



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
COPENHAGUE

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE
Cinquante et unième session, Madrid, 10 – 13 septembre 2001

EUR/RC51/REC/1
10 octobre 2001
10496M
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT SUR LA CINQUANTE ET UNIÈME SESSION

Mots clés

REGIONAL HEALTH PLANNING
HEALTH POLICY
HEALTH PRIORITIES
BUDGETS
INTERNATIONAL COOPERATION
INTERPROFESSIONAL RELATIONS
ALCOHOLISM – prevention and control
POVERTY
HEALTH SERVICES
INFORMATION MANAGEMENT
RESOLUTIONS AND DECISIONS
EUROPE

SOMMAIRE

	<i>Page</i>
Introduction	1
Ouverture de la session	1
Élection du bureau	1
Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail	1
Déclaration du directeur général	1
Déclaration du directeur régional	3
Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif	5
Rapport du Comité permanent du Comité régional	6
Partenariats pour la santé	9
Questions de politique générale	12
Gestion de l'information et des connaissances : le Rapport sur la santé en Europe	12
La pauvreté et la santé : données disponibles et actions menées dans la Région européenne de l'OMS	15
Le budget programme 2002–2003 et les consultations sur le processus budgétaire pour 2004–2005	17
Plan d'action européen contre l'alcoolisme et suivi de la Conférence ministérielle sur les jeunes et l'alcool	19
Élections et désignations	20
Conseil exécutif	20
Comité permanent du Comité régional	20
Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales	20
Questions diverses	20
Dates et lieu des sessions ordinaires du Comité régional en 2002 et 2003	20
Autres questions	21
Résolutions	22
EUR/RC51/R1 Amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional	22
EUR/RC51/R2 Date et lieu des sessions ordinaires du Comité régional en 2002 et 2003	22
EUR/RC51/R3 Le rapport sur la santé en Europe : Gestion de l'information et des connaissances	22
EUR/RC51/R4 Rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action européen contre l'alcoolisme, et notamment les suites données à la Conférence ministérielle de l'OMS sur les jeunes et l'alcool	23
EUR/RC51/R5 La Déclaration d'Athènes sur la santé mentale et les catastrophes d'origine humaine, les comportements d'intolérance et les soins de proximité	24

EUR/RC51/R6	La pauvreté et la santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS	27
EUR/RC51/R7	La santé et le développement durable – Sommet mondial sur le développement durable	27
EUR/RC51/R8	Rapport du huitième Comité permanent du Comité régional.....	28
EUR/RC51/R9	Coordination de la collaboration avec le Conseil de l'Europe dans le domaine de la santé	29
Annexe 1	Ordre du jour.....	30
Annexe 2	Liste des documents	31
Annexe 3	Liste des représentants et autres participants	32
Annexe 4	Déclaration du directeur général de l'OMS	49
Annexe 5	Déclaration du directeur régional de l'OMS.....	56

INTRODUCTION

Ouverture de la session

La cinquante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe s'est tenue au Palais municipal des congrès de Madrid (Espagne), du 10 au 13 septembre 2001. Les représentants de 48 pays de la Région y ont participé. Étaient également présents des observateurs d'un État non membre et d'un pays membre de la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies, ainsi que des représentants du Programme des Nations Unies pour le développement, de la Banque mondiale, du Conseil de l'Europe, de la Commission européenne et d'organisations non gouvernementales.

La séance inaugurale a eu lieu au Palais municipal des congrès, le lundi 10 septembre. Après l'allocution de bienvenue du directeur régional de l'OMS pour l'Europe, des discours ont été prononcés par Mme Celia Villalobos Talero, ministre espagnole de la santé et de la consommation, et par M. José María Álvarez, maire de Madrid.

La session a été ouverte par le Dr Jeremy Metters, président exécutif sortant.

Élection du bureau

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

Mme Celia Villalobos Talero (Espagne)	présidente
Professeur Ayşe Akin (Turquie)	présidente exécutive
Dr James Kiely (Irlande)	vice-président exécutif
Mme Katrin Saluvere (Estonie)	rapporteuse

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

(EUR/RC51/2 Rev.2 et EUR/RC51/Conf.Doc./1)

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

DÉCLARATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

S'adressant au Comité, le mercredi 12 septembre 2001, le directeur général a commencé par dire qu'elle était consciente que tous les participants étaient choqués par les événements survenus la veille aux États-Unis et ressentaient un chagrin profond pour les pertes tragiques en vies humaines et les souffrances qu'ils avaient occasionnées. Dans ces circonstances, il était d'autant plus approprié de poursuivre ensemble le travail engagé sur les principes et les valeurs qui guident les efforts en faveur de la santé dans le monde.

Dans sa déclaration au Comité régional, le directeur général a abordé le double défi de la maladie et de la pauvreté. L'écart entre les plus riches et les plus démunis n'est nulle part aussi douloureusement manifeste que dans la Région européenne. Le défi pour les pays sera de combler cet écart, défi que l'Organisation les aidera à relever du mieux qu'elle pourra. Sans investissements suffisants, toutefois, peu de progrès seront accomplis et il est encourageant de voir que des pays commencent à investir davantage dans la santé. Les nouvelles ressources nécessaires pour la santé atteignent des proportions considérables, ce qui signifie qu'elles doivent être utilisées aussi efficacement que possible et de manière coordonnée. Le Fonds mondial SIDA et Santé sera un important stimulant à cet égard. Par ailleurs, les réformes des systèmes de santé n'ont guère de chances d'aboutir sans une participation de la population à l'action de santé à tous les niveaux.

Les dirigeants mondiaux ont focalisé leur attention sur les effets dévastateurs de l'infection à VIH et du sida, et il faut intensifier les efforts de prévention. En liaison avec le VIH/SIDA, l'épidémie de tuberculose se propage dans la Région, bien que des progrès aient été accomplis pour que tous ceux qui en ont besoin puissent bénéficier d'un traitement efficace à un prix abordable. La Région européenne avait montré la voie sur la question de l'environnement et de la santé et, avec l'Organisation dans son ensemble, se penchait maintenant sur la question de la santé mentale et des troubles neurologiques, qui serait le thème du prochain *Rapport sur la santé dans le monde*. Cependant, la Déclaration d'Athènes a montré qu'il restait un long chemin à parcourir à cet égard. L'Organisation avait également été à la pointe des efforts visant à mettre en évidence les dommages que peut causer l'alcool à la vie des jeunes. Le tabac continue également de représenter une énorme menace pour la santé dans la Région et la sécurité sanitaire des aliments est une question qui réclame une attention constante.

Une grande partie de la recherche biomédicale est actuellement entreprise dans les pays industrialisés, en premier lieu, sur la base des considérations du marché : cette situation n'est pas acceptable d'un point de vue éthique. L'OMS propose par conséquent de mettre sur pied une initiative mondiale, portant sur l'éthique dans la santé publique, l'éthique dans la recherche en santé et l'éthique en biotechnologie. L'Organisation est aussi engagée à améliorer la capacité des équipes de l'OMS dans les pays. Enfin, l'échange de lettres avec l'Union européenne permettrait de mettre en place une collaboration importante et systématique sur un large éventail de questions.

De nombreux délégués ont remercié le Dr Brundtland pour son exposé clair et complet. Certains ont, en outre, souligné le fait que des pays commencent à ressentir les effets des nouvelles méthodes de travail et que les relations entre l'Organisation et ses États membres étaient en conséquence plus fortes.

En réponse à des interventions, le directeur général a dit que les fonds extrabudgétaires avaient considérablement augmenté au cours des trois dernières années. Cela avait été une bonne chose, étant donné que la croissance nominale du budget ordinaire était désormais négative. Lorsqu'elle appliquerait sa stratégie institutionnelle, l'OMS devrait rivaliser avec d'autres initiatives dans le domaine de la santé pour trouver des fonds. Des ressources étaient nécessaires pour que l'OMS joue son rôle d'animateur et pour financer les programmes de santé mondiaux. Le directeur général est persuadé que cette stratégie permettrait de dégager encore davantage de ressources extrabudgétaires.

Les principes éthiques ont toujours été un élément des débats sur la santé, mais les aspects juridiques, entre autres, sont aujourd'hui plus complexes. Une petite unité a donc été créée au Siège, avec pour mission de formuler des conseils sur les questions d'éthique. Étant donné que ces questions concernent de nombreuses disciplines, il a été décidé de faire dépendre cette unité du bureau du directeur général. Il faudrait peut-être six mois avant que ce service devienne pleinement opérationnel mais, en attendant, il pourrait centraliser les informations pour les États membres. L'offre de délégations de partager l'expérience de leurs pays en matière de bioéthique a reçu un accueil chaleureux.

Les ministres de la santé et les responsables de la santé publique ont commencé à accorder une plus grande attention aux questions de sécurité sanitaire des aliments et doivent, de toute évidence, faire face à de grandes difficultés. Cela pose certainement un problème dans les pays ayant une agriculture forte mais il faut que les gouvernements comprennent que la sécurité sanitaire des aliments n'est pas une question agricole mais une question de santé. Néanmoins, la tendance dans ce domaine allait dans la bonne direction.

Certains orateurs ont fait observer que la Région européenne ne se composait plus de 33 pays largement industrialisés (comme c'était le cas dix ans plus tôt), mais de 51 pays dont plusieurs étaient classés parmi les pays en développement ou peu développés, or le budget ordinaire ne tenait pas compte de cette réalité. La Région contribuait pour près de la moitié du budget mondial, mais ne recevait en retour que quelque 7%. Il a donc été demandé que cette proportion soit augmentée de façon appropriée en exploitant pleinement les possibilités offertes par la résolution WHA51.31. Le directeur général a répondu qu'en prenant ses fonctions elle avait hérité, pour le transfert des ressources entre les régions, d'une formule dont la raison d'être tenait largement aux changements sociopolitiques en Europe. Il avait été difficile de trouver une nouvelle formule acceptable pour le Conseil exécutif et pour l'Assemblée mondiale de la santé, et il serait donc également difficile d'en modifier les principes. Le Dr Brundtland a laissé entendre qu'il pourrait être plus réalisable

d'essayer de redistribuer plus équitablement les fonds extrabudgétaires que de revoir la répartition des ressources au titre du budget ordinaire.

Le Dr Brundtland a confirmé que les informations communiquées par les États membres lors de la consultation régionale organisée récemment à Copenhague sur la performance des systèmes de santé, ainsi que les résultats des cinq autres consultations régionales, seraient scrupuleusement prises en considération pour revoir la méthodologie du Rapport sur la santé dans le monde, et qu'elle participerait elle-même à l'élaboration du rapport qui serait présenté au Conseil exécutif en janvier 2002. De plus, il serait procédé à un examen par des pairs de la méthodologie, et des avis seraient recueillis auprès d'autres sources avant qu'une décision finale soit prise par le Conseil exécutif. Le directeur général a également confirmé que l'Organisation prépare sa contribution au Sommet mondial sur le développement durable, qui se tiendra à Johannesburg en 2002, et, enfin, que la composition du comité consultatif de l'OMS sur la politique en matière d'alcool avait été arrêtée définitivement.

DÉCLARATION DU DIRECTEUR RÉGIONAL

Dans la déclaration qu'il a faite au Comité, le directeur régional a évoqué plusieurs événements, positifs pour nombre d'entre eux, qui sont survenus dans l'ensemble de la Région au cours de l'année écoulée, appelant l'attention sur les domaines prioritaires sur lesquels le Bureau régional a concentré ses efforts. Parmi ces sujets figurent la santé mentale, l'alcool et les jeunes, l'uranium appauvri et le pacte de stabilité. Les activités concernant le plan d'action sur la nutrition et les suites données à la Conférence européenne de 1999 sur l'environnement et la santé ont été poursuivies. Des progrès ont été accomplis sur la voie de l'éradication de certaines maladies transmissibles, quoiqu'il reste encore beaucoup à faire. La tuberculose et le sida continuent de susciter des inquiétudes dans la partie orientale comme dans la partie occidentale de la Région. Le Bureau a entrepris de travailler davantage en collaboration avec les États membres, conformément à la nouvelle stratégie pour les pays. Il y a également un nouvel esprit de coopération prometteur entre le Bureau régional et la Commission européenne, le Conseil de l'Europe et la Banque mondiale, ainsi qu'avec le Siège de l'OMS. Deux nouveaux centres ont été ouverts, l'un à Bonn (environnement et santé) et l'autre à Venise (investissement dans la santé).

De nouvelles méthodes de travail ont été adoptées au Bureau régional, qui privilégient la participation du personnel au processus de prise de décisions et font appel à des initiatives inspirées des cercles de qualité. Pour relever les défis à venir, le travail de l'OMS reposerait, autant que faire se peut, sur les meilleures données disponibles et tout serait fait pour fournir aux États membres des informations pertinentes, qui les aident à prendre les meilleures décisions possibles concernant les grandes orientations.

S'agissant des défis dans les domaines techniques, la Convention-cadre pour la lutte antitabac serait, de toute évidence, une initiative capitale pour la santé publique au cours du prochain cycle biennal. Toutefois, les ressources du Bureau régional ne permettent pas toujours de satisfaire les besoins et les demandes des États membres, et le directeur régional a souligné le fait qu'il fallait que le budget régional soit augmenté en conséquence.

Au cours du débat qui a suivi, des représentants se sont déclarés convaincus que le Bureau régional progressait dans la bonne direction, tenant compte des besoins des sociétés contemporaines dans le domaine de la santé. Plusieurs délégations ont accueilli favorablement la décision du directeur régional de mettre davantage l'accent sur l'amélioration de la qualité de l'information fournie pour faciliter la prise de décisions dans les pays.

L'appui technique que l'OMS fournit aux pays a également été loué, mais de nombreux délégués ont fait observer qu'il n'était pas suffisant. Plusieurs représentants ont plaidé en faveur d'un appui technique renforcé pour les pays traversant une période de transition économique. Beaucoup d'orateurs ont estimé que la réalisation des politiques de l'OMS dépend du rôle que le Bureau régional joue au niveau des pays. Reconnaissant que les ressources du Bureau régional sont limitées, ils ont demandé que la redistribution

budgétaire vers les régions, prévue par la résolution WHA51.31, soit effectuée en totalité de manière urgente.

Les progrès accomplis par le Bureau régional pour améliorer sa collaboration avec le Conseil de l'Europe, la Commission européenne et la Banque mondiale ont été largement salués. Toutefois, on a fait valoir que le Bureau devait prendre davantage d'initiatives et adopter un profil plus visible, en tant que chef de file dans le domaine de la santé. Plusieurs orateurs ont prié le directeur régional de fournir des informations sur les accords conclus avec les 23 pays d'Europe centrale et orientale, les résultats de la Conférence de Londres et les échanges de correspondance entre l'OMS et le Conseil de l'Europe. L'un des intervenants a souligné l'importante contribution des centres collaborateurs au travail de l'OMS, tandis que plusieurs délégués des nouveaux États indépendants (NEI) ont prié instamment le Bureau régional de se charger, au niveau des pays, de la coordination avec les institutions internationales pour les questions ayant trait à la santé. Le représentant de l'Ukraine a indiqué que son pays, ainsi que d'autres pays intéressés, s'inquiétait de ce que le Bureau ait investi insuffisamment de ressources dans les pays concernés à la suite de la catastrophe de Tchernobyl.

La Conférence de Stockholm sur les jeunes et l'alcool, ainsi que la réunion sur la santé mentale qui s'est tenue à Athènes, en juin, ont été chaleureusement saluées. Les pays de l'Europe du Sud-Est ont adopté la Déclaration d'Athènes lors de la récente conférence organisée à Dubrovnik. Les États membres ont été instamment priés d'adopter un projet de résolution qui serait présenté au cours de la session. La proposition de tenir à Budapest, en 2004, la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé a été également accueillie très favorablement, l'élan donné par la Conférence de Londres et la signature du Protocole sur l'eau et la santé serait ainsi maintenu.

De nombreux délégués se sont félicités de l'attention consacrée à la pauvreté, estimant qu'il s'agissait d'un thème qui resterait d'actualité pour le Bureau régional pendant encore de nombreuses années, étant donné qu'il intéresse l'ensemble des 51 pays de la Région. Il a donc été suggéré que l'OMS devait chercher à collaborer de manière plus visible avec d'autres institutions internationales spécialisées à un programme spécifiquement consacré à la réduction de la pauvreté.

Parmi les autres thèmes dont les délégués estimaient qu'ils auraient été dignes d'être inscrits au programme de travail de l'OMS et à l'ordre du jour des futures sessions du Comité régional, figuraient la mondialisation et ses effets sur la santé, l'éducation comme déterminant social de la santé et la bioéthique. L'augmentation de l'incidence de l'infection à VIH et du sida ainsi que des infections sexuellement transmissibles a été également présentée comme une tendance préoccupante que l'OMS devrait prendre davantage au sérieux à l'échelle de l'Europe. De plus, il a été demandé au Bureau régional de se pencher sur le fait que les travaux relatifs à la santé des personnes âgées n'aient pas été inscrits au budget mondial, en dépit de l'augmentation considérable prévue pour cette tranche de la population dans la Région. Enfin, un représentant s'est déclaré déçu qu'on n'ait pas créé de Centre sur l'environnement, la santé et le tourisme à Malte, comme approuvé à la Conférence de Londres en 1999, et a demandé que cette question soit examinée de manière urgente.

En réponse à ces interventions, le directeur régional a remercié les représentants de l'accueil positif qu'ils ont fait au travail qu'il a présenté. Le fait qu'il n'ait que brièvement évoqué le Plan d'action sur la nutrition tenait à des contraintes de temps et, en aucune façon, ne traduisait un manque d'engagement de la part du Bureau pour ce plan et le travail de l'équipe spéciale. Un rapport plus complet sur cette question serait présenté au Comité régional, à sa cinquante-deuxième session.

Le directeur régional a confirmé que l'OMS s'intéressait de plus en plus aux déterminants sociaux de la santé, et on comptait que le Centre de Venise mis en place récemment aurait un rôle important à jouer dans ce domaine. Les études de cas que communiqueront les divers États membres sur la manière dont ils traitent ces questions marqueraient une première étape importante.

Le directeur régional a pris note de ce que plusieurs orateurs se sont inquiétés du fait que certaines questions essentielles ne figurent pas au programme de travail de l'OMS. Il importe qu'existe un dialogue ouvert entre le Comité régional, le Comité permanent du Comité régional (CPCR) et le Bureau régional

sur le rôle que l'OMS devrait avoir vis-à-vis d'autres organisations internationales dans des domaines tels que la bioéthique et la mondialisation. Le sida constitue un bon exemple à cet égard, et le Bureau régional a un rôle essentiel à jouer pour ce qui est d'alerter l'ensemble de la Région sur l'évolution préoccupante de la situation. Un conseiller régional a récemment été nommé pour diriger les travaux dans ce domaine.

S'agissant de la création du Centre pour l'environnement, la santé et le tourisme, il a été observé que des travaux ont été commandés sur le rôle des centres, et qu'un rapport sur les dits travaux serait examiné par le CPRC dans le courant de l'année. Après quoi, le Bureau régional devrait être en mesure de mettre au point une stratégie plus cohérente sur l'utilisation des centres en dehors de Copenhague.

En conclusion, le directeur régional a exprimé l'espoir que le Comité régional aiderait le Bureau régional à continuer dans la bonne direction.

Après le débat, le directeur exécutif du bureau du directeur général de l'OMS a présenté le Fonds mondial SIDA et santé, faisant observer qu'au cours des deux années précédentes la mise en place d'un nouveau mécanisme de financement pour faire face à l'infection à VIH, au paludisme et à la tuberculose avait recueilli de plus en plus d'adhésions. De nombreuses caractéristiques du Fonds avaient été décidées, un groupe de travail temporaire (constitué de représentants de 35 gouvernements et organisations) avait été mis sur pied, des promesses de contribution d'un montant total de 1,4 milliard de dollars avaient été faites, et les États membres européens fortunés étaient instamment invités à continuer de soutenir le Fonds. Toutefois, ce groupe de travail aura encore à résoudre un certain nombre de points, notamment en ce qui concerne l'accès aux ressources, l'organisation, ainsi que le secrétariat et les dispositions bancaires.

QUESTIONS SOULEVÉES PAR LES RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ ET DU CONSEIL EXÉCUTIF

(EUR/RC51/4)

Un membre européen du Conseil exécutif a présenté une vue d'ensemble des sessions du Conseil exécutif qui ont eu lieu en janvier et mai 2001. Il a expliqué qu'il avait été invité par le CPRC, en tant que membre du Conseil exécutif s'acquittant de la deuxième année de son mandat, à assister aux réunions du CPRC et à faire rapport au Comité régional. Cette expérience, qui vise à améliorer la communication entre le Conseil exécutif et le Comité régional, sera évaluée par les membres européens du Conseil exécutif et le CPRC au bout d'une année.

Le directeur de la division de l'administration et du soutien de la gestion a dit que, dans l'esprit d'« une seule OMS », les relations entre les organes directeurs mondiaux et régionaux avaient pris une importance beaucoup plus grande. Parmi les questions qui avaient fait l'objet de discussions lors de la Cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, quatre domaines présentaient un intérêt particulier pour la Région européenne : le projet de budget-programme pour 2002–2003 ; les questions financières, administratives et de gestion ; les questions relatives aux organes directeurs ; et diverses questions techniques et sanitaires.

L'Assemblée mondiale de la santé a adopté le Programme général de travail pour 2002–2005 et s'est félicitée des progrès accomplis en matière de réforme budgétaire, de la présentation intégrée du budget et des améliorations relatives à la transparence, à la responsabilité et à l'efficacité. Elle a décidé d'ouvrir des crédits du même montant qu'au cours des périodes biennales précédentes et a apprécié les efforts accomplis pour accroître les économies résultant de mesures de rationalisation. Le directeur général a présenté une nouvelle proposition concernant les contributions pour l'exercice financier 2002–2003, qui a été jugée acceptable politiquement et financièrement. Elle prévoyait notamment une possibilité de réduction pour les pays dont la contribution augmenterait en raison de l'adoption du nouveau barème des Nations Unies. Les États membres qui ne souhaitaient pas bénéficier de cette réduction étaient encouragés à verser un montant identique au titre des recettes diverses. Dans la Région européenne, 24 pays pouvaient bénéficier d'une telle réduction. S'ils y renonçaient, le déficit prévu pourrait être réduit d'environ 11 millions de dollars.

Les pays en retard dans le versement de leurs contributions, dont 11 font partie de la Région européenne, ont été encouragés à utiliser les dispositions spéciales pour le règlement. En ce qui concerne le Fonds immobilier, le Bureau régional a des consultations avec le Gouvernement danois concernant la rénovation de ses bâtiments à Copenhague et l'élaboration d'un programme d'entretien planifié.

Sur les dix résolutions adoptées relatives à des questions techniques et sanitaires, cinq présentent un intérêt particulier pour la Région européenne : la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, l'amplification de l'action contre le VIH/SIDA, la stratégie pharmaceutique de l'OMS, le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux, et la sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie. En ce qui concerne l'évaluation de la performance des systèmes de santé, le Bureau régional a organisé une consultation régionale, au début de septembre 2001, pour examiner la méthodologie relative à la version actualisée 2001–2002 du Rapport sur la santé dans le monde.

Une délégation a présenté les observations au sujet de la résolution WHA54.16 sur la Décennie internationale des populations autochtones, bien qu'elle ne soit pas mentionnée dans le document. Cette résolution demande aux comités régionaux d'envisager d'urgence l'adoption de plans d'action régionaux sur la santé des populations autochtones. Étant donné que, lors de la précédente session, le directeur régional avait mentionné dans son rapport les problèmes de santé particuliers de certains groupes de la population, il serait intéressant de savoir comment les besoins des populations autochtones sont pris en compte dans l'élaboration de la nouvelle stratégie de pays pour l'Europe. Le directeur régional a promis de présenter au Comité régional un rapport sur la question.

Une délégation a rappelé au Comité la préoccupation exprimée lors de l'Assemblée mondiale de la santé concernant le faible montant des ressources affectées à l'actualisation des Règlements sanitaires internationaux et, en conséquence, la lenteur des travaux. Une autre délégation a estimé que, dans l'esprit d'« une seule OMS », le Siège devrait accorder autant d'importance aux questions régionales que les régions étaient censées accorder aux problèmes mondiaux.

En réponse à des questions sur les résultats de la récente consultation régionale européenne sur un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé, il a été indiqué que le rapport sur la consultation serait prochainement disponible et qu'une synthèse des documents résultant des consultations régionales serait diffusée sur Internet.

Il a également été confirmé que tous les États membres européens ayant des arriérés de contributions avaient été contactés, en vue de discuter dans un avenir rapproché de moyens de mettre au point des solutions acceptables pour les différentes parties.

RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DU COMITÉ RÉGIONAL

(EUR/RC51/3, /3 Add.1, EUR/RC51/Conf.Doc./2, EUR/RC51/Conf.Doc./3 et EUR/RC51/Inf.Doc./1)

La présidente du CPRC a présenté uniquement les domaines d'activité examinés par le CPRC durant l'année écoulée qui n'étaient pas des points inscrits à l'ordre du jour de l'actuelle session. Conformément à la pratique habituelle, des membres du Comité permanent présenteraient les vues de ce dernier concernant les autres domaines au titre des points de l'ordre du jour concernés.

Le Comité permanent s'était réuni officiellement à cinq reprises depuis la session précédente du Comité régional et ses discussions pouvaient être regroupées en trois grands thèmes : le rôle du CPRC, questions d'orientation et questions de procédure.

Le CPRC était d'accord avec le directeur régional pour dire que l'un de ses principaux rôles était de soutenir le directeur régional en exprimant ses opinions dans le cadre d'une discussion ouverte et « stratégique », mais qu'il devait prévoir du temps pour une discussion libre. Il avait aussi une fonction d'organe directeur, agissant pour le compte du Comité régional et représentant ce dernier entre ses sessions, comme l'indique

son règlement intérieur. À titre expérimental, le CPRC avait commencé de placer les rapports de ses sessions, une fois approuvés, sur le site Web du Bureau régional.

Au titre du point consacré aux questions d'orientation, le CPRC avait examiné les suites données au Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition depuis l'adoption de ce dernier, l'année précédente, par le Comité régional. La création d'un groupe d'étude européen sur l'alimentation et la nutrition, la conception et les modalités de fonctionnement de ce dernier n'avaient pas été soutenues par les organisations concernées. Afin d'éviter que cela constitue un obstacle au développement d'une coopération renforcée et au vu des résultats concluants des ateliers sous-régionaux, il avait été proposé de redéfinir la mission du groupe d'étude suivant des orientations sous-régionales. Un rapport officiel sur l'avancement des travaux serait soumis à la cinquante-deuxième session du Comité régional.

La certification de la Région européenne en tant que zone indemne de poliomyélite est prévue pour le début de l'année 2002, malgré les trois cas signalés en Bulgarie et bien que des questions de confinement en laboratoire risquent de causer un léger retard. Une surveillance de qualité élevée sera nécessaire pendant les trois ans qui suivront la certification et il faudra maintenir une coopération étroite avec le Bureau régional de la Méditerranée orientale (dans le cadre du programme MECACAR) pour la prévention de l'importation du virus. Les crédits du budget ordinaire affectés au programme sont relativement peu élevés, mais il y a de bonnes chances d'obtenir des contributions extrabudgétaires en 2002. Un rapport d'étape officiel sera présenté au Comité régional lors de sa session suivante.

Sur la base de l'expérience acquise lors de l'évaluation externe du programme EUROSANTÉ en 1999–2000, le CPRC a décidé qu'il ne serait pas possible de présenter au Comité régional, lors de sa cinquante et unième session, un rapport sur une évaluation similaire des activités du Bureau dans le domaine de la réforme des soins de santé. Au lieu de cela, il a examiné un document de travail et est d'avis que l'évaluation devrait porter sur les effets des activités du Bureau régional sur la mise en œuvre de réformes appropriées des soins de santé dans un nombre limité de pays. Les évaluateurs externes devraient établir une méthode adéquate. Les évaluateurs ont été choisis et leurs conclusions seront communiquées lors de la session de l'année suivante.

En ce qui concerne la bioéthique, la réunion du sous-groupe du CPRC à Varsovie, en mars, a confirmé que le rôle principal du Bureau régional concerne les effets sur la politique de santé et les systèmes de soins de santé. Il faut examiner les questions éthiques de concert avec le Conseil de l'Europe, par exemple via une association à la prochaine conférence sur les droits de l'homme du Conseil de l'Europe (Oslo, 2003). La composition du sous-groupe sera examinée après la cinquante et unième session et la question de la bioéthique devrait être inscrite à l'ordre du jour de la session de 2002 du Comité régional.

En ce qui concerne les questions de procédure, des travaux sont encore menés par un sous-groupe du CPRC sur la question des critères de désignation de membres du Conseil exécutif. Ce sous-groupe a défini cinq critères. Cependant, le CPRC a relevé que l'application des critères proposés aurait pour effet d'empêcher certains pays d'être membres semi-permanents du Conseil à l'avenir. En conséquence, le Comité permanent estime qu'il n'est pas encore en mesure de présenter une recommandation ferme sur la question des membres semi-permanents et celle des groupements géographiques. D'autres consultations auront lieu avec des États membres européens, en particulier sur ces deux questions, et le CPRC fera rapport au Comité régional l'année suivante.

Le président exécutif sortant du Comité régional a présenté les propositions du Comité permanent sur un certain nombre d'amendements à son propre règlement intérieur et à celui du Comité régional concernant la désignation de membres du bureau du Comité régional, le processus relatif au Groupe de prospection régional et une disposition aux termes de laquelle tous les candidats au poste de directeur régional (comme c'était le cas pour le poste de directeur général) pourraient présenter un exposé oral au cours d'une réunion à laquelle tous les États membres de la Région seraient invités.

Conformément à la pratique passée, les travaux du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES), qui avait précédemment été examinés par le CPRC, ont également été présentés au Comité

régional. Le Dr Alán Pintér, s'exprimant au nom des coprésidents du CEES, a informé les délégués que le processus de ratification du Protocole sur l'eau et la santé avait commencé dans un certain nombre de pays et qu'à la fin du mois d'août 2001, trois pays (Fédération de Russie, Hongrie et Roumanie) l'avaient ratifié. Cependant, la ratification de 16 pays était nécessaire pour l'entrée en vigueur du Protocole et, en conséquence, il était demandé aux délégués de prier instamment les autorités responsables de leur pays d'accélérer ce processus.

La poursuite de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans d'action nationaux pour l'hygiène de l'environnement était l'un des points inscrits à l'ordre du jour de la Conférence de Londres qui exigeait une attention particulière. Le CEES était d'avis que, pour aller de l'avant en faisant fond sur l'investissement des États membres et du CEES, un pays devrait prendre la direction des opérations, pour que des travaux efficaces soient accomplis dans ce domaine. Des efforts similaires étaient également nécessaires pour accélérer les travaux sur la recherche en matière d'environnement et de santé et sur la santé des enfants et l'environnement. Un programme d'évaluation rapide des risques que les accidents industriels posent pour l'environnement et la santé avait suscité l'intérêt de plusieurs pays et été mis à l'épreuve en Bulgarie et en Hongrie.

Le Dr Pintér a également demandé aux délégués de soutenir le processus de préparation de la Quatrième Conférence ministérielle, qui doit se tenir à Budapest en 2004, et leur a demandé de remplir le questionnaire sur les priorités relatives à l'hygiène de l'environnement, qui serait utilisé pour préparer la Conférence. En conclusion, il a fait observer que les processus « Un environnement pour l'Europe » et « Environnement et santé » avaient des aspects communs et devaient être réunis, afin d'éviter des activités parallèles. Plusieurs efforts de collaboration avaient déjà été entamés et il avait même été suggéré de fusionner les deux processus, éventuellement au plus haut niveau gouvernemental, après les conférences de Kiev et de Budapest.

Pour conclure son exposé, la présidente du CPRC a informé le Comité que la présidente de l'Association du personnel de la Région européenne avait pris la parole devant le CPRC lors de sa troisième session, au cours de laquelle le Comité permanent (au nom du Comité régional) avait confirmé l'importance des bonnes relations existant entre le personnel et l'administration et avait rendu hommage au courage et au dévouement des membres du personnel, en particulier de ceux qui étaient en poste dans des régions dangereuses et en proie à la guerre.

Au cours de la discussion qui a suivi, les délégués ont félicité et remercié le CPRC pour tous les travaux qu'il avait accomplis au cours de l'année. Pour un grand nombre des domaines abordés (par exemple, le rôle du CPRC, la bioéthique, les modifications des règlements intérieurs et les travaux du CEES), ce qui avait été présenté a fait l'objet d'un soutien et d'un accord généraux. Sur la question de la composition du Conseil exécutif, cependant, un certain nombre d'orateurs ont regretté qu'on n'était pas encore parvenu à un accord, compte tenu en particulier de la longue période qui s'était écoulée depuis que la question avait été soulevée. En vue de trouver des compromis, des délégués ont suggéré des critères supplémentaires (tels que le niveau des contributions financières), ont réaffirmé certains des critères proposés (par exemple, que tous les États membres avaient un droit égal à faire partie du Conseil), ont proposé des solutions intérimaires (par exemple, prolonger l'actuelle période d'un an au cours de laquelle des membres semi-permanents ne pouvaient se présenter à la réélection) ou ont demandé des informations complémentaires sur la nature des « blocages » (par exemple, tous les membres du CPRC étaient-ils d'accord avec certains critères ?). Par la suite, d'autres délégués ont cependant rejeté certaines des suggestions présentées et on a soutenu une poursuite des consultations de façon multilatérale, comme cela avait été fait en juillet 1999. Le président exécutif a confirmé que l'Annexe 3 ne faisait pas partie du rapport du CPRC.

Le Comité régional s'est félicité des informations qu'il avait reçues sur les travaux du CEES et une délégation a proposé un projet de résolution supplémentaire sur la santé et le développement durable. Parmi les facteurs à prendre en considération était le fait qu'un environnement salubre était essentiel pour une bonne santé et une réduction de la pauvreté. En conséquence, les liens entre la pauvreté, l'environnement et la santé devaient être au centre de l'attention lors du Sommet mondial sur le développement durable, qui se tiendrait à Johannesburg l'année suivante.

Le Comité a ensuite adopté la résolution EUR/RC51/R7.

Le Comité régional a souscrit aux opinions du CPRC sur la question de la bioéthique, thème qui prenait une importance croissante en médecine et dans un cadre public plus large. Il était important d'accomplir d'autres travaux, coordonner de façon appropriée avec d'autres acteurs tels que le Conseil de l'Europe, et le Comité régional attendait avec intérêt de recevoir les informations complémentaires l'année suivante.

Les représentants ont approuvé les raisons des modifications proposées des règlements intérieurs et, en conséquence, le Comité a adopté la résolution EUR/RC51/R1.

La présidente du CPRC a remercié tous les délégués de leurs observations, qui revêtaient une grande importance pour l'élaboration du programme de travail du CPRC pour l'année à venir et a pris note de leur préoccupation concernant la composition du Conseil exécutif. À ce sujet, d'autres suggestions prévoyaient de faire participer les missions permanentes des pays à Genève, d'obtenir des réponses écrites de tous les délégués et de tenir une réunion informelle de tous les délégués ultérieurement au cours de la session.

Le directeur régional a dit qu'il partageait la préoccupation qui avait été exprimée par un délégué au sujet du déséquilibre entre les fonctionnaires employés respectivement à court terme et à long terme, et des questions connexes de continuité, de moral et d'éthique. Dans l'ensemble de l'OMS, c'est au Bureau régional de l'Europe que le déséquilibre était le plus important et toute proposition tendant à remédier à la situation présentée au niveau du système des Nations Unies dans son ensemble serait rapidement appliquée en consultation avec le Siège de l'OMS et le directeur général, qui était également personnellement préoccupé par cette question.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC51/R8.

PARTENARIATS POUR LA SANTÉ

(EUR/RC51/6)

Le directeur du Bureau de l'OMS auprès de l'Union européenne a présidé une table ronde consacrée à ce point de l'ordre du jour. Les quatre partenaires représentés étaient la Commission européenne, le Conseil de l'Europe, la Banque mondiale et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

L'OMS mène depuis longtemps avec ces partenaires une large collaboration bilatérale et multilatérale, qui s'étend au-delà de la Région européenne. Un nouvel échange de lettres a été signé par le directeur général et le commissaire européen pour la santé et la protection des consommateurs le 14 décembre 2000. Cet instrument a établi un nouveau cadre pour la collaboration avec la Commission européenne. Une autre évolution très positive était l'engagement tripartite à coopérer dans certains domaines. Cet engagement a pris la forme d'un échange de lettres en juin 2001 entre le Conseil de l'Europe, la Commission européenne et le Bureau régional. Il est actuellement en cours de concrétisation et est assorti d'objectifs et de buts clairs.

Le directeur régional a fait observer que cette table ronde était le symbole d'un partenariat. La coopération exige le respect, l'amitié et des liens institutionnels, ainsi que la détermination des points communs et des différences. La Conférence de Stockholm a montré que les organisations peuvent bien coopérer.

Le représentant de la Commission européenne a fait observer que chaque organisation devrait mieux comprendre les mandats, les programmes de travail et les outils organisationnels de ses partenaires, et que les activités en réseau, les relations personnelles et le respect mutuel sont essentiels. Il existe actuellement de bons mécanismes, notamment des réunions trimestrielles entre le Bureau de l'OMS auprès de l'Union européenne et la Commission à Bruxelles et à Luxembourg, le Conseil de l'Europe participant aux réunions de Luxembourg.

La santé fait partie intégrante du nouveau Traité sur l'Union européenne, ce qui débouche sur l'élaboration d'un nouveau programme d'action en santé publique d'une durée de six ans et l'établissement

d'un budget correspondant, qui font actuellement l'objet de discussions de la part des institutions compétentes de l'Union européenne. Ce programme vise à améliorer l'information sanitaire, à mettre en place des systèmes pour réagir rapidement aux menaces sanitaires et prendre des mesures relatives aux déterminants de la santé. Ce nouveau programme nécessitera également des modifications organisationnelles et structurelles, qui pourraient faire l'objet d'un rapport destiné à la session suivante du Comité régional.

De nouvelles dispositions législatives de l'Union européenne ont été adoptées dans les domaines du tabac et du sang. Le mandat prévoyant la prise en compte de la santé dans d'autres politiques de l'Union européenne a commencé à avoir des effets dans le domaine des médicaments et il en ira prochainement de même en ce qui concerne la nutrition et la résistance aux antimicrobiens. Les droits des patients doivent également occuper une place importante.

La coopération avec le Bureau régional porte principalement sur un certain nombre de thèmes, tels que l'alcool, les Écoles-santé (en coopération avec le Conseil de l'Europe) et l'information (notamment les Panoramas de la santé et les rapports sur la situation sanitaire). Un atelier technique de haut niveau avec le Siège de l'OMS et le Bureau régional aura lieu en octobre 2000. Au cours de cet atelier, les maladies transmissibles et l'information feront l'objet de discussions. Au niveau mondial, la coopération se poursuit notamment en ce qui concerne la convention sur le tabac. Pour l'avenir, il est clair que des mesures plus spécifiques devraient être conçues et qu'il conviendrait d'éviter les doubles collectes de données auprès des États membres.

Le représentant du Conseil de l'Europe a fait observer que les États membres exigeaient davantage de la coopération, notamment des messages communs forts sur d'importantes questions. Une percée s'est produite dans les années 90, grâce à l'action commune du Conseil de l'Europe, de la Commission européenne et du Bureau régional sur les Écoles-santé. Non seulement cette action prévoit une mise en commun de ressources, mais en outre un thème particulièrement important a été choisi et fait l'objet d'activités communes ; en outre et surtout un message commun est diffusé. Cela donne à toutes les organisations concernées de la visibilité de la crédibilité. Une coopération tripartite a commencé dans le cadre de réunions officielles qui ont suscité confiance et bonne volonté.

Sur la base de cette expérience, un renforcement de la coopération passe par un désir commun de placer la santé en bonne position dans les préoccupations politiques, des activités centrées sur un mandat précis, le courage et la discipline nécessaires pour renoncer à des activités qui empiètent manifestement sur d'autres, et la volonté d'utiliser pleinement ce que les autres ont déjà réalisé. Compte tenu de l'intérêt des trois organisations pour la pauvreté et de l'expérience du Conseil dans ce domaine (bien qu'elle ne soit pas liée directement à la santé), il s'agirait peut-être d'un autre domaine de collaboration concrète. Tout en considérant avec intérêt la préoccupation des autres agences pour la bioéthique, il rappelle le travail déjà effectué par le Conseil de l'Europe dans ce domaine, en souhaitant qu'il soit entièrement pris en compte dans les nouvelles perspectives.

Le représentant de la Banque mondiale a convenu qu'un but commun et la reconnaissance de la valeur ajoutée et de l'intérêt de la coopération étaient essentiels et constituaient du reste la base de la coopération de la Banque avec le Bureau régional.

Alors que la Banque ne menait que des activités très modestes en matière de santé en Europe jusqu'au début des années 90, elle finance actuellement 32 projets ou programmes dans 23 pays de la Région, dont le montant total s'élève à 1,3 milliard de dollars. Les meilleurs services sont rendus aux États membres lorsque les travaux sont accomplis dans le cadre de partenariats efficaces, et les partenariats avec l'OMS, qui s'agisse du Siège ou du Bureau régional, sont devenus plus nombreux et plus complexes. La relation particulière avec le Bureau régional repose sur le partage d'informations et de compétences techniques, une programmation commune et la participation de fonctionnaires de l'OMS à des projets financiers et à des activités de formation de la Banque, la participation à des activités de partenariats plus importantes telles que l'Observatoire européen sur les systèmes de santé, les groupes thématiques de l'ONUSIDA et d'autres instances, et la coopération avec des cadres communs tels que ceux relatifs à la réduction de la

pauvreté. En ce qui concerne ce dernier sujet, il importe peut-être de signaler que la pauvreté figure à la fois dans l'énoncé de la mission de la Banque et dans les objectifs stratégiques de la direction Santé, nutrition et population.

De plus en plus, la Banque recherche des moyens d'inclure des experts de l'OMS dans ses équipes de projet en leur confiant souvent des rôles de direction, tandis que des membres du personnel de la Banque se rendront prochainement au Bureau régional pour discuter de questions techniques et de possibilités de collaboration très diverses. La Banque est également fière d'avoir été un partenaire fondateur de l'Observatoire européen, qui est un partenariat européen sans équivalent et un atout public régional précieux.

Bien que les deux organisations soient différentes, aient des mandats et des modalités différentes, beaucoup de choses les lient. On peut s'attendre à un développement constant du partenariat avec le Bureau régional, ce qui ne constitue pas une fin en soi mais un moyen de mieux s'acquitter des missions respectives des deux organisations.

Le résident et le coordinateur humanitaire du PNUD au Tadjikistan a fait observer qu'il y avait de nombreux partenaires potentiels dans le domaine de la santé, dont l'OMS, d'autres organismes des Nations Unies, des organisations gouvernementales, le mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, des organisations non gouvernementales telles que Médecins sans frontières, Pharmaciens sans frontières, Merlin et Action contre la faim, ainsi que des autorités et des associations locales.

En fonction de la situation propre à un pays donné, la coopération se déroule dans un ou plusieurs « cadres ». Les cadres d'assistance de développement des Nations Unies reposent sur des « évaluations communes de pays », dans lesquels l'OMS joue un rôle important, dans la mesure où elle définit les indicateurs sanitaires pertinents. Les appels interinstitutions communs sont lancés en faveur de pays qui connaissent une crise humanitaire et comprennent une analyse sectorielle visant à déterminer quels activités et projets sont nécessaires. Les stratégies de réduction de la pauvreté (comme cela a été mentionné par le représentant de la Banque mondiale) visent à identifier des questions prioritaires, tandis que des stratégies d'établissement de la paix dans des pays après des conflits visent à rétablir ou à assurer un accès équitable à des ressources et à des services tels que les soins de santé, le renforcement des capacités et la mise en place de mécanismes de marché transparents, en particulier pour les produits pharmaceutiques et les contraceptifs.

Les rapports nationaux du PNUD sur le développement humain reposent sur l'Indicateur du développement humain, qui tient compte de mesures de l'espérance de vie, d'indicateurs sanitaires de base et de l'accès aux services, y compris les services de santé génésique. Pour les établir, le PNUD doit analyser certains indicateurs et facteurs qui ont une influence sur ces mesures, lorsque cela se justifie, et il est manifeste que l'OMS doit jouer un rôle à cet égard. Enfin, comme cela a été mentionné par le représentant de la Banque mondiale, des activités sont menées dans le cadre des groupes thématiques sur l'infection à VIH et le sida.

Des suggestions et des exemples de partenariats éventuels et de rôles de l'OMS ont été présentés. L'Organisation pourrait convoquer et diriger des groupes thématiques sectoriels, qui seraient des instances aux activités desquelles tous participeraient sous l'égide neutre de l'Organisation des Nations Unies. L'OMS, qui est l'organisation chef de file internationalement reconnue en matière de santé, pourrait faire en sorte que des normes, des principes directeurs et des protocoles internationaux soient compris et utilisés de façon homogène au niveau des pays. Il est essentiel de disposer de statistiques sanitaires pour comprendre l'évolution de la démographie, de la situation sanitaire et des maladies. L'OMS doit veiller à ce que les statistiques utilisées soient crédibles et correspondent à la réalité, et ne soient pas simplement des extrapolations d'évolutions historiques ou des objectifs officiels.

Une présence sur le terrain est extrêmement importante et, dans presque tous les pays de la partie orientale de la Région européenne de l'OMS, il existe de graves problèmes de santé et de services de santé. En conséquence, les fonctionnaires de l'OMS sont des membres essentiels des équipes de pays de l'ONU ; de ce fait, on a besoin de représentants indépendants et jouissant d'une bonne réputation professionnelle, qui

comprennent à la fois les situations et les contraintes locales et les priorités définies en fonction de l'expérience et des meilleures pratiques internationales.

Parmi les types de partenariats efficaces, on peut citer le programme multisectoriel en matière d'infection à VIH et de sida en Pologne, le programme de remise en état, de reconstruction et de développement du PNUD au Tadjikistan et l'Interréseau santé au Kazakhstan, qui offre un accès en ligne gratuit ou bon marché à d'importantes revues médicales.

Tous les délégués qui ont pris la parole ont félicité le directeur régional de l'initiative originale et même historique que représentait cette table ronde, comme le montrait la participation de tous les partenaires, ainsi que la franchise et la qualité des discussions. On s'est accordé à reconnaître que beaucoup de progrès avaient été accomplis en matière de coopération et de partenariats internationaux ces dernières années. Toutefois, plusieurs délégations ont également souligné le fait que la coopération devait être dynamique et ne pas se limiter à éviter les redondances.

Les nombreux exemples de bons projets communs (tels que l'action Écoles-santé) démontraient également l'intérêt d'une telle coopération pour les États membres. L'importance d'une collaboration reposant sur l'identification de ce qui marche et de ce qui ne marche pas est également illustrée par les efforts accomplis par les pays du Pacte de stabilité pour élaborer des projets communs.

Un délégué a demandé l'octroi d'un soutien plus important au Centre européen pour la politique sanitaire de l'OMS à Bruxelles. Ce centre joue un rôle essentiel pour ce qui est de fournir des conseils en matière de réforme des systèmes de santé aux pays d'Europe centrale et orientale, et il a mis en place une collaboration et des liens de bonne qualité avec l'Observatoire européen. Il faudrait envisager un soutien de la Banque mondiale et de la Commission européenne ainsi qu'une collaboration avec celles-ci.

À la fin de la discussion, des exposés oraux ou écrits ont été présentés par des représentants des organisations suivantes : la Confédération internationale des sages-femmes, le Conseil international des femmes, la Fédération internationale pour la technique médicale et biomédicale, la Fédération internationale des associations de fabricants de produits pharmaceutiques, la Confédération mondiale pour la thérapie physique, la Fédération mondiale des sociétés d'acupuncture-moxibustion et la Fédération mondiale pour la santé mentale ; ainsi que par un observateur de l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne.

On a fait observer que deux des organisations, à savoir la Région européenne de l'OMS et le Conseil de l'Europe avaient les mêmes membres. De nombreux représentants estimaient par conséquent qu'il fallait veiller particulièrement à assurer une utilisation efficace des ressources et à éviter les doubles emplois entre les deux organisations. À cet effet, un projet de résolution a été présenté au sujet de la coordination des travaux avec le Conseil de l'Europe dans le domaine de la santé. Ce projet demandait notamment au directeur régional de s'efforcer, au cours de l'évolution ultérieure de la coopération avec le Conseil de l'Europe, d'établir une distinction claire et transparente entre les tâches respectives et de faire rapport sur les progrès accomplis lors de la session suivante du Comité.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC51/R9.

QUESTIONS DE POLITIQUE GÉNÉRALE

Gestion de l'information et des connaissances : le Rapport sur la santé en Europe (EUR/RC51/7 et EUR/RC51/Conf.Doc./4)

Le directeur de l'information, du rassemblement de données et de la communication a indiqué que le document examiné donnait une vue d'ensemble de la situation sanitaire et de la charge de morbidité en Europe. Un document plus détaillé se trouve à un stade avancé d'élaboration et sera envoyé aux États membres en octobre pour observations.

Le Rapport sur la santé en Europe met en évidence les disparités qui existent dans la Région sur les plans de la santé et de facteurs socioéconomiques connexes, et examine les problèmes et les besoins sanitaires des groupes vulnérables de la population. Les disparités de revenus entre pays et dans les pays sont reflétées dans des indicateurs de santé connexes. Le « clivage est-ouest » apparaît clairement dans l'ensemble des grands indicateurs de santé et déterminants de la santé et, pour beaucoup d'entre eux, l'écart s'est creusé au cours des années 90. Cette observation s'applique à l'espérance de vie, à la mortalité, à la qualité de la vie et à un certain nombre de maladies infectieuses (telles que la tuberculose).

L'écart de santé de plus en plus prononcé en Europe résulte principalement de maladies non transmissibles : les maladies cardiovasculaires représentent à cet égard environ 40% de la différence totale de mortalité, les causes externes (accidents, suicides, homicides) environ 30%, d'autres maladies (respiratoires, digestives, etc.) environ 25% et le cancer environ 5%.

Cependant, il existe une très grande quantité de connaissances et de données d'expérience concernant la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles. Pour un grand nombre d'entre elles, des facteurs et des situations similaires sont à l'origine de leur apparition, qui peut être liée à des situations socioéconomiques, à la couverture du service de santé, aux infrastructures de santé publique, aux modes de vie et à l'environnement, à des facteurs de risque physiologiques ou à des effets psychosociaux.

Ces questions de santé publique et les politiques qui s'y rapportent feront l'objet d'un examen détaillé dans le Rapport sur la santé en Europe, notamment parce que, dans le contexte de la Déclaration sur la santé dans le monde de 1998, ces écarts économiques et sanitaires sont également importants sur le plan des droits de l'homme.

Comme il a été une nouvelle fois confirmé que l'équité et la solidarité sont les principaux buts de la santé publique, il faut s'employer à donner aux décideurs les informations relatives à la santé dont ils ont besoin pour élaborer des politiques visant à réduire les inégalités de santé. Dans la plupart des pays, les systèmes de collecte systématique de données ne sont pas conçus pour atteindre les groupes de population vulnérables et marginalisés. Néanmoins, de nombreux pays d'Europe ont commencé à surveiller les inégalités de santé, ont déjà mis en place des programmes de recherche pour étudier ces questions ou ont fixé des buts ou défini des indicateurs dans ce domaine.

Il importe de faciliter l'échange de données d'expérience et, en définitive, de rendre les données et les indicateurs pertinents, exacts, plus discriminants et pleinement comparables entre les pays. À cette fin, une utilisation plus intégrée des ressources disponibles en Europe pourrait être utile. En premier lieu, le Bureau régional améliorera ses propres capacités à collecter, analyser, mettre en forme et distribuer des informations et des connaissances et à élargir, améliorer et adapter la base de données de la Santé pour tous. En outre, le Bureau régional coopérera de façon constructive avec les organisations internationales et nationales d'Europe qui ont d'importantes ressources sur le plan de l'information sanitaire. En même temps, les institutions nationales, les associations professionnelles, les instituts de recherche, les organisations non gouvernementales et d'autres entités de l'ensemble de la Région joueront un rôle important en tant qu'utilisateurs et que producteurs d'informations. Le nouveau budget biennal pour 2002–2003 donne la possibilité de lancer un grand nombre d'actions de ce type.

L'initiative vient à point nommé, puisque le Comité régional, lors de sa session précédente, a adopté (par la résolution EUR/RC50/R5) un cadre pour la nouvelle stratégie européenne de pays qui établit une adéquation entre les services et les besoins. En conséquence, il faudra repenser les systèmes de gestion des informations et des connaissances, pour renforcer le Bureau régional en tant qu'organisation s'appuyant sur des connaissances. Trois grandes questions ont été mises en évidence. Tout d'abord, que doit faire maintenant le Bureau régional pour répondre aux attentes des États membres ? Deuxièmement, comment le Bureau peut-il augmenter ses capacités à produire des connaissances de bonne qualité, en vue de répondre à ces attentes ? Troisièmement, quels sont les meilleurs moyens d'associer d'autres producteurs et utilisateurs d'informations, afin d'assurer une complémentarité ?

Le Dr Jarkko Eskola a signalé qu'au cours de l'année, le CPRC avait discuté de trois questions relatives au Rapport sur la santé en Europe : un tel rapport est-il vraiment nécessaire ? Y a-t-il une place pour ce rapport ? Et dans l'affirmative, quelle devrait être la fréquence de sa production ? Les réponses à ces questions ont été examinées à la lumière de la controverse relative au nouveau Rapport sur la santé dans le monde et du fait que la Commission européenne produit actuellement ces propres rapports sur la santé. Le CPRC est fermement convaincu qu'il faudrait élaborer un tel rapport pour la Région européenne de l'OMS, car il collecterait et présenterait des informations sur les tendances à long terme, qui permettraient de mieux comprendre la politique de santé. En ce qui concerne le risque de répétition d'activités, le CPRC considère que le Rapport sur la santé dans le monde et le Rapport sur la santé en Europe ont des orientations différentes et que les données nécessaires ne sont pas les mêmes. Enfin, une considération très importante est qu'aucun autre organisme n'est chargé de collecter et de diffuser des informations en utilisant des indicateurs approuvés.

En conséquence, le CPRC conseille de maintenir la démarche évolutive du Bureau régional et de la compléter par des mesures novatrices pour faire en sorte que le Rapport sur la santé en Europe devienne le principal outil utilisé lors de discussions sur la politique de santé aux niveaux national et régional. Le CPRC conseille également que le cycle de trois ans retenu pour l'établissement du Rapport sur la santé en Europe soit maintenu et complété par la notion nouvelle d'un « entrepôt d'informations » (qui donnerait accès à des actualisations annuelles régulières).

Au cours de la discussion qui a suivi, les délégués ont reconnu l'apparition d'un « clivage sanitaire », les incidences de la pauvreté et ses effets sur la santé, la continuation des effets des maladies transmissibles et le succès des stratégies de surveillance. Les effets des facteurs de risque et leur « migration » vers les jeunes, ainsi que la santé mentale et les groupes vulnérables ont été identifiés comme d'importantes questions de santé publique. De nombreux orateurs ont réitéré l'importance cruciale du secteur de la santé et des systèmes de santé, y compris l'évaluation de la politique de santé et les liens avec l'Observatoire européen de la santé.

On a spécifiquement souscrit à l'opinion du CPRC selon laquelle il existe assurément une place pour le Rapport sur la santé en Europe, parallèlement au Rapport sur la santé dans le monde et aux rapports d'autres organisations telles que l'Organisation de coopération de développements économiques et la Commission européenne. Comme les rapports de cette dernière ont été établis en collaboration avec le Bureau régional, cela vaudrait peut-être la peine de discuter de l'échelonnement et de la coordination des rapports futurs, d'autant plus que le rapport de la Commission européenne porterait bientôt aussi sur les pays candidats à l'adhésion. Des délégués ont également mis l'accent sur la nécessité d'une consultation et d'une participation des États membres à l'élaboration du Rapport sur la santé dans le monde et du Rapport sur la santé en Europe. Un amendement au projet de résolution a été proposé, en vue d'établir un lien plus étroit entre le Rapport sur la santé en Europe et le Rapport sur la santé dans le monde.

De nombreux délégués ont également félicité le Bureau régional d'offrir un accès souple à des informations de bonne qualité, quelle qu'en soit la source. Ils ont souscrit à la suggestion du CPRC tendant à poursuivre le développement de la base de la Santé pour tous, qui était beaucoup utilisée par les pays. D'autres suggestions précises concernaient l'inclusion de données sur les conséquences économiques des maladies, l'omission d'observations sur l'équité et le financement, l'élaboration d'un plan d'action visant à réduire le « clivage sanitaire », l'attribution d'une plus grande importance aux déterminants de la santé, l'élaboration d'une analyse plus détaillée des causes et la fourniture d'informations aux niveaux tant national que sous-national. La nécessité de fournir des informations analytiques en russe a été plus particulièrement soulignée. En outre, il a été signalé qu'il était nécessaire de disposer d'informations pour évaluer les effets des politiques d'harmonisation dans le cadre du processus d'adhésion à l'Union européenne.

Le représentant de la Fédération internationale de technique hospitalière a présenté des propositions concrètes de collaboration dans les domaines de l'information (au moyen d'une enquête sur le terrain relative aux infrastructures nécessaires pour guider la prestation de services de santé) et de la gestion des connaissances (assistance relative à des études en ingénierie).

Le directeur de l'information, du rassemblement de données et de la communication s'est félicité du soutien donné aux propositions concernant la gestion de l'information et des connaissances et la coordination avec d'autres organisations internationales qui produisaient également des rapports sur la santé. En ce qui concerne les liens entre le Rapport sur la santé dans le monde et le Rapport sur la santé en Europe, il est prévu de rendre ceux-ci compatibles et complémentaires, et d'établir un lien entre la surveillance et la prise de décision.

Le directeur régional a fait observer que le Rapport sur la santé en Europe n'était qu'un élément parmi d'autres de la stratégie d'information à moyen et à long terme du Bureau régional, même s'il s'agissait de l'élément le plus visible. Un certain nombre d'entités telles que l'Observatoire, les services techniques, le Siège de l'OMS et d'autres organismes collectent et utilisent eux aussi des données, ce qui provoque parfois des répétitions d'activités et des chevauchements, comme certains délégués l'avaient souligné. C'était la raison pour laquelle la question d'une meilleure coordination avec les partenaires font l'objet d'une étude approfondie. On a procédé à une enquête sur les besoins des États membres en matière d'information et le Bureau régional examinera ses conclusions, en consultation avec les utilisateurs et les producteurs d'information.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC51/R3.

La pauvreté et la santé : données disponibles et actions menées dans la Région européenne de l'OMS
(EUR/RC51/8 et EUR/RC51/Conf.Doc./6 Rev.1)

Le directeur de la division du soutien technique a fait observer que la pauvreté comportait plusieurs dimensions. Elle ne se limite pas à l'insuffisance de moyens matériels, mais se traduit également par un faible niveau d'instruction, une mauvaise santé, la vulnérabilité et l'exposition à des risques environnementaux et professionnels, l'absence de représentation et l'impuissance. La pauvreté prive les individus de la capacité de satisfaire leurs besoins humains fondamentaux, consistant notamment à avoir accès à une eau propre, à disposer d'une alimentation suffisante et d'aliments sûrs ainsi que de soins de santé, ce qui, par voie de conséquence, les empêche de réaliser pleinement leur potentiel et peut nuire à leur santé du fait d'une augmentation des risques personnels et environnementaux, de la malnutrition, et d'un accès limité au savoir, à l'information et aux soins de santé. La mauvaise santé peut engendrer la pauvreté en réduisant le revenu des ménages, en limitant les perspectives d'éducation et la productivité des individus et en provoquant une dégradation de la qualité de la vie. Les effets isolés et cumulés de la pauvreté et de la maladie sont un obstacle au développement économique.

On est de plus en plus conscient du cercle vicieux qui existe entre la maladie et la pauvreté ainsi que de la nécessité de s'attaquer à ce problème pour progresser dans l'amélioration de la santé globale de la population et parvenir à une croissance et un développement durables. Toutefois, même si l'on sait que l'espérance de vie augmente avec le produit national brut (PNB) par habitant – fortement jusqu'à un niveau de 4000 dollars, pour se stabiliser au-delà – l'élévation du PNB n'est pas le seul facteur : le soutien social (sous différentes formes telles que la sécurité alimentaire, les soins de santé, l'éducation, etc.) est également indispensable à une augmentation substantielle de l'espérance de vie et à une amélioration de la santé.

Suffisamment de données sont disponibles sur l'Europe pour montrer que la pauvreté est un motif de préoccupation pour la Région. Le film qui a été visionné pour compléter la présentation de ce point de l'ordre du jour mettait en évidence les divers aspects de la pauvreté. La pauvreté va de pair avec une espérance de vie peu élevée, une mortalité infantile importante, une mauvaise santé génésique, des taux élevés de maladies infectieuses (comme la tuberculose et l'infection à VIH), des taux élevés de consommation de substances toxiques, des taux élevés d'incidence de maladies non transmissibles, de dépression et de suicide. Si, dans la Région, seuls 2% de la population vivent dans la pauvreté absolue, 165 millions de personnes y vivent dans une pauvreté relative. Les données disponibles semblent également indiquer que la pauvreté est une question liée au sexe, les femmes et les enfants étant les plus exposés. Le chômage en tant que déterminant majeur de pauvreté et de mauvaise santé apparaît de plus en plus comme un problème paneuropéen. En bref, la pauvreté – qu'elle soit définie en fonction du revenu, de la situation

socioéconomique, des conditions de vie ou du niveau d'instruction – est le principal déterminant des problèmes de santé.

Le cadre unifié d'action contre la pauvreté qui a été proposé à la session du Conseil exécutif de mai 2001 permettrait à l'ensemble des principales institutions des Nations Unies et des principaux organismes internationaux, d'intensifier les mesures prises en faveur des pauvres dans le secteur sanitaire. Toutefois, son succès dépend de la bonne volonté de toutes les parties concernées et d'un engagement à long terme de la communauté internationale ainsi que, et c'est tout aussi important, des États membres.

La nouvelle démarche envisagée consistera à accorder une plus grande attention à l'état de santé de différents groupes au sein de la société, en particulier les pauvres et les personnes défavorisées, et non plus à s'intéresser aux moyennes établies pour l'ensemble de la population. Cette approche aura d'importantes conséquences en termes de politiques sanitaires, tels que l'instauration de systèmes sanitaires qui soient plus équitables et qui parviennent mieux à toucher les pauvres, et non des systèmes plus efficaces à servir la société tout entière.

C'est dans ce contexte que le Bureau régional, en consultation avec le CPR, a jugé opportun d'entreprendre des activités visant à s'attaquer au problème de la pauvreté et de la santé. À cette fin, les propositions qui suivent, sur le rôle du Bureau régional, sont soumises à l'examen du Comité régional :

- faire mieux comprendre en Europe le rôle essentiel de la santé dans la lutte contre la pauvreté ;
- aider les pays à réduire la pauvreté en améliorant l'accès aux services de santé et en traitant les maladies les plus graves et les déterminants de la santé liés à la pauvreté ;
- améliorer la disponibilité d'informations facilitant l'élaboration de politiques et la surveillance de leur mise en œuvre, en se préoccupant en particulier des groupes de la population les plus vulnérables ;
- renforcer la volonté de la communauté internationale d'investir des ressources dans la réduction de la pauvreté et la recherche sur la pauvreté.

Il a en outre été proposé que le Centre de Venise mette au point un processus pour analyser et diffuser les connaissances sur les mesures efficaces prises par les États membres pour réduire la pauvreté et qu'un premier rapport (comportant une analyse des données communiquées) soit soumis au Comité régional à sa cinquante-deuxième session.

Le Dr Jacek Piatkiewicz a fait savoir au Comité régional que le CPR, qui avait pris activement part à l'élaboration du document, se félicitait de cette initiative. La pauvreté est un problème d'une importance cruciale pour tous les États membres et il est tout à fait évident qu'il faut briser le cercle vicieux existant entre la pauvreté et la maladie.

Dans leur très grande majorité, les délégués étaient favorables à la décision tendant à inscrire la pauvreté à l'ordre du jour de la session. Problème mondial, la pauvreté était aussi un grave problème pour la Région européenne. Plusieurs délégués ont rappelé les activités menées dans ce domaine par d'autres institutions, notamment la Commission européenne et le Conseil de l'Europe, et ont insisté sur le fait que l'OMS devait participer à ces activités et non les répéter inutilement. L'OMS a été priée d'aller au-delà de la simple description pour se lancer dans un travail plus analytique, de définir des indicateurs et de rassembler et de faire connaître des exemples de bonnes pratiques. Il faut en particulier s'intéresser aux stratégies de prévention des maladies et de promotion de la santé et non de se concentrer uniquement sur la réduction de la pauvreté. Plusieurs délégués ont donné des exemples de la façon dont leur pays respectif s'attaquaient à la pauvreté, au niveau de l'élaboration des politiques et au niveau opérationnel. Un intervenant a mentionné une expérience de discrimination positive à l'égard des groupes de population vulnérables, approche qui a donné des résultats très encourageants.

Un représentant, s'exprimant au nom des pays nordiques, a souligné le fait que tous les États membres, et pas seulement ceux d'entre eux qui sont pauvres, devraient s'attaquer à la pauvreté, et a donc proposé de

mentionner l'équité et les droits de l'homme dans le projet de résolution. Un groupe de rédaction a ensuite été mis sur pied pour faire en sorte que tous les commentaires exprimés soient dûment pris en compte.

Des préoccupations ont été exprimées sur les effets négatifs de la mondialisation et de l'économie de marché pour les personnes qui sont déjà vulnérables, alors que c'était précisément les politiques qui avaient été mises en place pour établir des systèmes de santé plus efficaces. Il a toutefois été noté que pour que la question de la pauvreté soit réellement prise en considération, il fallait que la performance d'un système de santé soit jugée sur la capacité de ce système de fournir des soins équitables et accessibles plutôt que des services efficaces. Un représentant a préconisé la solidarité concernant le coût prohibitif des médicaments pour les pays en transition. Un autre intervenant a soulevé la question de l'allègement de la dette et a souligné l'importance du rôle de sensibilisation de l'OMS à cet égard.

Un délégué a exprimé l'opinion selon laquelle il convenait de s'attaquer à la question de la pauvreté et de la santé au plus haut niveau dans les pays et que la société civile et les organisations non gouvernementales devraient participer à l'évaluation des politiques et de leurs effets sur la pauvreté. Des préoccupations ont été exprimées sur les effets croissants de la pauvreté sur les classes moyennes, lesquelles apparaissent comme un nouveau groupe vulnérable. L'OMS a été priée de prendre l'initiative de définir un ensemble de services visant à faire en sorte que les groupes les plus touchés par la pauvreté soient correctement protégés.

Il a été observé que plusieurs questions importantes n'étaient pas évoquées dans la documentation de référence, et notamment la santé mentale, les femmes et la violence et l'hygiène du travail. La représentante du Conseil international des femmes a insisté sur le fait que l'autonomisation des femmes était un facteur essentiel à prendre en compte pour faire face de manière efficace au problème de la pauvreté. Les femmes ne sont toutefois pas un groupe vulnérable, mais devraient être considérées comme un groupe ayant des besoins particuliers. Le représentant de la Commission internationale de la santé au travail a souligné qu'il importait de considérer l'hygiène du travail comme un domaine prioritaire en matière de lutte contre la pauvreté.

L'ouverture du Centre de Venise était perçue comme une initiative primordiale permettant de faire avancer les choses, même si un délégué a laissé entendre qu'il serait peut-être plus approprié que les fonctions animées par le Centre soient confiées à une organisation indépendante.

En conclusion, le directeur régional a reconnu avoir été quelque peu sceptique lorsque ce thème a, pour la première fois, été proposé mais qu'il était désormais convaincu de l'importance de cette question. La pauvreté est toutefois un problème très complexe, pour lequel il n'y a pas de solutions miracles à court terme. Les données communiquées par les pays aideront à établir un fonds d'information sur cette importante question.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC51/R6.

Le budget programme 2002–2003 et les consultations sur le processus budgétaire pour 2004–2005 (EUR/RC51/9)

Le directeur de la division de l'administration et du soutien de la gestion a déclaré que l'objet de ce point de l'ordre du jour était d'informer pleinement le Comité sur toutes les questions dans le contexte du nouveau processus budgétaire. Plus spécifiquement, il concernait les mesures prises depuis la cinquantième session dans le cadre de l'établissement du budget mondial, la répartition des allocations de pays dans le cadre de la planification opérationnelle et le processus d'établissement du budget-programme stratégique pour 2004–2005.

Conformément aux indications données par le Comité régional en 2000, le budget régional présenté avait été révisé. Ce faisant, les priorités régionales avaient été sauvegardées, les allocations de pays avaient été maintenues à un niveau élevé et l'élément « rémunérations » avait été recalculé de façon à couvrir l'ensemble des engagements contractuels. En outre, des discussions lors de l'Assemblée mondiale de la

santé et au sein du Conseil exécutif avaient permis au secrétariat régional de clarifier plusieurs points. Des activités étaient effectivement en cours dans tous les domaines de travail, au nombre de 35, bien que le budget mondial prévoie des crédits nuls dans plusieurs domaines pour certaines régions, dont la Région européenne. Cette anomalie apparente était due à des difficultés de comparaison entre l'important programme mondial et les plus petits programmes régionaux, ainsi qu'au fait que le budget de pays n'avait pas été réparti lorsque le budget-programme avait été finalisé. Le transfert de 10% de fonds interpays vers des priorités mondiales (environ 4 millions de dollars des États-Unis) trouvera son équivalent dans un transfert analogue de 10% en provenance des fonds de pays. Enfin, le fonds de données nécessaire pour la mise en œuvre de la résolution WHA51.31 fait l'objet d'une surveillance constante, qui vise à assurer sa mise en œuvre intégrale et rapide.

Les fonds de pays pour 2002–2003 seront répartis en trois grandes catégories : accords biennaux de collaboration, dépenses des bureaux de liaison et un nouveau poste intitulé « initiatives prioritaires de santé publique ». Ce dernier sera lui-même réparti en trois domaines principaux : actions prioritaires de santé publique dans les pays ; actions de santé publique multipays ; et renforcement de la présence du Bureau dans les pays conformément aux nécessités. Ces fonds ne pourront être répartis que lorsque la répartition des fonds relatifs aux accords biennaux de collaboration sera achevée et qu'une vue d'ensemble complète des domaines prioritaires aura été obtenue. Il est prévu qu'environ 63 millions de dollars seront reçus d'autres sources et au titre de dons au cours de la période biennale.

Enfin, la planification stratégique pour 2004–2005 commencera prochainement selon une démarche « ascendante ». À cet effet, les États membres seront consultés, grâce à différents mécanismes, au sujet de leurs priorités pour la période biennale et un document de synthèse sera remis au directeur régional, afin d'être utilisé lors de la réunion du Conseil exécutif de janvier 2002 consacrée à la fixation des priorités mondiales.

Le président exécutif adjoint a signalé que le CPRC avait été constamment informé de l'évolution de la situation budgétaire au cours de l'année et avait tenu à ce qu'au cours d'une année pendant laquelle le budget ne pourrait peut-être pas faire l'objet d'autres discussions un débat ait lieu lors de la session du Comité régional. Le CPRC avait noté avec satisfaction que le niveau de financement des activités de pays serait augmenté, mais avait été déçu par le fait qu'une augmentation constante des activités dans les pays pourrait être limitée si la résolution WHA51.31 n'était pas intégralement mise en œuvre. Enfin, le CPRC estimait que tous les États membres et le secrétariat devraient s'engager pleinement dans un effort sérieux et constructif pour encore améliorer la planification, la surveillance, l'évaluation et la présentation du budget, afin d'assurer une utilisation efficace de ressources qui continueraient d'être limitées.

Les délégués se sont félicités de la décision d'informer le Comité au sujet de l'évolution de la situation budgétaire au cours de l'année écoulée et plusieurs d'entre eux ont demandé instamment une institutionnalisation de cette pratique, de façon à ce que des discussions budgétaires aient lieu chaque année et non une fois tous les deux ans. Le contenu du document et sa présentation ont également été appréciés et l'attribution d'une plus grande importance aux activités de pays a été très bien accueillie. En ce qui concerne le budget mondial, il a été estimé qu'il s'agissait d'un instrument important pour consolider la philosophie d'« une seule OMS ».

De nombreux délégués se sont déclarés déçus par le fait que la Région européenne n'avait reçu que la moitié du montant attendu selon la résolution WHA51.31 et ont dit qu'ils s'attendaient à ce que la question soit abordée avec le directeur général en vue d'une mise en œuvre rapide et intégrale de la résolution. D'autres, cependant, envisageaient le problème dans une optique plus large et ont souligné que le budget régional lui-même était insuffisant et que même une mise en œuvre intégrale de la résolution WHA51.31 aurait peu d'effets réels. La seule solution consisterait à envisager une augmentation des contributions extra-budgétaires. Un délégué a suggéré que l'ensemble de la question de la formule selon laquelle les ressources étaient réparties devait faire l'objet d'un examen approfondi, en vue de trouver une démarche plus cohérente et a estimé que le CPRC pourrait peut-être examiner la question dans un avenir rapproché.

Le directeur exécutif du bureau du directeur général a déclaré qu'il comprenait la profonde déception et la grande frustration exprimées par les délégués du fait que la résolution WHA51.31 n'avait pas été mise en

œuvre intégralement. Il a expliqué qu'en 1998, personne n'avait prévu la poursuite d'une croissance budgétaire zéro ou même d'une réduction du budget, et que les prévisions faites à l'époque au sujet du montant à transférer à la Région européenne ne pouvaient tout simplement pas être réalisées. En même temps, la plupart des régions desquelles des fonds devaient être prélevés connaissaient une inflation galopante, autre situation qui n'avait pas été prévue. En conséquence, le directeur général s'était trouvé devant un dilemme terrible et avait dû accepter le compromis actuel. Il considérait que la solution à retenir, du moins à court terme, consistait à ce que les États membres européens les plus prospères fassent des contributions de fonds volontaires sans leur donner d'affectation particulière. Il a assuré le Comité que le Siège de l'OMS mettrait tout en œuvre pour atténuer la situation.

Plan d'action européen contre l'alcoolisme et suivi de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool

(EUR/RC51/10 et EUR/RC51/Conf.Doc./7)

Le conseiller régional pour les substances psychotropes a informé le Comité de l'évolution de la situation concernant la mise en œuvre du Plan d'action européen contre l'alcoolisme. Ce plan d'action conserve un degré élevé de priorité pour de nombreux États membres et plusieurs d'entre eux ont adopté des modifications de leur législation et de leur politique pour contribuer à réduire la charge de morbidité. Selon les données recueillies grâce à une étude d'une durée de dix ans, un tiers des pays ont réussi à réduire la consommation d'alcool. Cependant, on observe maintenant une tendance préoccupante à l'augmentation de la consommation d'alcool par les jeunes et à des âges de plus en plus précoces. L'alcool, qui est un important déterminant de la mauvaise santé, ne peut faire l'objet de mesures que s'il existe une volonté politique forte. Eu égard aux tactiques agressives de l'industrie de l'alcool, un engagement politique est particulièrement important.

La Conférence de Stockholm a représenté un jalon important au cours de l'année écoulée. Les jeunes ont participé activement à cette manifestation exceptionnelle, car ils ont été associés aussi bien aux préparatifs qu'à la Conférence elle-même. Plus de 40 ministres de la santé ou leurs adjoints y ont participé et une déclaration a été adoptée à l'unanimité. Depuis la Conférence, la question de l'alcool et des jeunes bénéficie d'un degré élevé de priorité dans de nombreux États membres. Cependant, le stock de données relatif à l'alcool doit être encore renforcé et le système européen d'information sur l'alcool et de surveillance de sa consommation doit jouer un rôle important à cette fin.

Le Dr Constantino, s'exprimant au nom du CPR, a dit que la Conférence de Stockholm avait été couronnée de succès. Elle a illustré une véritable démarche de partenariat, qui consistait à coopérer non seulement avec d'autres organisations importantes mais également avec les jeunes eux-mêmes. Le CPR est convaincu que la Déclaration de Stockholm est tellement importante qu'il conviendrait de demander au Comité régional d'y souscrire. En ce qui concerne les relations avec l'industrie de l'alcool, le CPR a émis l'avis qu'il s'agissait d'une question qui relevait des différents pays, de sorte qu'il était difficile de préconiser une approche uniforme. Le CPR est également convaincu que la politique de santé publique concernant l'alcool doit être élaborée par le seul secteur public, indépendamment de l'industrie de l'alcool.

Au cours de la discussion qui a suivi, de nombreux délégués ont approuvé la Conférence de Stockholm et la Déclaration qui en a résulté. Pour de nombreux pays, la Conférence avait catalysé des changements de politique et de législation. Des délégués ont fait des observations sur la démarche novatrice qui consistait à faire participer des jeunes dans le but de leur donner véritablement leur mot à dire. Il a été souligné que cette participation devait se poursuivre et que l'engagement pris à l'égard des jeunes à Stockholm devait être honoré. Plusieurs orateurs ont souligné qu'il importait d'établir un lien entre l'alcool et la pauvreté. Une action intersectorielle était nécessaire et il a été demandé instamment à l'OMS de continuer à coopérer étroitement avec la Commission européenne, le Conseil de l'Europe et d'autres organisations appropriées.

Il a été jugé essentiel de mettre en place un système d'information et de surveillance. Cela permettrait d'obtenir des données comparables pour surveiller l'évolution de la situation concernant les modes de consommation et les problèmes liés à l'alcool dans l'ensemble de l'Europe. Il a été demandé au Bureau

régional de mettre au point un petit nombre d'indicateurs fiables et valables afin d'aider à la réalisation de ce processus. Un délégué a demandé instamment l'adoption d'une position plus ferme sur l'ensemble de la question de l'alcool et a prié l'OMS de jouer un rôle de sensibilisation plus vigoureux auprès des gouvernements, étant donné qu'elle risquait de donner des messages allant dans des sens divers.

La question de la publicité et du marketing a été soulevée et la nécessité d'une réglementation plus contraignante a été soulignée. Certains représentants ont fait part d'informations sur l'augmentation de l'âge minimum requis pour la consommation d'alcool et sur les limites qu'ils avaient imposées en matière de publicité.

Le représentant de l'Estonie a informé le Comité d'une tragédie qui s'était produite dans son pays au cours de la semaine. À la suite de la production et de la distribution illégales de boissons alcooliques contenant du méthanol, 42 personnes étaient décédées et 68 autres avaient été hospitalisées.

Le directeur régional a estimé que la question de la publicité était véritablement préoccupante, car elle mettait en jeu les droits de l'homme. Il estimait lui aussi que les mesures visant à faire participer les jeunes s'inscrivaient dans une démarche novatrice qui serait utilisée comme modèle dans l'avenir. Il a assuré les délégués que l'alcool demeurerait un thème prioritaire pour le Bureau régional.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC51/R4.

ÉLECTIONS ET DÉSIGNATIONS

(EUR/RC51/5 et /5 Corr.1)

Le Comité s'est réuni en séance privée pour examiner la désignation de membres du Conseil exécutif et 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 a convenu par consensus que l'Espagne et la Fédération de Russie présenteraient leur candidature à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2002 en vue d'une élection ultérieure au Conseil exécutif

Comité permanent du Comité régional

Le Comité a élu par consensus la Grèce, la Lettonie et la Slovénie au CPRC pour un mandat de trois ans allant de septembre 2001 à septembre 2004.

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

Conformément aux dispositions du paragraphe 2.2.2 du Protocole d'accord sur le Programme spécial, le Comité a élu au scrutin secret l'Arménie pour siéger au Conseil conjoint de coordination pendant une période de trois ans à partir du 1^{er} janvier 2002.

QUESTIONS DIVERSES

Dates et lieu des sessions ordinaires du Comité régional en 2002 et 2003

(EUR/RC51/11 et EUR/RC51/Conf.Doc./5)

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC51/R2, confirmant que sa cinquante-deuxième session se tiendrait au Bureau régional de l'Europe du 16 au 19 septembre 2002 et décidant que sa cinquante-troisième session se tiendrait à Vienne, à l'aimable invitation du Gouvernement autrichien, du 8 au 11 septembre 2003.

Autres questions

Comme il avait été mentionné à la suite de la déclaration du directeur régional, une réunion de l'OMS intitulée « Santé mentale et comportements d'intolérance dans un monde en crise », destinée aux pays du sud et du sud-ouest de l'Europe, avait eu lieu à Athènes en juin. Un projet de résolution sur cette question a été présenté par la délégation grecque.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC51/R5.

RÉSOLUTIONS

EUR/RC51/R1

AMENDEMENTS AUX RÈGLEMENTS INTÉRIEURS DU COMITÉ RÉGIONAL ET DU COMITÉ PERMANENT DU COMITÉ RÉGIONAL

Le Comité régional,

Ayant examiné les recommandations du huitième Comité permanent du Comité régional (figurant dans l'annexe 2 du document EUR/RC51/3) concernant les amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional ;

ADOpte les amendements figurant dans l'annexe 2 du document EUR/RC51/3 pour qu'ils entrent en vigueur immédiatement.

EUR/RC51/R2

DATE ET LIEU DES SESSIONS ORDINAIRES DU COMITÉ RÉGIONAL EN 2002 ET 2003

Le Comité régional,

Ayant examiné la décision prise à sa cinquantième session, telle qu'elle est exprimée dans la résolution EUR/RC50/R6 ;

1. CONFIRME que sa cinquante-deuxième session se tiendra du 16 au 19 septembre 2002 au Bureau régional de l'Europe à Copenhague ; et
2. DÉCIDE que sa cinquante-troisième session se tiendra du 8 au 11 septembre 2003 à Vienne, à l'aimable invitation du Gouvernement autrichien.

EUR/RC51/R3

LE RAPPORT SUR LA SANTÉ EN EUROPE : GESTION DE L'INFORMATION ET DES CONNAISSANCES

Le Comité régional,

Ayant examiné le document EUR/RC51/7 (Le rapport sur la santé en Europe – Résumé des résultats préliminaires) ;

Rappelant la résolution EUR/RC49/R10, dans laquelle il était notamment demandé au directeur régional de faire rapport à la cinquante et unième session du Comité régional sur la situation sanitaire dans la Région ;

1. REMERCIE le directeur régional pour la synthèse des résultats préliminaires ;
2. SE FÉLICITE de la nouvelle approche suivie pour présenter la situation et l'évolution en matière de santé, les déterminants de la santé ainsi que des politiques de santé qui en tiennent compte, dans la Région européenne de l'OMS ;
3. PRIE instamment les États membres de continuer à améliorer et à développer leurs systèmes de gestion de l'information et des connaissances dans le domaine de la santé, et d'assumer la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre de telles politiques ;

4. PRIE le directeur régional :
 - a) de continuer de mettre au point de nouveaux moyens, plus efficaces, de gérer et d'exploiter l'information, pour accompagner l'évolution dans le domaine des connaissances en matière de santé, permettre au Bureau régional d'opérer à partir d'une base de connaissances et fournir de meilleurs services d'information aux États membres et à la communauté internationale ;
 - b) de veiller à ce que le rapport sur la santé en Europe soit élaboré d'une manière cohérente avec le Rapport sur la santé dans le monde, ses données de base et son enrichissement ultérieur ;
 - c) d'utiliser non seulement les données associées aux principaux indicateurs de la situation sanitaire et les informations qualitatives communiquées par les États membres de l'OMS, mais aussi les informations de qualité dont disposent d'autres organisations et, à cette fin, de renforcer la collaboration du Bureau régional avec les organisations internationales appropriées ;
 - d) de publier tous les trois ans un rapport sur les principaux enjeux et aspects de la santé dans les États membres, et de mettre à jour chaque année les données statistiques de base sur le site Web du Bureau régional ;
 - e) de terminer de mettre au point et de publier, en temps utile, le rapport sur la santé en Europe, en prenant en considération les observations formulées au cours de la présente session.

EUR/RC51/R4

**RAPPORT SUR LES PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA MISE EN ŒUVRE
DU PLAN D'ACTION EUROPÉEN CONTRE L'ALCOOLISME, ET NOTAMMENT
LES SUITES DONNÉES À LA CONFÉRENCE MINISTÉRIELLE
DE L'OMS SUR LES JEUNES ET L'ALCOOL**

Le Comité régional,

Rappelant la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne au XXI^e siècle qu'il a adoptée en 1998 (résolution EUR/RC48/R5),

Rappelant la résolution EUR/RC42/R8, dans laquelle il a approuvé les première et deuxième phases du Plan d'action européen contre l'alcoolisme,

Rappelant la Charte européenne sur la consommation d'alcool adoptée lors de la Conférence européenne Santé, société et alcool (Paris, 12–14 décembre 1995),

Rappelant également la résolution EUR/RC49/R8, dans laquelle il a approuvé la troisième phase du Plan d'action européen contre l'alcoolisme (2000–2005),

Prenant note du document EUR/RC51/10, qui fait le point sur ce qui a été accompli dans le cadre du Plan d'action européen contre l'alcoolisme, et notamment la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool (Stockholm, 19–21 février 2001), et dans lequel figurent des propositions sur les suites à donner à la Conférence,

Ayant examiné la Déclaration sur les jeunes et l'alcool qui a été adoptée à l'unanimité lors de la Conférence ministérielle,

1. FAIT SIENNE cette déclaration et l'adopte comme texte principal de politique générale de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé en ce qui concerne les jeunes et l'alcool ;
2. INVITE les États membres à :

- a) continuer d'exécuter le Plan d'action européen contre l'alcoolisme et de donner effet à la politique définie dans la Déclaration pour protéger la santé des jeunes contre les dangers de l'alcool et d'autres drogues psychotropes ;
- b) se fixer des objectifs, tels que les définit la Déclaration, et suivre les progrès accomplis en vue de leur réalisation ;
- c) faire participer les organisations de jeunes à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de politiques et de programmes portant tout particulièrement sur la santé et le bien-être des jeunes ;
- d) faire participer les jeunes gens et les adolescents à l'incorporation des politiques et des programmes relatifs aux jeunes et à l'alcool dans les politiques de santé publique intersectorielles globales ayant trait à l'alcool, conformes au Plan d'action européen contre l'alcoolisme ;
- e) envisager de renforcer la législation nationale sur la fourniture d'alcool à des jeunes ;

3. PRIE le directeur régional :

- a) de souligner le lien étroit entre la progression de la consommation d'alcool et des facteurs socioéconomiques, en particulier le problème de l'aggravation de la pauvreté dans les pays traversant une période de transition économique ;
- b) d'accélérer la création d'un système européen d'information sur l'alcool comportant des données sur des programmes évalués relatifs à la prévention de l'alcoolisme comme partie intégrante de la base de données probantes relatives à la santé publique ;
- c) de renforcer les partenariats avec d'autres organisations internationales et supranationales ainsi qu'avec des mouvements de jeunesse pour s'efforcer d'atteindre les objectifs du Plan d'action européen contre l'alcoolisme et de la Déclaration ;
- d) de prendre des dispositions pour augmenter l'appui fourni par le Bureau régional aux États membres pour la mise en œuvre du Plan d'action européen contre l'alcoolisme ;
- e) de continuer d'appuyer résolument la mise en œuvre du Plan d'action et de la Déclaration, en allouant des ressources suffisantes à cette fin ;
- f) de mettre en place un système de surveillance de la promotion des boissons alcoolisées auprès des jeunes dans la Région européenne.

EUR/RC51/R5

LA DÉCLARATION D'ATHÈNES SUR LA SANTÉ MENTALE ET LES CATASTROPHES D'ORIGINE HUMAINE, LES COMPORTEMENTS D'INTOLÉRANCE ET LES SOINS DE PROXIMITÉ

Le Comité régional,

Notant avec satisfaction toutes les activités entreprises dans la Région européenne en 2001 dans le cadre de l'Année de la santé mentale, qui offre une nouvelle possibilité de renouveler l'engagement en faveur de cet important domaine de la santé publique ;

Rappelant que des manifestations se poursuivront pendant toute l'année, y compris la publication d'un rapport mondial et de rapports régionaux sur la santé mentale ;

Notant avec satisfaction les efforts que les pays de la Région européenne ont accomplis pour concevoir des politiques et des mesures relatives à la santé mentale ;

1. ACCUEILLE FAVORABLEMENT la Déclaration d'Athènes sur la santé mentale et les catastrophes d'origine humaine, les comportements d'intolérance et les soins de proximité, signée par tous les participants à la réunion de l'OMS organisée à Athènes (Grèce), les 8 et 9 juin 2001 ;

2. INVITE les États membres à donner effet à la politique énoncée dans la Déclaration ;
3. PRIE le directeur régional d'inscrire la santé mentale en tant que question technique à l'ordre du jour de la cinquante-troisième session du Comité régional.

**Déclaration d'Athènes sur la santé mentale
et les catastrophes d'origine humaine, les comportements
d'intolérance et les soins de proximité**

NOUS SOUSSIGNÉS

professionnels de santé mentale liés aux gouvernements nationaux et membres d'organisations de santé mentale du sud et du sud-est de l'Europe, présents lors de la

Réunion de l'OMS pour les pays du sud et du sud-est de l'Europe : Santé mentale et comportements d'intolérance dans un monde en crise, Athènes (Grèce), 8–9 juin 2001

organisée en collaboration avec le Ministère de la santé de Grèce et en coopération avec la Commission européenne

EXPRIMONS NOTRE PROFONDE PRÉOCCUPATION CONCERNANT :

- I les actes de violence qui se poursuivent dans la région et en dehors de celle-ci et leurs effets sur la santé mentale des populations ;
- II la persistance de comportements d'intolérance et de discrimination contre les personnes atteintes de troubles mentaux et leur famille ;
- III les insuffisances des soins de santé mentale et du soutien social fournis par des établissements dépassés.

CONSIDÉRANT :

- que les problèmes de santé mentale deviennent de plus en plus importants du point de vue de la santé publique en Europe, alors que les autres préoccupations sanitaires sont mieux maîtrisées ;
- que des causes socio-environnementales susceptibles d'être prévenues, anciennes et plus récentes, telles que la guerre, les changements économiques rapides, la détérioration des réseaux familiaux, et les migrations forcées et économiques ont des effets dévastateurs sur la santé mentale d'importants groupes de la population en Europe ;
- que la Journée mondiale de la santé et d'autres activités menées à l'occasion l'Année de la santé mentale 2001 ont beaucoup contribué à sensibiliser la société à la part relativement importante des troubles mentaux dans la charge de morbidité mondiale et à l'existence d'interventions efficaces ;
- que les ministres de la santé du monde entier ont unanimement convenu, au cours de l'Assemblée mondiale de la santé de 2001, que la santé mentale devrait bénéficier d'un degré plus élevé de priorité dans leurs programmes nationaux de santé ;
- que la profession médicale a été guidée dans le monde entier par les règles d'Hippocrate, qui remontent à la Grèce antique ; et que les principes énoncés dans celles-ci demeurent valables pour les professions de santé dans le monde entier.

AYANT NOTÉ :

- I qu'il existe des preuves solides des effets extrêmement nocifs des comportements d'intolérance et de la discrimination sur l'évolution et l'issue des troubles mentaux et sur le bien-être des personnes qui en souffrent et de leur famille ; mais que des activités visant à réduire les comportements d'intolérance peuvent être menées et donner de bons résultats ;
- II que les gouvernements et l'ensemble de la population se rendent de mieux en mieux compte que la violence détruit la trame sociale de leurs communautés, mais que des études ont montré que la promotion de la santé et d'autres interventions sociales, y compris la promotion d'une communication pacifique, se sont avérées efficaces ;
- III qu'un grand nombre de groupes importants de personnes ne reçoivent pas de soins de santé mentale, en particulier les immigrés, les personnes déplacées et les réfugiés ; que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, l'Union européenne et plusieurs gouvernements et des ONG d'Europe accomplissent des efforts décisifs pour inclure tous les groupes de la population dans les politiques, les programmes et les services de santé mentale ;
- IV que des établissements de santé mentale dépassés sont souvent à l'origine de violations des droits de l'homme et ne répondent pas aux critères modernes de prestation de services ; et qu'à tous points de vue, des soins de proximité sont préférables.

NOUS DEMANDONS

- I aux gouvernements et aux populations de nos pays, en particulier de ceux qui font face à une situation de crise, d'inciter tous les secteurs appropriés de la société et de la science à intensifier les efforts qu'ils accomplissent pour favoriser un climat de réconciliation, d'acceptation respectueuse des différences, et de collaboration et de solidarité, pour empêcher les catastrophes d'origine humaine et leurs conséquences néfastes sur les populations appartenant à tous les groupes ethniques, nationaux et sociaux. Il n'y a pas de santé mentale sans paix ;
- II aux gouvernements de nos pays, à l'Organisation mondiale de la santé, à l'Union européenne, aux organisations professionnelles et aux ONG de coopérer et de constituer les réseaux nécessaires pour promouvoir l'échange d'informations, de données d'expérience et d'autres ressources et pour assurer une entraide dans la lutte contre les conséquences des catastrophes d'origine humaine ;
- III aux gouvernements de nos pays, à l'Organisation mondiale de la santé, à l'Union européenne, aux organisations professionnelles et aux ONG de mettre en œuvre des programmes visant à réduire les comportements d'intolérance et la discrimination ; de faire respecter le principe d'équité dans leurs politiques, programmes et services de santé mentale ; et d'accélérer le transfert des soins de santé mentale vers des cadres de proximité ;
- IV aux gouvernements de nos pays, à l'Organisation mondiale de la santé et à l'Union européenne de continuer vigoureusement et systématiquement à lutter contre les comportements d'intolérance et à développer des services de santé mentale de proximité qui déboucheront sur des garanties des droits civils et humains des patients à des services de santé mentale appropriés, ainsi qu'à l'instruction, au logement et à l'emploi, de façon à ce que leur réinsertion dans la société repose sur la solidarité, l'humanité et des considérations pragmatiques.

Fait à Athènes, en Grèce, le 9 juin 2001.

EUR/RC51/R6**LA PAUVRETÉ ET LA SANTÉ : DONNÉES DISPONIBLES
ET ACTION MENÉE DANS LA RÉGION EUROPÉENNE DE L'OMS**

Le Comité régional,

Ayant examiné le contenu et les recommandations du document EUR/RC51/8 (*La pauvreté et la santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS*) ;

Reconnaissant que les données disponibles mettent en évidence de façon indiscutable les liens étroits qui existent entre la pauvreté, tant absolue que relative, et la mauvaise santé ;

Conscient du fait qu'il incombe au secteur sanitaire de contribuer à la réduction de la pauvreté, dans le cadre d'efforts multisectoriels d'ensemble ;

1. REMERCIE le directeur régional d'avoir proposé d'inscrire la question de la pauvreté et de la santé à l'ordre du jour de la présente session ;
2. SOULIGNE que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ;
3. RECONNAÎT que la question de la pauvreté et de la santé est un sujet de préoccupation essentiel tant de l'OMS que de ses États membres, qui sont tous touchés, bien qu'à des degrés différents ;
4. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres d'accélérer la conception et l'affinement d'actions visant à lutter contre la pauvreté ;
5. PRIE le directeur régional :
 - a) de mettre en route un processus visant à créer, à analyser et à diffuser des connaissances sur les causes de la pauvreté et sur des mesures efficaces pour réduire les effets de la pauvreté sur l'état de santé ;
 - b) d'obtenir des ressources pour mener des activités sur la pauvreté et la santé dans un cadre régional cohérent ;
 - c) d'inscrire cette question à l'ordre du jour de la cinquante-deuxième session du Comité régional.

EUR/RC51/R7**LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DURABLE –
SOMMET MONDIAL SUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE**

Le Comité régional,

Conscient du processus préparatoire en vue du Sommet mondial sur le développement durable, conformément à la décision prise par la résolution A/RES/55/199 (décembre 2000) de l'Assemblée générale des Nations Unies ;

Rappelant que le programme Action 21 (programme d'action mondial en matière de développement durable) souligne notamment l'importance de la protection et de la promotion de la santé humaine et invite les pays à élaborer des plans relatifs à des actions prioritaires dans des domaines de programme tels que a) les mesures visant à répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires, b) la lutte contre les maladies transmissibles, c) la protection des groupes vulnérables, d) l'action visant à relever le défi de la

santé dans les villes et e) la réduction des risques sanitaires dus à la pollution de l'environnement et aux dangers environnementaux ;

Prenant note de la Réunion ministérielle régionale européenne, qui doit se tenir à Genève les 24 et 25 septembre 2001, pour examiner les progrès accomplis depuis la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, en 1992, et pour définir les orientations, priorités et mesures de suivi essentielles, en vue de contribuer au processus de préparation en vue du Sommet mondial qui aura lieu à Johannesburg (Afrique du Sud) en septembre 2002 ;

Reconnaissant que la santé est devenue un sujet de préoccupation crucial en matière de développement, car elle contribue au développement durable et est un indicateur de ce dernier ;

Soulignant que la protection et la promotion de la santé sont essentielles pour l'ensemble du processus d'éradication de la pauvreté et de développement humain ;

Reconnaissant que de nombreux problèmes de santé continueront à être exacerbés par la pollution de l'air, notamment due à la fumée de tabac, le bruit, les déficiences de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, l'élimination inappropriée des déchets, la contamination chimique ou radioactive, les intoxications, le surpeuplement et les dangers physiques liés à la croissance de villes densément peuplées et que les changements climatiques peuvent avoir, à long terme, de profondes conséquences pour la santé ;

Convaincu que la Quatrième Conférence ministérielle européenne sur l'environnement et la santé, qui se tiendra en Hongrie en 2004, catalysera des actions complémentaires ;

1. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres :

- a) de faire participer activement le secteur sanitaire aux préparatifs nationaux en vue du Sommet mondial sur le développement durable ;
- b) d'aborder, au cours du processus préparatoire, les liens multiples entre la santé, l'environnement et le développement, en particulier les liens entre la santé et la réduction de la pauvreté ;
- c) d'aborder également les déterminants sous-jacents de la santé, en vue d'assurer un développement durable et des améliorations constantes de la santé ;

2. PRIE le directeur régional de prendre en compte les recommandations et les conclusions du Sommet mondial sur le développement durable lorsqu'il présentera au Comité régional pour approbation, en 2002, l'ordre du jour préliminaire de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, établi par le Comité européen de l'environnement et de santé.

EUR/RC51/R8

RAPPORT DU HUITIÈME COMITÉ PERMANENT DU COMITÉ RÉGIONAL

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du huitième Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC51/3 et EUR/RC51/3 Add.1), et les mesures proposées et les recommandations qui y figurent,

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 et unième 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 modifications décidées par le Comité régional à sa cinquante et unième session telles qu'elles ont été consignées dans le rapport sur la session.

EUR/RC51/R9

COORDINATION DE LA COLLABORATION AVEC LE CONSEIL DE L'EUROPE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Le Comité régional,

Reconnaissant les efforts et les précieuses contributions qui ont permis d'améliorer tous les aspects de la santé pour les citoyens européens, grâce à la coopération des États membres dans le cadre du Conseil de l'Europe aussi bien que du Bureau régional de l'OMS ;

Reconnaissant que l'Organisation mondiale de la santé et ses régions ont une mission mondiale dans le domaine de la santé ;

Rappelant qu'en matière de santé la mission spécifique du Conseil de l'Europe est de protéger et d'améliorer le respect des droits de l'homme ;

Observant que la Région européenne de l'OMS et le Conseil de l'Europe sont composés, dans une large mesure, des mêmes pays membres ;

Reconnaissant que – comme pour toute coopération internationale – il est primordial d'employer les ressources le plus efficacement et rationnellement possible et d'éviter les chevauchements d'activités et d'initiatives ;

Notant avec intérêt l'échange de lettres du 19 juin 2001 entre le directeur des affaires sociales et de la santé du Conseil de l'Europe et le directeur régional sur l'évolution de la coopération à l'avenir, et particulièrement l'accent qui y est mis sur le fait que chaque organisation a une vocation spécifique et un rôle particulier à jouer, et qu'il convient d'éviter les doubles-emplois ;

Conscient de ce que les États membres de la Région européenne de l'OMS ainsi que les États membres du Conseil de l'Europe doivent travailler et participer activement à développer encore cette coopération ;

1. ENCOURAGE chaque État membre à coordonner ses efforts à cette fin par l'intermédiaire de ses représentants dans les comités et sous-comités des deux organisations ;

2. PRIE le directeur régional :

a) de s'employer à établir – pour continuer d'étendre la coopération avec le Conseil de l'Europe dans le cadre de la mission de chaque organisation – une distinction claire et évidente des tâches prenant en considération les programmes de travail communs ;

b) de présenter à la cinquante-deuxième session du Comité régional un rapport sur les progrès accomplis, mettant en évidence notamment :

- i) des domaines spécifiques de coopération présente et future, qu'elle soit bilatérale ou menée conjointement avec les organisations internationales de développement compétentes;
- ii) les questions sur lesquelles les États membres pourraient aider à renforcer la coopération ;
- iii) la nécessité de toute nouvelle consolidation de l'accord entre l'OMS et le Conseil de l'Europe ;

c) de veiller à une participation appropriée du Bureau régional de l'OMS aux sessions du Comité européen de la santé du Conseil de l'Europe.

Annexe I

ORDRE DU JOUR

Ouverture de la session

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

2. Déclaration du directeur général**3. Déclaration du directeur régional****4. Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif****5. Rapport du Comité permanent du Comité régional, comportant notamment :**

- i) des recommandations concernant les critères de participation au Conseil exécutif
- ii) des recommandations concernant le fonctionnement du Groupe de prospection régional
- iii) le rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé

6. Partenariat pour la santé**7. Questions de politique générale ouvertes à la discussion**

- a) Gestion de l'information et des connaissances : le Rapport sur la santé en Europe
- b) Pauvreté et santé – Information et action dans la Région européenne
- c) Budget-programme pour 2002–2003 et consultation des États membres européens sur l'élaboration du budget pour 2004–2005
- d) Plan d'action européen contre l'alcoolisme – suivi de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool (Stockholm, février 2001)

8. 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

9. Questions diverses

- a) Dates de la cinquante-deuxième session et dates et lieu de la cinquante-troisième session
- b) Autres questions
- c) Approbation du rapport et clôture de la cinquante et unième session

Réunion d'information :*Le système de santé espagnol*

(organisée par le Ministère espagnol de la santé et de la consommation)

Table ronde :*La santé dans les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne*

(organisée par le secrétariat)

Annexe 2

LISTE DES DOCUMENTS

Documents de travail

EUR/RC51/1	Liste des documents
EUR/RC51/2 Rev.2	Ordre du jour provisoire
EUR/RC51/3	Rapport du Comité permanent du Comité régional
EUR/RC51/3 Add.1	Rapport de la cinquième session du Comité permanent du Comité régional
EUR/RC51/4	Questions soulevées par les décisions et résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
EUR/RC51/5	Composition du Conseil exécutif et de divers autres comités
EUR/RC51/5 Corr.1	Composition du Conseil exécutif et de divers autres comités
EUR/RC51/6	Partenariats pour la santé
EUR/RC51/7	Le rapport sur la santé en Europe – Résumé des résultats préliminaires
EUR/RC51/8	La pauvreté et la santé – données disponibles et mesures prises dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC51/9	Projet de budget-programme de l'OMS 2002–2003 – Aspects propres à la Région européenne
EUR/RC51/10	Rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action européen contre l'alcoolisme, et notamment les suites données à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool
EUR/RC51/11	Dates et lieu de la cinquante-troisième session du Comité régional en 2003

Documents de conférence

EUR/RC51/Conf.Doc./1 Rev.1	Programme
EUR/RC51/Conf.Doc./2	Rapport du Comité permanent du Comité régional
EUR/RC51/Conf.Doc./3	Amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional
EUR/RC51/Conf.Doc./4	Gestion de l'information et des connaissances – Rapport sur la santé en Europe
EUR/RC51/Conf.Doc./5	Date et lieu des sessions ordinaires du Comité régional en 2002 et 2003
EUR/RC51/Conf.Doc./6 Rev.1	La pauvreté et la santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC51/Conf.Doc./7	Rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action européen contre l'alcoolisme, et notamment les suites données à la Conférence ministérielle de l'OMS sur les jeunes et l'alcool

Documents d'information

EUR/RC51/Inf.Doc./1	Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES).
EUR/RC51/Inf.Doc./2	Les perspectives sanitaires dans les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne

Annexe 3

LISTE DES REPRÉSENTANTS ET AUTRES PARTICIPANTS

I. ÉTATS MEMBRES**Allemagne**

<i>Représentant</i>	Helmut Voigtländer Directeur, Direction des affaires européennes et de la coopération internationale, Ministère fédéral de la santé
<i>Suppléants</i>	Klaus Botzet Conseiller, Mission permanente de la République fédérale d'Allemagne auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève Dr Christian Luetkens Chef de direction, Ministère des affaires sociales de Hesse

Andorre

<i>Représentants</i>	Mme Mònica Codina Tort Ministre de la santé et du bien-être Mme Montserrat Camps Gallart Secrétaire d'État à la santé
<i>Suppléant</i>	Dr Margarita Coll Armangué Responsable de la vigilance épidémiologique, Ministère de la santé et bien-être

Arménie

<i>Représentant</i>	Dr Ararat Mkrtchyan Ministre de la santé
<i>Suppléant</i>	Dr Georgi Okoev Directeur du Centre de recherche sur la protection maternelle et infantile

Autriche

<i>Représentants</i>	Professeur Reinhart Waneck Secrétaire d'État à la santé Dr Gunter Liebeswar Directeur général de la santé publique, Ministère fédéral de la sécurité sociale et des générations
<i>Suppléant</i>	Dr Verena Gregorich-Schega Directeur de la Division des relations sanitaires internationales, Ministère fédéral de la sécurité sociale et des générations

Conseillers

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

Mme Edda Strohmayr
Relations sanitaires internationales, Ministère fédéral de la sécurité sociale et des générations

M. Martin Glier
Attaché de presse du Secrétariat d'État à la santé

Azerbaïdjan

Représentant

Professeur Ali Binat-ogly Insanov
Ministre de la santé

Biélarus

Représentants

Dr Larissa Sokolovskya
Vice-ministre de la santé

M. Edouard Glazkov
Directeur du département des relations étrangères, Ministère de la santé

Belgique

Représentant

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

Suppléant

M. Alain Van Gucht
Secrétaire d'ambassade, Mission permanente de la Belgique auprès de l'Office des Nations Unies et des institutions spécialisées à Genève

Conseillers

Mme Anne-Marie Sacré Bastin
Conseiller, Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement

Mme Pascale Megal
Conseiller adjoint, Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement

M. Jan Dams
Adjoint au directeur, Direction soins de santé, Ministère de la Communauté flamande

Mme Risopoulos
Directeur, Commission communautaire française

Mme T. Belhouari
Conseiller adjoint, Commission communautaire française

M. Maurice Peeters
Directeur adjoint, Cabinet du ministre de l'environnement

Mme Martine Schüttringer
Attachée santé, Cabinet de la ministre de l'aide à la jeunesse et de la santé

Mme Pascale Peraita
Expert, Cabinet du chargé de logement, Gouvernement de la Région de
Bruxelles-Capitale

Mme Rita Glineur
Expert, Cabinet du Secrétaire d'État

M. Philippe Pepin
Attaché, Cabinet du ministre des relations internationales, Gouvernement de
la Communauté française

M. Claude Misson
Ambassadeur de Espagne en Espagne

Bosnie-Herzégovine

Représentants

Dr Zeljko Mišanović
Ministre de la santé

Mme Olivera Tadić
Conseiller, Ministère de la santé

Bulgarie

Représentants

Mme Vassilka Paplomatas
Ambassadeur de Bulgarie en Espagne

Dr Staiko Koulaksazov
Directeur de la coopération internationale et de l'intégration européenne,
Ministère de la santé

Suppléants

M. Valentin Dontcher
Conseiller, Ministère des affaires étrangères

M. Hristo Gudjev
Conseiller, Ambassade de Bulgarie en Espagne

Croatie

Représentants

Professeur Ana Stavljenić-Rukavina
Ministre de la santé

Dr Stjepan Orešković
Directeur de l'École de santé publique Andrija Stampar, École de médecine
de l'Université de Zagreb

Danemark

Représentants

M. Arne Rolighed
Ministre de la santé

M. Ib Valsborg
Secrétaire permanent, Ministère de la santé

<i>Suppléants</i>	Dr Jens Kristian Gøtrik Directeur général de la santé M. Mogens Jørgensen Chef de la Division des affaires internationales, Ministère de la santé
<i>Conseillers</i>	Mme Marianne Kristensen Conseiller, Direction générale de la santé Dr Lars Møller Conseiller principal, Secrétariat international, Direction générale de la santé M. Søren Thomsen Chef de section, Ministère de la santé
<i>Secrétaires</i>	M. Kåre Geil Secrétaire particulier du ministre de la santé Mme Mette Nørgaard Secrétaire particulier du ministre de la santé

Espagne

<i>Représentants</i>	Mme Celia Villalobos-Talero Ministre de la santé et de la consommation Dr Rubén Moreno-Palanques Secrétaire général, Coopération, gestion et santé, Ministère de la santé et de la consommation
<i>Suppléant</i>	M. Julio Sánchez-Fierro Secrétaire à la santé et à la consommation
<i>Conseillers</i>	Dr Luis Bohigas Santasusagna Directeur général, Planification sanitaire, Ministère de la santé et de la consommation Dr Isabel de la Mata-Barranco Directeur général adjoint, Planification sanitaire, Ministère de la santé et de la consommation M. Octavi Quintana-Trias Directeur général adjoint, Relations internationales, Ministère de la santé et de la consommation M. Javier Maldonado Gonzalez Directeur de cabinet du secrétaire général, Planification sanitaire, Ministère de la santé et de la consommation Dr Francisco Parras-Vazquez Secrétaire général, Programme national de lutte contre le sida Dr Julia Gonzalez-Alonso Directeur général adjoint, Promotion de la santé et épidémiologie, Ministère de la santé et de la consommation Mme Angela Blanco-Moreno Directeur général adjoint, Analyse économique et statistique, Ministère de la santé et de la consommation

Mme Carmen Collado-Alvarez
Conseiller technique, Affaires internationales, Ministère de la santé et de la consommation

Mme Teresa Robledo-De Dios
Chef du service des modes de vie favorables à la santé, Ministère de la santé et de la consommation

Dr Lourdes Biglino-Campos
Chef du Service des enquêtes-santé, Ministère de la santé et de la consommation

Mme Maria L. Garcia-Tuñon
Chef du service des relations internationales, Ministère de la santé et de la consommation

Mme Esther Rodriguez-Machado
Chef du Service des affaires internationales, Ministère de la santé et de la consommation

Estonie

<i>Représentants</i>	M. Hannes Danilov Secrétaire général, Ministère des affaires sociales
	Mme Katrin Saluvere Secrétaire général adjoint, Ministère des affaires sociales
<i>Conseiller</i>	M. Ain Aaviksoo Directeur de la santé, Ministère des affaires sociales

Fédération de Russie

<i>Représentant</i>	Professeur Y.L. Chevtchenko Ministre de la santé
<i>Suppléants</i>	Dr S.M. Furgal Directeur du Département de la coopération internationale, Ministère de la santé
	M. A.M. Taranov Directeur du Fonds fédéral d'assurance médicale obligatoire
<i>Conseillers</i>	M. Y.A. Gorlatch Ambassade de la Fédération de Russie en Espagne
	Dr V.K. Riazantsev Chef expert, Département de la coopération internationale, Ministère de la santé
	Professeur S. Trifonov Conseiller au Département du développement social du Gouvernement de la Fédération de Russie

Finlande

<i>Représentants</i>	Dr Jarkko Eskola Directeur général, Département de la promotion et du bien-être, Ministère des affaires sociales et de la santé
	Dr Marjatta Blanco-Sequeiros Directeur général adjoint, Ministère des affaires sociales et de la santé
<i>Suppléants</i>	Mme Liisa Ollila Chef de la Section de la coopération avec l'ONU et multilatérale, Ministère des affaires sociales et de la santé
	Dr Risto Pomoell Conseiller pour les affaires médicales, Ministère des affaires sociales et de la santé
	Mme Taru Mikkola Conseiller principal, Ministère des affaires sociales et de la santé
	Mme Kristiina Häikiö Conseiller, Mission permanente de la Finlande auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève
<i>Conseiller</i>	Professeur Vappu Taipale Directeur général, Centre national de recherche sur le bien-être et la santé

France

<i>Représentant</i>	Professeur Jean-François Girard Conseiller d'État
<i>Suppléants</i>	Mme Régine Lefait-Robin Responsable de la Mission OMS, Ministère de l'emploi et de la solidarité
	Mme Catherine Feuillet Conseiller des affaires étrangères, Ministère des affaires étrangères
<i>Conseillers</i>	Mme Jeanine Harari Conseiller, Direction générale de la santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité
	M. Alain Lefebvre Conseiller pour les affaires sociales pour les pays nordiques, Ambassade de France en Suède
	M. Jacques Pe Conseiller pour les affaires sociales, Ambassade de France en Espagne

Géorgie

<i>Représentant</i>	Dr Amiran Gamkrelidze Premier vice-ministre, Ministère du travail, de la santé et des affaires sociales
---------------------	--

Grèce

<i>Représentants</i>	Dr Meropi Violaki-Paraskeya Directeur général honoraire de la santé, Ministère de la santé et de la protection sociale Dr Themistoklis Sapounas Directeur de la Division de la santé publique, Ministère de la santé et de la protection sociale
<i>Suppléant</i>	Dr Athanassios Constantopoulos Directeur des soins de santé mentale
<i>Conseillers</i>	Professeur Jenny Kourea-Kremastinou Doyen de l'École nationale de santé publique M. Andreas Milios Expert, Mission permanente de la Grèce auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Hongrie

<i>Représentants</i>	Dr Gyula Pulay Secrétaire d'État, Ministère de la santé Mme Katalin Novák Chef du Département de la coopération internationale et de la coordination de l'intégration européenne, Ministère de la santé
<i>Suppléants</i>	Dr Alán Pintér Directeur général de la santé, Ministère de la santé Mme Katalin Sallai Conseiller principal, Ministère de la santé

Irlande

<i>Représentants</i>	Dr James Kiely Directeur général de la santé, Ministère de la santé et de l'enfance M. Colm Keenan Conseiller principal, Service international, Ministère de la santé et de l'enfance
<i>Suppléants</i>	Mme Mary Aylward Assistant principal, Service international, Ministère de la santé et de l'enfance M. Donald McCarthy Conseiller principal, Service international, Ministère de la santé et de l'enfance

Islande

<i>Représentants</i>	M. Jón Kristjánsson Ministre de la santé et de la sécurité sociale
----------------------	---

	M. Davið Á. Gunnarsson Secrétaire permanent, Ministère de la santé et de la sécurité sociale
<i>Suppléants</i>	Mme Elsa B. Friðfinnsdóttir Conseiller auprès du ministre de la santé et de la sécurité sociale M. Sigurður Guðmundsson Directeur général de la santé, Direction de la santé
<i>Conseillers</i>	Mme Ragnhildur Arnljótsdóttir Chef de département, Ministère de la santé et de la sécurité sociale M. Ingimar Einarsson Directeur de la planification et du développement, Ministère de la santé et de la sécurité sociale Mme Ragnheidur Haraldsdóttir Chef de département, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

Israël

<i>Représentants</i>	M. Yair Amikam Directeur général adjoint, Information et relations internationales, Ministère de la santé Dr Yitzhak Sever Directeur du Département des relations internationales, Ministère de la santé
----------------------	---

Italie

<i>Représentants</i>	Dr Francesco Cicogna Conseiller principal, Bureau des relations internationales, Ministère de la santé Dr Giancarlo Majori Directeur du Département de parasitologie, Institut national supérieur de la santé
<i>Suppléant</i>	Dr Marta di Gennaro Secrétaire général, Conseil supérieur de la santé

Kirghizistan

<i>Représentants</i>	Professeur Tilekbek Meimanaliev Ministre de la santé Dr Boris Dimitrov Chef du Département des relations extérieures, Ministère de la santé
----------------------	--

Lettonie

<i>Représentants</i>	M. Andrejs Požarnovs Ministre de la protection sociale
----------------------	---

M. Viktors Jaksons
Conseiller auprès du ministre de la protection sociale

Lituanie

Représentants Dr Kónstantinas R. Dóbróvólskis
Ministre de la santé
Dr Óna Birute Adómónyte
Conseiller auprès du ministre

Luxembourg

Représentant Dr Danielle Hansen-Koenig
Directeur de la santé

Malte

Représentant Dr Raymond Busuttil
Directeur général de la santé, Ministère de la santé
Suppléant Dr Karen Vella
Spécialiste en santé publique, Ministère de la santé

Monaco

Représentant Mme Claudette Gastaud
Directeur, Action sanitaire et sociale

Norvège

Représentant Mme Hilde Caroline Sundrehagen
Directeur général, Ministère de la santé et des affaires sociales
Suppléants Dr Ottar Christiansen
Conseiller, Mission permanente de la Norvège auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève
Mme Anne-Sofie Trosdahl Oraug
Directeur général adjoint, Ministère de la santé et des affaires sociales
Dr Tharald Hetland
Conseiller principal, Ministère de la santé et des affaires sociales
Conseillers Dr Jens R. Eskerud
Conseiller, Ministère de la santé et des affaires sociales
Dr Per Wium
Conseiller principal, Direction générale de la santé
Mme Turid Kongsvik
Conseiller, Ministère des affaires

Ouzbékistan

<i>Représentant</i>	Professeur Feruz Nazirov Ministre de la santé
<i>Suppléants</i>	M. Ismailov Said Ibragimovitch Directeur de l'Institut de recherche endocrinologique, Ministère de la santé M. Razakov Shavkat Ablakulovitch Directeur de l'Institut de recherche en parasitologie médicale L. Isaev
<i>Conseillers</i>	Dr Dilbar Makhmudova Directeur de l'Institut de recherche pédiatrique M. Abdunomon Sidikov Conseiller auprès du ministre de la santé M. Jamshid Alimov Ministère de la santé

Pays-Bas

<i>Représentants</i>	Dr Geert M. van Etten Directeur des affaires internationales, Ministère de la santé, du bien-être et des sports Dr Lejo J. van der Heiden Conseiller principal, Affaires internationales, Ministère de la santé, du bien-être et des sports
<i>Suppléant</i>	Dr Monique A.C.M. Middelhoff Premier secrétaire, Mission permanente des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Pologne

<i>Représentants</i>	Professeur Grzegorz Opala Ministre de la santé Dr Jacek Antoni Piatkiewicz Conseiller auprès du ministre de la santé
<i>Suppléants</i>	M. Boguslaw Suski Directeur adjoint du Département de l'intégration européenne et des relations internationales, Ministère de la santé Professeur Bogdan Chazan Consultant pour l'obstétrique et la gynécologie, Institut national de recherche sur la mère et l'enfant

Conseillers

M. Alexandru Rafila
 Directeur de la santé publique, Ministère de la santé

Dr Radu Constantiniu
 Conseiller, Ministère de la santé

Mme Carmen Vasile
 Journaliste

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

Représentants

Professeur Liam Donaldson
 Directeur général de la santé, Ministère de la santé

Dr Pat Troop
 Directeur général adjoint de la santé, Ministère de la santé

Suppléants

M. Nick Boyd
 Chef de la Division internationale, Ministère de la santé

M. Tony Kingham
 Chef de section, Division internationale, Ministère de la santé

Conseiller

Dr Jeremy S. Metters
 Directeur de l'anatomie, Ministère de la santé

Saint-Marin

Représentants

Dr Sante Canducci
 Ministre de la santé et de la sécurité sociale

Mme Frederica Bigi
 Ambassadeur, Représentant permanent de la République de Saint-Marin
 auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations
 internationales à Genève

Suppléants

Mme Giuseppina Bertozzi
 Coordonnateur, Département de la santé et de la sécurité sociale

M. José Manuel De Mollinedo Martinez
 Ministre plénipotentiaire, Ambassade de la République de Saint-Marin en
 Espagne

Slovaquie

Représentants

M. Ján Voderadský
 Ambassadeur de Slovaquie en Espagne

Dr Michal Ondrejčák
 Chef de cabinet, Ministère de la santé

Suppléants

Dr Svätopluk Hlavačka
 Directeur général, Section de l'administration de la santé, Ministère de la
 santé

Mme Zuzana Červená
 Ministère de la santé

Slovénie

<i>Représentants</i>	Dr Dušan Keber Ministre de la santé Dr Ciril Štokelj Ambassadeur de Slovénie en Espagne
<i>Suppléants</i>	Dr Jožica Maučec Zakotnik Secrétaire d'État, Ministère de la santé Dr Božidar Voljč Directeur général, Banque nationale du sang
<i>Conseillers</i>	Mme Jasna Ponikvar Deuxième secrétaire, Ambassade de Slovénie en Espagne Dr Vesnov Petrič Conseiller auprès du ministre de la santé

Suède

<i>Représentants</i>	Mme Kerstin Wigzell Directeur général, Direction générale de la santé et de la protection sociale Mme Iréne Nilsson Carlsson Directeur, Ministère de la santé et des affaires sociales
<i>Suppléants</i>	Miss Ann-Christin Filipsson Directeur, spécialiste, Ministère de la santé et des affaires sociales Mme Maria Renström Directeur adjoint, Ministère de la santé et des affaires sociales Mme Pia Stavås Premier secrétaire, Mission permanente de la Suède auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève Mme Birgitta Schmidt Directeur, Direction générale de la santé et de la protection sociale M. Bo Pettersson Conseiller principal pour la promotion de la santé, Institut national de la santé publique M. Kaj Essinger Consultant, Fédération des conseils régionaux

Suisse

<i>Représentants</i>	Professeur Thomas Zeltner Directeur, Office fédéral de la santé publique Mme Alice Scherrer-Baumann Présidente, Direction de la santé
----------------------	--

Suppléants Dr Reto Dürler
Directeur par intérim des relations internationales, Office fédéral de la santé publique
Mme Cornelia Oertle Bürki
Secrétaire général adjoint, Direction de la santé

Tadjikistan

Représentant Dr Alamhon Ahmedov
Ministre de la santé

Turquie

Représentants Professeur Osman Durmuş
Ministre de la santé
M. Uğurtan Akinci
Ambassadeur de Turquie en Espagne

Suppléants Dr Ismail Toprak
Directeur général adjoint, Ministère de la santé
M. Ahmet Gürkan
Chef du Département des relations extérieures, Ministère de la santé

Conseillers Dr Hasan Öztoprak
Conseiller, Ministère de la santé
Dr Mesut Yildirim
Chef de section, Direction des soins de santé primaires, Ministère de la santé
M. Rifat Köksal
Conseiller, Ambassade de Turquie en Espagne
Professeur Ayşe Akin
Département de santé publique, École de médecine de l'Université Hacettepe

Secrétaire M. Türkmen Çayır
Secrétaire, Ministère de la santé

Turkménistan

Représentant Dr Seyidli Orazberdyev
Conseiller, Département de la santé, Conseil des ministres

Ukraine

Représentants Dr Vitaliy F. Moskalenko
Ministre de la santé
Dr Nina G. Goyda
Chef de la Division de la gestion des systèmes de santé, Ministère de la santé

Suppléant Mme Jeanna Tsenilova
Chef du Département des relations internationales, Ministère de la santé

Yougoslavie

<i>Représentants</i>	M. Trivo Indic Ambassadeur de Yougoslavie en Espagne M. Milos Knezevic Secrétaire fédéral adjoint au travail, à la santé et à la protection sociale
<i>Suppléant</i>	Mme Mirjana Vujanic Premier secrétaire, Ambassade de Yougoslavie en Espagne

II. OBSERVATEURS DES PAYS MEMBRES DE LA COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'EUROPE

États-Unis d'Amérique

M. David E. Hohman
Attaché, Mission des États-Unis auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

III. OBSERVATEURS D'ÉTATS NON MEMBRES

Saint-Siège

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

IV. REPRÉSENTANTS DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS APPARENTÉES

Banque mondiale

M. Christopher Lovelace

Programme des Nations Unies pour le développement

M. Matthew Kahane

V. REPRÉSENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

Commission européenne

Dr Fernand Sauer
M. Lanaras Antonis

Conseil de l'Europe

M. Henry Scicluna

**VI. REPRÉSENTANTS D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES
ENTREtenant DES RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS**

Association internationale de lutte contre le mucoviscidose

M. José Polido

Association internationale des femmes médecins

Dr MariLuz Martín Nozal

Commission internationale de la santé du travail

Professeur Richard Ennals

Confédération internationale des sages-femmes

Mme Eva Selin

Confédération mondiale pour la thérapie physique

Mme Inger Broendsted

Dr José Urrialde

Conseil international de standardisation en hématologie

Dr Joan Lluís Vives Corrons

Conseil international des femmes

Mme Pnina Herzog

Conseil international des infirmières

Professeur Myriam Ovalle Bernal

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

Dr Francisco Campillo

Fédération internationale d'ingénierie hospitalière

M. Francisco Castella

Fédération internationale des associations de fabricants de produits pharmaceutiques

Mme Sissel Brinchmann

Fédération internationale du génie médical et biologique

Mme Hiie Hinrikus

Fédération mondiale dentaire

Dr José Font Buxo

Fédération mondiale des sociétés d'acupuncture-moxibustion

Dr Aldo Liguori

Professeur Filomena Petti

Dr Christian Rempp

M. Arne Kausland

Fédération mondiale du thérmatisme et du climatisme

Dr Dmitry Golobev

Fédération mondiale pour la santé mentale

Dr Mariano Hernandez Monsalve

Fédération mondiale pour l'enseignement médical

Professeur Margarita Baron-Maldonado

Industrie mondiale de l'automédication

M. R. García Gutierrez

La Lèche League International

Mme Lavinia Belli

Mme Bettina Gerbeau

Soroptimist International

Mme Claire Tedjini

VII. OBSERVATEURS

Association des écoles de santé publique de la Région européenne

Dr Angel Otero Puime

Forum européen des associations de médecins et de l'OMS

Dr Marko Bitenc

Dr René Salzberg

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

Professeur Myriam Ovalle Bernal

Ordre de Malte

M. Ferdinand Orssich de Slavetich

Royal College of Physicians

Dr Ian Kunkler

Annexe 4

DÉCLARATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'OMS

Madame la Présidente,
Docteur Danzon,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Mesdames et Messieurs,

Nous avons tous été choqués par les terribles événements qui ont endeuillé les États-Unis, cette semaine. Nous tenons à faire part de notre profonde tristesse devant les pertes en vies humaines et l'ampleur des souffrances. Dans une telle situation, il est d'autant plus important de renforcer les moyens par lesquels nous collaborons. Nous devons continuer d'appliquer les principes et de défendre les valeurs qui ont toujours inspiré notre action en faveur de la santé dans le monde.

Le Directeur régional vous a déjà présenté un rapport détaillé et vous avez examiné plusieurs des questions qui préoccupent l'ensemble de la Région. Je me concentrerai donc sur un petit nombre de thèmes qui intéressent ce Comité.

Les défis liés à la maladie et à la pauvreté ont déjà occupé une grande part de vos débats. Vous ne serez pas surpris de m'entendre redire que la maladie prive des millions de personnes de la possibilité de réaliser leurs potentialités. La situation de ces millions de laissés-pour-compte pose un sérieux problème aux dirigeants mondiaux qui préparent le monde futur.

Le nombre des personnes considérées comme pauvres dans la Région de l'Europe a augmenté au cours de cette dernière décennie. Comme vous l'avez déjà indiqué, la pauvreté est présente même dans les États Membres les plus prospères. Les inégalités en matière de santé entre les sociétés et au sein de chacune d'elles ont des répercussions pour tous ceux qui en font partie. Du fait de la mondialisation, les conséquences de la pauvreté peuvent aussi être ressenties à une grande distance, influant à la fois sur les résultats sanitaires et sur la perception qu'ont les gens de leurs chances de vivre à l'avenir en bonne santé.

Pourtant – tandis que nous sommes réunis ici aujourd'hui – le clivage entre les nantis et les plus démunis s'accroît. Seuls quelques privilégiés ont accès aux fruits de l'innovation et des nouvelles technologies. Ce fossé, malheureusement, est net dans la Région de l'Europe, dans les pays qui commencent à connaître des taux de croissance économique positifs après une décennie caractérisée par des baisses dramatiques. Pour vous, responsables de la santé dans la Région, le défi consiste à tirer parti de la reprise et à commencer à combler le fossé dans le domaine de la santé.

Le Secrétariat de l'OMS vous aide à faire face à ce défi. Nous partageons votre engagement à améliorer l'accès de **tous** à des systèmes de santé efficaces. Il faut pour cela axer l'attention sur les personnes et les communautés les plus démunies. Veiller à ce qu'elles aient accès aux soins de santé essentiels. Assurer la promotion de la santé. Faire en sorte qu'elles disposent des denrées essentielles. Mettre en place les moyens nécessaires permettant aux professionnels de santé de dispenser des soins de qualité aux personnes et aux populations. Donner au public et à ceux qui prennent les décisions concernant la fourniture des services l'accès aux informations utiles. Fournir la technologie qui permet de disposer de ces informations. Mettre en place les infrastructures et les établissements indispensables au fonctionnement des systèmes de santé. Instaurer les mécanismes voulus pour augmenter les chances de ces systèmes de fonctionner convenablement. Nous savons que vous attendez davantage de l'OMS. Nous nous préparons à vous soutenir de notre mieux.

Chers collègues,

Quelle que soit sa définition, la pauvreté est le principal déterminant de la morbidité. En même temps, il apparaît de plus en plus que les pauvres ont d'autant moins de chances de sortir de leur pauvreté qu'ils ne sont pas en bonne santé. D'où la reconnaissance croissante que la réduction de la pauvreté et la sécurité humaine passent par l'absence de maladie.

Au cours de l'année écoulée, le monde a pris davantage conscience de la nécessité d'investir beaucoup plus en faveur de la santé de toutes les populations. Les investissements efficaces destinés à assurer des résultats sanitaires équitables sont désormais reconnus comme essentiels pour le développement humain et économique des sociétés défavorisées.

La Commission Macroéconomie et Santé et ses six groupes de travail ont soigneusement analysé cette nouvelle manière de penser. Les membres de la Commission, sous la direction du Professeur Jeffrey Sachs de l'Université de Harvard, doivent publier leur rapport à la fin de l'année. Ils demanderont vraisemblablement que soit considérablement et rapidement intensifiée l'action visant à améliorer la santé, et les perspectives, des personnes les plus pauvres dans le monde.

Les pays commencent déjà à répondre à cet appel. Ils s'engagent à investir davantage en faveur de la santé, s'appuyant sur les actions existantes lorsque celles-ci s'avèrent efficaces. Ils recherchent des ressources supplémentaires ailleurs, auprès d'organismes donateurs, de fondations, de banques de développement et du mouvement associatif. Ils entretiennent des partenariats fondés sur des valeurs et des buts communs, réunissant des groupes appartenant tant au secteur public qu'au secteur privé. Ils cherchent à nouer de nouvelles alliances raisonnées avec des entités privées. Ils savent en effet qu'aucun gouvernement, aucun organisme, aucune association et aucun groupe de pression ne peut apporter seul la réponse – certainement pas sans unir ses efforts à ceux de la société civile et de ses dirigeants politiques.

La communauté internationale réagit également, et pas seulement en paroles. Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de cette année, pendant la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA et au Sommet du G8 à Gênes, des engagements fermes ont été pris en faveur d'une augmentation du niveau des ressources disponibles pour la santé dans le monde. Les gouvernements, les associations et les organismes privés prennent déjà de nouveaux engagements.

Les nouvelles ressources nécessaires pour la santé atteignent des proportions considérables. Dix milliards de dollars par an au minimum. Ce qui signifie que les ressources qui sont disponibles **doivent** être utilisées aussi efficacement que possible. Pour ce faire, l'OMS associe les gouvernements, les établissements de recherche, les entreprises du secteur privé et les organisations internationales, en veillant à promouvoir une synergie entre les buts et les stratégies. Nous reconnaissons que ces alliances sont inégales et qu'elles peuvent évoluer. Nous savons que chaque Partie a ses propres priorités, ses obligations de résultats et ses avantages comparatifs.

Lorsque différentes organisations s'emploient ensemble à promouvoir la santé et le bien-être, il est fréquent qu'elles subissent des influences réciproques. Les conséquences d'une mauvaise coordination se mesurent en souffrances humaines : pour l'OMS, une aide internationale insuffisamment coordonnée est un signe d'échec. Des buts communs et une synergie peuvent en revanche conférer un pouvoir assez remarquable.

Le Fonds mondial SIDA et Santé stimulera de façon importante l'action internationale coordonnée en faveur de la santé. Le Fonds devrait être opérationnel d'ici à la fin de l'année. Pour l'OMS, il est important que ce Fonds réponde aux attentes et soit véritablement un fonds **mondial**. C'est-à-dire qu'il doit bénéficier aux personnes démunies de toutes les Régions, y compris celle-ci.

Le Fonds devrait encourager le **fonctionnement plus efficace des systèmes de santé ne disposant pas de moyens financiers suffisants**. Il devrait notamment améliorer la capacité de divers groupes prestataires à fournir des services et des biens essentiels par le biais de toutes sortes de canaux privés,

associatifs et publics. Il est important que la direction soit assurée par les gouvernements, même dans les situations d'urgence complexes, pour que la qualité soit garantie et que les pauvres profitent des avantages prévus.

De nombreux pays ont entrepris de réformer leur système de santé. Il est évident que des réformes qui ne se soldent pas par une amélioration des résultats ont échoué. De nombreuses réformes focalisées entreprises dans la Région ont été menées à bien. Les analyses et les synthèses de l'Observatoire européen de la Santé sont pour nous tous riches d'enseignement.

Les réformes des systèmes de santé n'ont guère de chances d'aboutir sans une **participation de la population à l'action de santé** aux niveaux local, national, régional et mondial. Cela nécessite des programmes crédibles et optimistes de sensibilisation et une action catalytique. L'expérience dans cette Région montre que les responsables professionnels, les politiques, les médias et les personnalités publiques peuvent jouer un rôle déterminant dans les mouvements en faveur de la santé – que ce soit dans les villes, sur les lieux de travail ou dans les écoles. En général, les gouvernements et les autorités locales travaillent avec les ONG, les associations professionnelles et les médias. Tous reconnaissent la nécessité de collaborer – afin que « les forces de la mondialisation servent la sécurité future de l'humanité ».

Madame la Présidente, Mesdames et Messieurs les délégués,

Les dirigeants mondiaux ont focalisé leur attention sur les effets dévastateurs de l'infection à VIH et du SIDA sur notre société mondiale. Le défi du SIDA concerne tous les professionnels de santé. Dans cette Région, les taux d'infection absolus sont encore relativement bas. C'est une bonne nouvelle. Mais si nous n'agissons pas maintenant, avec détermination et de façon concertée, les choses tourneront mal très rapidement. Plusieurs pays d'Europe centrale et orientale et des États nouvellement indépendants voient déjà les taux d'infection à VIH augmenter de façon inquiétante. Il y a dix ans, des chiffres comparables étaient enregistrés dans certains pays d'Afrique. Notre riposte collective n'a pas suffi à stopper la hausse. Pour les populations de certains pays, les conséquences humaines et économiques sont extrêmement graves. Nous devons prévenir une catastrophe similaire dans cette Région.

La session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH en juillet dernier a tenté d'élaborer des stratégies et des interventions capables de stopper la propagation de l'infection à VIH. Nous avons tous pris l'engagement de riposter plus efficacement – en aidant les gens à se protéger contre l'infection et en augmentant la proportion des personnes affectées par le VIH qui ont accès à des soins.

Renforcer les appels à l'appui d'une riposte extraordinaire et courageuse.

Nous devons intensifier les mesures de prévention axées sur les risques connus en améliorant pour ce faire la surveillance des infections. Nous devons agir en respectant les droits et la dignité des personnes. Nous devons améliorer l'accès à des moyens diagnostiques et des traitements efficaces dans le cadre de la riposte globale au VIH.

J'ai donné des instructions pour que l'OMS renforce sa contribution à l'action menée. Notre but est d'aider à définir des actions plus efficaces et à les mettre en oeuvre efficacement en tenant compte des traditions culturelles et des réalités sociales.

En liaison avec le VIH/SIDA, l'épidémie de tuberculose se propage dans la Région. En novembre dernier à Moscou, j'ai été témoin personnellement de l'effroyable propagation de la tuberculose dans la population carcérale et de la croissance de la tuberculose polychimiorésistante.

Récemment, le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux a réussi à réduire sensiblement les prix des principaux antituberculeux, y compris certains de ceux qui agissent contre les souches polychimiorésistantes. Les schémas thérapeutiques observés s'avèrent efficaces. Nous avançons dans la mise en place des conditions voulues pour que tous ceux qui en ont besoin puissent bénéficier d'un traitement à un prix abordable. Les pays pourront s'appuyer sur ces progrès pour élaborer

leurs plans d'action. Nous attendons avec intérêt les rapports sur les progrès accomplis qui seront présentés au Forum des Partenaires Halte à la tuberculose le mois prochain à Washington.

Chers collègues,

L'OMS a catalysé l'établissement d'une série de partenariats en faveur de l'action de santé, qu'elle soutient maintenant. Les effets de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination se font déjà sentir. La campagne d'éradication de la poliomyélite fait des progrès remarquables : dans de grandes parties de cette Région, la poliomyélite est déjà considérée comme une menace d'un autre temps. Les cas isolés découverts en Bulgarie au début de l'année nous rappellent qu'aucun d'entre nous n'est réellement en sécurité tant que le monde entier n'est pas déclaré exempt de poliomyélite.

L'OMS facilite également l'adoption d'autres mesures pouvant avoir un impact profond. Cet été, nous avons présenté une nouvelle initiative destinée à améliorer l'accès à l'information sur la santé. L'OMS a notamment aidé à élaborer un accord entre certains des principaux éditeurs internationaux de littérature biomédicale pour la diffusion gratuite sur Internet d'un millier de revues. Des milliers de professionnels de santé et de chercheurs ont ainsi la possibilité d'accéder à des informations essentielles. Plusieurs pays de la Région sont en mesure de participer à cette initiative.

Chers collègues,

Dans cette Région, l'OMS a été à la pointe des travaux concernant l'environnement et la santé, en mettant plus particulièrement l'accent sur la santé de l'enfant, le transport et la santé et, surtout, l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à un système d'assainissement adéquat. Les leçons du Bureau régional de l'Europe sont appliquées dans d'autres Régions de l'OMS par toute une série de partenaires résolus.

L'OMS collabore actuellement avec vous pour faire face à la charge de morbidité liée aux maladies mentales et aux troubles neurologiques. Dans la plupart des pays, les ressources et le personnel disponible sont insuffisants. Mais des moyens nouveaux et plus efficaces **existent** désormais pour traiter et prévenir les troubles neurologiques et mentaux. Grâce à ces moyens, les soins de santé mentale modernes privilégient davantage l'aide à la famille au sein de la communauté locale. Ils permettent de prévenir et d'assurer un dépistage et un traitement précoces ; ils permettent aussi d'utiliser des médicaments efficaces et relativement peu coûteux.

L'Europe a enregistré des résultats assez remarquables en matière de mise au point et d'application de stratégies nouvelles de prévention et de traitement des maladies mentales. Les efforts de certains pays constituent eux-mêmes des modèles en vue d'une approche plus efficace, plus professionnelle et aussi plus humaine face au problème. Mais, comme l'a récemment fait observer la Déclaration d'Athènes, en juin de cette année, il reste encore beaucoup à faire pour que nos connaissances en matière de prévention, d'utilisation efficace des médicaments, de soutien communautaire et de réduction des préjugés et de la discrimination se traduisent par des mesures concrètes permettant d'améliorer la vie des millions de personnes atteintes de troubles mentaux.

Le rapport sur la santé dans le monde, qui paraîtra le 4 octobre prochain, donnera une vue d'ensemble de la charge actuelle et future de morbidité liée aux troubles mentaux ainsi que des principaux facteurs qui y contribuent. Le rapport offre des stratégies visant à assurer **à la fois** la mise en place **et** le financement adéquat de la prévention et du traitement.

Cette Région a également été à la pointe des efforts consentis face au problème du préjudice que peut causer l'alcool à la vie des jeunes. Beaucoup d'entre nous ont participé en février à une réunion pour élaborer une riposte, à l'occasion de la Conférence ministérielle européenne à Stockholm.

Cette réunion s'inscrivait dans un contexte sérieux. On observe des signes alarmants d'une dégradation des comportements en matière de consommation d'alcool chez les jeunes dans l'ensemble de la Région. Je suis très heureuse de constater qu'on est en train de relever le défi. Une déclaration claire a été adoptée.

Certains pays ont déjà mis en oeuvre des politiques nouvelles, en associant les jeunes au processus d'élaboration de ces politiques et en gardant la distance qui convient par rapport aux intérêts commerciaux.

Je suis également heureuse de constater que l'Union européenne a adopté deux mesures liées à l'alcool en juin qui sont en harmonie avec le plan d'action européen sur l'alcool. L'Union européenne a lancé un appel en faveur de la coopération internationale, surtout avec l'OMS – afin de suivre les progrès et d'échanger les données d'expérience.

Chers collègues,

Le tabac continue de présenter une énorme menace pour la santé dans l'ensemble de la Région européenne. Je suis particulièrement préoccupée par l'aggravation rapide de la morbidité liée au tabac et du nombre de décès chez les femmes.

De nombreux pays d'Europe centrale et orientale et de nombreux États nouvellement indépendants sont devenus des cibles majeures d'une industrie du tabac à l'affût de nouveaux marchés. Mais je constate avec satisfaction que l'OMS collabore avec les pays pour mettre en oeuvre des solutions contribuant à réduire le nombre de jeunes qui commencent à fumer ou à aider ceux qui le désirent à cesser de fumer. Il faut encore faire beaucoup plus. C'est pour cela que les gouvernements doivent ne pas relâcher leur engagement dans les négociations en vue de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac tant que la convention n'aura pas été mise au point de manière définitive, en 2003 je l'espère.

Nous sommes confrontés tous les jours aux controverses concernant l'accès aux soins de santé et les résultats de la recherche médicale.

Une grande partie de la recherche biomédicale est actuellement entreprise dans les pays industrialisés, en premier lieu, sur la base des considérations du marché. Cela est inacceptable du point de vue éthique. Tant que les choses ne changeront pas, l'écart des connaissances et des technologies entre les pays industrialisés et les pays en développement continuera de s'accroître, et les besoins des pays pauvres en matière de santé ne retiendront pas toute l'attention qu'ils méritent.

Les programmes de recherche de l'OMS contribuent à combler ce fossé en établissant des réseaux internationaux associant des chercheurs du monde entier qui s'efforcent ensemble d'améliorer les chances de succès. Les chercheurs des pays de cette Région jouent à cet égard un rôle clé.

Pourtant, les professionnels de la santé dans la Région sont constamment confrontés à des choix difficiles sur l'affectation des ressources dont ils disposent. Ces choix sont complexes et revêtent souvent une dimension éthique.

Les bureaux régionaux de l'OMS et les Départements au Siège aident les pays à aborder les questions éthiques complexes – par exemple en ce qui concerne les codes de conduite pour la recherche faisant intervenir des sujets humains. Le moment est venu de réunir tous ces efforts.

Je propose donc de mettre sur pied une initiative, à l'échelle de l'Organisation dans son ensemble, sur l'éthique sanitaire, basée dans un premier temps dans mon Bureau. Elle mettra l'accent sur *l'éthique dans la santé publique*, *l'éthique dans la recherche en santé* et *l'éthique en biotechnologie*. Elle envisagera les aspects éthiques des travaux sur le génome humain, la recherche sur les cellules-souches, le clonage et les autres domaines des sciences biomédicales. Elle contribuera à accroître les capacités des États Membres à répondre aux questions éthiques et à apporter un appui à l'action intergouvernementale – que ce soit dans le cadre du système des Nations Unies, des institutions régionales ou de partenariats avec des institutions comme le Conseil de l'Europe. Nous collaborerons étroitement avec l'Assemblée générale des Nations Unies et d'autres organismes des Nations Unies (y compris l'UNESCO) et pourrons nous prévaloir de certains travaux de pionnier actuellement entrepris par les États Membres de cette Région et par le Bureau régional de l'Europe.

Chers collègues,

En mars, j'ai pris la parole à l'occasion d'une importante réunion sur la salubrité des aliments à Uppsala.

À cette occasion, j'ai mentionné trois grands défis à relever dans le domaine de la salubrité des aliments en Europe :

- Nous devons accepter que les systèmes que nous utilisons en Europe pour assurer la salubrité des aliments ne sont pas aussi parfaits que nous pouvions le croire. Pour améliorer ces systèmes et rétablir la confiance du consommateur, nous devons les réévaluer à tous les stades, de la ferme jusqu'à la salle à manger.
- Nous devons veiller à la mise en place de normes raisonnables de salubrité des aliments qui s'appliquent dans le monde entier et nous devons aider tous les pays à respecter ces normes ; à la longue, cela est dans notre propre intérêt. Si nous ne le faisons pas, les pays en développement ne pourront participer à des systèmes d'échanges commerciaux planétaires.
- Enfin, nous devons mettre en place des normes mondiales concernant des systèmes d'approbation **avant leur arrivée sur le marché** d'aliments génétiquement modifiés pour que ces nouveaux produits soient non seulement sûrs, mais également bénéfiques pour le consommateur et plus efficaces que les produits actuels.

J'ai pris connaissance avec plaisir des initiatives régionales dans le domaine de la salubrité des aliments qui ont été prises avec l'appui de l'OMS – je songe en particulier au rôle des ministres de la santé publique qui ont cherché à promouvoir les intérêts des consommateurs dans des cadres réglementaires et juridiques.

Chers collègues,

L'activité de l'OMS est entreprise **pour** les pays, mais une partie seulement s'inscrit **dans le cadre** des pays. L'activité au niveau des pays est toutefois déterminante et nos représentants dans les pays sont au centre de tout ce que nous cherchons à accomplir.

Nous nous sommes engagés à améliorer la capacité des équipes de l'OMS dans les pays qui ont le plus besoin de nous pour qu'elles soient mieux en mesure de contribuer à des résultats sanitaires meilleurs et plus équitables. Les représentants de l'OMS dans les pays et les bureaux régionaux joueront un rôle central à cet égard. Ils profiteront de nos expériences récentes concernant la mise en place de stratégies de coopération avec les différents pays et s'inspireront de la décision de ce Comité de privilégier davantage une intervention efficace au niveau des pays.

L'activité des bureaux régionaux de l'OMS et des Départements du Siège est résumée dans la stratégie institutionnelle du Secrétariat de l'OMS définie par les États Membres en 1999. Elle constitue le fondement du programme général de travail 2002-2005.

En 2000, le Secrétariat a établi un budget programme stratégique et défini 35 domaines d'activité dans l'ensemble de l'Organisation qui forment la base des résultats escomptés, des étapes, des activités et de l'affectation des ressources du budget ordinaire et des ressources extrabudgétaires pendant l'exercice 2002-2003.

Ces prochains mois, je m'attacherai avec les Directeurs régionaux à mettre au point un ensemble de priorités mondiales pour l'exercice suivant, 2004-2005. Nous tiendrons compte de vos délibérations au Comité régional. Mes propositions seront ensuite présentées au Conseil exécutif lorsqu'il se réunira à Genève, en janvier 2002.

L'OMS et l'Union européenne sont des collaborateurs naturels dans le domaine de la santé et je me félicite de l'évolution de notre coopération au cours des deux dernières années. Cette coopération

s'exprime par les liens qu'entretiennent les États Membres de l'Union européenne avec le Bureau régional de l'Europe et avec le Siège de l'OMS à Genève. En outre, la collaboration de l'OMS avec la Commission européenne est renforcée par l'échange de lettres de la fin de l'an dernier. Cet échange se greffe sur un dialogue très ouvert et positif entre nous sur le nouveau cadre d'action politique concernant les principales maladies transmissibles et l'accès aux médicaments, ainsi que dans les domaines de la lutte antitabac, de la salubrité de l'environnement et de la salubrité des aliments.

L'échange de lettres nous permettra de mettre en place une collaboration importante et systématique sur un large éventail de questions. Il prévoit des réunions annuelles aux niveaux politique et technique afin de faire le point de la coopération actuelle, d'examiner les priorités et d'élaborer des plans pour l'avenir.

Chers collègues,

En tant que professionnels de la santé, nous sommes tous confrontés à d'énormes défis. On attend toujours plus de nous. Nous répondons à ces attentes légitimes en nous efforçant de promouvoir l'équité des résultats en matière de santé et de réduire la pauvreté.

Ces valeurs sous-tendent toutes nos activités – en tant qu'États Membres de l'OMS, en tant que Secrétariat.

Unissons nos efforts pour que cette réunion soit constructive et couronnée de succès et pour que l'action sanitaire dans toute la Région au cours de l'année à venir soit un modèle d'efficacité.

Je vous remercie.

Annexe 5

DÉCLARATION DU DIRECTEUR RÉGIONAL DE L'OMS

INTRODUCTION

Madame la présidente, mesdames et messieurs les représentants des États membres de la Région européenne, mesdames et messieurs les participants à la cinquante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, mes chers collègues du siège et du Bureau régional de l'OMS.

Depuis le dernier Comité régional à Copenhague, la Région européenne a été le champ de nombreux événements. Des événements parfois dramatiques, puisque notre Région est encore occupée par de nombreux conflits. Des événements angoissants pour les peuples et leurs dirigeants, notamment dans les zones les plus fragiles. J'ai eu le privilège pendant cette année de visiter la majorité de ces pays. J'ai ressenti la souffrance morale et physique dans les endroits directement touchés par des catastrophes environnementales et par les épidémies à l'éclosion parfois soudaine.

Mais durant cette année il y a eu aussi des événements positifs, des conflits évités ou, espérons-le, en voie de règlement, des progrès scientifiques et des avancées réelles, bien que souvent moins spectaculaires, dans le domaine de la santé publique. Mes collègues et moi-même avons pu constater au cours de nos visites et de nos missions le sérieux avec lequel sont conduites les réformes des systèmes de santé et leur gestion. Nous constatons l'intérêt croissant de tous les secteurs de la société pour les questions de santé et les potentialités des approches nouvelles d'Évaluation de l'Impact sur la Santé. Nous voyons aussi l'intérêt grandissant de l'opinion publique pour les questions de santé et les efforts des professionnels pour développer la qualité de leur travail. On sent les premiers effets de la Conférence et de la Déclaration de Munich pour les infirmières et les sages-femmes. Le sujet de la qualité des systèmes de santé est sûrement l'un de ceux qui préoccupent actuellement à la fois les professionnels et les décideurs. Des progrès déjà visibles sont réalisés dans ce domaine, grâce aux développements de la formation professionnelle, du travail en équipe et de l'accréditation.

Du côté du Bureau régional, l'année a aussi été riche. Notre but est d'améliorer la qualité de nos services aux pays et de développer des méthodes de travail plus adaptées à cet objectif. Dans ma présentation, j'aborderai ces deux aspects externes et internes, puis j'évoquerai les engagements pour l'année à venir.

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DU BUREAU RÉGIONAL CETTE ANNÉE**L'alcool et les jeunes : la Conférence de Stockholm**

Cette Conférence a eu, si l'on en juge par la participation et la retombée médiatique, un impact important. Elle a permis de remettre le sujet de l'alcool, et en particulier sa consommation par les jeunes, à son vrai niveau de priorité majeure de santé publique. Une mort sur quatre chez les jeunes hommes de 15 à 29 ans lui est attribuable.

La Conférence a mis en évidence le fait que de plus en plus souvent la consommation d'alcool par les jeunes prend la forme d'une toxicomanie. La déclaration adoptée à l'unanimité par la Conférence contient des propositions concrètes pour lutter contre le problème. La présence de jeunes eux-mêmes à la Conférence a stimulé une atmosphère plus ouverte et plus directe. Preuve de l'intérêt d'écouter d'autres voix et de ne pas se limiter à celle des experts. Personnellement, je ne suis pas prêt d'oublier ce jeune Romain demandant à un leader combien de temps allait-il falloir encore attendre pour que des actes concrets suivent les déclarations d'intention ; ni la supplique d'un ministre demandant plus de compréhension pour la difficulté de sa tâche à son jeune interlocuteur impatient.

Une séance spéciale de ce Comité régional est consacrée au sujet de l'alcool et des jeunes et une résolution vous est proposée.

La santé mentale

Là encore, un sujet important de cette année, dans un cadre global. La Région européenne a réagi très positivement à l'appel de l'OMS de faire sortir la santé mentale des tabous dans lesquels elle est souvent enfermée. Respect des patients, mise en cause des asiles psychiatriques, intégration de la santé mentale dans les politiques de santé primaire, prévention, promotion de la santé mentale. Partout en Europe, ces sujets ont été abordés, débattus, sous la forme de rencontres avec les professionnels, avec la population et avec les patients. Des engagements ont été pris, pour que cette Journée mondiale de la santé ne soit pas un événement isolé, mais une étape dans un processus continu. Personnellement, je peux témoigner de l'émotion et de la conviction que j'ai ressenties en participant en Finlande au côté de la Présidente de la République à une manifestation destinée au grand public et animée par des malades et des professionnels de la psychiatrie.

À ce sujet il faut bien sûr évoquer les tables rondes ministérielles organisées pendant l'Assemblée mondiale auxquelles de nombreux ministres de la Région européenne ont participé. Je voudrais également mentionner la déclaration adoptée en juin à la suite de la réunion d'Athènes sur la santé mentale et la violence. Cette déclaration soutenue par de nombreux pays appelle à protéger la santé mentale des populations et à rejeter la stigmatisation dans un monde traversé par les crises. Au cours du mois d'octobre le rapport mondial de la santé sera publié sur ce sujet. Nous vous invitons à donner une bonne visibilité à ce rapport et à organiser avec nous des actions en continuité avec celles lancées en avril dernier.

Notre unité à Copenhague et l'unité chargée de la communication présente à Madrid sont à votre disposition dans cette perspective. Nous avons aussi un résumé des actions lancées au mois d'avril dans chaque pays de la Région.

Le Pacte de stabilité

Dans un autre domaine je voudrais évoquer la récente réunion de Dubrovnik avec les pays du Pacte de stabilité. En étroite association avec nos collègues du Conseil de l'Europe, nous sommes parvenus au cours de cette année à faire que la santé soit intégrée aux efforts pour la paix et la cohésion sociale dans les pays du sud-est de l'Europe. Au cours de cette réunion des projets concernant la santé et les groupes de population vulnérables ont été présentés pour bénéficier du soutien international. Dans ce cas le Bureau européen et le Conseil de l'Europe se sont faits les avocats de la santé pour le développement et la paix.

L'uranium appauvri

Dans un tout autre domaine, je citerai également le rôle que le Bureau européen a joué dans l'évaluation des risques liés à l'uranium appauvri au Kosovo. Le résultat de cette mission démontre la nécessité de surveillance à long terme. Pour le moment, nous avons pu rassurer la population concernée sur les conséquences pour leur santé de l'exposition à la radioactivité due à l'uranium appauvri. Être capable d'intervenir rapidement, scientifiquement et de façon indépendante est une mission attendue de l'OMS.

Autres activités techniques

Ces quelques exemples que j'ai choisis pour leur visibilité et leur diversité ne doivent pas nous faire oublier l'ensemble des activités techniques qui ont été poursuivies au cours de cette année. Je citerai en particulier les activités dans le domaine des systèmes de santé, les réseaux (CINDI, Santé urbaine), les domaines de la nutrition et de la sécurité alimentaire dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action que vous avez adopté l'année dernière ; les activités nombreuses et dans de nombreux pays concernant la santé de la femme, de la grossesse, de l'enfant et de l'adolescent ; les actions dans le domaine de la promotion de la santé à l'école, dans les prisons, et sur les lieux de travail. L'ouverture imminente du Centre de Venise va sans aucun doute donner une nouvelle dimension à ce domaine en y intégrant les déterminants de la santé. Nous présenterons au Comité Permanent en novembre nos propositions sur la politique du Bureau pour les centres hors de Copenhague.

Dans le secteur de l'environnement, je mentionnerai la réunion du mois de novembre à Budapest au cours de laquelle de très nombreux pays de la Région ont analysé les progrès de la mise en place du protocole sur l'eau signé à Londres en 1999 ; celle à Genève en mai sur les effets sur la santé des politiques de transport ; l'ouverture très prometteuse du Centre de Bonn pour l'environnement urbain ; et l'engagement du Gouvernement italien pour le Centre de Rome pour une nouvelle période de 10 ans. Je voudrais enfin signaler la grande qualité du travail du Comité européen de l'environnement et de la santé pour la préparation de la prochaine Conférence ministérielle de Budapest en 2004. Nous reviendrons à ce sujet dans l'une des sessions.

En ce qui concerne les maladies transmissibles, nous progressons vers la reconnaissance officielle de l'éradication de la poliomyélite dans la Région européenne en l'an 2002. Ceci malgré l'identification de trois cas confirmés en Bulgarie. J'insiste une fois encore sur l'importance du maintien d'un haut niveau d'immunisation, d'une surveillance de grande qualité partout dans la Région et la nécessité pour tous les pays de faire l'inventaire des laboratoires qui stockent le poliovirus sauvage dans la perspective de sécuriser son isolement. L'explosion du sida au cours des trois dernières années dans certains pays de l'ancienne Union soviétique est très inquiétante. Les autorités officielles estiment à 300 000 au moins le nombre de personnes VIH positives dans la Fédération de Russie. Très alarmante aussi, malgré nos efforts communs, est la hausse de l'incidence de la tuberculose, 370 000 nouveaux cas dans la Région en 1999. Cette hausse est constatée partout en Europe et pas uniquement dans la partie orientale de la Région, même si les taux en ancienne URSS sont de 10 à 15 fois plus élevés que dans les pays de l'Europe de l'Ouest. Pour terminer ce chapitre sur les maladies transmissibles par un motif de satisfaction, notons la réduction des cas de paludisme dans les pays de la Région européenne touchés par cette maladie.

Enfin, dans un domaine pour lequel l'action globale de l'OMS s'est illustrée : l'accès aux médicaments, je mentionnerai le soutien du Bureau régional à la direction donnée par la Directrice-générale en soutenant particulièrement les pays de l'Europe centrale et orientale pour la réglementation, la fixation des prix, le remboursement et le bon usage.

Comme vous le voyez, de nombreuses activités souvent soutenues par vos contributions volontaires. Cependant, nous sommes terriblement limités par l'absence de ressources suffisantes. La Région européenne d'aujourd'hui avec ses 51 pays n'est plus celle d'il y a 10 ans avec 30 pays. Des pays qui ont besoin de soutien pour faire face à leurs difficultés. Des pays qui ont confiance en l'indépendance de l'OMS. Je fais appel à votre soutien pour que nos ressources du budget régulier et des contributions volontaires soient le reflet des besoins de la Région et nous permettent de jouer pleinement notre rôle spécifique au seul service de la santé.

L'ÉVOLUTION DES MÉTHODES DE TRAVAIL DU BUREAU RÉGIONAL

Notre travail pendant cette année a été en grande partie guidée par le document sur la stratégie pour les pays que vous avez adopté l'année dernière. Permettez-moi de vous dire comment nous avons traduit en actes ce document et où nous en sommes de son application.

J'envisagerai tout d'abord l'évolution de notre travail avec les pays, puis notre collaboration avec nos partenaires et enfin l'évolution de notre organisation interne.

L'évolution de notre travail avec les pays

Nous avons abordé cette collaboration avec l'ambition de répondre spécifiquement aux besoins de l'ensemble des pays de la Région, en particulier, en les aidant à développer des politiques et des programmes basés sur la preuve et les bonnes pratiques. Les conclusions de l'évaluation du programme EUROSANTÉ présentée au dernier Comité régional nous ont encouragés dans cette démarche. Ainsi, pour les 28 pays qui ont un accord de coopération avec le Bureau européen, nous avons procédé au cours de ces derniers mois à une revue de notre collaboration actuelle. Avec chacun d'entre eux nous discutons les thèmes prioritaires et les mécanismes de notre collaboration pour 2002–2003. Nous utilisons, bien entendu, la connaissance et l'expérience des unités techniques du Bureau. Pour la première fois, cette phase de négociation avec les pays visant à répondre à leurs besoins et à leurs priorités est la phase initiale dans le

cycle de planification que nous devons finaliser pour le 1^{er} janvier 2002 au plus tard. Nous reviendrons sur ce sujet lors de notre séance consacrée au budget cet après-midi.

Dans ce processus de va-et-vient entre les pays et le Bureau régional, le rôle des officiers de liaison est essentiel et le renforcement de la présence du Bureau dans les pays doit être un objectif majeur des années à venir. C'est l'une des raisons qui font que le budget de notre Région doit être impérativement augmenté pour que notre action dans les pays qui en ont le plus besoin soit forte et efficace. Le meilleur exemple en est le Bureau du représentant de l'OMS à Moscou, qui bénéficie de ressources humaines et financières substantielles fournies par divers pays, ce qui rend son action visible, utile et reconnue. Une évaluation est prévue dans les semaines à venir. Elle permettra, je l'espère, de montrer aux donateurs et aux États membres que l'investissement dans un bureau de pays est rentable.

Pendant cette année nous avons aussi approfondi notre connaissance des besoins des pays de la Région avec lesquels nous n'avons pas d'accord de coopération. Une réunion de ces pays a eu lieu à Londres au début du mois de juillet. Au cours de cette première réunion des « Forums pour le Futur » il a été décidé que le groupe se constituerait en réseau capable de réagir rapidement en cas de crise touchant l'un des pays de la Région. Les représentants de ces pays ont également décidé que chaque année quatre sujets seront abordés au cours des rencontres des Forums ; deux sujets nouveaux et deux sujets continus. Pour cette première année, les thèmes discutés ont été la qualité des services de santé, la gestion des crises, l'influence des médias électroniques sur les comportements du public et sur les pratiques médicales et enfin l'information au service de l'aide à la décision. Sur ce dernier sujet, la réunion de Londres a démontré à quel point l'intervention de l'OMS et du Bureau régional en particulier est attendue. Nous aurons l'occasion d'en rediscuter au cours de la séance qui sera consacrée à ce sujet mercredi matin.

Toujours dans la perspective de l'amélioration de nos connaissances des besoins des pays, deux études internes ont été réalisées cette année. La première concerne les pays du Pacte de stabilité, l'autre les pays candidats à l'Union européenne. Nous avons aussi, pour l'approfondissement de nos connaissances des pays, bénéficié, bien entendu, de nos rencontres avec les responsables, de nos visites dans les pays et des missions plus larges et systématiques que nous commençons à réaliser. Nous bénéficions dans ce domaine d'une déjà longue expérience acquise depuis le lancement de la politique de la Santé pour tous et de ses étapes successives.

L'évolution de notre travail avec nos partenaires

Au cours de cette année, nous avons privilégié certains de nos partenariats. Nous avons engagé des actions très concrètes avec trois d'entre eux : le Conseil de l'Europe, l'Union européenne et la Banque mondiale.

Le Conseil de l'Europe

J'ai déjà évoqué notre collaboration dans le cadre du Pacte de stabilité et notre participation au groupe de l'Initiative pour la Cohésion sociale. Nous collaborons également sur les thèmes de la santé et des droits de l'homme, de la bioéthique et sur des sujets plus spécifiques, tels que la santé et les médias. Nous avons participé en juin à Strasbourg à la réunion du Comité européen de la santé du Conseil de l'Europe en compagnie de la Commission européenne. Quarante États membres étaient présents à cette « première ». La grande majorité a commenté de façon positive cette initiative et a encouragé notre collaboration. Une lettre d'accord qui a été échangée à l'issue de la réunion est à votre disposition.

L'Union européenne

Là encore, les choses ont beaucoup progressé au cours de ces derniers mois en particulier du fait de l'accord signé entre la Directrice-générale de l'OMS et le Président de la Commission européenne. Ce cadre stimule une collaboration plus nette et plus précise entre la Commission et le Bureau régional. Cette collaboration dans de nombreux domaines dure déjà depuis longtemps. L'une des preuves en a été en septembre dernier – la réunion de coordination des activités de l'Union européenne et de l'OMS dans le domaine de l'environnement et de la santé avec la participation de la Commissaire européenne chargée de

ce domaine. L'accord signé entre les deux organisations nous encourage à développer cette collaboration. Nous savons que nos États membres nous soutiennent dans cette direction. Une réunion est prévue à Bruxelles au mois d'octobre pour définir dans les détails les thèmes et les méthodes qui seront développées. Je peux d'ores et déjà vous dire que la surveillance et la prévention des maladies transmissibles, la promotion de la santé, et l'environnement font partie de nos priorités communes. Notre collaboration dans le domaine de l'information sera également forte avec l'ambition de renforcer notre complémentarité et de supprimer les doubles emplois.

La Banque mondiale

Avec la Banque mondiale, la collaboration est avant tout sur le terrain, dans les pays où nos deux organisations sont présentes. Lors d'une réunion à Washington, nous avons étudié cas par cas comment rendre nos actions plus cohérentes et complémentaires. À la fin de cette semaine, une dizaine de collaborateurs de la Banque mondiale responsables des pays de l'Europe orientale vient au Bureau régional. Le but de cette rencontre est de mettre en place des mécanismes de collaboration plus performants, de revoir les thèmes prioritaires de notre collaboration, en particulier dans le domaine des maladies infectieuses, de la pharmacie, de l'information et de l'environnement. Nous reviendrons également sur cette collaboration au cours de la session du Comité régional consacrée au partenariat.

Bien entendu, en plus de cet approfondissement de nos relations avec ces trois partenaires, nous avons poursuivi nos collaborations avec les organisations de la famille des Nations Unies et avec les organisations non gouvernementales, en particulier professionnelles. Le document « Partenariats pour la santé » est consacré à ce sujet.

L'évolution des méthodes de travail au sein même du Bureau régional

Deux directions principales guident cette évolution que nous développons progressivement. Il s'agit tout d'abord de promouvoir un mode de travail basé sur les faits (en anglais : evidence based) et sur les bonnes pratiques. Ceci s'applique au contenu technique de notre travail, à la mise en place des services aux États membres, et à la gestion et l'administration de notre organisation. Dans cette perspective, nous avons réalisé ou fait réaliser un certain nombre d'études et d'audits administratifs couvrant différents domaines. Ces investigations concernent en particulier les centres externalisés, les centres collaborateurs, les bureaux de liaison, les bureaux d'action humanitaire, les différents aspects de l'information, les ressources humaines et la formation du personnel. L'ensemble de ces outils de gestion et de prise de décision nous fournit aujourd'hui les bases factuelles pour mettre en œuvre les évolutions et changements nécessaires aux nouvelles orientations de nos activités. Nous présenterons l'ensemble de ces conclusions au Comité permanent lors de sa session de novembre afin de les rendre complètement opérationnelles dès la fin de cette année. En réalité, nombre de ces réformes sont déjà mises en place. Dans cette phase de transition, plutôt que de choisir une méthode radicale, j'ai pris la responsabilité de consacrer le temps nécessaire à l'identification des problèmes et à la transformation progressive des méthodes de travail. D'une certaine manière, nous avons appliqué au Bureau les méthodes de travail que nous recommandons pour la santé publique.

La deuxième direction qui guide l'évolution de nos méthodes de travail concerne la participation du personnel. Non seulement au niveau individuel, mais aussi dans une perspective collective. Nous avons lancé récemment une initiative inspirée des « cercles de qualité » par laquelle nous engageons les équipes du Bureau à prendre elles-mêmes l'initiative de vérifier et d'améliorer l'adaptation et la qualité de leur travail sous une forme systématique et organisée.

Cette évolution nécessaire de nos méthodes de travail s'accompagne d'un programme et d'un investissement important dans le domaine de la formation continue de chaque membre du personnel et d'une ouverture du Bureau à des expériences extérieures que des témoins et des experts viennent présenter et débattre régulièrement avec le personnel (« Invité du Mois »).

Vous dire que tout va bien, vous ne le croiriez pas. Les transitions sont toujours difficiles et angoissantes, mais je témoigne du constant dévouement du personnel, de la qualité et de l'intensité du travail fourni

malgré les difficultés. Je ne consacre pas un chapitre spécial de ma présentation aujourd'hui à nos relations avec le siège de l'OMS. Je peux vous dire simplement que nous contribuons loyalement à l'objectif de construire une « OMS unique » tout en défendant notre place et la spécificité européenne dans cette organisation.

LES DÉFIS À VENIR

Lors de ma présentation l'année dernière, j'avais évoqué les défis et opportunités pour la santé dans les années à venir. Je voudrais insister aujourd'hui sur ceux d'entre eux qui nous semblent de particulière importance.

L'information

Tout au long de l'année, dans pratiquement toutes les réunions et rencontres, la question d'une information facilitant la prise des décisions en matière de santé est revenue. Cette demande insistante qui nous est faite, de favoriser la circulation de l'information, d'accréditer les bonnes sources, de produire des analyses opérationnelles, ne s'adresse pas seulement à l'OMS et à ses propres banques de données, mais elle interpelle l'ensemble des organisations internationales travaillant dans ce secteur. Notre conviction est que la multiplication des informations, au lieu de faciliter la décision, en réalité la complique. Nous recherchons donc les moyens avec nos partenaires de fournir à nos États membres l'information dont ils ont réellement besoin. C'est l'un des sujets pour lesquels nous espérons que l'année à venir sera déterminante et que nous bénéficierons de votre soutien politique et technique. L'observatoire des systèmes de santé est un bon exemple de coopération créatrice d'informations reconnues « utiles » par les utilisateurs.

Convention sur le tabagisme

Le deuxième défi de l'année qui vient est celui de la Convention sur le tabagisme. Nous devons faire plus pour que la Région européenne pèse de tout son poids pour l'aboutissement de cette initiative capitale pour la santé publique et exemplaire pour l'action internationale. L'occasion nous en est fournie par la Conférence de Varsovie qui se déroulera en février 2002. Des réunions intermédiaires sont prévues dans différents pays. J'espère que nous profiterons de la présence de tous les États membres à ce Comité régional pour renforcer cette préparation. C'est pourquoi l'équipe du Bureau régional responsable de la lutte contre le tabagisme est avec nous à Madrid.

LE COMITÉ RÉGIONAL

Venons-en maintenant et pour terminer au Comité régional lui-même. Comme vous, nous en attendons beaucoup. Vous êtes notre instance statutaire. Vos commentaires, critiques et suggestions sont essentiels pour notre travail. Nous aspirons à cette ouverture et à cette interactivité qui caractérise nos relations avec le Comité permanent. En plus des séances communes à tous les comités régionaux et que vous connaissez bien, quatre sujets ont été sélectionnés pour des présentations et des discussions plus approfondies : **l'alcool et les jeunes ; l'information et le rapport européen sur la santé ; le budget ; et la pauvreté.** Permettez-moi d'insister sur cette séance sur la pauvreté, sujet certes difficile, que le Comité permanent a cependant retenu pour marquer le rôle promoteur du Comité régional et solliciter son avis. Le débat ne s'arrêtera pas après la séance de demain. Notre souhait est que vous puissiez nous alimenter par vos expériences des actions menées partout dans la Région pour diminuer les effets sur la santé de la pauvreté. Nous espérons pouvoir tirer des différentes études de cas que vous nous fournirez des enseignements qui pourront servir aux autres pays. Pour un sujet comme celui-là, si préoccupant et qui touche de plein fouet certaines populations et certains pays de la Région, il est essentiel que l'expérience des uns puisse servir aux autres.

J'attire votre attention en dehors des séances formelles du Comité régional sur la présentation par le Dr Nabarro sur le SIDA et son Fond spécial, celle sur le système de santé espagnol très instructif par les

réformes opérées au cours de ces dernières années et enfin la séance sur la santé dans les pays candidats à l'Union européenne.

Comme vous l'avez compris, la séance consacrée au partenariat avec les autres organisations prendra cette année la forme d'une table ronde. Les organisations non gouvernementales présentes au Comité régional sont invitées à poser des questions à cette table ronde ou bien intervenir dans les autres séances spécifiques. Si elles le souhaitent, elles peuvent aussi fournir des documents écrits.

CONCLUSION

Ma conclusion après cette longue présentation sera très brève – nous comptons sur vous pour nous aider à continuer dans la bonne direction.