siège de l'OMS a dit qu'une vision commune de la lutte contre les maladies non transmissibles avait été conçue d'une façon détaillée et prometteuse. Un engagement serait nécessaire au cours des années à venir pour améliorer l'état de santé de la population. La réduction des inégalités était au cœur des mesures à prendre pour lutter contre les maladies non transmissibles et une réflexion novatrice était nécessaire.

Dans sa réponse, le directeur pour les programmes de santé a remercié les représentants pour leur appui. Les travaux venaient seulement de commencer et ils allaient maintenant progresser vers le plan d'action et la mise en œuvre.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC56/R2.

Projet de budget programme 2008-2009 et Plan stratégique à moyen terme 2008-2013

(EUR/RC56/10, EUR/RC56/10 Corr.1, EUR/RC56/10 Corr.2, EUR/RC56/10 Add.1 et EUR/RC56/Conf.Doc./4)

Le directeur pour la planification, la coordination des ressources et la surveillance des performances du Siège de l'OMS a présenté le Projet de budget programme 2008-2009 et le Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013, qui constituent un document d'ensemble unique. Le Plan à moyen terme répond aux besoins définis dans le onzième Programme général de travail dans le cadre de la vision à long terme de la santé qui inspire ce document et de la présentation par ce dernier des fonctions principales de l'Organisation.

Il était ressorti des réactions des États membres que les 36 domaines de travail utilisés pour structurer le budget programme actuel entravaient les travaux qui transcendaient des domaines d'activités particulièrement nécessaires aux niveaux des pays et des régions ; de plus, une période de deux ans n'était pas bien adaptée à la nature stratégique des activités de l'OMS. Le Plan à moyen terme recensait donc 16 objectifs stratégiques transversaux et portait sur trois budgets programmes.

Dans l'esprit des efforts accomplis pour améliorer l'administration des ressources de l'Organisation, le Projet de budget programme 2008-2009 quantifiait les ressources nécessaires pour atteindre chaque résultat, ce qui représentait un bond en avant. Ici encore, pour répondre aux demandes des États membres, le budget programme était présenté comme un document intégré, qui reprenait les trois sources de financement, dont une nouvelle catégorie, les contributions volontaires de base négociées.

L'augmentation proposée du budget ordinaire destiné au Bureau régional était de 8,6 % pour la période 2006-2007 ; l'augmentation du budget intégré total était d'environ 38 %. La tendance à réorienter les ressources vers les régions et les pays se poursuivrait et devrait porter sur 70 % des ressources au cours de l'exercice biennal 2008-2009.

Le conseiller principal du service Gestion et mise en œuvre du programme du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a traité des projets de ce dernier dans le nouveau contexte du onzième Programme général de travail de dix ans et du Plan stratégique à moyen terme. Il fallait examiner le projet de budget programme du Bureau régional pour 2008-2009 sur les plans du contenu et des fonds. Le secrétariat du Bureau régional se félicitait de la démarche horizontale que permettaient les 16 objectifs stratégiques du Plan à moyen terme, qui renforcerait la mise en œuvre au niveau des pays. Adapté aux priorités de la Région, le Plan à moyen terme porterait sur quatre domaines : les maladies non transmissibles, la sécurité sanitaire, les systèmes de santé et le renforcement de la présence dans les pays.

En ce qui concerne la mise en œuvre, l'augmentation du montant du projet de budget régional, porté à 277 millions d'USD, exigerait une augmentation des effectifs dans les pays. Pour assurer l'égalité des chances sur le plan de la gestion des programmes dans les sept lieux d'implantation de l'Organisation, la même proportion du budget devait y être disponible au début de l'exercice budgétaire. La situation actuelle, dans laquelle deux lieux de dépenses ayant des totaux budgétaires presque identiques étaient dotés de budgets ordinaires très différents ne pouvait être considérée comme équitable. Le mécanisme de validation avait été adopté en vue d'améliorer la transparence et l'équité ; or la répartition du budget ordinaire continuait à suivre les pratiques du passé.

Une représentante du CPRC s'est félicitée des travaux accomplis pour intégrer un peu plus le Programme général de travail dans le Plan à moyen terme. Le Comité permanent approuvait la démarche horizontale qui présidait aux 16 objectifs stratégiques ; il s'agissait d'ailleurs d'un changement qu'il préconisait depuis longtemps. Précédemment, il avait vivement critiqué le processus et le contenu du Programme général de travail ; il convenait de répondre à deux questions : les liens entre les priorités du Programme général de travail, les fonctions de base de l'OMS et les objectifs stratégiques du Plan à moyen terme avaient-ils été indiqués de façon explicite et permettraient-ils à l'OMS de fonctionner de façon efficiente ?

Le Comité permanent se demandait également si une augmentation aussi importante du projet de budget programme de l'Organisation était réaliste. En outre, il était probable que le rapport entre les contributions ordinaires et volontaires deviendrait plus déséquilibré encore, ce qui avait des incidences sur la gouvernance. Compte tenu des incertitudes qui entouraient le projet de budget, il serait sage de préparer des plans pour faire face à d'éventuelles réductions budgétaires.

Malgré l'importance relative de l'augmentation proposée du budget du Bureau régional, il s'agissait d'un montant modeste par comparaison avec les problèmes de santé de la Région et avec les budgets des autres régions de l'OMS. Le Comité permanent était déçu de constater que la Région se trouvait dans la partie basse de la fourchette de répartition convenue et que le mécanisme de validation ne s'appliquait pas au budget ordinaire.

La représentante du CPRC a invité les délégués à examiner un certain nombre de questions : fallait-il demander au directeur régional d'entamer des négociations avec le Siège au sujet de la répartition du budget ordinaire ? Le Comité régional devait-il demander à ceux de ses membres qui siégeaient au Conseil exécutif d'exprimer l'insatisfaction de la Région à l'égard de la répartition du budget ordinaire lors de réunions ultérieures ?

Au cours du débat qui a suivi, un représentant, qui s'exprimait au nom de l'UE, des pays associés de l'Espace économique européen et des pays en voie d'adhésion et des pays candidats à l'UE, a dit que les objectifs stratégiques et le Plan à moyen terme constituaient une amélioration par rapport aux domaines de travail verticaux et permettraient en outre de comparer les budgets dans le temps. Le Plan à moyen terme favoriserait ainsi une gestion fondée sur les résultats et la transparence. L'importance accordée à la sécurité sanitaire mondiale était une bonne chose, mais trop peu d'attention était accordée à d'autres domaines essentiels de la mission de l'OMS, ce qui était préoccupant. C'était le cas en particulier de la santé sexuelle et reproductive, qui était essentielle si l'on voulait atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, et cela devrait être reflété dans le budget. C'était le cas également pour les maladies non transmissibles, auxquelles il fallait aussi accorder un degré de priorité plus élevé pour tenir compte de l'évolution de la charge de morbidité. Dans certains domaines, les objectifs stratégiques et les résultats attendus pourraient ne pas être réalisables et les liens entre ces objectifs devaient être indiqués de façon plus claire, en vue d'éviter des doubles emplois dans l'affectation des crédits budgétaires. Le projet de budget programme devait également mentionner plus clairement la façon dont l'OMS devrait hiérarchiser ses priorités si elle n'obtenait pas les ressources attendues. Les possibilités de coopération entre l'OMS et les autres organismes des Nations Unies et les synergies potentielles devaient être soulignées. Par exemple, la protection sociale, qui faisait l'objet d'un objectif stratégique, constituait une mission essentielle de l'OIT. L'augmentation relative de la part des contributions volontaires dans le budget global affaiblissait le rôle de direction des organes directeurs. Il fallait établir un meilleur équilibre entre les contributions obligatoires et les contributions volontaires.

Plusieurs orateurs ont remercié le secrétariat pour la qualité, la clarté et le détail des exposés et ont exprimé leur appui aux documents. Plusieurs intervenants ont demandé des clarifications sur la division novatrice des fonds budgétaires en trois catégories. Un certain nombre de questions ont été posées en ce qui concerne le Plan à moyen terme et le Projet de budget programme 2008-2009 : qui, au sein de l'Organisation, était chargé de décider de la façon d'affecter les fonds supplémentaires venant du budget ordinaire ? A quel moment de l'exercice biennal le mécanisme d'allocation de fonds serait-il appliqué ? Qu'en était-il du lien entre le financement des ressources humaines de l'OMS, qui constituaient les forces vives de l'Organisation ? Quel lien existait entre les différents types de financement et les résultats attendus ? Le Plan à moyen terme, qui comportait des fonctions de base, des domaines principaux et des objectifs stratégiques communs, faciliterait-il ou entraverait-il l'établissement de priorités ?

Des délégués ont relevé que le Plan à moyen terme ne mettait pas l'accent sur la santé sexuelle et reproductive ni sur le Règlement sanitaire international. Il fallait accorder une plus grande importance aux systèmes de santé ; il n'était possible d'atteindre les objectifs stratégiques que par une action concertée visant à les renforcer. Deux objectifs stratégiques (10 et 11) devaient être formulés de façon plus claire en vue d'éviter tout chevauchement.

Plusieurs orateurs ont estimé que les augmentations prévues des contributions obligatoires et des contributions volontaires dans le projet de budget programme étaient trop optimistes, et ils ont recommandé d'élaborer différents scénarios pour le cas où les fonds prévus ne pourraient être obtenus. L'Organisation devait également s'efforcer de réaliser des économies et de supprimer les activités redondantes en établissant des partenariats et des synergies (avec l'OIT, par exemple). D'une manière générale, il était difficile de savoir si les chiffres étaient appropriés en l'absence de prévisions budgétaires pour les exercices biennaux suivants relevant du Plan à moyen terme. Il fallait verser des contributions volontaires dans une optique à plus long terme pour favoriser un financement plus prévisible. Un intervenant a souligné la nécessité d'assurer au Bureau régional des rentrées régulières et prévisibles. Il a été reconnu que la forte augmentation des fonds depuis quelques années montrait que les États membres avaient confiance dans l'Organisation et comprenaient la nécessité d'agir en matière de santé publique.

Les incertitudes actuelles en matière de financement budgétaire mettaient en lumière l'importance de la planification et de la définition des priorités. Les représentants ont mentionné le grand nombre d'objectifs stratégiques. Quelles étaient les priorités régionales ? Quel était leur lien avec les propositions annoncées plus tôt en ce qui concernait l'avenir du Bureau régional ? Quels étaient les domaines de travail devenus non prioritaires ? Il était donc essentiel d'observer une cohérence au niveau de l'organisation : le Plan stratégique à moyen terme devrait mieux tenir compte du Programme général de travail afin d'assurer une plus grande harmonie entre les deux entités. L'ensemble des résolutions et des mandats devaient être vérifiés afin d'établir leur utilité, et les ressources devaient en effet être affectées par mandat et en fonction de la capacité à aboutir à des résultats probants. Certains orateurs ont rappelé à l'Organisation que la promulgation des normes constituait en fait une partie essentielle de son mandat et que cela nécessitait un minimum d'effectifs au Siège de l'OMS et dans les bureaux régionaux.

En ce qui concernait la répartition équitable des ressources aux régions, on a fait remarquer que la Région européenne restait à l'échelon inférieur du mécanisme de validation. On estimait que l'augmentation du budget régional de 0,1 % par rapport aux bases de 2006-2007 (obtenues en appliquant le mécanisme de validation) était en fait peu élevée à la lumière des augmentations proposées pour le budget dans son ensemble. Le secrétariat devait déployer davantage d'efforts afin de trouver la formule qui permettrait d'assurer une allocation équitable des ressources. Finalement, il a été proposé d'affecter les ressources ainsi accrues aux pays de la Région qui en avaient le plus besoin.

Un représentant du Conseil international des infirmières a lu une déclaration.

La conseillère principale pour la gestion et la mise en œuvre du programme a remercié les représentants pour leurs commentaires. L'opinion unanime était que le Plan stratégique à moyen terme et ses objectifs étaient utiles, et que les spécificités régionales pouvaient être prises en compte. Elle a admis que les différents objectifs stratégiques et résultats au niveau de l'Organisation devaient être examinés dans leur ensemble afin d'en établir la priorité. En cas de non-obtention des ressources escomptées, les principes de fixation des priorités et de « postériorisation » seraient appliqués. Afin d'illustrer ce dernier point, elle a fait observer que, dans le cas de certaines maladies, davantage de recommandations politiques de haut rang étaient proposées au niveau national, remplaçant de cette manière le grand volume d'interventions directes aux pays. En ce qui concernait le financement principal, elle a clairement expliqué que les contributions volontaires de base négociées étaient aussi appropriées que les fonds du budget ordinaire afin de garantir un financement sûr.

La directrice, Suivi des performances, coordination des ressources, planification, a déclaré que les commentaires des représentants sur le contenu du Plan stratégique seraient communiqués aux responsables techniques, et seraient pris en compte lors de la rédaction du document final. Elle a admis que l'OMS n'était pas le seul acteur de la santé publique, et qu'une plus grande importance devrait être accordée à la coopération afin d'atteindre les objectifs stratégiques. Elle prendrait acte des commentaires relatifs à la réforme du système des Nations Unies. En ce qui concernait les allocations, il ne fallait pas oublier que l'augmentation proposée pour la Région était de 38 %. Elle a admis qu'une recherche plus approfondie était nécessaire sur la question de l'équilibre entre le budget ordinaire et les contributions volontaires.

Tout en faisant observer que les États membres de la Région étaient également d'importants bailleurs de fonds, elle a demandé leur aide afin d'améliorer le système d'allocation. En réponse à une question posée précédemment, elle a déclaré que les décisions sur le mode d'utilisation des ressources supplémentaires étaient prises par des réseaux de conseillers techniques, en fonction de l'urgence relative des besoins de la santé publique.

Le directeur général par intérim a déclaré que le budget total de 4,2 milliards d'USD permettait raisonnablement à l'Organisation d'assumer ses fonctions essentielles et son mandat, et que la priorité actuelle était les pays qui en avaient le plus besoin. Le budget reflétait-il la mission de l'OMS, telle que souhaitée par ses États membres ? Il a admis qu'il fallait trouver un meilleur équilibre entre un soutien accru dans le domaine normatif et l'appui technique offert aux pays par l'OMS ; les travaux réalisés sur le Règlement sanitaire international constituaient un exemple de changement de priorité de l'Organisation. Dans le montant total de 4,2 milliards d'USD pour le projet de budget programme, ce changement de priorités était évident : par exemple, l'augmentation proportionnelle la plus élevée concernait les maladies non transmissibles et les déterminants de la santé. Le budget possédait aussi une importante composante « systèmes de santé ». Les activités liées aux situations d'urgence ont eu un impact majeur sur le budget. Une fois encore, il a demandé aux États membres si l'OMS répondait à leurs souhaits. Où devrait-on réaliser des compressions budgétaires ? L'Organisation faisait-elle ce qu'il fallait en étant fidèle à ses six fonctions essentielles ?

Le niveau des contributions volontaires de base négociées était réaliste et correspondait aux tendances actuelles. Cependant, les contributions obligatoires devaient encore constituer une bonne partie du budget ordinaire. Il a admis que répartir les allocations du budget ordinaire sur une base historique n'était pas une bonne idée. Un changement devait donc être apporté, même s'il fallait pour cela retourner à la case départ, examiner la totalité des objectifs stratégiques, conclure s'ils reflétaient les fonctions essentielles de l'Organisation et allouer des ressources en fonction de leur importance relative.

En ce qui concernait le financement général des Nations Unies, il a déclaré que les agences spécialisées devaient être impliquées ; les gouvernements devaient aussi y participer. Il a reconnu qu'il y avait moyen d'améliorer la collaboration au sein du système des Nations Unies afin d'éviter le double emploi. Des efforts avaient déjà été consentis dans certains domaines, mais davantage pouvait être fait, par exemple, en coopération avec l'OIT en matière d'hygiène du travail.

Les objectifs stratégiques devraient multiplier les occasions de collaboration entre les différents niveaux de l'Organisation. Finalement, une mobilisation efficace des ressources était importante. En effet, la moitié des ressources de l'Organisation était le fruit des efforts déployés par les bureaux de pays et régionaux. Il appartenait aux États membres d'améliorer la prévisibilité d'obtention de tels fonds.

Le directeur régional a rappelé qu'un des représentants avait déclaré que les inégalités n'étaient pas seulement un problème pour le Bureau régional ; c'était surtout un problème pour les États membres qui étaient lésés. En effet, les pays de la Région européenne n'étaient pas tous riches. Maintenant que l'on disposait d'un mécanisme de validation, il devrait être appliqué aux trois niveaux du budget programme, et les bases des budgets régionaux devaient donc être renégociées à la lumière des réalités régionales.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC56/R4.

L'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EUR/RC56/11, EUR/RC56/Conf.Doc./5)

Le directeur régional a décrit le processus par lequel le CPR et le secrétariat avaient établi le document susmentionné : le CPR avait créé un groupe de travail, et examiné et amélioré le résultat des travaux de ce dernier après chacune de ses quatre réunions. Le Bureau régional proposait et avait déjà commencé à mettre en œuvre six orientations stratégiques pour ses travaux jusqu'en 2020 : tous contre le manque d'équité en matière de santé, et une politique de santé reposant sur des valeurs ; des bases factuelles et des informations pour guider la politique de santé et l'action de santé publique ; le renforcement des systèmes

de santé ; le passage du partenariat au partage des tâches ; une action internationale en matière de sécurité sanitaire ; et le rôle directeur du Bureau régional et la nouvelle contribution régionale à l'OMS. Ces orientations avaient été choisies de façon à soutenir les principales tendances positives et à réduire les effets des principales tendances négatives dans la Région, et elles étaient conformes au onzième Programme général de travail et au Plan stratégique à moyen terme.

En premier lieu, le Bureau régional coopérerait avec ses partenaires pour réduire le manque d'équité en santé, en commençant par le secteur sanitaire. Il poursuivrait par une action de promotion de la conception large de la santé qui était nécessaire dans ce secteur et dans les autres secteurs, et établirait des principes directeurs, des études de cas et des indicateurs afin de suivre les progrès accomplis. Deuxièmement, il continuerait à favoriser l'utilisation de bases factuelles par les pays comme fondement de l'action dans le domaine de la santé publique. Il soutiendrait le recueil et la diffusion d'informations, et la recherche. Avec le concours de ses partenaires, il fournissait déjà des informations sanitaires prêtes à l'emploi aux États membres grâce au Réseau HEN et à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Troisièmement, le Bureau régional collaborait avec les États membres pour améliorer les performances de leur système de santé ; les préparatifs en vue de la conférence sur les systèmes de santé de 2008 et les résultats de cette dernière constitueraient la base de cette orientation stratégique. En outre, les activités menées avec le concours des partenaires dans le domaine de l'autonomisation des citoyens avaient commencé. Quatrièmement, le Bureau régional améliorerait ses partenariats en les rendant plus concrets et davantage orientés vers les activités menées dans les pays. En particulier, s'il était vrai que les liens étroits du Bureau régional avec l'UE reposaient sur des buts similaires et comportaient une collaboration étroite avec la Direction générale pour la santé et la protection des consommateurs et le CEPCM, le partage des tâches représentait l'étape suivante. Cela exigerait les actions suivantes : un examen du rôle de l'UE dans les organes directeurs de l'OMS et des liens de l'Organisation dans l'ensemble de l'UE, y compris la Direction générale des relations extérieures ; la poursuite de l'action du Bureau régional en tant que trait d'union avec les pays de la Région qui n'étaient pas membres de l'UE ; et l'invention de nouvelles façons de diriger ce partenariat et d'établir des distinctions entre les rôles des partenaires. En outre, il fallait disposer d'une stratégie pour rendre plus efficaces les activités menées en collaboration avec les ONG et les centres collaborateurs.

Cinquièmement, le Bureau régional devait favoriser une action internationale en matière de sécurité sanitaire en aidant les systèmes de santé nationaux à mieux se préparer aux crises, en déterminant, avec ses partenaires, les responsabilités en matière d'action et en assurant la communication sur les risques. Sixièmement, le rôle directeur du Bureau régional consistait à coopérer avec ses partenaires pour traduire les résultats des travaux de recherche en actions, à diffuser des principes directeurs et à servir de trait d'union entre les différents éléments et secteurs dans la Région ; à jouer un rôle normatif concernant l'action sur le terrain ; à mener une action de sensibilisation pour autonomiser les citoyens ; et à jouer son rôle dans une nouvelle direction répartie de l'OMS, qui permettrait au Bureau régional de jouer un rôle plus important dans les questions mondiales, tandis que les démarches mondiales tiendraient compte de la spécificité et des besoins particuliers de la Région européenne. Enfin, les changements géopolitiques en cours dans l'UE et dans le cadre de la réforme des Nations Unies auraient des effets sur le Bureau régional et l'OMS dans son ensemble.

Un membre du CPRC a mis l'accent sur la participation du Comité permanent à l'établissement du document, sur l'importance des valeurs de l'OMS, qui avaient servi de base à ce dernier, et sur le fait que le Bureau régional avait besoin d'un tel guide pour relever les nouveaux défis en matière de santé et faire face à d'importantes évolutions géopolitiques. Ce document n'était pas un plan d'action, mais proposait six orientations stratégiques dans les domaines qui avaient le potentiel le plus important d'amélioration de la santé. Le CPRC approuvait ce document et invitait le Comité régional à l'examiner.

Au cours de la discussion, tous les orateurs se sont félicités de la conception proposée de l'avenir à long terme du Bureau régional. Les représentants ont reconnu l'utilité des six orientations stratégiques, en particulier l'évolution vers le partage des tâches, notamment avec la Commission européenne ;

l'importance des valeurs et en particulier de l'équité comme base d'action et l'amélioration de l'accès aux services ; et la nécessité de renforcer les systèmes de santé, notamment par l'autonomisation des citoyens. Des intervenants ont également mentionné les avantages qu'il serait possible de retirer du rôle directeur du Bureau régional en matière de sécurité sanitaire, d'action et de pratiques fondées sur des bases factuelles, le rôle du Bureau régional en tant que trait d'union entre pays et entre secteurs, une vision large de la santé et un meilleur équilibre entre le Siège de l'OMS, les régions et les bureaux de pays. Plusieurs intervenants ont noté avec satisfaction que le document contenait une évaluation exacte de la situation dans la Région.

Certains orateurs ont mentionné des succès dans les activités relatives aux orientations stratégiques qui avaient déjà été remportés en coopération avec le Bureau régional, dans des domaines tels que le soutien aux pays, le renforcement des systèmes de santé et l'action en faveur de l'équité. Le réseau des Hôpitaux-santé et le réseau sanitaire de l'Europe du Sud-Est étaient des moyens de coopération efficace.

Des délégués ont également suggéré des améliorations du document. Il s'agissait notamment d'ajouter l'OCDE à la liste des principaux partenaires, de trouver des moyens d'améliorer la coopération avec les centres collaborateurs et les ONG, et de bien définir le rôle directeur de l'OMS dans les différents domaines de la sécurité sanitaire.

Un délégué s'exprimant au nom de la Communauté européenne, des pays associés de l'Espace économique européen, des pays en voie d'accession à l'UE et des pays candidats s'est félicité du document, qui constituait une base précieuse pour des discussions et évolutions futures ; il a fait l'éloge de la prise en compte des six questions dans les activités prévues en matière de santé au niveau mondial ; et il a souscrit sans réserve à l'idée de rationaliser les activités du Bureau régional avec ses partenaires grâce au partage des tâches. Il était nécessaire de mener en permanence des travaux systématiques en ce qui concerne la santé publique, la promotion de la santé et la prévention des maladies dans le cadre de l'ensemble des activités visant à renforcer les systèmes de santé et à accroître l'équité. Parmi les questions qui devaient être clarifiées, il a mentionné les liens entre le document et la mise en œuvre du Plan stratégique à moyen terme. Il a été suggéré que le Bureau régional continue à établir des rapports thématiques régionaux.

Un représentant de l'UNICEF a félicité le Comité régional, le CPR et le Bureau régional pour l'initiative, a approuvé les orientations stratégiques et a relevé l'étroite collaboration de l'UNICEF avec l'OMS en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Les manques d'équité considérables dans la partie orientale de la Région mettaient en évidence la nécessité d'une démarche d'ensemble à l'égard du développement des enfants et des adolescents. Les États membres avaient besoin d'une aide pour déterminer les interventions sanitaires qui protégeraient les enfants et d'autres groupes vulnérables, à mesure que des fonds nouveaux devenaient disponibles et que la décentralisation se poursuivait dans la Région.

Un représentant du Conseil de l'Europe a souscrit au document et a relevé la convergence entre les actions prévues par le Conseil de l'Europe et par l'OMS, ce qui constituait le fondement de la poursuite d'une coopération fructueuse. Le Conseil de l'Europe pourrait contribuer à la conférence de 2008 sur les systèmes de santé. La tenue des réunions tripartites du Conseil de l'Europe, de la Commission européenne et de l'OMS avant que les partenaires établissent définitivement leurs budgets et programmes pourrait accroître l'utilité de ces réunions.

Dans sa réponse, le directeur régional a remercié les orateurs d'avoir approuvé le document et d'avoir indiqué ses points forts et ses faiblesses. L'importance qu'ils avaient accordée au renforcement des systèmes de santé était appréciée : selon l'OMS, les systèmes de santé incluaient non seulement les soins, mais également la santé publique, la promotion de la santé et la prévention des maladies. Les lacunes, tel que l'absence d'une politique concernant la coopération avec les centres collaborateurs et les ONG, seraient comblées au cours de la modification ultérieure du document. L'autonomisation des citoyens constituait un idéal dont la réalisation prendrait du temps. Les partenariats du Bureau régional étaient efficaces, mais pouvaient ne pas être assez novateurs, et ils avaient besoin d'une meilleure gouvernance et

d'un meilleur partage des tâches. La Commission européenne avait une relation de partenariat avec les organes directeurs de l'OMS et une situation particulière dans ces derniers, mais le Bureau régional travaillait pour tous les pays de la Région et servait de trait d'union entre l'UE et les pays extérieurs à celle-ci. La nouvelle répartition des responsabilités au sein du système des Nations Unies faisait de l'OMS l'organisation chef de file pour la santé lors des opérations humanitaires. Le directeur régional a remercié l'UNICEF et le Conseil de l'Europe pour leur appui. Le Bureau régional était en train d'établir un rapport européen sur la santé publique dans le cadre d'un projet dirigé par l'Italie.

Le directeur exécutif du Bureau du directeur général, au Siège de l'OMS, a relevé que la question de la réforme des Nations Unies, y compris la situation de l'OMS en tant que chef de file dans le domaine de la santé et ses compétences particulières en tant qu'organisation spécialisée, figurerait à l'ordre du jour de la réunion suivante du Conseil exécutif de l'OMS. Le rôle directeur dans les activités menées au niveau des pays serait examiné.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC56/R3.

Renforcer la sécurité sanitaire (EUR/RC56/9 Rev.1)

En introduisant le sujet, le directeur régional adjoint a mentionné le risque accru de crises sanitaires dû à la transmission de maladies animales aux populations humaines, la mondialisation en plein essor des voyages et du commerce, et le risque d'utilisation intentionnelle d'agents biologiques. Dans toute situation de crise, l'objectif de l'OMS était de réduire la mortalité, la morbidité et les troubles sociaux évitables, et il a proposé d'adopter par conséquent une stratégie axée sur les systèmes afin de renforcer la sécurité sanitaire dans la Région.

Traditionnellement, la « sécurité » était considérée comme une préoccupation nationale, liée à la défense du territoire national contre tout agresseur. Le concept était devenu bien plus complexe puisqu'il englobait les menaces à l'environnement, les problèmes économiques, l'éducation, la santé et d'autres domaines. La définition de sécurité sanitaire proposée par le Bureau régional se concentrait sur les aspects liés à la santé : les urgences sanitaires et les événements qui avaient des conséquences graves sur la santé publique ou des incidences transfrontalières potentielles. Les activités en cours à la Commission européenne ont été mentionnées, ainsi que le besoin de coordination avec cette institution et d'autres organes internationaux à des fins de cohérence.

On pouvait entendre par crise les conditions qui se produisaient lorsque les systèmes sanitaires locaux étaient débordés et ne pouvaient répondre aux besoins des populations ; ou lorsque les populations ne pouvaient plus répondre à leurs besoins fondamentaux. De telles situations pouvaient être causées par des événements catastrophiques soudains ou évoluant lentement, ou des troubles sociaux prolongés en cas de guerre civile. Les causes pouvaient varier, mais ces événements constituaient tous des défis aux systèmes de santé et menaçaient la sécurité sanitaire.

La charge des catastrophes avait largement augmenté ces dernières décennies, entraînant des coûts économiques considérables pour les pays. Des enseignements avaient été tirés d'événements récents, dont ceux mentionnés dans les études de cas reprises dans le document. Cependant, la prise en charge efficace par la communauté internationale de la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ne voulait pas dire qu'une pandémie de grippe devait être traitée d'une façon similaire. En outre, comme on a pu conclure, le contexte politique et économique revêtait une importance vitale et l'on ne pouvait se passer du soutien ferme des autorités publiques. Des dispositions devaient être prises pour faire face à tous les types de catastrophes, plutôt que de formuler des plans se concentrant sur des menaces spécifiques.

De nouvelles capacités en ressources humaines et technologies étaient requises, et la préparation aux situations d'urgence devait s'intégrer aux autres fonctions de la santé publique ; il avait été démontré que les agences de santé publique qui y parvenaient étaient plus efficaces en période de crise. Pour ce faire, les systèmes de santé nationaux devaient être renforcés et le Règlement sanitaire international (2005)

devait être appliqué, notamment dans les pays dotés de systèmes de surveillance d'une performance insuffisante – là où de nouvelles maladies pouvaient se déclarer. Des stratégies d'information et de communication étaient primordiales pour que le public reçoive les bons conseils au bon moment. En effet, les troubles sociaux étaient souvent le résultat d'une communication déficiente.

L'OMS, en tant qu'agence chef de file pour la santé dans le système des Nations Unies, jouerait un rôle pilote dans le cadre des opérations humanitaires pour les questions relatives à la santé, et collaborerait avec d'autres organismes et réseaux internationaux. Un accord devait être conclu entre les parties prenantes à tous les niveaux afin de définir clairement les fonctions de chacun ainsi que l'utilisation complémentaire de ressources.

Le document était la première contribution de la Région européenne au Rapport sur la santé dans le monde de 2007, qui envisagerait la santé en tant que problème sécuritaire d'une manière beaucoup plus générale. Il a été demandé aux participants d'émettre des commentaires sur les orientations proposées.

Un membre du CPCPR a fait observer que ledit document tentait d'apporter une démarche préventive à la question de la sécurité sanitaire. Il s'inspirait des données d'expériences glanées dans la Région et proposait un cadre d'action axée sur les systèmes qui impliquerait non seulement les gouvernements, mais aussi les Nations Unies et d'autres agences internationales, le secteur privé et la société civile.

Au cours de la discussion qui a suivi, les pays ont favorablement accueilli les efforts consentis afin d'aboutir à une stratégie intégrée de renforcement de la sécurité sanitaire. Certains orateurs ont également remercié le Bureau régional pour l'aide dont ils avaient déjà bénéficié en situation de crise sanitaire.

Un représentant s'exprimant au nom de la Communauté européenne et des pays en voie d'adhésion à l'UE et des pays candidats, a déclaré que la sécurité sanitaire était une question hautement prioritaire pour l'ensemble des pays. L'UE avait renforcé ses activités dans ce domaine, notamment la préparation au bioterrorisme et à la pandémie de grippe, y compris la mise en place d'un système d'alerte rapide et d'échange d'informations en cas de catastrophes, et l'établissement d'un comité de sécurité sanitaire. Les activités du CEPCM permettraient de renforcer davantage la collaboration. L'UE coopérerait plus étroitement avec les Nations Unies et ses agences spécialisées, et dans le cadre d'initiatives internationales telles que l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale et la Politique européenne de voisinage. Une distinction devait être faite entre les flambées de maladies et d'autres urgences ou crises sanitaires, et les interventions nécessaires étaient donc différentes. Le nouveau Règlement sanitaire international renforcerait le rôle de l'OMS en cas d'urgences de santé publique. L'OMS avait un rôle spécifique à jouer dans la promotion d'une action de soins de santé coordonnée face aux catastrophes, avec une dimension de santé publique et ce, en collaboration étroite et constante avec l'UE. L'une des tâches les plus urgentes consistait à soutenir et à évaluer les activités menées au niveau national en matière de planification à la préparation aux pandémies.

D'autres orateurs ont observé que l'OMS et les pays eux-mêmes devaient apprendre à réagir aux urgences sanitaires. Des conseils seraient nécessaires sur le renforcement de l'infrastructure et des mesures intersectorielles pour la préparation et la réduction des risques. Réagir à une catastrophe, une situation à laquelle bon nombre de pays ont dû faire face ces dernières années, était une expérience éprouvante, chargée d'émotions. Des représentants de plusieurs pays durement touchés par des crises telles que tremblements de terres, vagues de chaleur, incendies et inondations, ont déclaré qu'ils avaient compris la nécessité d'élaborer des mesures préventives, d'assurer une coordination intersectorielle, et de mettre en place des programmes de gestion des risques. Il fallait intégrer un système d'alerte et d'action rapides à la planification de préparation générale. L'OMS devrait continuer d'aider les États membres à formuler des plans nationaux de préparation.

L'un des représentants a expliqué les programmes ciblés et techniques que son pays avait mis en place pour la prévention et la gestion des situations de crise, dont une base de données pour les services d'urgence, un réseau d'observatoires et de défense civile, et des activités de suivi régulier de l'environnement et des contrôles de laboratoires dans le cadre de mesures de préparation. Leurs experts

seraient heureux de contribuer aux efforts de l'OMS en matière de sécurité sanitaire. D'autres pays ont également proposé leur aide. L'un des orateurs a recommandé que l'on ait recours à des experts externes pour la préparation institutionnelle, et que les réseaux sanitaires en cas d'urgence soient améliorés, en liaison avec le CEPCM.

La définition de la sécurité sanitaire a également suscité quelques réactions : il était important qu'elle ne soit pas trop restrictive, et elle devait correspondre à celle d'autres partenaires, tels que l'UE.

L'un des représentants a mis en évidence les principes de responsabilité et de proximité : en effet, les personnes responsables d'un service en conditions normales l'étaient également en situation de crise, et la crise devait être gérée le plus près possible du lieu de l'événement. Aux termes de cette stratégie, les services nationaux, malgré le fait qu'ils doivent aussi être préparés, ne devaient pas faire plus que le nécessaire. Le thème du renforcement des capacités locales a été débattu par un autre orateur, qui a souligné l'importance d'améliorer la disponibilité des systèmes de santé ordinaires, plutôt que de créer des structures spécifiques. La communication constituait un autre facteur primordial. Il était donc vital de mettre en place une voie hiérarchique claire et de définir les rôles avec exactitude – un point également important pour les organes internationaux !

Le directeur régional adjoint a répondu en remerciant le Comité pour son soutien : davantage d'efforts étaient nécessaires, et les activités dans ce domaine se poursuivraient désormais. Le renforcement de la sécurité sanitaire était étroitement lié à l'investissement consenti aux systèmes de santé : les systèmes qui ne fonctionnaient pas en conditions normales seraient tout aussi inefficaces en période de crise. Plusieurs des questions soulevées s'avéreraient utiles aux activités en cours, celles-ci étant réalisées en collaboration avec d'autres initiatives telles que le Groupe de travail du Comité permanent interagences des Nations Unies, le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, la Stratégie internationale de réduction des catastrophes des Nations Unies et l'Organisation météorologique mondiale. L'OMS collaborait aussi étroitement avec des ONG, et une consultation intensive avait eu lieu à Genève afin de réviser les principes opérationnels de l'action de l'OMS en cas de catastrophes et de crises sanitaires.

Le Comité régional a décidé de demander au directeur régional de poursuivre les activités sur le renforcement de la sécurité sanitaire dans la Région européenne à travers la préparation et l'action globales et intégrées des systèmes de santé, tenant compte des points de vue du Comité régional.

Allocution du directeur général par intérim

Le directeur général par intérim a déclaré que l'actuel Comité régional était le quatrième auquel il avait assisté cette année. C'était un plaisir de se rendre compte, à un niveau pratique, de la pertinence des fonctions essentielles de l'Organisation et de l'engagement de ceux qui collaboraient à leur réalisation. Il avait été plus fermement demandé à l'Organisation de jouer un rôle pilote, que ce soit sur le plan général ou spécifique. Elle avait donc un rôle important à assumer dans la collecte des informations et dans l'influence qu'elle pouvait exercer sur les programmes de recherche. Il a esquissé une description des travaux en cours pour clarifier et intensifier le rôle de l'OMS en matière de recherche sanitaire. La définition de normes était une autre fonction primordiale qui devait être maintenue. En outre, l'Organisation devrait fournir des options politiques, notamment afin d'accroître l'efficacité des systèmes de santé. Parmi ses fonctions essentielles, il convenait aussi de mentionner l'aide technique au renforcement des capacités nationales. La sixième fonction essentielle était le suivi et la surveillance, garantissant la mise à disposition de données à la fois exactes et objectives.

Il a été encourageant de voir que, durant le Comité, l'accent avait été mis sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. La Stratégie européenne serait importante, notamment en ce qui concernait l'obésité, et revêtirait un intérêt pour le reste du monde. Les débats sur la sécurité sanitaire venaient particulièrement à point nommé, et seraient pris en compte dans le Rapport sur la santé dans le monde de 2007, alors que l'examen des bases factuelles pour le financement de la santé aurait un impact

sur les activités menées dans un domaine difficile, quoique vital. Ces thèmes apportaient une preuve supplémentaire de l'importance, dans la Région, de la collaboration dans les principaux domaines stratégiques de la santé. Tel était le rôle que le Bureau régional devait jouer à l'avenir : assurer la complémentarité des actions et adapter les cadres mondiaux au contexte régional. Des efforts de coopération devraient être mis en œuvre entre les bureaux régionaux, entre les États membres et le secrétariat, et entre le secrétariat et le nombre croissant de partenaires en santé publique.

Pour en revenir aux maladies non transmissibles, il a fait remarquer que grâce à la stratégie du « gain sanitaire », les pays de la Région européenne jouaient un pilote dans les activités menées sur cet important problème des systèmes de santé, réalisant des progrès en matière d'équité sanitaire et de déterminants sociaux de la santé. Le défi n'était plus tellement d'enrichir notre savoir sur ces déterminants, mais plutôt de mettre en œuvre des solutions pratiques permettant d'y faire face. Il s'agissait notamment de traiter des problèmes sous-jacents comme l'éducation des femmes et les facteurs environnementaux ; il s'agissait de prendre des décisions politiques et de définir les bonnes modalités pour influencer les responsables au niveau des pouvoirs publics, les coûts financiers étant relativement modestes. Il attendait avec impatience le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé en 2008.

Le tabac était le principal facteur de risque dans 31 États membres de la Région en termes de charge de morbidité. Bien que 136 pays soient devenus parties à la Convention-cadre pour la lutte antitabac, 14 pays de la Région européenne n'avaient pas encore ratifié la Convention ou adhéré à celle-ci. L'OMS était toujours disposée à collaborer avec tous les pays et à rester au centre des activités de lutte antitabac.

Parmi les thèmes importants, il convenait de mentionner la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé maternelle et infantile. L'OMS jouait un rôle actif dans le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Cependant, davantage restait à faire. La vaccination était toujours un outil crucial, pourtant trois millions d'enfants non vaccinés mouraient chaque année de maladies évitables. La Région devait être plus active dans ce domaine afin que le bien public mondial de la vaccination puisse atteindre les populations. Il se félicitait des activités mises en œuvre par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) ; l'ensemble des 11 pays de la Région européenne éligibles à GAVI avaient mené avec succès une campagne de vaccination contre l'hépatite, pour un financement total de 12,4 million d'USD.

Des améliorations avaient été réalisées en matière de santé infantile au niveau mondial, et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans avait diminué au cours des 20 dernières années ; cependant, il en allait tout autrement de la mortalité maternelle. Une résolution sur l'amélioration des objectifs du Millénaire pour le développement serait présentée à l'Assemblée générale des Nations Unies au cours de l'automne 2006.

Sur le plan mondial, les organes directeurs de l'OMS avaient approuvé une série de stratégies et de mesures de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, notamment chez les jeunes, où la Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents constituait un cadre important pour les actions à mettre en œuvre dans ce domaine. Autre problème apparenté, l'épidémie de VIH/sida qui sévissait en Europe de l'Est et en Asie centrale, notamment chez les jeunes toxicomanes par voie intraveineuse. En effet, l'Europe de l'Est connaissant actuellement le taux le plus rapide de nouvelles infections à VIH. La 16^e Conférence internationale sur le sida organisée récemment à Toronto avait mis l'accent sur la nécessité d'une stratégie qui puisse respecter un équilibre entre la prévention du VIH, les tests de dépistage, le traitement, les soins et l'encadrement. À cet égard, il a rendu hommage aux efforts du docteur Lee Jong-wook. En effet, personne ne l'avait cru quand, dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », il avait de nouveau attiré l'attention sur l'importance de traiter cette infection. Cette initiative avait abouti aujourd'hui à des résultats positifs : en Afrique, par exemple, 1 million de personnes étaient soignées, soit une augmentation 10 fois plus élevée de la couverture des traitements. Lors de la Conférence, l'Organisation avait présenté ses trois grands domaines d'intervention : ressources financières, médicaments et personnel de santé motivé. Les activités sur le VIH/sida avaient permis à l'Organisation de se rendre compte que l'accès des personnes aux services de santé était la responsabilité

des pouvoirs publics. L'OMS devait principalement mener des activités de sensibilisation. Les travaux sur le VIH/sida et la prise de conscience de la menace émanant des nouvelles maladies infectieuses avaient inspiré la mise en œuvre d'interventions dans des domaines auparavant considérés comme non prioritaires.

La mise en œuvre du Règlement sanitaire international ne se résumait pas à une stratégie de lutte contre les maladies ; des systèmes d'intervention et de communication plus solides et une approche mondiale aux défis sanitaires étaient nécessaires. La grippe aviaire représentait toujours une menace. Plus de 50 pays ont signalé des flambées de cette maladie chez les oiseaux et 10, dont deux États membres de la Région, ont observé des cas chez l'homme. La diffusion de l'information et la communication restaient des domaines primordiaux. Presque la totalité des pays possédaient des plans de préparation, et ceux-ci devaient désormais être mis à l'essai pour voir s'ils pouvaient devenir opérationnels. Les capacités de fabrication de médicaments s'étaient considérablement améliorées, et de nouvelles autorisations de production avaient été octroyées dans plusieurs pays en développement. Des travaux étaient menés sur l'élaboration d'un vaccin utilisable lors de pandémies et le développement des capacités de fabrication. Des essais cliniques donnaient actuellement des résultats encourageants.

La Région européenne connaissait les taux les plus élevés de tuberculose polypharmacorésistante, et de nombreux enseignements avaient été tirés des efforts déployés dans la Région pour juguler ce fléau. Il s'agissait en effet d'une grave menace à la santé publique, notamment chez les populations caractérisées par des taux élevés d'infection au VIH et de faibles ressources en matière de soins de santé. Il a prié les représentants de participer activement au forum ministériel de l'année suivante sur l'épidémie de tuberculose et de tuberculose polypharmacorésistante en Europe de l'Est.

Il fallait renforcer les systèmes de santé, sinon il serait impossible de consolider les services de santé ou d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Il était nécessaire d'améliorer l'organisation, la gestion et la dispensation des services de santé ; de renforcer les bases factuelles pour la prise de décision et la mise en œuvre ; de garantir un financement équitable, adéquat et durable ; et d'assurer suffisamment de ressources humaines parfaitement formées.

La Région comprenait certains des principaux gouvernements et partenaires participant à l'aide au développement dans le secteur de la santé. Au nom de la communauté sanitaire internationale, il a remercié ces pays pour leur engagement politique et financier en faveur de ces activités d'une importance vitale. Cependant, cet engagement devait être renforcé et plus efficace. Les gouvernements examinaient désormais les moyens de traduire les engagements pris lors du sommet du G8 de l'année précédente (accueilli par la Fédération de Russie) en actions concrètes, dont le doublement des ressources financières affectées à l'Afrique. Les partenaires européens avaient annoncé des calendriers à cette fin. L'aide au développement était importante, mais il fallait se faire une idée précise, et la majorité des moyens devaient encore provenir de sources domestiques.

Afin que les pays puissent avoir accès à l'aide supplémentaire dont ils avaient besoin pour améliorer les résultats en matière de santé, l'OMS menait les trois actions suivantes : collaborer avec les partenaires afin d'assurer l'adhésion des pays aux plans, budgets et cadres techniques nationaux ; responsabiliser les pays afin que ceux-ci coordonnent et gèrent l'aide au développement ; et attirer l'attention sur les contraintes des systèmes de santé qui freinaient le progrès.

Les partenaires dispensant une aide au développement pourraient également faire davantage pour octroyer un financement prévisible à long terme sur la base de critères concrets plutôt que politiques. La durabilité de l'aide en dépendait largement. Les parties prenantes devaient commencer les négociations, au moins pour définir leurs priorités. Il a remarqué que l'UE était particulièrement active dans ce domaine. L'aide technique devait également mieux refléter les besoins des pays, et non pas ceux des partenaires et de leurs calendriers. Il a souligné l'importance du soutien aux partenaires européens dans le cadre du processus d'éradication de la poliomyélite. À ce propos, il a insisté sur l'importance de la surveillance.

En conclusion, l'objectif de l'OMS était de mieux répondre aux besoins des pays et de collaborer efficacement en tant que partenaire du système des Nations Unies. L'Organisation participait au débat actuel sur la question de savoir comment ce système pouvait mieux coordonner ses activités dans les pays.

En réponse à l'allocution du directeur général par intérim, un des orateurs a fait observer que la résolution des problèmes de santé publique exigeait de plus en plus une coopération intersectorielle. Le dernier sommet du G8 avait soulevé des questions de santé publique au plus haut rang de la prise de décision. Il a demandé comment l'OMS utiliserait le mécanisme mis en place pour accéder aux décideurs.

Le directeur général par intérim a répondu en disant que le sommet du G8 avait été une véritable réussite, dans la mesure où 56 recommandations ont été émises sur plusieurs thèmes primordiaux, dont le renforcement du personnel de santé. L'OMS serait heureuse de participer au prochain sommet si les États membres en exprimaient le souhait.

Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

(EUR/RC56/12)

Mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac

Le directeur adjoint, Division des programmes sanitaires, a fait état des progrès réalisés et des tendances observées dans la Région depuis l'adoption de la stratégie en 2002. La prévalence du tabagisme avait accusé un recul, mais pas dans tous les pays ou à la même échelle. La mortalité masculine due au cancer du poumon avait diminué, mais dans la plupart des pays, le tabac continuait d'être la principale cause responsable de la charge de morbidité. En outre, le tabagisme continuait à affecter particulièrement les catégories socioéconomiques les plus défavorisées, et comme cette tendance allait croissant, il en était de même des inégalités sanitaires entre les plus pauvres et les plus nantis.

La Région avait réalisé d'importants progrès dans la lutte antitabagique ; parmi les mesures prises, il convenait de mentionner l'interdiction de la publicité et l'interdiction de fumer dans les lieux publics, la majoration des taxes sur le tabac et l'augmentation de la taille des messages d'avertissement apposés sur les paquets de cigarettes, la ratification de la Convention-cadre pour la lutte antitabac par 38 pays et la Communauté européenne et l'application de deux directives de l'UE. Le public apportait un soutien accru à l'adoption de politiques et à la mise en œuvre d'actions plus fermes à cet égard. Le Bureau régional avait aidé les pays à légiférer dans ce domaine, à élaborer des plans d'action et à exercer une surveillance, et il maintenait une base de données complète sur la lutte antitabac au niveau européen. Or, nombre de pays pratiquaient encore une politique complaisante à ce sujet, notamment en ce qui concernait la restriction de la publicité indirecte, l'introduction du sevrage tabagique dans les services nationaux de santé publique et la lutte contre la contrebande. Répondant à une question, il a confirmé que, dans leurs efforts de lutte, les pays ne devaient pas négocier avec l'industrie du tabac, malgré les retombées financières pour l'État.

Les orateurs se sont félicités des progrès réalisés par la Région afin de mener une lutte efficace contre le tabagisme, ainsi que les contributions du Bureau régional et du Siège de l'OMS. Ils ont souligné la valeur de la Stratégie européenne et de la Convention-cadre pour les activités menées dans les pays, et le rôle de la Convention-cadre comme moteur de la coopération. Un représentant a expliqué les efforts menés dans son pays pour ratifier l'instrument.

Un représentant de la Commission européenne, s'adressant au nom de la Communauté européenne, des pays associés de l'Espace économique européen et des pays candidats à l'UE, a félicité le Bureau régional pour avoir élaboré et suivi la mise en œuvre de la Stratégie européenne et pour l'importance accordée au partenariat. L'UE et ses États membres étaient un élément moteur dans la lutte antitabac en Europe : en contribuant à l'élaboration de protocoles sur le commerce illicite et la publicité transfrontalière, en

appliquant les directives de l'UE sur les produits du tabac et la publicité, et en assumant un rôle pilote par l'apposition de messages graphiques d'avertissement sur les paquets de cigarette et l'interdiction de la publicité directe et indirecte lors des manifestations internationales. L'UE continuerait à collaborer avec l'OMS et les partenaires dans la Région afin de lutter contre le tabagisme.

Le représentant d'un pays ayant facilité la coordination européenne à la toute dernière Conférence des parties à la Convention-cadre pour la lutte antitabac a fait remarquer que la Conférence se pencherait sur les modèles des deux protocoles et prié instamment les pays européens qui ne l'avaient pas encore fait de ratifier l'instrument.

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

Le président du Comité européen de l'environnement et de la santé a déclaré que les dernières réunions de ce comité et du Groupe de travail du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe s'étaient penchées sur les aspects scientifiques et les progrès réalisés dans la réalisation des quatre buts prioritaires régionaux du Plan d'action. Un grand nombre de participants y avaient assisté ; les réunions étaient ouvertes à tous les États membres.

Des ateliers avaient été organisés afin d'aider les pays à élaborer leurs plans nationaux, et 42 États membres possédaient désormais des programmes actifs de protection des enfants contre les dangers environnementaux pour la santé. En 2007, une réunion intergouvernementale d'évaluation à mi-parcours organisée à Vienne rendrait compte des progrès accomplis dans la concrétisation des engagements pris lors de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, juin 2004). Un ensemble d'indicateurs simples et fiables serait également présenté afin d'orienter le processus de prise de décision et d'harmoniser les séries chronologiques pour la Cinquième Conférence ministérielle prévue en 2009.

Il a indiqué les dates des prochaines réunions, a remercié les pays hôtes et donateurs, et a relevé que, eu égard à l'engagement des États membres, les ressources nécessaires devaient être allouées par l'OMS de façon à ce que les progrès accomplis dans le domaine de l'environnement et de la santé puissent se poursuivre.

Au cours de la discussion qui a suivi, les délégués ont pris note de la démarche proactive et novatrice qui était adoptée dans le cadre du processus relatif à l'environnement et à la santé. La participation de diverses parties intéressées garantissait que le processus était efficace et viable à long terme. Cette façon de procéder méritait une étude plus approfondie de la part des organes directeurs et pouvait être appliquée dans d'autres domaines.

Un délégué s'exprimant au nom des pays nordiques a dit que c'était à juste titre que le CEES encourageait la participation des jeunes. Il était essentiel d'assurer de bonnes conditions de vie et un environnement salubre pour les jeunes et les enfants, et à cet égard le CEES constituait un instrument important. Il existait de bons exemples de coopération entre les États membres concernant la mise en œuvre, dans les pays, du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe. Le Conseil nordique des ministres a grandement facilité la collaboration entre les pays scandinaves. Le CEES disposait des ressources, du savoir-faire et des réseaux nécessaires pour aider les pays à relever les défis qui existaient dans le domaine de la santé environnementale.

Il a été indiqué que l'état de l'environnement dans un pays déterminait l'état de santé de sa population. Un délégué a décrit les nombreuses lois fédérales et régionales qui avaient été adoptées, ce qui avait permis de réduire la pollution atmosphérique et d'améliorer la qualité de l'eau, par exemple. Il importait de continuer les activités visant à améliorer l'environnement et à prévenir les catastrophes qui pouvaient avoir des conséquences sur la santé et à y faire face si elles se produisaient néanmoins.

Le directeur régional a félicité le CEES d'avoir mené à bien la tâche difficile qui consistait à rapprocher la science de l'action sur la base de décisions prises lors d'une conférence ministérielle. La mise en œuvre

importait avant tout. Lors de l'examen à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe, en 2007, et lors de la Conférence ministérielle de 2009, des fonctionnaires du Bureau régional, des scientifiques et des représentants d'États membres se rencontreraient pour poursuivre les réalisations découlant de la Conférence de Budapest.

Indicateurs sur la mise en œuvre de la politique-cadre de la Santé pour tous

Le coordinateur de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a examiné des questions relatives à la méthodologie utilisée pour mettre au point des indicateurs à utiliser pour surveiller la mise en œuvre de la version actualisée de la politique-cadre de la Santé pour tous. Comme cette version actualisée n'avait pas un caractère contraignant et ne contenait pas de buts ni de points de repère, il n'était pas facile de procéder à des comparaisons. En outre, on ne disposait pas de définitions communes. Des travaux étaient accomplis dans diverses instances en vue de parvenir à une compréhension commune de certains aspects, mais aucun indicateur n'était conçu de façon identique dans tous les États membres.

Les systèmes de santé constituaient le cadre de la mise en œuvre de la politique-cadre de la Santé pour tous, mais les incidences de celle-ci dépassaient le secteur de la santé, c'est-à-dire que la place des préoccupations sanitaires dans les politiques d'autres secteurs devait être évaluée, ce qui n'était pas une tâche facile. En outre, il n'existait pas encore de consensus entre les États membres sur les indicateurs communs à utiliser pour surveiller la réalisation des objectifs relatifs aux systèmes de santé. Au cours de la surveillance de la gouvernance éthique, il fallait se préoccuper non seulement d'indicateurs quantitatifs, mais aussi de la façon dont des valeurs étaient mises en œuvre et du rôle des ministères et des gouvernements.

Une collaboration intense avec d'autres organismes avait déjà lieu et certaines spécifications communes étaient utilisées. Des données existaient déjà dans la base de données européenne de la Santé pour tous de l'OMS, ainsi que dans des bases de données et d'autres systèmes de l'OCDE, de l'Office statistique des Communautés européennes (EUROSTAT), de la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne et d'autres organisations internationales. Ces travaux contribuaient tous à la production d'indicateurs.

Il fallait envisager trois options. La première consistait en une démarche globale qui permettrait d'établir des comparaisons et de définir des points de repère, avec mise au point d'indicateurs. Elle exigerait des ressources importantes. La deuxième option était une surveillance sélective, qui reposerait sur des indicateurs existants ; elle limiterait le champ d'action de la surveillance, mais inclurait des études de cas concernant la gouvernance éthique. Les États membres devraient alors accomplir des efforts importants de collecte de données, ce qui exigerait également des ressources importantes. La troisième option était une surveillance sélective au niveau des pays. Elle reposerait sur un ensemble limité d'indicateurs indirects disponibles et l'on utiliserait des informations déjà recueillies, complétées par des études de cas sur la gouvernance, qui pourraient ensuite être diffusées aux autres États membres. Les ressources nécessaires seraient moins importantes que selon les deux autres options, mais elles ne seraient pas négligeables.

Au cours de la discussion ultérieure, il a été signalé qu'un suivi sélectif par pays fournirait non seulement la plupart des informations nécessaires, mais constituerait aussi un point de référence pour l'évaluation rapide des progrès futurs. Les résultats de cette opération mettraient également en évidence les problèmes réels, de sorte que le soutien méthodologique offert par le Bureau régional pourrait être mieux ciblé et plus efficace. En conséquence, le Comité régional préférait la troisième option, car elle était la plus réalisable et reposerait sur les travaux déjà en cours menés en coopération avec d'autres organismes.

Rapport sur la mise en œuvre de la stratégie DOTS pour la lutte contre la tuberculose et progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme

Le directeur de la Division des programmes de santé a relevé que la crise que représentait la tuberculose dans la Région exigeait un engagement plus intense de la part de tous les pays, et non uniquement des 18 pays les plus touchés. La couverture de la Région par la stratégie DOTS était passée de 17 % de la population de la Région en 2001 à 47 % en 2004, mais il était encore nécessaire d'accomplir encore de nouveaux progrès. Les principaux problèmes étaient la tuberculose multirésistante, la tuberculose combinée avec l'infection à VIH et la faiblesse de systèmes de santé en cours de réforme. Les jalons dans la lutte contre la tuberculose étaient les suivants : la résolution du Comité régional de 2002 sur l'intensification de l'action, la stratégie Halte à la tuberculose de 2006, le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, le plan connexe en cours de préparation pour la Région européenne de l'OMS, qui porterait sur la période 2007-2015, et le Forum ministériel qui se tiendrait au Bureau régional en 2007. Les ressources du Bureau régional pour ces tâches comprenaient un budget de 12 millions d'USD pour 2006-2007 et 56 fonctionnaires (dont 49 sur le terrain). Le Bureau régional avait aidé les pays à obtenir d'importantes subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; il aidait 11 États membres à établir de nouvelles propositions destinées au Fonds.

La Région avait accompli de tels progrès dans le domaine de la lutte contre le paludisme, bien que celui-ci reste un problème dans huit pays, et qu'elle était prête à s'engager vers l'élimination de cette maladie, comme l'indiquait la Déclaration de Tachkent de 2005, déjà signée par neuf pays touchés par le paludisme. Le Bureau régional consacrait à ce but 2 millions d'USD pour 2006-2007 et les services de trois fonctionnaires (dont un sur le terrain) et avait aidé quatre États membres à obtenir des subventions du Fonds mondial. L'élimination pouvait être réalisée d'ici 2015 et supprimerait une menace qui pesait sur la santé de 30 millions de personnes ; pour s'acquitter du rôle qui lui revenait, cependant, le Bureau régional aurait besoin de disposer de 2 millions d'USD par an.

Tous les orateurs ont remercié le Bureau régional d'avoir soutenu les efforts qu'ils avaient déployés contre la tuberculose et le paludisme ; certains ont également souligné l'intérêt du soutien du Fonds mondial. Des délégués ont décrit les progrès que leurs pays avaient accomplis contre ces deux maladies et ont offert de partager leur expérience, notamment en ce qui concerne l'intensification de la stratégie DOTS. Un intervenant a demandé instamment que, dans le cadre des efforts réalisés pour prévenir la tuberculose, l'infection à VIH et le paludisme, on veille à protéger la santé des personnes atteintes de maladies parasitaires.

Des délégués ont souligné l'importance du problème de la tuberculose multirésistante. Un orateur a souscrit à la démarche du Bureau régional qui consistait à lutter contre la tuberculose en renforçant les systèmes de santé et en formant le personnel de santé, a annoncé que son pays poursuivrait son soutien et serait heureux de participer au forum ministériel de 2007. Un autre a suggéré que le rapport suivant destiné au Comité régional porte sur la tuberculose multirésistante et a demandé quel était l'avenir du projet Santé en prison, qui était un moyen très efficace de combattre la tuberculose, l'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles et de protéger la santé d'une population vulnérable.

Plusieurs orateurs se sont félicités de la Déclaration de Tachkent et de son but d'élimination du paludisme d'ici 2015.

Un représentant du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme s'est félicité de la bonne utilisation de ses subventions par les pays, par exemple pour le traitement de la tuberculose multirésistante. Des subventions destinées à lutter contre le paludisme pouvaient contribuer à accélérer la mise en œuvre de la Déclaration de Tachkent. Le soutien technique de l'OMS était crucial pour mener à bien les activités dans les pays bénéficiaires de subventions. Le Fonds mondial continuerait à soutenir la lutte menée par la Région contre la tuberculose, le paludisme et le VIH/sida, en finançant des programmes conçus aux niveaux local et national, et à célébrer les succès qu'elle remporterait.

Le directeur de la Division des programmes de santé a répondu que le soutien mutuel assuré par les pays, le Bureau régional et le Fonds mondial était essentiel au succès. Le Bureau régional continuerait à donner un degré élevé de priorité au projet Santé en prison.

Rapport sur les progrès accomplis en matière d'hygiène du travail

Le directeur du Programme spécial sur la santé et l'environnement a résumé les progrès accomplis en matière de santé au travail depuis que le Comité régional, à ses cinquante-quatrième et cinquante-cinquième sessions, avait demandé un renforcement des activités dans ce domaine.

Dans la charge de morbidité attribuable dans la Région, les risques professionnels figuraient parmi les dix principaux facteurs de risque et représentaient 2,5 % des AVCI, touchant souvent des personnes jeunes et productives. Chaque année, 27 000 personnes décédaient dans des accidents du travail et 200 000 mourraient des suites de maladies liées au travail. Pour chaque personne qui mourait, au moins 100 autres étaient atteintes d'une maladie professionnelle.

La participation du ministère de la Santé aux activités menées dans le domaine de la santé au travail était parfois marginale, alors qu'un rôle directeur du secteur sanitaire pouvait être très utile. La mondialisation représentait un défi, dans la mesure où des migrants de plus en plus nombreux quittaient des pays pauvres pour s'établir dans des pays riches et travailler dans de mauvaises conditions, dans des secteurs tels que la construction et l'agriculture, et dans le secteur de la santé lui-même. Parmi les autres problèmes, figuraient de nouvelles technologies dangereuses, le vieillissement de la main-d'œuvre et le travail des enfants.

Le Programme de santé au travail avait été renforcé au Bureau régional ; un gestionnaire à temps partiel était chargé d'aider les pays à s'acquitter de leurs engagements internationaux, dans certains cas dans le cadre d'accords biennaux de collaboration. Il a également contribué à actualiser et à promouvoir la Stratégie mondiale sur la santé au travail pour tous, grâce au réseau des centres collaborateurs de l'OMS. Des contraintes humaines et financières avaient empêché une intensification plus marquée des activités.

Le Plan d'action mondial sur la santé des travailleurs 2008-2017 était en cours d'élaboration par le Siège de l'OMS en vue de sa présentation à l'Assemblée mondiale de la santé en 2007, et une réunion de haut niveau devait se tenir à ce sujet à Genève en octobre 2006. Le Bureau régional adapterait la stratégie et le plan d'action mondiaux aux besoins de la Région européenne et veillerait à ce que les activités soient plus étroitement liées à celles d'autres partenaires, tels que l'OIT et la Commission européenne dans le contexte de la stratégie communautaire pour la sécurité et la santé au travail. Le réseau européen de centres collaborateurs serait invité à continuer à fournir des ressources humaines et des compétences techniques.

Au cours de la discussion, des représentants de pays se sont félicités des activités du Bureau régional dans le domaine de la santé au travail et ont estimé qu'elles devaient bénéficier de ressources plus importantes. Lorsque des contraintes existaient, il fallait recourir à des méthodes de travail différentes et, dans cet esprit, le réseau bien structuré de centres collaborateurs pouvait fournir efficacement des connaissances et une assistance technique. La politique de santé au travail était élaborée dans une optique multisectorielle et les centres collaborateurs jouaient un rôle de chef de file pour les services de santé au travail de leur pays. Lors d'une réunion informelle de ministres européens de la Santé, des Affaires sociales et du Travail qui s'était tenue à Helsinki en juillet 2006, l'accent avait été mis sur les liens réciproques qui existaient entre la santé et le travail : l'une avait des effets sur l'autre et vice-versa. De nombreuses politiques étrangères à la mission du secteur de la santé influençaient la santé au travail. Il fallait élargir les activités de santé au travail à la détection et à la prévention des maladies professionnelles, ainsi qu'à la promotion de la santé au travail. Le représentant d'un État membre a suggéré d'envisager l'élaboration d'une stratégie régionale.

Élections et désignations

(EUR/RC56/7 et EUR/RC56/7 Corr.1)

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

Conseil exécutif

Le Comité régional a décidé par consensus que la République de Moldova et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord présenteraient leur candidature à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2007 en vue de leur élection ultérieure au Conseil exécutif.

Comité permanent du Comité régional

Le Comité régional a élu la Géorgie, la Norvège et le Kirghizistan à un siège au CPRC pour un mandat de trois ans allant de septembre 2006 à septembre 2009.

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

Conformément aux dispositions du paragraphe 2, alinéa 2.2 du mémorandum d'accord sur le Programme spécial, le Comité régional a choisi par consensus l'Ouzbékistan 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 qui commencerait le 1er janvier 2007.

Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2007, 2008, 2009 et 2010

(EUR/RC56/Conf.Doc./6)

Les délégations de Géorgie et de la Fédération de Russie ont offert d'accueillir la cinquante-neuvième session du Comité régional dans leur pays respectif. Ces offres généreuses seraient examinées d'une façon plus approfondie par le Comité permanent du Comité régional au cours de l'année à venir.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC56/R5, qui confirmait que sa cinquante-septième session se tiendrait à Belgrade (Serbie) du 17 au 20 septembre 2007 et décidait que sa cinquante-huitième session se tiendrait à Copenhague du 15 au 18 septembre 2008 ; que la cinquante-neuvième session se tiendrait du 14 au 17 septembre 2009 et que la soixantième session se tiendrait à Copenhague du 13 au 16 septembre 2010.

Autres points à l'ordre du jour

Au cours de la session, des séances d'information techniques ont été consacrées à la grippe, à la prévention du VIH/sida, à la politique de financement de la santé dans la Région européenne de l'OMS et aux préparatifs en vue de la Conférence ministérielle de l'OMS sur la lutte contre l'obésité.

Résolutions

EUR/RC56/R1

L'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2004-2005 Rapport biennal du directeur régional

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2004-2005 (document EUR/RC56/4) et le document d'information connexe sur la mise en œuvre du budget programme 2004-2005 (document EUR/RC56/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 2004-2005 ;
3. PRIE le directeur régional de prendre en considération les suggestions formulées au cours du débat tenu à la cinquante-sixième session et de s'en inspirer pour élaborer les programmes de l'Organisation et mettre en œuvre les activités du Bureau régional.

EUR/RC56/R2

Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Rappelant la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA53.17 sur la stratégie mondiale pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, et les résolutions WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et WHA55.25 sur la stratégie mondiale pour la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, ainsi que les résolutions adoptées récemment sur les problèmes de santé provoqués par l'usage nocif de l'alcool (WHA58.26), la prévention et la lutte anticancéreuses (WHA58.22), les incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris (WHA58.23) et la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (EB117.R9) ;

Reconnaissant les engagements pris par les États membres et les activités en cours dans le cadre de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac (EUR/RC52/R12), le Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC55/R1), le Plan d'action européen pour l'alimentation et la nutrition (EUR/RC50/R8), le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe (EUR/RC54/R3), le Plan d'action sur la santé mentale en Europe (EUR/RC55/R2) et la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents (EUR/RC55/R6) ;

Rappelant sa résolution EUR/RC54/R4, dans laquelle il est demandé au directeur régional de préparer une stratégie européenne globale et centrée sur l'action sur les maladies non transmissibles ;

Reconnaissant que 86 % de l'ensemble des décès et que 77 % de la charge de morbidité sont imputables aux maladies non transmissibles dans la Région européenne, sachant que ces dernières représentent le principal problème de santé publique, au présent comme à l'avenir, dans tous les États membres de la Région ;

Reconnaissant les progrès déjà accomplis, quoique toujours préoccupé par les conséquences sanitaires et la répartition des maladies non transmissibles dans la société à l'origine d'une perte immense de la qualité de vie, particulièrement chez les groupes socioéconomiquement défavorisés et dans les pays pauvres ;

Reconnaissant l'impact négatif important des maladies non transmissibles sur le développement économique et social d'une société donnée et l'aggravation des disparités sanitaires ;

Reconnaissant que la charge des maladies non transmissibles peut être nettement réduite par le biais d'activités de promotion sanitaire et d'interventions de prévention des maladies menées à grande échelle, conjointement avec le déploiement continu et systématique d'efforts visant à maîtriser les déterminants de la santé et les facteurs de risques au sens plus large, et la lutte efficace contre les maladies chroniques ;

Reconnaissant la nécessité, pour les pouvoirs publics, de jouer un rôle mobilisateur afin de renforcer les efforts visant à réduire la charge de morbidité évitable due aux maladies non transmissibles et, étant donné les causes multiples et sous-jacentes de ces maladies, d'investir dans des activités multisectorielles et intégrées à des niveaux appropriés dans la société ;

Réaffirmant les valeurs et principes fondamentaux repris dans la version actualisée de la politique-cadre de la Santé pour tous et adoptée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en sa cinquante-cinquième session de 2005 ;

Ayant examiné le document EUR/RC56/8 dans lequel il est proposé d'élaborer une Stratégie européenne pour les maladies non transmissibles avec l'objectif d'éviter les décès prématurés et de réduire de manière significative la charge de morbidité imputable à ces maladies et ce, par la mise en œuvre d'une action intégrée permettant d'améliorer la qualité de vie et assurant une plus grande équité en matière d'espérance de vie en bonne santé entre les États membres et au sein de ceux-ci ;

ADOpte la Stratégie européenne pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles en tant que cadre d'action stratégique permettant, aux États membres de la Région européenne, de mettre en œuvre leurs politiques nationales et de s'engager dans des efforts de coopération internationale ;

DEMANDE INSTAMMENT aux États membres :

- a) d'élaborer ou, le cas échéant, de renforcer leurs stratégies nationales de santé publique afin de lutter contre les maladies non transmissibles, de manière à mener une action intégrée sur les facteurs de risque et leurs déterminants sous-jacents par le biais d'une démarche intersectorielle, s'il y a lieu ;
- b) de renforcer les systèmes de santé en vue d'améliorer la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, de manière à ce que les services de santé puissent assumer leurs responsabilités à cet égard, faire face à la charge de morbidité actuelle et développer les possibilités de promotion de la santé et de lutte contre ces maladies ;
- c) de considérer la prévention tout le long de l'existence de l'individu comme un investissement efficace exerçant un impact majeur sur le développement social et économique de la société, et de réaffecter les ressources en conséquence ;

- d) d'assurer un accès universel à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux services de santé comme moyen fondamental d'atteindre l'équité sanitaire ;
- e) de mettre en place des mécanismes multisectoriels responsables aux niveaux appropriés des pouvoirs publics afin d'assurer l'application et le suivi régulier des stratégies de santé publique mentionnées ci-dessus, impliquant les principales parties prenantes et prévoyant l'utilisation systématique des évaluations de l'impact sanitaire ;

PRIE le directeur régional :

- a) de soutenir activement la mise en œuvre de la stratégie dans la Région et d'élaborer des mécanismes permettant d'agir sur les déterminants par le biais d'une démarche multisectorielle ;
- b) d'aider les États membres à mettre en œuvre la stratégie par un renforcement de la coopération bilatérale et multilatérale :
 - création d'une alliance pour la sensibilisation et la lutte contre les maladies non transmissibles avec les principaux partenaires ;
 - établissement d'un réseau d'homologues nationaux comme ressource internationale et mécanisme consultatif dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ;
 - échanges facilités d'informations sur les bases factuelles et les meilleures pratiques, notamment en ce qui concerne l'élaboration de politiques et l'adoption de la stratégie ;
 - renforcement de la recherche sur l'intervention et la mise en œuvre ;
 - mise en place d'un mécanisme de suivi afin d'évaluer les progrès accomplis dans la formulation et la mise en application de politiques, et leur impact sur le développement de la santé, et de procéder au recueil et rendre compte régulièrement d'indicateurs communs sur la morbidité relative aux maladies non transmissibles dans la Région ;
- c) de faire rapport au Comité régional en sa cinquante-huitième session de 2008 sur la mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.

EUR/RC56/R3

L'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Le Comité régional,

Rappelant la résolution EUR/RC55/R5 et les principes tels qu'exposés dans le Rapport du douzième Comité permanent du Comité régional (CPCR) (documents EUR/RC55/4 et EUR/RC55/4 Add.1) sur la création d'un groupe de travail sur l'avenir du Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ;

Ayant étudié et examiné le document EUR/RC56/11 sur l'avenir du Bureau régional ;

Réaffirmant l'objectif et les fonctions de l'OMS tels que mentionnés dans la Constitution de l'Organisation ;

Faisant observer que le document est cohérent avec d'autres politiques telles que les objectifs du Millénaire pour le développement, le Programme général de travail de l'OMS et la Stratégie de pays du Bureau régional ;

1. APPROUVE la démarche d'ensemble de ce document et les orientations que le Bureau régional devrait suivre afin de s'assurer un positionnement correct dans le contexte de la santé publique internationale de 2020 et ce, en étroite collaboration avec d'autres organisations concernées par la santé et actives dans ce domaine ;
2. PRIE le directeur régional d'assurer une mise en œuvre efficace et efficiente, en permettant une contribution des États membres, des orientations stratégiques exposées dans le document et de présenter un rapport d'avancement au Comité régional à sa cinquante-neuvième session en 2009, en tenant compte des orientations fixées par le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013.

EUR/RC56/R4

Projet de budget programme 2008-2009 et Plan stratégique à moyen terme 2008-2013

Le Comité régional,

Ayant examiné le projet de budget programme pour l'exercice biennal 2008-2009 dans le cadre du Plan stratégique à moyen terme (document EUR/RC56/10) et sa perspective régionale (EUR/RC56/10 Add.1), et ayant pris note des commentaires exprimés à cet égard par le Comité permanent du Comité régional (CPCR) ainsi que par le Comité régional ;

Saluant les efforts soutenus consentis dans toute l'Organisation pour présenter un budget mieux ciblé correspondant désormais à une vision stratégique à plus long terme couvrant trois périodes biennales, comme énoncé dans le Plan stratégique à moyen terme ;

Prenant acte du fait que les propositions budgétaires ont été établies conformément à la résolution EUR/RC47/R9, qui demandait au directeur régional de formuler la perspective régionale du budget programme conformément aux principes appliqués pour la présentation du budget programme mondial, tout en reflétant les priorités et spécificités régionales ;

Prenant également note du fait que la proposition budgétaire actuelle doit être considérée comme un projet, étant donné que l'article 34 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) stipule que le directeur général soumet la proposition de budget de l'Organisation au Conseil exécutif avant approbation finale par l'Assemblée mondiale de la santé ;

1. PRIE le directeur régional de communiquer au directeur général les points de vue, commentaires et suggestions émis par le Comité régional à propos de la proposition de budget programme, afin qu'il en soit tenu compte lors de la finalisation du budget ;
2. PREND NOTE de la proposition de budget programme mondial 2008-2009 reprise dans le document EUR/RC56/10, qui devra être financé grâce à des fonds ordinaires et à des fonds provenant d'autres sources, dans la mesure où ces derniers peuvent être obtenus ;
3. APPROUVE les orientations stratégiques formulées dans le document « Proposition de budget programme pour 2008-2009 : la perspective de la Région européenne » (EUR/RC56/10 Add.1).

EUR/RC56/R5**Dates et lieux des sessions ordinaires
du Comité régional en 2007, 2008, 2009 et 2010**

Le Comité régional,

1. REMERCIE le gouvernement serbe de son engagement à accueillir la cinquante-septième session du Comité régional ;
2. CONFIRME que la cinquante-septième session se tiendra à Belgrade (Serbie), du 17 au 20 septembre 2007 ;
3. DÉCIDE que la cinquante-huitième session se tiendra à Copenhague du 15 au 18 septembre 2008 ;
4. DÉCIDE ÉGALEMENT que la cinquante-neuvième session se tiendra du 14 au 17 septembre 2009, aucune décision n'ayant encore été prise quant au lieu de la session, et que la soixantième session se tiendra à Copenhague du 13 au 16 septembre 2010.

EUR/RC56/R6**Rapport du treizième Comité permanent du Comité régional**

Le Comité régional,

Ayant examiné le Rapport du treizième Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC56/6 et EUR/RC56/6 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-sixième 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 des suggestions formulées par le Comité régional à sa cinquante-sixième session, telles qu'elles ont été consignées dans le rapport sur la session.

Décision

EUR/RC56(1)

Renforcer la sécurité sanitaire dans la Région européenne

Le Comité régional a décidé de demander au directeur régional de poursuivre les activités sur le renforcement de la sécurité sanitaire dans la Région européenne à travers la préparation et l'action globales et intégrées des systèmes de santé, tenant compte des points de vue du Comité régional.

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

Élection du président, du président exécutif, du vice-président exécutif et du rapporteur
Adoption de l'ordre du jour et du programme provisoires

2. Allocution du directeur général par intérim**3. Allocution de Son Altesse Royale la princesse Mary de Danemark****4. Allocution du directeur régional, avec rapport sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne****5. Questions découlant des résolutions et des décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif****6. Rapport du treizième Comité permanent du Comité régional (CPCR)****7. Aspects stratégiques et questions techniques**

- a) Stratégie européenne visant à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles
- b) Projet de budget programme 2008-2009 et Plan stratégique à moyen terme 2008-2013
- c) L'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
- d) Renforcer la sécurité sanitaire

8. Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional

- Mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac
- Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé
- Indicateurs sur la mise en œuvre de la politique-cadre de la Santé pour tous
- Rapport sur la mise en œuvre de la stratégie DOTS pour la lutte contre la tuberculose et progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme
- Rapport sur les progrès accomplis en matière d'hygiène du travail

9. Séance privée : élections et désignations

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

10. Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2007, 2008, 2009 et 2010**11. Autres points à l'ordre du jour****12. Adoption du rapport et clôture de la session**

Séances d'information technique

Informations à jour sur la grippe

Comment aborder la politique du financement de la santé dans la Région européenne ?

Compte rendu des préparatifs de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité

Prévention du VIH/sida

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

EUR/RC56/1 Rev.3	Liste des documents
EUR/RC56/2 Rev.1	Ordre du jour provisoire
EUR/RC56/3 Rev.2	Programme provisoire
EUR/RC56/4	L'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2004-2005 Rapport biennal du directeur régional
EUR/RC56/5	Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
EUR/RC56/6	Rapport du treizième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC56/6 Add.1	Rapport sur la cinquième session du treizième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC56/7 + /Corr.1	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC56/8	Améliorer la santé Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte
EUR/RC56/9 Rev.1	Renforcer la sécurité sanitaire : les problèmes qui se posent dans la Région européenne de l'OMS et l'action menée par le secteur sanitaire
EUR/RC56/10 + /Corr.1 + /Corr.2	Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et Projet de budget programme 2008-2009
EUR/RC56/10 Add.1	Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et Projet de budget programme 2008-2009 : la perspective de la Région européenne de l'OMS
EUR/RC56/11	L'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC56/12	Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional de l'Europe

Document d'information

EUR/RC56/Inf.Doc./1	Rapport du directeur régional – Mise en œuvre du budget programme 2004-2005
---------------------	---

Document de référence

EUR/RC56/BD/1	La politique de financement de la santé dans la Région européenne de l'OMS
---------------	--

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

M. Maksim Cikuli
Ministre de la Santé

Mme Zamira Sinoimeri
Ministre adjoint de la Santé

Suppléante

Mme Mirela Tabaku
Chef de cabinet, ministère de la Santé

Conseiller

M. Isuf Kalo
Conseiller auprès du ministre de la Santé

Allemagne*Représentant*

M. Udo Scholten
Directeur de la Division de politique sanitaire européenne et internationale, ministère fédéral de la Santé

Suppléants

M. Thomas Hofmann
Directeur adjoint, Division de la coopération sanitaire multilatérale, ministère fédéral de la Santé

Professeur Gerhard Hegendörfer
Directeur adjoint, Division de la coopération sanitaire multilatérale, ministère fédéral de la Santé

Mme Angela Kratzer
Adjointe à la Division de la coopération sanitaire multilatérale, ministère fédéral de la Santé

Mme Anke Konrad
Mission permanente de l'Allemagne auprès de l'Office des Nations unies et des autres organisations internationales à Genève

Conseiller

Dr Hedwig Petry
Directrice de la division de la Santé, de l'éducation et de la protection sociale, Agence allemande pour la coopération technique (GTZ)

Andorre

Représentante

Mme Montserrat Gil Torné
Ministre de la Santé, du Bien-être et de la Famille

Suppléants

Mme Carme Pallarès Papaseit
Directrice des services de santé au ministère de la Santé, du Bien-être et de la Famille

M. Josep M. Casals Alís
Directeur des services de l'alimentation et de la nutrition, ministère de la Santé, du Bien-être et de la Famille

Arménie

Représentants

Dr Norayr Davidyan
Ministre de la Santé

M. Tatul Hakobyan
Ministre adjoint de la Santé

Autriche

Représentants

Dr Hubert Hrabcik
Directeur général de la santé publique, ministère fédéral de la Santé et des Femmes

Dr Verena Gregorich-Schega
Directrice du service des relations internationales en matière de santé, ministère fédéral de la Santé et des Femmes

Suppléant

M. Martin Mühlbacher
Relations internationales en matière de santé, ministère fédéral de la Santé et des Femmes

Bélarus

Représentant

Dr Vasilii Ivanovich Zharko
Ministre de la Santé

Suppléant

M. Edouard Nikolaevich Glazkov
Chef du département des affaires étrangères, ministère de la Santé

Belgique

Représentant

M. Johan Peeters
Directeur de l'Institut scientifique de santé publique

Suppléante

Mme Leen Meulenbergs
Conseillère aux relations internationales, service public fédéral, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Conseiller

Dr Godfried Thiers
Directeur honoraire de l'Institut scientifique de santé publique

Bosnie-Herzégovine

Représentant

Dr Ranko Škrbić
Ministre de la Santé et de l'aide sociale, Republika Srpska

Suppléantes

Mme Snježana Bodnaruk
Assistante du ministre fédéral de la Santé, ministère de la Santé

Dr Šerifa Godinjak
Directrice des services de la Santé, de la sécurité sociale et des pensions au ministère des Affaires civiles

Bulgarie

Représentants

Professeur Radoslav Gaydarski
Ministre de la Santé

Dr Valeri Tzekov
Ministre adjoint de la Santé

Suppléants

Son Excellence M. Ivan Dimitrov
Ambassadeur de la Bulgarie au Danemark

M. Ilia Krastelnikov
Expert national à la Direction des droits de l'homme et des organismes humanitaires internationaux du ministère des Affaires étrangères

Professeur Lyubomir Ivanov
Directeur, Centre national pour la protection de la Santé publique

Conseillère

Dr Romyana Toshkova
Experte nationale, direction des Affaires européennes et de la coopération internationale au
ministère de la Santé

Chypre*Représentants*

Dr Christodoulos Kaisis
Conseiller technique principal à la division Médecine et santé publique, ministère de la Santé

Mme Maria Hadjibalassi
Infirmière en chef à l'École d'infirmières

Croatie*Représentants*

Dr Ante-Zvonimir Golem
Secrétaire d'État au ministère de la Santé et de la sécurité sociale

Professeur Marija Strnad Pesikan
Directrice adjointe, Institut national de santé publique

Suppléant

Son Excellence M. Aleksandar Heina
Ambassadeur de la Croatie au Danemark

Danemark*Représentant*

Dr Jens Kristian Gøtrik
Médecin conseiller technique, Conseil national de la Santé

Suppléant

M. Mogens Jørgensen
Chef de service au ministère de l'Intérieur et de la Santé

Conseillers

Dr Else Smith
Directrice du Centre national pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, Conseil
national de la Santé

Mme Marianne Kristensen
Conseillère principale au Conseil national de la santé

Dr Svend Juul Jørgensen
Conseiller principal au Conseil national de la santé

Mme Susanne Abild
Chef de service au ministère de l'Intérieur et de la santé

Espagne

Représentants

Mme Elena Salgado Méndez
Ministre de la Santé et de la Protection des consommateurs

Dr José Martínez Olmos
Secrétaire général de la Santé au ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

Suppléant

M. José Pérez Lázaro
Directeur général adjoint, Relations internationales, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

Conseillers

M. Óscar Gonzáles Gutiérrez-Solana
Conseiller technique à la Direction générale de la Santé publique, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

Mme Isabel Saiz Martínez-Acitores
Chef de service à la Direction générale de la Santé publique, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

Estonie

Représentants

M. Peeter Laasik
Ministre adjoint des Affaires sociales

Mme Ülla-Karin Nurm
Directrice du Département de la Santé publique, ministère des Affaires sociales

Conseillers

Mme Marge Reinap
Directrice par intérim des services de la politique de santé, division Santé publique du ministère des Affaires sociales

M. Sten Schwede
Deuxième secrétaire, Ambassade de l'Estonie au Danemark

Ex-République yougoslave de Macédoine

Représentants

Dr Vladimir Lazarevik
Conseiller pour la santé au cabinet du Premier ministre

Mme Snezana Čičevalieva

Directrice du secteur de l'intégration européenne et de la coopération internationale au ministère de la Santé

Suppléant

M. Cvetko Sofkoski

Conseiller ministériel à l'Ambassade de l'Ex-République yougoslave de Macédoine au Danemark

Fédération de Russie

Représentants

Dr. Oleg Petrovich Chestnov

Directeur adjoint du service de la coopération internationale et des relations publiques au ministère de la Santé et du développement social

M. Sergei Yevgenyevich Dontsov

Directeur du département de l'Administration au ministère de la Santé et du développement social

Suppléante

Mme Yuliya Vasilievna Mikhaylova

Directrice de l'Institut fédéral de santé publique, ministère de la Santé et du développement social

Conseillers

M. Marat Vladimirovich Berdyev

Premier secrétaire à l'Office des organisations internationales du ministère des Affaires étrangères

Mme Nadezhda Sergeyevna Vasilievskaya

Directrice adjointe du département du développement des soins médicaux et des stations de cures, ministère de la Santé et du développement social

Mme Tatiana Michailovna Guzeeva

Spécialiste en chef, Section pour l'organisation de la surveillance des maladies infectieuses et parasitaires au Service fédéral pour la protection des droits des consommateurs et du bien-être public

Secrétaires

Dr Anna Vladimirovna Korotkova

Directrice adjointe du service des affaires internationales à l'Institut fédéral de la Santé publique et du développement social

Mme Nadezhda Anatolievna Kulyeshova

Spécialiste en chef de la coopération internationale et des relations publiques au ministère de la Santé et du développement social

Finlande

Représentants

Dr Kimmo Leppo

Directeur général au ministère des Affaires sociales et de la santé

Professeur Pekka Puska
Directeur général de l'Institut national de santé publique

Suppléants

Mme Liisa Ollila
Conseillère ministérielle, directrice de la division des Nations Unies et de la coopération multilatérale, Bureau des affaires internationales, ministère des Affaires sociales et de la santé

Dr Risto Pomoell
Conseiller ministériel à la division des affaires médicales du ministère des Affaires sociales et de la santé

Dr Marjukka Vallimies-Patomäki
Haut fonctionnaire au ministère des Affaires sociales et de la santé

Mme Taru Koivisto
Conseillère ministérielle au ministère des Affaires sociales et de la santé

M. Eero Lahtinen
Conseiller ministériel au ministère des Affaires sociales et de la santé

Mme Maire Kolimaa
Haut fonctionnaire au ministère des Affaires sociales et de la santé

Mme Johanna Kotkajärvi
Conseillère au ministère des Affaires étrangères

Mme Hannele Tanhua
Haut fonctionnaire au ministère des Affaires sociales et de la santé

Conseillère

Mme Salla Sammalkivi
Conseillère, Mission permanente de la Finlande auprès de l'Office des Nations unies et des autres organisations internationales à Genève

France

Représentants

Mme Jeanne Tor de Tarle
Première conseillère, Mission permanente de la France auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Alain Lefebvre
Conseiller aux Affaires sociales et à la santé (Scandinavie), Ambassade de France au Danemark

Suppléants

Dr Bernard Kouchner
Président du Conseil d'administration de l'Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (ESTHER)

Son Excellence Mme Anne Gazeau-Secret
Ambassadrice de France au Danemark

Mme Isabelle Virem
Cellule des affaires européennes et internationales, ministère de la Santé et des solidarités

Mme Géraldine Bonnin
Cellule des affaires européennes et internationales, ministère de la Santé et des solidarités

Mme Jennifer Davies
Directrice de la division des Affaires internationales, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

M. Jean-Luc Wertheimer
Deuxième secrétaire, Ambassade de France au Danemark

Géorgie

Représentant

Professeur Nikoloz Pruidze
Ministre adjoint du Travail, de la santé et des affaires sociales

Grèce

Représentants

Dr Maria Trochani
Secrétaire générale pour la Santé mentale et l'inclusion sociale, ministère de la Santé et de la solidarité sociale

Dr Athina Kyrlesi
Directrice générale de la division Santé publique au ministère de la Santé et de la solidarité sociale

Conseillers

Professeur Angelos Hatzakis
École de médecine, Université d'Athènes

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

Secrétaire

Mme Dionysia Dapada
Fonctionnaire à la Direction des Relations internationales, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Hongrie

Représentants

Dr Katalin Rapi
Secrétaire d'État à la politique de la santé, ministère de la Santé

Dr Mihály Kökény
Président de la Commission de la santé au Parlement hongrois

Irlande

Représentants

Dr James Kiely
Médecin conseiller technique au ministère de la Santé et de l'enfance

M. Brendan Phelan
Administrateur principal, Service international, ministère de la Santé et de l'enfance

Suppléants

Dr John Devlin
Médecin conseiller technique adjoint au ministère de la Santé et de l'enfance

Mme Mary Aylward
Administratrice principale adjointe, Service international, ministère de la Santé et de l'enfance

Islande

Représentants

Mme Siv Fridleifsdottir
Ministre de la Santé et de la sécurité sociale

M. David Á. Gunnarsson
Secrétaire permanent au ministère de la Santé et de la sécurité sociale

Suppléants

Son Excellence M. Svavar Gestsson
Ambassadeur de l'Islande au Danemark

Mme Ragnheidur Haraldsdottir
Chef de service au ministère de la Santé et de la sécurité sociale

Mme Kolbrun Olafsdóttir
Conseillère au ministère de la Santé et de la sécurité sociale

M. Ingimar Einarsson
Chef de service au ministère de la Santé et de la sécurité sociale

Dr Sveinn Magnusson
Chef de service au ministère de la Santé et de la sécurité sociale

Mme Vilborg Ingolfsdottir
Chef de service au ministère de la Santé et de la sécurité sociale

Mme Anna Bjorg Aradottir
Responsable nationale des soins infirmiers, direction de la Santé

Mme Bryndis Kjartansdottir
Conseillère, Ambassade de l'Islande au Danemark

Mme Asthildur Knutsdottir
Conseillère au ministère de la Santé et de la sécurité sociale

Israël*Représentant*

Dr Yitzhak Sever
Directeur du service des relations internationales au ministère de la Santé

Italie*Représentants*

Dr Francesco Cicogna
Conseiller technique principal à la Direction générale pour l'Union européenne et les relations internationales, ministère de la Santé

Dr Paolo D'Argenio
Conseiller technique principal à la direction générale de la prévention, ministère de la Santé

Kirghizistan*Représentants*

Dr Shailoobek Niyazovich Niyazov
Ministre de la Santé

M. Almaz Sulaimanovich Imanbaev
Directeur de la division de la planification stratégique et de la réforme, ministère de la Santé

Lettonie*Représentants*

M. Rinalds Muciņš
Vice-secrétaire d'État au ministère de la Santé

Mme Līga Šerna
Directrice, Département de la planification stratégique, ministère de la Santé

Lituanie*Représentants*

Dr Rimvydas Turčinskas
Ministre de la Santé

Mme Romalda Baranauskienė
Secrétaire, ministère de la Santé

Suppléants

M. Viktoras Meižis
Directeur de la division des relations étrangères, ministère de la Santé

Professeur Vilius Grabauskas
Chancelier, Université de médecine Kaunas

Luxembourg

Représentants

Dr Danielle Hansen-Koenig
Directrice de la Santé

Mme Aline Schleder-Leuck
Conseillère exécutive principale au ministère de la Santé

Malte

Représentants

Dr Louis Deguara
Ministre de la Santé, des personnes âgées et des soins de proximité

Dr Ray Busuttil
Directeur général, ministère de la Santé, des personnes âgées et des soins de proximité

Secrétaire

M. Saviour Gambin
Secrétaire en chef, ministère de la Santé, des personnes âgées et des soins de proximité

Monaco

Représentant

Dr Anne Nègre
Directrice de l'Action sanitaire et sociale, Département des Affaires sociales et de la santé

Suppléante

Mme Carole Lanteri
Première Secrétaire, Mission permanente de Monaco auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Monténégro

Représentants

Professeur Miodrag Pavličić
Ministre de la Santé

Dr Slobodanka Krivokapić
Ministre adjoint de la Santé

Norvège

Représentants

Dr Bjørn-Inge Larsen
Directeur général, Direction de la santé et des affaires sociales

Mme Toril Roscher-Nielsen
Directeur général au ministère de la Santé et des services sociaux

Suppléants

Dr Gunn-Elin Å. Bjørneboe
Directrice générale de la Santé publique à la Direction de la Santé et des affaires sociales

Dr Harald Siem
Conseiller principal à la Direction de la Santé et des affaires sociales

Mme Mette Jøranli
Conseillère principale au ministère de la Santé et des services sociaux

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

Dr Tharald Hetland
Conseiller principal au ministère de la Santé et des services sociaux

M. Bernt Bull
Conseiller principal à la Direction de la Santé et des affaires sociales

M. Arne-Petter Sanne
Conseiller principal à la Direction de la Santé et des affaires sociales

M. Frode Forland
Directeur, Direction de la santé et des affaires sociales

Ouzbékistan

Représentant

Dr Bakhtiyar Ibragimovich Niyazmatov
Ministre adjoint de la Santé

Suppléant

Dr Abdunomon Ergashevich Siddikov
Directeur du service des relations internationales au ministère de la Santé

Pays-Bas

Représentants

M. Hans de Goeij
Directeur général de la Santé publique au ministère de la Santé, de la protection sociale et des sports

Mme Annemiek van Bolhuis
Directrice du département de la Nutrition, de la protection de la santé et de la prévention, ministère de la Santé, du bien-être et des sports

Suppléants

Mme Lenie Kootstra
Directrice de la division des Affaires internationales au ministère de la Santé, de la protection sociale et des sports

M. Lejo van der Heiden
Coordinateur de la cellule « Santé mondiale » au département des Affaires internationales du ministère de la Santé, de la protection sociale et des sports

Conseillère

Mme Naroesha Jagessar
Secrétaire adjointe, Mission permanente des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Pologne

Représentant

Professeur Wojciech K. Drygas
Directeur de l'Institut de cardiologie au ministère de la Santé

Suppléante

Mme Sabina Lyson
Spécialiste en chef, ministère de la Santé

Portugal

Représentants

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

Dr Dalila Maulide
Directrice générale adjointe de la Santé au ministère de la Santé

Suppléants

Mr José Sousa Fialho
Conseiller, Mission permanente du Portugal auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Anabela Candeias
Chef de la division Qualité, direction générale de la santé

Mme Irina Andrade
Expert, Ministère des affaires étrangères

République de Moldova

Représentants

Dr Ion Ababii
Ministre de la Santé et de la protection sociale

Dr Iuliana Samburschi
Conseiller principal au service des relations internationales du ministère de la Santé

République tchèque

Représentant

Dr Michael Vít
Ministre adjoint de la Santé et médecin en chef de la Santé

Suppléants

Mme Dana Beladová
Service des relations extérieures, ministère de la Santé

M. Vladimir Hejduk
Haut fonctionnaire au service de la coopération au développement, ministère des Affaires étrangères

Roumanie

Représentant

Dr Laurentiu Mihai
Directeur général du Département de l'intégration européenne et des relations internationales,
Ministère de la santé

Suppléant

M. Iuliu Todea
Conseiller au ministère de la Santé

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

Représentant

Sir Liam Donaldson
Médecin conseiller technique, Direction de la Santé

Suppléants

Dr David Harper
Directeur général de la protection de la santé et des affaires sanitaires internationales, ministère de la Santé

M. Nick Boyd
Directeur des affaires internationales, ministère de la Santé

Dr Nick Banatvala
Directeur des affaires internationales, ministère de la Santé

Conseillers

Mme Lorna Demming
Administratrice des affaires internationales, ministère de la Santé

M. Ben Green
Directeur des relations institutionnelles, ministère du Développement international

Saint-Marin

Représentant

Son Excellence M. Dario Galassi
Ambassadeur, Mission permanente de Saint-Marin auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Serbie

Représentants

Professeur Tomica Milosavljević
Ministre de la Santé

Professeur Snežana Simić
Ministre adjoint de la Santé

Suppléante

Mme Marina Jovicevic
Chargée d'Affaires par intérim, Ambassade de Serbie au Danemark

Conseiller

M. Marko Samardzija
Deuxième secrétaire, Ambassade de Serbie au Danemark

Slovaquie

Représentants

Son Excellence M. Lubomír Golian
Ambassadeur de Slovaquie au Danemark

Mme Klára Frečerová
Directrice générale du service des relations internationales au ministère de la Santé

Suppléants

Mme Šárka Kováčová
Directrice de la division des Affaires internationales au ministère de la Santé

Mme Elena Jablonická
Conseillère principale à la division des Affaires internationales, ministère de la Santé

Conseiller

M. Peter Letanovský
Expert à la Division de la prévention des maladies chroniques, Administration de la Santé publique

Slovénie*Représentants*

Dr Andrej Bručan
Ministre de la Santé

Son Excellence M. Rudolf Gabrovec
Ambassadeur de Slovénie au Danemark

Suppléants

Mme Marija Seljak
Directrice générale de la Direction de la santé publique, ministère de la Santé

Dr Vesna-Kerstin Petrič
Sous-secrétaire au ministère de la Santé

Conseillers

Dr Božidar Voljč
Directeur du centre national de transfusion sanguine

Mme Ada Hočevár-Grom
Directrice par intérim de l'Institut de Santé publique

Mme Irena Rappelj
Deuxième secrétaire, Ambassade de Slovénie au Danemark

Mme Janja Križman
Responsable des relations publiques au ministère de la Santé

Mme Vesna Mitrić
Conseillère au ministère de la Santé

Suède*Représentants*

Professeur Kjell Asplund
Directeur général du Conseil national de la Santé et de la protection sociale

M. Andreas Hilmerson
Directeur adjoint au ministère de la Santé et des affaires sociales

Suppléants

M. Bosse Pettersson
Directeur général adjoint de l'Institut national de Santé publique

Mme Åsa Ekman
Conseillère principale au Conseil national de la santé

Conseillères

Mme Ulrika Lindblom
Responsable administratif au ministère de la Santé et des affaires sociales

Mme Ingvor Bjugård
Chef de section à l'association suédoise des autorités locales et des régions

Suisse

Représentants

Dr Gaudenz Silberschmidt
Directeur adjoint et directeur de la division des Affaires internationales à l'Office fédéral de la Santé publique

M. Franz Wyss
Secrétaire central de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé

Suppléant

M. Giancarlo Kessler
Directeur adjoint de la division des Affaires internationales à l'Office fédéral de la Santé publique

Turkménistan

Représentant

M. Byashim Sopiyeovich Sopiyeu
Ministre adjoint de la Santé et de l'industrie médicale

Suppléant

M. Muhamed Obezovich Muhamedov
Directeur du Centre national pour la prévention du sida

Turquie

Représentants

Professeur Recep Akdağ
Ministre de la Santé

Son Excellence M. Mehmet Akat
Ambassadeur de Turquie au Danemark

Suppléants

Dr Cevdet Erdöl
Président de la Commission de la Santé, de la famille, du travail et des affaires sociales à la grande assemblée nationale de Turquie

M. İrfan Rıza Yazıcıoğlu
Membre de la Commission de la Santé, de la famille, du travail et des affaires sociales à la grande
assemblée nationale de Turquie

Professeur Sabahattin Aydın
Sous-secrétaire adjoint au ministère de la Santé

M. Kamuran Özden
Chef du département des Affaires étrangères au ministère de la Santé

Mme Engin Aşula
Conseillère, Ambassade de Turquie au Danemark

Mme Sedef Yavuzalp
Conseillère, Ambassade de Turquie au Danemark

Dr Fehmi Aydınli
Directeur général adjoint de la Direction des Soins de santé primaires au ministère de la Santé

Mme Sevim Tezel Aydın
Directrice adjointe au département des Affaires étrangères, ministère de la Santé

Dr Feray Karaman
Expert, École de Santé publique, ministère de la Santé

Mme Makbule Koçak
Conseillère juridique, Ambassade de Turquie au Danemark

Mme Fatma Pihava Ünlü
Première secrétaire de l'Ambassade de Turquie au Danemark

Ukraine

Représentants

M. Yuriy Gaidav
Ministre adjoint de la Santé

Son Excellence Mme Nataliia Zarudna
Ambassadrice d'Ukraine au Danemark

Suppléante

Mme Irina Fedenko
Expert principal, Ministère de la santé

II. Observateurs des États membres d'autres régions

Japon

M. Masaki Okada
Directeur général de la Division de la diplomatie publique, ministère des Affaires étrangères

Mme Takako Tsujisaka
Première Secrétaire, Mission permanente du Japon auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Tatsuya Haruna
Deuxième secrétaire, Ambassade du Japon au Danemark

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

Canada

M. Don MacPhee
Conseiller principal, Affaires sanitaires internationales, division de la sécurité et des droits de l'homme, ministère des Affaires étrangères et du commerce international, Canada

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

IV. Observateurs d'États non membres

Liechtenstein

M. Peter Gstöhl
Directeur des services de la Santé

Saint-Siège

Mgr Jean-Marie Mpendawatu
Conseil pontifical pour la pastorale des services de santé

IV. Représentants des Nations Unies et des organismes apparentés

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Mme Shahnaz Kianian-Firouzgar
Vice-directeur du Bureau régional pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)

Mme Katinka de Balogh
Coordinatrice internationale pour la grippe aviaire, Service de la santé vétérinaire

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

M. Henning Mikkelsen
Directeur du groupe d'encadrement régional pour l'Europe, division du soutien aux pays et régions

VI. Représentants d'autres organisations intergouvernementales

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies

Mme Zsuzsanna Jakab
Directeur

Commission européenne

Dr Matti Rajala
Direction générale des relations extérieures de la délégation de la Commission européenne à Genève

Dr Andrzej Rys
Directeur, Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs

Mme Nicola Robinson
Cellule de métrologie sanitaire, Direction générale « santé et protection des consommateurs »

Conseil de l'Europe

Dr Piotr Mierzewski
Chef de la Division de la santé a.i.

VII. Représentants d'organisations non gouvernementales dans leurs relations officielles avec l'OMS

Agence internationale pour la prévention de la cécité

M. Christian Garms

Comité international catholique des infirmières et assistantes médico-sociales

Mme Christa Nowakiewitsch

Confédération mondiale pour la thérapie physique

Mme Anne Lexow

Conseil international des infirmières

Mme Judith Oulton

Conseil international pour le contrôle des troubles dues à la déficience en iode

Professeur Peter Laurberg

Consumers' International

Mme Barbara Gallani

FDI, Fédération dentaire internationale

Mme Marianne Koch Uhre

Fédération internationale des Associations du Dossier de Santé

Mme Darley Petersen

Fédération internationale des associations des étudiants en médecine

M. Jacob Hejmdal Gren
Mme Anne-Karina Larsen
Mme Louise Hammer Pettersen

Fédération internationale de l'industrie du médicament

M. Boris Azaïs
Mme Peli Giachni
M. Jos Nieveen

Fédération internationale du diabète

Dr Michael Hall

Fédération internationale pour le planning familial

Mme Vicky Claeys

International Stroke Society

Professeur Bo Norrving

International Union Against Cancer

Dr Hans Storm

Medical Women's International Association

Dr Vibeke Jorgensen

World Heart Federation

Mme Susanne Volqvartz

VIII. Observateurs

Association of Schools of Public Health in the European Region

Professeur Anders Foldspang

European Forum of National Pharmaceutical Associations and the WHO Regional Office for Europe

M. Henri Lepage

European Respiratory Society

Professeur Leonardo Fabbri

Fédération européenne des associations d'infirmières

M. Paul De Raeve

Forum européen des associations de médecins et de l'OMS

Dr Ramin Walter Parsa-Parsi

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Dr Valery Chernyavskiy
Dr Dumitru Laticevschi
Dr Andreas Tamberg

Ligue européenne contre le rhumatisme

Professeur Anthony D. Woolf

Organisation mondiale de la santé animale

Dr Christianne JM Brusckke

Royal College of Nursing

Mme Sylvia Denton

*Annexe 4***Présentation du Rapport du directeur régional****Introduction**

Votre Altesse Royale, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les participants à la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, représentants des autres organisations et du Siège.

Le rapport que je vous présente ce matin porte essentiellement sur les événements qui se sont déroulés depuis notre session de Bucarest en septembre dernier. Il est à la fois une illustration et un complément du rapport sur la période 2004-2005 qui vous a été adressé.

Cette année a été profondément marquée par le décès brutal et inattendu du docteur Lee. Ce décès a choqué la communauté internationale, les acteurs de la santé, les pays membres de l'OMS et, bien entendu, l'Organisation elle-même. Sa mémoire et son apport sont enracinés pour longtemps dans notre Organisation. L'époque actuelle est pour nous tous une époque de transition mais aussi de continuité.

Notre Région a aussi été endeuillée cette année par la mort de trois membres du personnel dans un accident de voiture en Turquie. Je voudrais évoquer ici leur mémoire en citant leurs noms : Massimiliano Di Renzi, Anders Truels Nielsen, Orhan Sen.

Je souhaite la bienvenue au Monténégro, le 53^e État membre de la Région.

Dans mon rapport à Bucarest, j'avais attiré l'attention du Comité sur la situation dramatique d'une population du Kosovo soumise à des rejets de plomb et vivant dans des conditions sanitaires inacceptables et inhumaines. En coordination étroite avec la mission des Nations Unies au Kosovo, le Bureau européen a mis sa compétence technique et ses capacités de mobilisation pour que cette situation sanitaire catastrophique cesse.

Aujourd'hui, 600 personnes dont 250 enfants vivent dans un environnement plus favorable et peuvent bénéficier d'un suivi et de traitements médicaux adaptés. Je tiens à remercier ici le ministre de la Santé de Serbie pour son soutien déterminé et courageux.

Dans les événements importants de l'année, je voudrais aussi souligner la collaboration étroite avec le Siège et de nombreuses autres organisations pour faire face aux cas humains de grippe d'origine aviaire en particulier en Azerbaïdjan et en Turquie. Dans ces deux cas, c'est l'association de la compétence technique, de la volonté politique de transparence et la coopération internationale qui ont permis d'obtenir une réponse rapide et efficace amenant des résultats positifs et concrets.

Un autre exemple de réactivité du Bureau régional est illustré par la mission envoyée dès le mois de juillet à Chypre pour aider le gouvernement à faire face à la situation créée par l'afflux de personnes déplacées et réfugiées, conséquence du conflit au Moyen-Orient. Cette mission s'est transformée en un bureau provisoire installé à Nicosie.

Sur le plan interne, nous avons avancé vers plus de transparence et de suivi dans la réalisation des programmes, l'utilisation des fonds, la gestion interne et l'information des instances statutaires. Le Comité permanent, et en particulier son président, le docteur Gøtrik, nous ont apporté un soutien continu, solide et efficace.

Cet effort pour plus de transparence est reflété dans le rapport 2004-2005.

La coopération avec les pays de la Région et le renforcement des systèmes de santé

Depuis l'adoption en l'an 2000 de la Stratégie pour la coopération avec les pays, des efforts constants ont été faits pour améliorer et rendre plus spécifiques les services du Bureau pour les 53 États membres de la Région. Depuis 2005, cette stratégie met l'accent sur le renforcement des systèmes de santé.

Dans les 28 pays ayant un Bureau de l'OMS, des progrès ont été réalisés pour renforcer les compétences, les responsabilités et les ressources. La proportion de personnel du Bureau travaillant aujourd'hui sur le terrain est de 40 %, soit une augmentation de 5 % par rapport à la période biennale précédente. Les priorités de cette collaboration font l'objet d'un contrat biennal négocié avec le pays et régulièrement évalué.

En 2004-2005, le taux d'exécution des activités s'est élevé à 98 %. Les thèmes les plus souvent abordés dans les contrats sont les maladies transmissibles, les systèmes de santé, la santé mentale et la santé de la mère et de l'enfant. Il faut noter à ce sujet l'effet stimulant dans de nombreux pays de la stratégie adoptée l'année dernière sur la santé de l'enfant et de l'adolescent.

C'est aussi au niveau du terrain que la collaboration avec les autres organisations est la plus concrète. Nous développons actuellement une stratégie de renforcement du partenariat en stimulant la cohérence de la collaboration internationale en appui aux programmes prioritaires des pays. Nos principaux partenaires de terrain sont la Banque mondiale, la Commission européenne, de nombreuses agences de développement bilatéral, ainsi bien entendu que les organisations de la famille des Nations Unies et les organisations non gouvernementales.

Nous commençons à élargir le concept de contrat biennal à de nouveaux pays situés à l'ouest de la Région et qui ne possèdent pas de Bureau de pays : c'est le cas de l'Allemagne, de l'Andorre, de la Belgique et du Portugal.

Les présidences successives de l'Union européenne ont permis de mettre en valeur pour des actions nationales des sujets importants de santé publique tels que l'environnement et la santé, la sécurité des patients, l'équité et la santé dans les politiques. Certains de ces thèmes ont été repris dans le cadre des deux réunions annuelles du programme des Forums du Futur.

Concernant une autre partie de la Région, le programme du Pacte de stabilité lancé en 2001 pour permettre aux pays du Sud-Est de la Région de rétablir des liens par le partage de programmes de santé publique est entré cette année dans sa seconde phase avec comme thèmes fédérateurs « investir dans la santé » et « les systèmes de santé publique ».

L'un des domaines pour lesquels la collaboration avec les pays est particulièrement importante aujourd'hui est celui du renforcement des systèmes de santé. Il est devenu progressivement une priorité pour l'avenir de la santé et par conséquent pour le Bureau régional. Lors de la session de Bucarest, un programme a été présenté sur les mécanismes que le Bureau allait mettre en œuvre pour soutenir les États membres dans ce secteur.

Par exemple, le Bureau régional a travaillé sur l'intégration des services, sur le financement des systèmes de santé, la réforme des soins de santé primaires et l'amélioration de la qualité des soins en Géorgie, au Kirghizistan, en Ouzbékistan, en Fédération de Russie et en Turquie.

En dehors des interventions de réponse aux urgences, le Bureau régional s'est également investi dans la préparation des systèmes de santé aux crises sanitaires.

Il a apporté son soutien à des programmes spécifiques tels que l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé au Portugal ; la revue du système de santé suisse, en étroite collaboration avec l'OCDE ; l'organisation de programmes de formation en santé publique à l'intention du personnel de santé en Grèce ; l'élaboration de guides cliniques au Royaume-Uni en collaboration avec NICE ; et le nouveau programme de prévention et de promotion de la santé en France.

Pour citer quelques exemples démontrant la diversité de la collaboration, je voudrais mentionner le Kirghizistan que nous avons aidé pour l'établissement d'un centre chargé du suivi de la réforme du système de santé. C'est un cas unique qui pourrait probablement servir d'exemple au-delà même de cette partie orientale de la Région.

Sur une note plus personnelle, je voudrais évoquer la Journée mondiale de la santé consacrée cette année aux personnels de santé. Les problèmes de migration des personnels, de qualité de l'enseignement, de disponibilité et de répartition des travailleurs de la santé, ainsi que d'anticipation des besoins futurs ont été débattus à l'occasion de cette journée.

À l'invitation de la Fédération de Russie, j'ai pu me rendre compte sur place du dévouement de ces personnels et de ceux en cours de formation. Il est indispensable de les soutenir et de considérer l'amélioration de leur situation et de leur gestion comme l'une des priorités des systèmes de santé. Des sujets tels que les migrations des personnels requièrent une véritable politique internationale dont l'OMS est bien entendu partie prenante. Des travaux sont en cours sur ce sujet qui sera l'un des thèmes prioritaires d'une prochaine présidence de l'Union européenne.

Dans le cadre de la préparation de la Conférence ministérielle sur les systèmes de santé prévue pour 2008, une large consultation auprès des États membres a déjà commencé sur des thèmes tels que le financement des systèmes de santé, l'organisation et l'intégration des services, la gouvernance, les ressources humaines, l'accès aux médicaments et aux technologies de la santé.

Ces mêmes thèmes se retrouvent dans les activités du Bureau dans 25 pays de la Région. Mais la diversité existe aussi dans ce domaine. Ainsi, le Bureau apporte son soutien à l'Arménie, à l'Estonie et au Kazakhstan dans la mise en place de systèmes d'évaluation des performances, à l'ex-République yougoslave de Macédoine et au Portugal dans le développement de leurs politiques et programmes nationaux de santé, et à l'Estonie encore, pour faciliter son accès au Fonds structurel européen.

Le domaine du financement des systèmes de santé a donné lieu cette année à de nombreuses activités et une séance d'information est prévue sur ce sujet mercredi après-midi.

Les maladies transmissibles et non transmissibles

La partie la plus visible de l'activité du Bureau dans le domaine des maladies transmissibles a été bien sûr celle concernant les cas de grippe aviaire en Turquie et, un mois plus tard, en Azerbaïdjan. Une coopération efficace et transparente a été rapidement établie avec les pays concernés et en étroite collaboration avec le Siège. Le Bureau régional a joué tout à la fois le rôle de conseiller des gouvernements et de coordinateur du soutien international préfigurant ainsi la prochaine mise en œuvre du nouveau Règlement sanitaire international. Ces cas humains en Europe ont stimulé les capacités de la Région à répondre de façon adaptée à ce type de crises sanitaires. D'une certaine manière, on peut estimer qu'ils ont aussi accéléré les plans préparés par chaque pays de la Région. Au cours de l'année, avec le concours actif du Bureau régional, du CEPCM et de la Commission européenne, tous les États membres de la Région se sont réunis à Luxembourg, à Copenhague et à Uppsala. La Région européenne est considérée aujourd'hui relativement bien préparée pour une éventuelle pandémie. Cependant, cette préparation doit continuer et les plans nationaux être mieux testés. Ce sera une priorité des prochains mois. Une réunion d'information sur ce sujet est prévue demain soir.

En ce qui concerne le sida, la situation de la Région demeure préoccupante avec quelques progrès mais aussi des raisons d'inquiétude. L'accessibilité aux traitements appropriés a manifestement progressé. En deux ans, 120 000 nouveaux patients ont pu bénéficier d'un traitement adapté. Dans notre Région, la couverture des patients nécessitant ce traitement s'élève aujourd'hui à 70 %. Cependant, un effort important doit être fait pour atteindre le but de couverture universelle fixé pour 2010. Du côté de l'inquiétude, il faut souligner l'augmentation du nombre de cas et de pays touchés par l'épidémie. Selon les estimations de l'ONUSIDA et de l'OMS, 2,3 millions de personnes sont infectées par le VIH dans la Région européenne, avec une

augmentation annuelle de 250 000 nouveaux cas. En 2005, plus de trente pays de la Région ont rapporté une augmentation du nombre de cas. Il est aujourd'hui indispensable de maintenir l'effort de traitement tout en renforçant les actions de prévention. Pour mieux répondre à cette situation, le Bureau a augmenté la présence des experts sur le terrain dans 12 pays particulièrement affectés. Ce sont aujourd'hui 40 personnes qui constituent cette équipe de terrain. Toutes ces activités sont bien entendu étroitement coordonnées avec l'ONUSIDA et les organismes qui le co-parrainent. Je vous invite également à participer demain à la session d'information sur ce sujet.

J'ai attiré l'attention du Comité régional à Bucarest sur la situation très préoccupante du développement de la tuberculose dans la Région. Malgré les efforts déjà réalisés, il n'y a pas encore de progrès visibles. Il faudrait pour ce faire un engagement politique plus fort non seulement dans les 25 pays touchés mais aussi dans l'ensemble de la Région. Il est pour le moins surprenant que nous ayons aujourd'hui dans la Région le même niveau de cas de tuberculose que nous avons dans les années 70, il y a plus de trente ans.

Comme vous le savez, une stratégie de vaccination a été adoptée au niveau européen et je vous ai informé du lancement de la première Semaine européenne de la vaccination qui s'est déroulée en octobre 2005. Il s'agissait d'une expérience dont l'évaluation a clairement démontré l'effet stimulant sur les parents mais aussi la prise de conscience de la dimension de solidarité du sujet. Dix pays ont participé très activement à cet événement que nous poursuivrons bien entendu dans les années à venir.

Comme vous le savez aussi, l'un des sujets importants au programme de notre Comité régional est la Stratégie contre les maladies non transmissibles, y compris la santé mentale, qui sera discutée dès cet après-midi. Cette stratégie a été élaborée sur une période de deux ans marquée par une consultation en profondeur de tous les États membres, la collaboration avec d'autres organisations non gouvernementales sans oublier bien sûr de nombreux experts. C'est pourquoi je n'insisterai pas sur ce sujet. Permettez-moi cependant de mentionner le domaine du tabagisme pour lequel la Région a progressé dans au moins deux directions majeures : la suppression totale de la publicité dans 45 pays et l'interdiction de fumer dans les lieux publics, où quelques pays ont montré un exemple qui sera sans aucun doute suivi par quelques autres. Quatorze pays de la Région sur les 53 n'ont pas encore ratifié la Convention. C'est déjà un bon résultat, mais je voudrais encourager ceux qui ne l'ont pas encore fait à effectuer cette démarche.

Enfin, un autre sujet très important pour la Région et le Bureau régional, la nutrition, marquée par la préparation très active de la Conférence qui aura lieu à Istanbul en novembre et dont le titre sera « Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité ». Comme pour les précédentes conférences ministérielles, elle est co-organisée avec la Commission européenne. Une consultation importante des États membres et des organisations non gouvernementales est en cours. De nombreux experts de haut niveau collaborent aussi à la préparation de cet événement. Le but de la Conférence est de faire des recommandations sur les politiques à mettre en œuvre pour réduire l'importance de l'obésité. Le secteur de la santé est loin d'être le seul responsable dans ce domaine où la mobilisation des autres secteurs est essentielle. Une séance d'information sur ce sujet est également prévue jeudi matin.

Santé et environnement

Il y a maintenant deux ans que la Conférence sur l'environnement et la santé a eu lieu à Budapest. L'importance des travaux de cette conférence et de ses résultats a impliqué pour le Bureau une concentration des efforts sur la mise en œuvre des recommandations de la Conférence contenues dans la Déclaration et le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants.

Dans huit pays, la Bulgarie, Chypre, l'Estonie, le Kirghizistan, la Lituanie, Malte, la Serbie et la Slovaquie, le Bureau régional s'est associé au gouvernement pour mettre en œuvre, à moyen terme, l'ensemble des engagements de Budapest.

En plus de cette approche, des thèmes annuels ont été choisis par le CEES pour provoquer un effet mobilisateur pour l'ensemble de la Région. Après la pollution de l'air, ce sont les sujets de la violence et des accidents, d'une part, et des produits chimiques, d'autre part, qui ont été retenus cette année.

La date importante pour le suivi de Budapest sera juin 2007 où un bilan intermédiaire sera réalisé et présenté au cours d'une réunion en Autriche.

Des détails sur ce programme très actif cette année vous seront donnés dans le rapport du professeur Dab, président du CEES.

Si la Conférence de Budapest a constitué la priorité du travail sur l'environnement, des interventions plus ponctuelles ont également été entreprises, en particulier pour faire face aux situations climatiques extrêmes, canicules et inondations, liées sans aucun doute aux changements climatiques.

La production d'informations

Depuis l'an 2000, un effort permanent a été fait par le Bureau pour mettre à la disposition des décideurs des informations mieux ciblées et répondant plus à leurs besoins. Ce travail est réalisé par tous les programmes techniques, dont les compétences de communication se sont manifestement améliorées au cours des dernières années. Au centre du dispositif d'information se situent les activités du programme HEN et celles de l'Observatoire des systèmes de santé qui, en plus de ses productions, a organisé cette année dans les pays, et à leur demande, des rencontres originales sur des thèmes prioritaires réunissant tous les acteurs concernés.

Par ailleurs, une analyse des demandes d'informations adressées au Bureau régional nous a conduits à faire la critique de nos productions et a montré la nécessité d'une communication plus accessible gardant néanmoins son niveau technique et scientifique.

On doit noter enfin l'augmentation de la présence du Bureau dans les revues scientifiques (plus de 100 articles publiés) comme dans les médias grand public.

Gestion et gouvernance

La session sur le budget nous donnera l'occasion de revenir sur la gestion du Bureau et les outils produits cette année pour améliorer la transparence et la préparation du budget 2008-2009.

Je voudrais seulement mentionner une nouvelle initiative lancée récemment et qui trouvera son essor dans les années à venir. Il s'agit d'un plan d'action destiné à améliorer la gestion du personnel dans la perspective de promouvoir un environnement de travail stimulant et permettant une adaptation permanente des compétences du Bureau aux besoins des pays.

Ceci me donne l'occasion de remercier devant vous et certainement en votre nom l'ensemble des personnels du Bureau pour la qualité de leur travail, leur dévouement et leurs compétences. J'en suis le témoin chaque jour et je sais qu'au niveau des pays, vous l'êtes également.

Enfin, dans les nouveautés de l'année, vous savez sûrement déjà que, sur ma proposition, le directeur général a nommé le docteur Nata Menabde, directeur régional adjoint.

Conclusion

Dans ce rapport nécessairement sélectif, j'ai insisté sur les aspects les plus visibles et récents du travail du Bureau régional. Le rapport écrit est bien entendu plus complet.

J'ai déjà mentionné quelques sessions de ce Comité régional. Je voudrais cependant attirer votre attention sur l'importance du thème que nous aborderons demain sur l'avenir du Bureau régional. Au cours de la session qui lui sera consacrée, nous aurons l'occasion de discuter du partenariat avec les autres organisations et en particulier l'Union européenne ; c'est pourquoi je n'ai pas consacré un chapitre spécial dans ma présentation de ce matin à ce sujet. Mais comme vous l'avez sûrement remarqué, je l'ai évoqué à de nombreuses reprises, car il s'agit là d'une direction essentielle pour le travail de l'ensemble du Bureau.

Je voudrais rappeler cependant encore une fois que la mission du Bureau est de servir les 53 États membres de la Région européenne.

J'espère que ce Comité régional, tout en étant une instance statutaire, sera utile aux progrès de la santé publique dans l'ensemble de la Région et dans chaque pays en particulier.

*Annexe 5***Allocution du directeur général de l'OMS par intérim**

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Mesdames et Messieurs les représentants,
Chers collègues,

C'est pour moi un immense plaisir que d'être ici et de participer pour la quatrième fois à une session du Comité régional. Ce fut une joie de constater que les six fonctions de base de l'OMS ont suscité tant d'adhésion, des mesures pertinentes et un engagement décidé. Je reviendrai à ces six fonctions de base plus tard. Aujourd'hui, de nombreuses voix s'élèvent, dans toute l'OMS et dans des domaines spécifiques, pour réclamer avec plus d'insistance une coordination et l'exercice d'un rôle de dirigeant.

Hier, j'ai évoqué la nécessité de mieux nous profiler en matière de recherche. L'OMS elle-même ne s'occupe pas de recherche, mais elle joue un rôle important en recueillant des informations et en influençant le programme des recherches. Nous devons veiller à continuer d'assurer une fonction essentielle, celle de la normalisation et de la standardisation. Nous devons également proposer des options politiques, notamment pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé.

La cinquième fonction de base, soit l'apport d'un soutien technique pour mettre durablement en place des capacités nationales, est très importante afin de nous permettre de concrétiser, dans les contextes nationaux, le programme d'initiatives telles que « Pour une grossesse à moindre risque ».

La sixième fonction de base a trait au suivi et à la surveillance. Il est capital que l'OMS soit en mesure de fournir des données qui constituent des informations objectives et de qualité.

Je n'ai pu entendre, hier, le rapport du directeur régional sur les progrès réalisés dans la Région. Toutefois, je l'ai lu et j'ai apprécié sa clarté et l'accent résolument mis sur les pays.

J'aimerais insister sur trois thèmes précis. Le premier est la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. Nous avons besoin d'une stratégie équilibrée. Nous devons continuer à cibler les maladies transmissibles, terminer les travaux sur la polio, mais aussi nous pencher sur les causes sous-jacentes des maladies non transmissibles et chroniques. La Stratégie européenne sera très importante à cet égard. Le fait qu'elle ménage une place de choix à l'obésité présente aussi de l'intérêt pour le reste du monde.

Le débat d'hier sur la sécurité sanitaire trouvera écho dans le Rapport sur la santé dans le monde de l'année prochaine, dont le thème sera la santé et la sécurité - qui constitueront également le thème de la Journée mondiale de la santé.

Le troisième sujet sur lequel je voudrais insister est le financement de la santé. Les progrès réalisés dans cette Région et les enseignements qui y ont été tirés peuvent également être communiqués au reste du monde.

Ces sujets indiquent clairement le mode de collaboration à adopter au sein de l'Organisation toute entière, à Genève, dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays, ainsi que dans les États membres et au Secrétariat. Vos débats sur le rôle futur du Bureau régional contribueront à cette harmonisation et à cette complémentarité, pour veiller à ce que le cadre mondial soit adapté au contexte régional ou national.

Hier, nous avons discuté du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et du projet de budget programme pour 2008-2009. J'ai beaucoup apprécié ce débat et vos commentaires. Nous réexaminerons ce document après les comités régionaux, et il sera ensuite présenté au Conseil exécutif. Je vous engage vivement à assister à la séance du Conseil, si telle n'est pas votre habitude. Il s'agira d'une réunion capitale. La version révisée du document sera prête à ce moment-là.

L'augmentation du budget est le reflet direct des attentes et des exigences plus grandes des États membres. Elle visera des besoins fondamentaux, à savoir : réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé maternelle et infantile ; intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles ; assurer un développement sanitaire durable en accordant davantage d'attention aux déterminants de la santé ; appliquer le Règlement sanitaire international et renforcer les systèmes de santé.

Pour le financement de ces plans, le projet de budget programme 2008-2009 a été estimé à 4,2 milliards de dollars des États-Unis (USD). Cela est très ambitieux et représente un énorme défi pour nous tous, comme nous en avons discuté hier. Conformément à ce qui a été exposé et débattu, il est projeté, je le répète, de financer le budget programme via une augmentation de 8,6 % des contributions des États membres, soit un milliard d'USD, la création de contributions volontaires de base négociées pour un montant de 600 millions d'USD, et le reste via des participations spontanées spécifiques.

Malgré cette augmentation, la part des contributions établies continuera à baisser (23 %). Cela est fâcheux. Toutefois, nous espérons que l'introduction de contributions volontaires de base négociées permettra une meilleure harmonisation et réduira le coût des transactions.

L'augmentation totale proposée pour la Région européenne est de quelque 36 % par rapport à la période biennale actuelle, ce qui, dans l'absolu, représente une augmentation de 72 millions d'USD, pour un total de 273 millions.

Il existe cinq grands domaines d'action tirés du Programme général de travail, du projet de budget programme et du plan stratégique à moyen terme.

Le premier est un élargissement de la couverture universelle, pour mettre les services sanitaires de base à la portée des populations dans une perspective équitable.

Le deuxième est la dimension de la sécurité sanitaire, qui prend de l'importance avec la mise en application du Règlement sanitaire international. Aujourd'hui, en tant qu'agence chef de file pour la santé, l'OMS joue un rôle différent et beaucoup plus important en matière de sécurité et d'aspects humanitaires. J'irai bientôt voir Jan Egelund à Genève afin d'envisager comment nous pouvons encore améliorer la collaboration entre l'OMS et le BCAH.

La troisième dimension de l'avenir a trait aux déterminants de la santé. Sur ce plan, le développement va se poursuivre. Nous attendons avec impatience 2008 et le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Voici un mois, j'ai eu une réunion avec le président, Mike Marmot, afin de voir comment les travaux de l'OMS pourraient refléter ce que l'on sait des éléments qui font réellement la différence en matière de santé.

Le quatrième grand domaine d'action concerne les systèmes de santé, et le cinquième, le renforcement du rôle moteur de l'OMS tant au niveau mondial que régional, afin de soutenir les travaux des autorités publiques dans les pays.

Une consultation très approfondie a été menée dans toutes les branches de l'organisation. Elle a reflété les décisions prises dans des résolutions, les résultats obtenus grâce aux stratégies des pays ou grâce à des stratégies ciblant spécifiquement la vaccination, la tuberculose, etc. L'opération a consisté à réunir toutes ces informations pour voir quelle est la voie à suivre pour demain.

Je vais à présent, si vous le voulez bien, aborder cinq domaines très spécifiques.

Le premier est celui des maladies non transmissibles. Votre stratégie, « Améliorer la santé », décrit très clairement comment établir des plans afin d'être en mesure de s'attaquer à quelques-unes des principales causes des maladies chroniques non transmissibles. La Conférence ministérielle d'Istanbul sur l'obésité revêtira une importance capitale et fournira des informations de premier choix sur ce que nous devons faire face à ces maladies. La Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé est importante ;

nous devons à présent la mettre en pratique, en voyant ce que nous pouvons faire en tant qu'État membre, en tant que Secrétariat, avec quels partenaires nous devons travailler si nous voulons faire une différence. L'épidémie d'obésité se propage très rapidement. Il convient de procéder à certains changements dans les politiques des autorités publiques, dans les pratiques commerciales du secteur privé, et aussi chez le consommateur. L'OMS doit jouer un rôle de premier plan à cet égard.

Nous devons aller au-delà des évidences pour étudier les causes sous-jacentes de la mauvaise santé. Quels sont les déterminants qui ont un rapport avec l'éducation des femmes, la part de responsabilités qui leur est donnée, l'environnement ? Quelle est la situation en matière de pollution de l'air ? La santé est déterminée par toute une série de causes profondes sur lesquelles nous devons nous pencher. Cela ne coûte pas nécessairement cher. Les décisions politiques prises dans d'autres secteurs que celui de la santé peuvent avoir un impact énorme sur cette dernière. Il faut que nous trouvions la bonne manière d'influencer les ministres pour que, par exemple, les décisions en matière de construction routière reflètent aussi les intérêts de la santé publique et puissent sauver les mères qui meurent en couches parce qu'elles n'ont pas accès à des services de santé.

Je faisais partie du gouvernement suédois lorsqu'une commission parlementaire suédoise s'est penchée sur les grands thèmes de santé publique et sur les mesures à prendre par les différents secteurs. Comment cela se traduit-il aujourd'hui dans les faits ? Voyons-nous donc un impact sur la santé ? C'est là le grand défi. C'est facile à dire, mais bien plus difficile à faire.

Il s'agit là d'un travail que l'OMS doit réaliser avec vous, afin d'acquérir de l'expérience et de trouver les modalités correctes. C'est un aspect important pour les systèmes de santé.

À l'échelle mondiale, les pays de la Région européenne restent les chefs de file de la recherche et des interventions en matière d'équité sanitaire et de déterminants sociaux de la santé. La réunion qui aura lieu prochainement – en novembre - sur ces questions à Londres sera importante pour les étudier de manière plus approfondie.

À cet égard, le tabac et la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac prennent une dimension particulière. À ce jour, 136 pays et la CE sont parties à cette convention. Toutefois, 14 États membres de cette Région n'ont pas encore ratifié, accepté, approuvé ou marqué leur accord sur cette convention. Je vous exhorte à le faire le plus rapidement possible. L'OMS voudrait réellement travailler avec tous les pays, qu'ils soient ou non parties à la convention.

Si nous voulons avoir un impact sur la santé, la consommation de tabac est un facteur de risque majeur. C'est un facteur très facile à modifier. Il suffit d'arrêter de fumer. Facile à dire. Difficile à faire.

En ce qui concerne la santé infantile, nous avons constaté de gros progrès dans le monde entier, et notamment dans cette Région. Cependant, il faut aller plus loin. L'OMS joue un rôle actif dans le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

La vaccination est un volet essentiel de notre travail, et l'un de nos outils les plus performants. Nous avons appris l'engagement de son Altesse royale la Princesse héritière du Danemark dans ce domaine, et nous nous en réjouissons. En dépit de cela, et même si nous avons travaillé à la vaccination depuis Almaty, nous avons encore deux à trois millions d'enfants qui ne sont pas vaccinés, et auprès desquels nous ne sommes pas présents.

Lorsque je me suis adressé aux dirigeants du G8 à Saint-Pétersbourg, j'ai comparé une bouteille de cola générique à un vaccin contre la polio afin de démontrer mon point de vue quant à l'accès au vaccin. L'un de ces produits est disponible dans n'importe quel village. L'autre pas. Quel est donc le problème ? Nous pouvons sauver des vies pour une fraction du prix d'une boisson sucrée. Nous devons repenser la manière dont nous assurons l'accès au vaccin afin de pouvoir être tout aussi efficaces. Nous devons penser à nos systèmes de santé, à nos systèmes logistiques, et apprendre de ceux qui sont plus efficaces que nous, afin de pouvoir diffuser partout le bien public mondial qu'est la vaccination.

Cette Région a fait d'énormes progrès, mais il reste encore bien plus à faire. Nous apprécions le partenariat avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, la GAVI. Les 11 pays éligibles comme bénéficiaires du soutien de la GAVI ont tous, désormais, lancé avec succès le vaccin contre l'hépatite B. Globalement, cela représente des engagements financiers pour quelque 12 millions d'USD.

Permettez-moi maintenant d'aborder un sujet qui revêt beaucoup d'intérêt et d'importance pour moi, pour l'OMS et aussi tout particulièrement pour cette Région – le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Dans ce domaine, il faut aller beaucoup plus loin, notamment en ce qui concerne les problèmes connexes de mortalité maternelle. À l'échelle mondiale, nous avons constaté certains progrès en matière de santé infantile. Le taux de mortalité du nourrisson et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ont diminué au cours des 10, 20 et 30 dernières années. Il n'y a pas vraiment eu de changement en ce qui concerne la mortalité maternelle. Bien des pays de cette Région ont aussi réalisé de grands progrès, mais il faut en faire encore beaucoup plus.

Les organes directeurs de l'OMS ont approuvé une série de stratégies qui nous aideront à avancer sur ce plan. Nous avons une stratégie sur les infections sexuellement transmissibles ; nous avons une stratégie sur la santé génésique, nous avons une stratégie sur la santé familiale, et nous avons désormais une nouvelle stratégie sur le VIH/sida. Toutes ces stratégies doivent à présent être mises en œuvre sur le terrain. Nous devons essayer de mettre encore davantage l'accent sur les jeunes.

La Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents adoptée l'année dernière constituera un cadre de référence important dans la Région. Durant les mois passés dans les fonctions que j'occupe, j'ai essayé d'en faire un engagement personnel. L'une de mes premières rencontres est celle que j'ai eue avec Thoraya Obaid, Directrice exécutive du FNUAP. Nous avons bien passé en revue les rôles de chaque agence. Cela fait plusieurs années que cela dure, et nous essayons de mettre davantage l'accent sur les pays et la complémentarité sur le terrain. Nous avons envoyé un courrier commun pour insister sur le fait que nous avons réellement des parcours et des missions différents. Maintenant, nous sommes en train de mettre en application certaines décisions de nos organes directeurs. La collaboration est essentielle pour des mesures concrètes dans les pays.

J'ai récemment assisté au XVI^e Congrès international sur le sida à Toronto. Le thème de ce congrès était « Passons aux actes ». L'un des messages essentiels qui ressortent de cette conférence est « Trêve de mots, agissons ». Même si certains se méfient des grandes conférences, je dirais que celle-ci n'en était pas une. La question n'était pas de produire une déclaration, mais de travailler. Je ne suis pas gêné de dire que nous avons 100 personnes à nous là-bas. Nous devons revenir à l'avant-scène pour être capables de faire notre travail. Par ailleurs, nous avons beaucoup gagné à écouter les autres, de façon à pouvoir faire avancer les travaux. Je me réjouis de la nouvelle stratégie quinquennale de l'OMS, qui nous garantit d'être partenaire et co-sponsor d'ONUSIDA, programme onusien plus vaste.

Ces dernières années, grâce au Dr Lee Jong-wook, nous avons réinscrit le traitement à l'ordre du jour par le biais de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Lorsqu'il a annoncé cette initiative, personne n'a cru que ce serait réalisable, mais il a prouvé qu'un changement était possible. Nous n'avons pas atteint le chiffre de trois millions pour le traitement, mais au Congrès de Toronto sur le sida, nous en étions à 1,65 million, et les chiffres avaient été décuplés pour l'Afrique, puisque l'on est passé de 100 000 à 1 million pour le traitement rien qu'en Afrique. Nous n'avons jamais rien vu de semblable pour aucune maladie auparavant – un résultat obtenu plus ou moins en deux ans. Il s'agissait d'un formidable progrès. Nous devons prendre conscience de ce que le directeur général a fait là.

À présent, nous devons poursuivre la lutte contre le VIH/sida dans le cadre d'une démarche pondérée, en veillant à travailler sur les aspects comportementaux, à exploiter les nouvelles possibilités en matière de prévention et à poursuivre dans la voie du traitement.

Lors du congrès, j'ai lancé les 3 domaines d'action clés : les fonds, les médicaments et un personnel motivé.

Si les ressources financières ont certes augmenté, elles restent encore insuffisantes. Dans la Région, le montant total des mesures prévues pour cette période biennale oscille entre 8 et 10 milliards d'USD.

L'accès aux médicaments s'est aussi largement accru. Les prix ont baissé et de nouveaux produits sont disponibles. J'ai assisté récemment, avec le secrétaire général et plusieurs PDG des principales sociétés pharmaceutiques mondiales, à une conférence sur l'initiative « Accélérer l'accès » du secrétaire général. La situation s'est vraiment améliorée en termes de tarification des médicaments et des nouvelles préparations pour nourrissons, notamment à l'adresse des pays en développement. Or, beaucoup plus reste à faire pour diminuer les prix des préparations pédiatriques destinées aux traitements de deuxième intention. La situation a néanmoins fortement évolué comparée à il y a cinq ou six ans, lorsque le secrétaire général a lancé ce débat.

On notera cependant qu'aucune de ces deux initiatives ne donnera des résultats durables si l'on ne résout pas les problèmes du développement à plus long terme de systèmes de santé efficaces ainsi que la crise du personnel de santé. Il ne fait en effet aucun doute qu'il s'agit là du principal obstacle. Lors de la Conférence de Toronto, l'OMS a lancé un plan intitulé « Traiter, former, fidéliser » en vue de protéger et d'encadrer le personnel de santé vivant avec le VIH. Cette initiative s'inscrit dans le cadre plus général des efforts déployés au niveau mondial afin de soutenir et de mettre à profit l'Alliance pour les personnels de santé.

L'épidémie de VIH/sida et les activités réalisées dans ce domaine ont suscité une prise de conscience à la fois technique et politique quant à la nécessité de s'attaquer aux problèmes auxquels sont confrontés les secteurs sanitaires, dans le public comme dans le privé, en termes de motivation, d'incitants, de salaires et de structure. En effet, il y a des personnes qui préfèrent conduire un taxi plutôt que d'apporter des soins. Nous devons comprendre les problèmes structurels liés à la réforme du secteur public de la santé, un défi qui n'est pas du ressort de l'OMS, mais bien des pouvoirs publics et des ministères des Finances.

La formation ne suffit pas, à elle seule, à motiver le personnel de santé. C'est d'ailleurs la solution que nous proposons depuis des années : aller au delà de la formation pour résoudre les véritables problèmes. En effet, le personnel de santé quitte la profession à cause des salaires trop bas et de la précarité des conditions de travail. Certains sont obligés d'accepter d'autres emplois dans leur pays ou à l'étranger. Cette année, « Travaillons ensemble pour la santé » était d'ailleurs le thème de la Journée mondiale de la santé et du Rapport sur la santé dans le monde. Ce dernier propose un ensemble de mesures immédiates, à mettre en œuvre dans les pays mêmes, dans le cadre d'un plan s'étendant sur 10 ans.

Les travaux effectués sur le VIH/sida, et la prise de conscience des menaces posées par les nouvelles maladies infectieuses à la santé humaine, ont suscité des interventions dans de nombreux domaines qui, auparavant, n'étaient pas considérés comme des priorités de santé publique.

Abordons maintenant l'application du Règlement sanitaire international et la grippe aviaire. Ceux d'entre vous qui ont participé aux rigoureuses négociations sur la révision du Règlement sanitaire international sont conscients de l'extrême importance accordée par les États membres à cet instrument.

Il ne s'agit pas seulement de combattre la grippe aviaire, bien sûr ; et il ne s'agit pas seulement d'appliquer des mesures de lutte bien définies contre les maladies. Il s'agit aussi d'élaborer dans les pays des systèmes suffisamment solides pour mener des activités de suivi et mettre en œuvre les interventions adéquates. Cela implique un effort de transparence, de communication internationale et d'adoption d'une stratégie plus intégrée au niveau mondial quant à la manière de lever les principaux défis sanitaires.

En ce qui concerne la grippe aviaire et les risques d'une pandémie de grippe humaine, la menace est toujours d'actualité. Aujourd'hui, plus de 50 pays d'Asie centrale et du Sud, d'Europe, d'Afrique et du Moyen-Orient ont signalé des flambées de cette maladie chez des oiseaux. Des cas humains ont été désormais observés dans dix pays, dont deux dans cette Région. À la date du 8 septembre, il y avait 244 cas confirmés et 143 décès.

L'information et la communication sont essentielles dans le cas présent pour bien comprendre comment on peut se protéger et ce que l'on doit faire. Par exemple, si l'on peut manger du poulet cuit en toute sécurité, il est en revanche dangereux de manipuler des oiseaux morts. C'est le message qu'il faut faire passer. Je me réjouis de constater que des plans de préparation ont été formulés dans quasiment tous les pays, et j'espère que leur portée sera suffisante pour intensifier les systèmes de santé et de surveillance. Il importe de les tester afin qu'ils puissent devenir opérationnels.

La capacité de production des médicaments antiviraux a aussi considérablement augmenté. De nouvelles autorisations ont été octroyées et la situation s'est améliorée dans certains pays en développement. Des progrès ont aussi été réalisés en ce qui concerne la mise au point d'un vaccin. Si le problème de capacités est plus épineux, les choses évoluent. Nous nous concentrons désormais sur le renforcement des capacités dans les pays en développement. Plusieurs essais cliniques réalisés récemment donnent des résultats prometteurs.

Passons maintenant à plusieurs autres domaines importants pour nos activités dans le secteur sanitaire.

Tout d'abord, quelques mots sur la tuberculose. La Région européenne connaît en effet l'un des taux les plus élevés de tuberculose polypharmacorésistante. Nous avons beaucoup appris de la manière dont vous avez pu appréhender ce problème. La tuberculose représente toujours une menace sérieuse pour la santé humaine et la santé publique, surtout dans les pays accusant des taux élevés de VIH/sida. La conférence ministérielle prévue pour l'année prochaine sera importante, et j'exhorte tout le monde à y participer. Il s'agit d'un problème essentiel pour tous les pays, non seulement pour les pays en développement et ceux touchés par le VIH/sida, mais pour l'ensemble des États membres de cette Région.

Pour ce qui est du paludisme, la Région européenne est encore confrontée à d'importants défis. Des progrès considérables et impressionnants ont été aussi réalisés. Je me permets de féliciter tous les pays de la Région atteints d'une endémie de paludisme qui ont pu faire reculer cette maladie depuis 2000.

En ce qui concerne l'éradication de la poliomyélite, il ne reste plus que quatre pays dans le monde où cette maladie reste endémique : le Nigéria, l'Afghanistan, l'Inde et le Pakistan. Nos travaux continuent à ce niveau afin d'atteindre tous ces enfants. Il y a en effet urgence. Tant que la poliomyélite n'est pas éradiquée, les enfants du monde entier courent encore un risque. La réussite des efforts déployés au niveau mondial pour juguler ce fléau dépend maintenant de la volonté politique ainsi que d'engagements fermes afin de combler le hiatus financier. Je tiens particulièrement à féliciter l'initiative de la Fédération de Russie qui s'est engagée à consacrer un nouveau montant de dix millions d'USD à l'éradication de la poliomyélite. Il est désormais vital que d'autres pays du G8 suivent cet exemple. En effet, nous avons un besoin urgent de 50 millions d'USD d'ici octobre afin d'assurer la poursuite des activités pendant le reste de l'année 2006. Pour 2007-2008, le déficit de financement atteint 390 millions d'USD.

Et cela me conduit au dernier des domaines essentiels définis dans le projet de budget programme : la nécessité de renforcer davantage les systèmes de santé. En effet, sans systèmes de santé opérationnels et efficaces, nous ne pourrions consolider les services de santé de base ou réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. J'estime qu'en général, la réforme du secteur sanitaire et les systèmes de santé doivent être démythifiés. Bref : nous devons atteindre quatre buts.

Premièrement, nous devons améliorer l'organisation, la gestion et la dispensation des services de santé. Il s'agit des soins de santé primaires : nous devons disposer d'hôpitaux, offrir des services sanitaires efficaces, dans le secteur privé comme dans le secteur public, et veiller à ce que cette approche garantisse la santé publique. Nous devons encourager la participation des différents partenaires et dispensateurs de services à ce niveau.

Deuxièmement, nous avons besoin d'informations et de bases factuelles bien précises afin de prendre des décisions judicieuses. Nous devons renforcer les bases factuelles sous-tendant les systèmes de santé afin d'encadrer l'élaboration de politiques et leur mise en œuvre. Cela signifie que nous devons disposer de systèmes d'information et de surveillance de qualité, et investir dans les capacités de recherche nationales.

Je pense que des progrès ont été réalisés à ce niveau. Le partenariat du Réseau de métrologie sanitaire améliorera notre manière de collaborer avec les pays afin de glaner davantage de données et d'informations de qualité. Et je m'en félicite.

Troisièmement, nous avons besoin d'un financement équitable et durable. Cela veut dire considérer les différentes options politiques pour le financement des services de santé et les différentes solutions de remplacement, et examiner les solutions les plus efficaces en matière d'allocation des ressources. La Région européenne a acquis une grande expérience dans ce domaine, et elle peut être partagée avec autrui.

Enfin, la quatrième composante, ce sont les gens, le personnel, les ressources humaines. C'est le domaine prioritaire, là où nous investissons le plus sur le plan financier, et là où nous pouvons réaliser des progrès rapidement si nous sommes disposés à résoudre les problèmes fondamentaux.

Je voudrais aussi dire quelques mots sur l'aide au développement de la santé et l'efficacité de l'assistance apportée. Certains d'entre vous, réunis en ce lieu, sont des partenaires essentiels en matière d'aide au développement. En effet, vous apportez une aide financière importante qui est la bienvenue. En matière d'aide au développement à l'étranger, l'investissement consacré à la santé s'est visiblement accru. Même si c'est très important, il faut relativiser. Aujourd'hui, 3 600 milliards d'USD sont investis dans la santé dans le monde, soit 340 milliards dans les pays en développement. De ce montant, 10 milliards sont consacrés à l'aide au développement. Parfois, nous croyons que l'aide au développement pourra résoudre tous les problèmes. En fait, ce n'est pas le cas. La majorité des ressources, si nous voulons consolider les services de santé de base, proviennent déjà des pays mêmes. Ce sera encore le cas à l'avenir. L'aide au développement est importante quand il s'agit d'exprimer sa volonté politique ainsi que son soutien politique. Le sommet du G8 de Saint-Petersbourg était crucial. Encore une fois, mes nombreux remerciements au gouvernement russe pour ses positions fermes sur les thèmes de santé inscrits à l'ordre du jour. Le document final du sommet du G8 est aussi le plus détaillé jusqu'à présent. Il reflète un engagement sérieux pour la consolidation durable des services de santé et l'investissement dans ce secteur.

Plusieurs partenaires européens avaient annoncé des calendriers à cette fin. La consolidation des services de santé reste donc un objectif réalisable. C'est aussi un objectif que nous tenons absolument à atteindre.

Si l'OMS ne joue pas un rôle de chef de file en matière d'aide au développement ou d'efficacité de l'aide apportée à ce niveau, il est vital que nous collaborions avec les pays dans certains domaines. Il importe avant tout de veiller à l'appropriation par les pays : il doit y avoir des plans nationaux, des budgets nationaux, des politiques cadres nationales, auxquels ils adhèrent vraiment, et dont les priorités sont techniquement réalisables. Nous opérons dans de nombreux pays afin de les soutenir et de répondre à leurs besoins et à leurs attentes.

Nous devons responsabiliser ces plans et ces gouvernements, tout en respectant leurs accomplissements et leurs priorités nationales. Si nous voulons être efficaces, il faut que ce soit une priorité. Et si nous voulons apporter une aide utile au développement, nous devons absolument nous attaquer aux problèmes des systèmes de santé. C'est là où le bât blesse. J'estime que nous pouvons collaborer davantage avec les pays à ce niveau.

Les partenaires à l'aide au développement peuvent aussi faire davantage. Les débats engagés, même s'ils reposent sur des hypothèses quant à ces quatre ou cinq prochaines années, aideront toutes les parties prenantes à réaliser un meilleur alignement entre les ressources financières et les priorités. Des progrès importants ont été réalisés à cet égard. L'Union européenne et la Commission européenne déploient des efforts très intéressants en termes de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et ce, afin de garantir un soutien financier à long terme dans la Région européenne et ailleurs.

Les ressources doivent surtout être investies dans le développement de capacités nationales durables. Par conséquent, j'estime qu'il est nécessaire de regarder l'aide technique de plus près et de porter un jugement critique sur la manière dont cette aide est dispensée en engageant un débat ouvert. Les Principes

de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement nous orientent quant à la marche à suivre. En collaborant ensemble, nous pouvons concrétiser lesdits principes sur le terrain et les traduire en pratique.

En conclusion : notre objectif est que l'OMS puisse mieux répondre aux besoins des pays. Notre objectif est aussi que l'OMS puisse opérer efficacement dans le cadre du système des Nations-Unies. Nous participons pleinement au débat actuel sur la question de savoir comment ce système doit mieux coordonner ses activités dans les pays. De par notre rôle dans ce système, nous essayons de voir comment nous pouvons devenir un partenaire plus efficace, notamment sur le plan des coordinateurs résidents. L'un de mes collaborateurs est actuellement à New York pour consulter le PNUD sur ce que nous pouvons faire en pratique.

Nous avons mené plusieurs discussions avec le Groupe d'experts de haut niveau sur la cohérence du système, et nous attendons avec beaucoup d'impatience le résultat de ce rapport. Nous avons notamment soulevé la question du financement des agences spécialisées et de la nature des activités de ces agences. Nous compilons le tout pour l'instant.

Le thème des « réformes de l'OMS et de l'ONU » est inscrit à l'ordre du jour du Conseil exécutif de janvier. Un document énonçant les orientations générales à ce sujet sera rédigé afin d'étayer les discussions menées avec les organes directeurs sur le rapport examiné, l'an passé, par l'Assemblée mondiale de la santé.

Finalement, je tiens à remercier le docteur Marc Danzon et son équipe, ainsi que les États membres, pour l'aide que ceux-ci ont bien voulu apporter, à moi comme à mes collaborateurs, depuis la disparition inopinée du docteur Lee en mai. Je pense que nous avons pu poursuivre nos activités et faire des progrès. L'Organisation, si elle a été consternée, n'a pas pour autant été paralysée. Elle est bien solide. Tout ceci grâce en très grande partie à vos efforts soutenus depuis l'Assemblée mondiale de la santé, à l'efficacité de votre équipe et au soutien que m'ont apporté le docteur Danzon et d'autres collègues au cours de ces mois. Je vous remercie très cordialement.