



EUROPE

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

Copenhague, 16–19 septembre 2002

EUR/RC52/REC/1
4 octobre 2002
23718
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT SUR LA CINQUANTE-DEUXIÈME SESSION

Mots clés

REGIONAL HEALTH PLANNING
HEALTH POLICY
HEALTH PRIORITIES
RESOLUTIONS AND DECISIONS
WORLD HEALTH ORGANIZATION
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
Rapport du directeur régional.....	4
Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif.....	7
Rapport du neuvième Comité permanent du Comité régional	7
Recommandations concernant les critères applicables pour la désignation de membres du Conseil exécutif	7
Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé.....	8
Rapport de l'évaluation externe de l'activité menée par le Bureau régional en matière de réforme des systèmes de santé.....	9
Rapport du sous-groupe du CPR sur la bioéthique.....	10
Partenariats pour la santé.....	10
Questions de politique générale et questions techniques	13
Pauvreté et santé.....	13
Tuberculose, VIH/sida et paludisme	15
Projet de budget-programme pour 2004–2005.....	17
Stratégie européenne pour la lutte antitabac (Quatrième Plan d'action pour une Europe sans tabac)	19
Le rôle du secteur privé dans le système de santé.....	21
Élections et nominations	23
Conseil exécutif.....	23
Comité permanent du Comité régional	23
Comité européen de l'environnement et de la santé	23
Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine	23
Date et lieu des futures sessions du Comité régional	23
Demande de transfert de Chypre de la Région de la Méditerranée orientale à la Région européenne de l'OMS.....	23
Résolutions	26
EUR/RC52/R1 Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2000–2001.....	26
EUR/RC52/R2 Certification de la Région européenne de l'OMS en tant que territoire indemne de poliovirus sauvage autochtone.....	26

EUR/RC52/R3	Recommandations de la conférence pan-européenne de la FAO et de l'OMS sur la sécurité sanitaire et la qualité des aliments, 25–28 février 2002	27
EUR/RC52/R4	Projet de budget-programme pour 2004–2005	28
EUR/RC52/R5	Dates et lieu des sessions ordinaires du Comité régional en 2003 et 2004	29
EUR/RC52/R6	Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé.....	29
EUR/RC52/R7	La pauvreté et la santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS.....	30
EUR/RC52/R8	Amplifier l'action contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS.....	31
EUR/RC52/R9	Amplifier l'action contre le VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS.....	33
EUR/RC52/R10	Amplifier l'action contre le paludisme dans la Région européenne de l'OMS	35
EUR/RC52/R11	Rapport du neuvième Comité permanent du Comité régional	36
EUR/RC52/R12	Stratégie européenne pour la lutte antitabac.....	37
Annexe 1	Ordre du jour.....	39
Annexe 2	Liste des documents.....	40
Annexe 3	Liste des représentants et autres participants	42
Annexe 4	Déclaration du directeur général de l'OMS	60
Annexe 5	Déclaration du directeur régional de l'OMS pour l'Europe.....	68
Annexe 6	Interventions du représentant de la Turquie.....	75

Introduction

Ouverture de la session

La cinquante-deuxième session du Comité régional de l'Europe de l'OMS s'est tenue au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à Copenhague, du 16 au 19 septembre 2002. Les représentants de 49 pays de la Région y ont participé. Étaient également présents des observateurs de deux États membres d'autres régions, deux États membres de la Commission économique pour l'Europe et un État non membre, des représentants de l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, le Bureau régional de l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance), pour l'Europe centrale et orientale, la Communauté des États indépendants et les États baltes, la Banque mondiale, le Conseil de l'Europe, la Commission européenne et des organisations non gouvernementales.

La première séance de travail a été ouverte le 16 septembre 2002 par le professeur Ayşe Akin, président exécutif sortant. Après la déclaration du directeur régional de l'OMS pour l'Europe, des discours ont été prononcés par le Dr Ana María Pastor-Julian, ministre espagnole de la santé et de la consommation (l'Espagne avait accueilli la cinquante et unième session), et par M. Lars Løkke Rasmussen, ministre danois de l'intérieur et de la santé.

Élection du bureau

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

M. Lars Løkke Rasmussen (Danemark)	président
Dr James Kiely (Irlande)	président exécutif
Dr Jarkko Eskola (Finlande)	vice-président exécutif
Mme Katalin Novák (Hongrie)	rapporteur

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

(EUR/RC52/2 Rev.1 et /Conf.Doc./1 Rev.1)

Nonobstant une demande officielle de la délégation turque, appuyée par la délégation de l'Azerbaïdjan, que soit supprimé le point 10 de l'ordre du jour provisoire (relatif à la demande de transfert de Chypre de la Région de la Méditerranée orientale à la Région européenne de l'OMS), le Comité a adopté l'ordre du jour et le programme de travail tels qu'ils avaient été approuvés par le Comité permanent du Comité régional. Le représentant de la Turquie a demandé que son intervention soit reproduite *in extenso* dans le rapport sur la session du Comité régional. Ladite intervention est reproduite à l'annexe 6.

Déclaration du directeur général

S'adressant au Comité régional, le directeur général a commencé par rappeler les événements tragiques survenus aux États-Unis au cours de la précédente session du Comité régional, tenue à Madrid. L'interdépendance mondiale était devenue plus claire encore depuis ces terribles attaques terroristes, les gens prenant conscience des possibilités de menaces délibérées contre la santé. Les nations européennes avaient agi pour contrer ces menaces et comprenaient la nécessité d'améliorer la surveillance et l'état de préparation. Elles avaient également dû faire face à de nouvelles situations d'urgence, comme par exemple les récentes inondations survenues en Europe centrale, auxquelles l'OMS avait réagi rapidement, à la demande des autorités nationales.

Il était désormais admis que la santé était un élément essentiel pour garantir notre avenir à tous ce qui signifie qu'il faut des systèmes de santé efficaces et que la maladie recule de façon tangible. L'OMS portait son attention sur les questions qui comptent le plus, par exemple en utilisant les buts de développement du millénaire, en donnant suite au rapport de la Commission Macroéconomie et santé et en donnant une place de plus en plus éminente à la santé dans les conférences internationales sur le

financement et commerce. Des ressources supplémentaires pourraient être obtenues grâce à des alliances et des partenariats fondés sur des buts communs, tels que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, l'Initiative Villes-santé et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Agir en partenariat était la condition la plus importante pour écarter les obstacles qui empêchent les individus d'avoir accès aux systèmes de santé et aux produits dont ils ont besoin. Ce n'est qu'en parvenant à faire fonctionner les partenariats qu'il serait impossible de faire face convenablement aux risques en matière d'hygiène de l'environnement. De nouveaux accords internationaux, tels que la Convention-cadre sur la lutte antitabac, pouvaient être utiles, mais, dans la plupart des cas, il fallait mettre en place et maintenir des partenariats plus informels.

L'OMS travaillait en partenariat avec une grande diversité d'acteurs pour élargir l'accès à des médicaments pouvant sauver des vies. Après des efforts intenses accomplis au cours des quatre dernières années, on a maintenant couramment recours à des prix différenciés pour améliorer l'accès des pauvres aux médicaments. Les sauvegardes avaient été renforcées dans le cadre d'un accord universel entre les états membres de l'Organisation mondiale du commerce. Aucune disposition d'un accord commercial ne devrait avoir pour effet de refuser l'accès à des médicaments salvateurs pour les personnes qui en ont besoin.

L'argent était vital mais agir efficacement exigeait un engagement sans faille à changer les choses. Certains dans la Région européenne avaient montré la voie en mettant l'accent sur la santé mentale. Changer les choses impliquait également de parvenir à un consensus entre différents secteurs. Depuis des années, les responsables politiques européens savaient que l'environnement pouvait nuire à la santé des individus, et ils ont pris des initiatives en faveur de l'hygiène de l'environnement. En vue de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui se tiendrait à Budapest en 2004, des mesures seraient prises pour faire face au fait que trop d'enfants étaient malades à cause du milieu où ils vivent. Le Centre européen pour l'environnement et la santé, à Rome, collaborait, ainsi que l'UNICEF, le PNUD et d'importantes ONG, à mettre en place une alliance mondiale pour favoriser des environnements plus sains pour les enfants, dans le cadre d'interventions économiquement rationnelles faisant appel à des indicateurs précis.

Les pays européens réformaient leur système de santé afin de répondre aux besoins de leur population. Les compétences et les technologies dont se servaient les professionnels de santé ne correspondaient souvent pas aux besoins en matière de soins, et les négociations menées pour convenir de normes relatives au personnel, au financement et aux performances des systèmes de santé étaient complexes. Cela supposait d'axer les efforts collectifs sur les résultats au niveau de l'état de santé, sur la qualité des services et sur la sécurité des patients. Ceux qui défendent efficacement la cause de la santé et trouvent les moyens pour actionner les leviers du changement pourraient faire appel à l'aide de l'OMS, à son soutien et à ses conseils.

Le *Rapport sur la santé dans le monde 2002* mettait en évidence les risques les plus importants pour la santé dans le monde d'aujourd'hui. Certains risques, déjà bien connus, étaient associés au sous-développement, mais d'autres étaient liés à certains comportements défavorables à la santé, par exemple de mauvaises habitudes alimentaires, l'obésité, l'hypertension et l'hypercholestérolémie, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool ainsi que l'inactivité physique. Partout dans le monde, des modes de consommation défavorables à la santé se substituaient à des habitudes alimentaires plus saines et à la pratique d'une activité physique. L'OMS préparait une stratégie mondiale sur le régime alimentaire et l'activité physique, à laquelle participeraient les États membres. Le rapport traitait également de la violence en tant que problème de santé publique mondial, afin de rompre le silence concernant la violence et fournir aux États membres des outils leur permettant de faire face aux causes et aux conséquences de la violence.

L'OMS avait créé un précédent en matière de santé publique avec la Convention-cadre sur la lutte antitabac, qui définissait des règles, au plan mondial, concernant la promotion, la production et la vente de produits qui tuaient la moitié de leurs consommateurs habituels. Les négociations sur la Convention-

cadre avaient illustré le rôle essentiel joué par l'État pour faire progresser la santé publique et fixer des normes et des niveaux de référence. L'industrie du tabac continuait à agir et à réagir en fonction de ses intérêts propres, en diffusant des données prétendument scientifiques et une propagande trompeuse, à laquelle les pays européens avaient répondu avec une déclaration intransigeante et ferme, lors de la Conférence de Varsovie. La date visée pour la conclusion des négociations était mai 2003, et une forte détermination politique serait nécessaire au cours des dernières étapes cruciales conduisant au premier traité international de l'OMS.

Le directeur général a indiqué que cette session était la dernière à laquelle elle assisterait dans sa fonction actuelle, et elle a rendu hommage au personnel de l'Organisation, et notamment des bureaux locaux. L'initiative axée sur les pays améliorerait les compétences de base des équipes locales, transformerait le système administratif et favoriserait le partage de l'information, pour faire en sorte de mieux concentrer les efforts sur les besoins des pays et appuyer une action de santé efficace par une activité normative et une coopération technique.

Lorsque le directeur général avait pris ses fonctions, elle avait engagé l'OMS à changer les choses. Une stratégie institutionnelle avait été élaborée à partir d'une analyse de la charge mondiale de morbidité, et des priorités claires avaient été définies. Avec ses partenaires, l'OMS faisait désormais face aux risques qui contribuent aux problèmes de santé, intensifiait son action en matière de pauvreté, jouait un rôle central dans la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH/sida, et contre les menaces que représentent les maladies non transmissibles et le tabac, et contribuer à mettre en place des systèmes de santé équitables et efficaces. Ce programme était soutenu par la détermination de tout mettre en œuvre pour placer la santé au cœur même des préoccupations politiques.

Répondant à la déclaration du directeur général, un orateur a rappelé qu'il avait été, ainsi que ses collègues, surpris d'entendre que le Dr Brundtland ne figurerait pas au nombre des candidats au poste de directeur général de l'OMS pour la période 2003–2008. L'OMS avait besoin d'une direction forte pour la prochaine période de cinq ans. Il a remercié le directeur général d'avoir ancré plus fermement la santé parmi les préoccupations internationales et s'est déclaré certain que les initiatives qu'elle avait prises dans divers domaines continueraient de prospérer bien au-delà de son mandat.

Un autre représentant a décrit les inondations qui avaient récemment dévasté des régions entières de son pays, faisant 14 morts et causant pour plus de deux milliards d'euros de dommages. Quelque 30 000 sauveteurs et autres volontaires ainsi que 50 000 enfants de trois à cinq ans avaient été vaccinés, grâce à quoi aucun cas d'infection intestinale ou d'hépatite A n'avait été enregistré. Ce représentant a exprimé de profonds remerciements à l'ensemble des pays et organisations, à l'intérieur comme à l'extérieur de la Région européenne, qui ont apporté leur aide pour faire face à cette situation.

Le directeur général a dit que le bureau de son représentant spécial à Moscou était un bon exemple de la façon dont l'ensemble des parties de l'Organisation pouvaient collaborer. La Fédération de Russie était un vaste pays, pourtant, par l'intermédiaire de ce bureau, il était possible de mobiliser des fonds et de s'attaquer à des problèmes à la fois avec le Siège et avec le Bureau régional. L'histoire de la Région européenne et les besoins de ses États membres étaient très particuliers, et la nature de la présence de l'OMS dans les pays de la Région devrait être étudiée avec soin, en particulier à la lumière de la situation après 1990. L'OMS devait être proche des autorités nationales, qui elles-mêmes devaient pouvoir accéder au réseau mondial d'information, et elle avait besoin de quelqu'un qui puisse faire un travail de sensibilisation dans chaque pays. Il s'agissait d'un processus bidirectionnel. La Région européenne était composée de nombreux pays riches et avait grandement contribué à la base globale de connaissances qui pouvaient servir à toutes les régions.

Le président et le directeur régional se sont associés pour remercier le directeur général d'avoir assisté aux sessions du Comité régional et d'avoir partagé ses points de vues éclairés. C'était la dernière session de ce bureau à laquelle elle assisterait dans sa fonction présente mais il restait encore dix mois et beaucoup de travail à accomplir. Pour conclure, le directeur régional a saisi l'occasion qui lui était donnée de remercier le directeur général au nom du personnel de la Région qui, il n'en doutait pas, avait ressenti durant son mandat une plus grande fierté de son travail.

Rapport du directeur régional

(EUR/RC52/4, /Conf.Doc./3, /Conf.Doc./11, /Conf.Doc./13, /Inf.Doc./3 et /Inf.Doc./4)

Dans sa déclaration devant le Comité régional, le directeur régional a décrit comment les activités du Bureau régional en 2000/2001 avaient à la fois contribué à des programmes mondiaux et tenu compte des spécificités de la Région européenne. Les événements marquants de l'année écoulée concernaient le bioterrorisme, le tabagisme, l'éradication de la poliomyélite, la lutte contre le sida et l'infection à VIH, l'éthique des systèmes de santé ainsi que l'environnement et la santé. S'agissant de la question de la santé et du développement, le directeur régional a souligné la nécessité de reconnaître les atouts des pays de la partie orientale de la Région. Le Bureau régional continuerait de préconiser que l'effacement de la dette de ces pays soit consacré à la réforme de leurs systèmes de santé et que l'OMS donne le bon exemple en renégociant avec certains de ces pays le paiement des arriérés de contributions qu'ils doivent à l'Organisation.

En poursuivant et en développant ses programmes et ses méthodes de travail, le Bureau régional avait suivi les orientations données par le Comité régional et le Comité permanent du Comité régional (CPCR), en gardant toujours le partenariat à l'esprit. Dans le cadre de la stratégie pour les pays, une meilleure compréhension des besoins des pays avait permis au Bureau régional de renforcer sa présence dans 28 pays, par le biais des accords de coopération biennaux. En outre, le Bureau régional avait choisi de répondre à des besoins spécifiques de groupes de pays : en collaborant avec le Conseil de l'Europe, dans le cadre du Pacte de stabilité, en Europe du sud-est, en soutenant les pays en transition rapide (dont la plupart sont candidats à l'adhésion à l'Union européenne – UE) et en organisant des forums du futur pour instaurer le dialogue avec d'autres pays. Le Bureau régional s'était efforcé d'établir une coopération plus concrète avec le Conseil de l'Europe, la Commission européenne et la Banque mondiale, et d'étendre ses partenariats avec des institutions spécialisées des Nations Unies et des organisations non gouvernementales (ONG).

Des progrès avaient été accomplis dans des domaines de programme tels que la réforme des systèmes de santé, la politique pharmaceutique, les soins infirmiers et obstétricaux, l'alimentation et la nutrition, la santé des enfants et des adolescents ainsi que les transports. Le manque de ressources avait ralenti la mise en œuvre des programmes relatifs au vieillissement, aux maladies non transmissibles (sur lesquelles on espérait produire une stratégie européenne et la soumettre au Comité régional en 2004) et à l'alcool, et menaçait l'avenir des programmes d'aide humanitaire. Afin de fournir aux pays des conseils étayés par des données probantes, le Bureau régional s'employait à constituer une base d'informations sur la santé, utiles aux décideurs. Au nombre des principaux produits d'information figuraient les publications de haute qualité de l'Observatoire des systèmes de santé, le nouveau site Web et le *Rapport sur la santé en Europe 2002*. Le Bureau régional avait également collecté des données sur sa gestion et son administration, y compris un rapport sur ses centres en dehors de Copenhague, dans le but de guider les réformes dans ce domaine.

Le directeur régional a conclu en décrivant quelques activités importantes prévues pour le Bureau régional dans les mois à venir. Il s'agirait notamment de faire connaître des rapports sur la violence et la santé dans le monde et sur les risques sanitaires au niveau régional, d'appuyer la Convention-cadre sur la lutte antitabac et la promotion de la santé à l'école, de préparer une conférence prévue pour 2005 sur les politiques en matière de santé mentale et de lancer une nouvelle phase de la politique de la Santé pour tous.

Le Dr Donato Greco, vice-président de la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite, a remis un certificat au directeur régional, confirmant que la Région européenne de l'OMS était indemne de poliomyélite. Il a instamment appelé à poursuivre les efforts pour préserver ce qui a été réalisé, et a remercié pour leur soutien Rotary International, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Au cours du débat qui a suivi, des représentants se sont déclarés satisfaits du travail du Bureau régional au service des pays et de sa collaboration avec eux, en particulier la nouvelle stratégie de soutien aux pays. La mise au point des accords de coopération biennaux intégrés faisait que ce soutien était davantage consolidé et efficace, et qu'il visait à répondre aux besoins spécifiques de chaque pays. Le directeur régional a été prié de communiquer au Comité régional, lors de sa prochaine session, une évaluation

détaillée de cette stratégie, décrivant comment elle fonctionnait dans la pratique. Des représentants ont souhaité savoir comment la mise en œuvre des activités dans les pays s'intégrait dans la programmation du Bureau régional, et quel impact financier aurait sur le budget le fait de nommer du personnel international dans les bureaux locaux.

De nombreux intervenants ont félicité le Bureau régional pour l'éradication de la poliomyélite de la Région européenne. Cette réussite est le résultat d'une collaboration fructueuse entre le Bureau régional, les États membres, des organisations internationales et des ONG. Plusieurs représentants ont insisté sur le fait qu'il fallait que les États membres restent vigilants, que s'établisse une coopération régionale visant à prévenir l'importation de poliovirus sauvages, que les programmes de surveillance et de vaccination en masse fassent l'objet d'une attention constante et que les stocks de poliovirus soient conservés en toute sécurité pour prévenir leur utilisation par des terroristes.

Des représentants ont approuvé le travail du Bureau régional visant à développer et à étendre ses partenariats, en particulier avec le Conseil de l'Europe et la Commission européenne. Les informations concernant les activités de collaboration dans le cadre du Pacte de stabilité ont été accueillies favorablement. L'OMS est priée instamment d'élargir ses partenariats mais de conserver son rôle de chef de file en matière de développement de la santé publique. Il a été suggéré que le Bureau régional coopère avec le Conseil des affaires sanitaires et le groupe chargé de la tuberculose dans la Communauté des États indépendants.

Il a été reconnu que l'information occupait une place centrale, et plusieurs orateurs ont souscrit à l'idée de disposer d'une source unique d'informations et de données probantes, où le Bureau régional jouerait un rôle clé. Des représentants ont également accueilli favorablement le *Rapport sur la santé en Europe 2002*. Toutefois, l'OMS est priée de coopérer avec ses partenaires pour veiller à ce que les mêmes données ne fassent l'objet que d'une seule collecte, même si elles devaient être exploitées par plusieurs organisations, telles que l'OMS, l'Union européenne et l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE).

Le rapport sur les centres éloignés a suscité un certain nombre de questions quant à l'intérêt de ce type de centres et la façon dont ils se situaient par rapport au Bureau de Copenhague, aux centres collaborateurs de l'OMS et aux gouvernements des pays hôtes. Le directeur régional a été prié de présenter une vue d'ensemble claire des centres et de leur mandat respectif et de décrire les mesures qu'il prendrait au vu des recommandations formulées dans le rapport.

Divers représentants ont fait l'éloge du travail du Bureau régional dans différents domaines techniques, tels que la lutte contre les maladies transmissibles, l'hygiène de l'environnement et la lutte antitabac. L'échange d'information avec d'autres éminentes institutions et le détachement de personnel dans lesdites institutions ont été considérés comme des moyens permettant d'atteindre les objectifs de l'OMS en matière de surveillance des maladies transmissibles. De nombreux représentants se sont déclarés satisfaits de la Déclaration de Varsovie, aboutissement de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS pour une Europe sans tabac. En rassemblant les pays pour débattre d'un sujet délicat, le Bureau régional jouait un rôle essentiel pour les négociations de la Convention-cadre. En outre, un orateur a souligné le rôle de l'OMS concernant la promotion de la question de la bioéthique dans la Région et a suggéré que le Bureau régional s'inspire de l'expérience du Conseil de l'Europe dans ce domaine.

Les forums du futur permettaient d'instaurer un débat sur les problèmes qui se poseraient à l'avenir dans le domaine de la santé. Des représentants ont considéré que si des programmes et des mesures stratégiques étaient nécessaires, le Bureau régional devait prendre en considération le souhait des populations de voir les institutions spécialisées réagir rapidement aux menaces sanitaires. Il a été suggéré que l'activité de ces forums soit évaluée sur la capacité d'ouvrir le débat à une plus grande participation et de veiller à l'utilité de ce sur quoi ils débouchent.

Plusieurs représentants ont invité le Bureau régional à donner une plus grande place aux maladies non transmissibles et ont salué la perspective d'une stratégie européenne sur cette question. D'autres ont demandé quels progrès avaient été accomplis, depuis la Conférence ministérielle sur les jeunes et l'alcool, en 2001, quant à la mise en œuvre du Plan d'action européen sur l'alcool et la création d'un système d'information européen sur l'alcool. En outre, l'obésité et le manque d'activité physique deviennent des

sujets de préoccupation majeurs, et il a été suggéré que ces maladies et d'autres maladies non transmissibles soient abordées dans le cadre d'une approche de promotion de la santé.

En réponse à ces interventions, le directeur de la Division du soutien technique 2 a fait savoir que parmi les réalisations intervenues depuis 2001 figuraient la création du système européen d'information sur l'alcool, avec l'appui de la France et de la Norvège, l'actualisation et l'enrichissement de la base de données sur les politiques en matière d'alcool, et le lancement d'une enquête sur l'efficacité de ces politiques. Un groupe régional spécial avait été créé sur l'alimentation, l'obésité et l'activité physique, le programme consacré à la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments portant également sur cette question. La contribution européenne à la Journée mondiale de la santé 2002 avait principalement porté sur la nécessité de s'adonner à une plus grande activité physique, ce qui est une question multisectorielle et non une question de choix individuel.

Le directeur par intérim de la Division du soutien technique 1 a indiqué qu'un groupe d'experts de haut niveau avait renforcé les travaux sur la tuberculose, et que maintenir la Région exempte de poliomyélite exigeait le maintien de la surveillance et la poursuite d'une collaboration étroite avec le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. Pour empêcher l'utilisation de stocks de poliovirus par des terroristes, le directeur régional travaillait avec des groupes d'experts, le Siège de l'OMS et les États membres à faire en sorte que leur confinement sûr soit assuré. Dans le cadre du partenariat avec la Commission européenne, un expert du Bureau régional sera détaché pour travailler sur la surveillance et d'autres questions.

Le directeur par intérim de la Division du soutien aux pays a décrit comment a été mise en pratique la stratégie pour les pays. Cela a consisté en diverses mesures : élaboration et mise en œuvre des accords de coopération biennaux ; renforcement des liens entre les bureaux locaux, les programmes techniques de l'OMS et les bureaux d'autres institutions spécialisées des Nations Unies ; renforcement du rôle du personnel local ; augmentation planifiée du personnel international dans cinq bureaux locaux ; et évaluation du travail accompli. L'activité avec les pays portait sur trois aspects : les systèmes de services de santé, les politiques et l'assistance technique. Le Bureau régional a augmenté son soutien aux pays en transition rapide et favorise l'élargissement de la participation aux forums du futur. Les liens avec l'ensemble des partenaires sont en train d'être renforcés.

Le directeur régional a remercié le Comité régional pour ces orientations. Les centres éloignés constituaient un atout dès lors qu'ils disposaient d'un personnel et d'un budget suffisants et il a clairement cité des tâches spécifiquement liées aux fonctions du Bureau de Copenhague. Le rapport consacré à ces centres devrait peut-être être examiné plus en détail avec le CPR. Les centres étaient à des niveaux de développement différents ; les plus récents seraient développés conformément aux recommandations du rapport. Le directeur régional examinerait l'évaluation des centres et clarifierait la situation, lors de la cinquante-troisième session du Comité régional.

Le travail du Bureau régional en tant que centre d'analyse ou « centrale d'informations sur la santé » ferait appel aux compétences complémentaires de tous les partenaires du Bureau. Cela aussi exigeait d'améliorer la solidité technique des produits du Bureau régional.

Le directeur régional a remercié les représentants de leur appui au travail du Bureau régional dans le cadre du Pacte de stabilité et a dit que le Bureau régional entreprendrait une évaluation de la stratégie pour les pays. Pour conclure, il a rendu hommage à l'Association du personnel pour son appui à l'Organisation et pour l'approche constructive qu'elle adopte pour travailler avec la direction.

Le Comité régional a adopté les résolutions EUR/RC52/R1, EUR/RC52/R2 et EUR/RC52/R3.

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

(EUR/RC52/6)

Le professeur Vilius Grabauskas, membre européen du Conseil exécutif, a présenté une vue d'ensemble des principales questions abordées lors des cent neuvième et cent dixième sessions du Conseil et lors de la cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la santé. Conformément à la pratique en vigueur, il avait été invité par le CPRC à assister aux réunions en qualité d'observateur et à faire rapport au Comité régional.

Le professeur Thomas Zeltner, président du Groupe de travail intergouvernemental ouvert spécial sur l'examen des méthodes de travail du Conseil exécutif, a fait rapport au Comité sur le contexte et le mandat du groupe de travail. Essentiellement, il s'agissait d'examiner les méthodes de travail du Conseil et de formuler des propositions concrètes à leur sujet, y compris en ce qui concerne d'éventuelles modifications du règlement intérieur. Le groupe avait écrit aux États membres pour leur demander leurs propositions. Celles-ci pouvaient être classées en trois catégories : celles au sujet desquelles il existait un large consensus ; celles au sujet desquelles il n'y avait manifestement pas de consensus ; et celles qui méritaient une discussion plus approfondie. Une compilation de l'ensemble des propositions a été renvoyée aux États membres, accompagnée d'une demande d'observations, et la date limite pour les réponses a été fixée au 2 octobre 2002. Le groupe analysera ensuite les réponses en vue de présenter au Conseil exécutif un ensemble de propositions lors de sa cent onzième session, en janvier 2003.

Plusieurs intervenants ont attiré l'attention du Comité sur la nécessité d'élargir la perspective dans la Région européenne en ce qui concerne la qualité des soins (résolution WHA55.18). Il ne s'agissait pas seulement d'une question de sécurité pharmaceutique, qui faisait l'objet de la réunion prévue pour novembre 2002, et le Bureau régional devrait adopter une perspective plus large et inclure tous les aspects de la qualité. Le représentant du Conseil de l'Europe a déclaré que le Comité européen de la santé était sur le point de créer un groupe de travail dont les travaux porteraient sur la gestion de la sécurité et de la qualité dans le domaine des soins de santé et qui examinerait les procédures de réclamation des patients et la prévention des événements indésirables.

D'autres orateurs ont souligné qu'il importait de garder présentes à l'esprit les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif concernant la pauvreté et les autres déterminants socio-économiques de la santé, qui présentaient une importance particulière dans les pays en transition. Il serait également utile de procéder à une analyse de la mise en œuvre des résolutions au niveau des pays.

Deux délégations ont attiré l'attention du Comité sur le fait que la majorité des États membres n'avaient pas pris part aux discussions sur les méthodes de travail du Conseil exécutif. Une large participation à ces importantes discussions était préconisée. Elles avaient un caractère stratégique et toucheraient potentiellement tous les pays. Il se pouvait bien que les procédures soient améliorées, mais il serait sage de ne pas modifier l'équilibre constitutionnel actuel entre l'Assemblée mondiale de la santé et le Conseil exécutif.

Rapport du neuvième Comité permanent du Comité régional

(EUR/RC52/3, /3 Add.1 et /Conf.Doc./2)

Le président du Comité permanent a signalé que certains membres du CPRC présenteraient les opinions de ce dernier sur les questions techniques qu'il avait examinées au cours de l'année lorsque le Comité régional aborderait les points correspondants de son ordre du jour.

Recommandations concernant les critères applicables pour la désignation de membres du Conseil exécutif

Le président du CPRC a rappelé qu'à la suite de consultations officielles avec les États membres européens ou avec leurs missions permanentes au cours de la cent neuvième session du Conseil exécutif, une session spéciale du CPRC consacrée au sujet de la représentation de la Région européenne au

Conseil, à laquelle tous les États membres de la Région avaient été conviés, avait été tenue, à Genève, les 13 et 14 juin 2002. Le CPR, lors d'une réunion privée tenue immédiatement après la session spéciale, a approuvé les observations et recommandations formulées à cette occasion.

La question des critères applicables à la désignation de membres du Conseil exécutif se subdivisait en trois éléments : les critères eux-mêmes, la question du regroupement géographique des pays et l'arrangement volontaire officieux concernant les pays qui étaient membres permanents du Conseil de sécurité des Nations Unies.

Étant donné qu'il appartenait aux pays de choisir leurs représentants au Conseil, le CPR était d'avis que les critères suggérés, tels que définis dans l'annexe 3 au document EUR/RC51/3, devraient servir de principes directeurs et non être imposés, bien qu'ils n'aient pas encore été adoptés officiellement par le Comité régional. Les groupements sous-régionaux étaient, sur le papier, une solution attrayante mais difficile à mettre en œuvre dans la pratique, et le CPR proposait par conséquent que cette question continue de faire l'objet d'autres consultations.

S'agissant de la représentation « semi-permanente » au Conseil, le CPR recommandait que l'arrangement intérimaire adopté par le Comité régional à sa quarante-neuvième session soit maintenu jusqu'à son terme, en 2006, et que le Comité régional examine, en 2003, la possibilité de se mettre d'accord pour passer à une périodicité étendue de trois ans sur six, applicable aux pays concernés (à savoir le Royaume-Uni à partir de 2007, la Fédération de Russie à partir de 2008 et la France à partir de 2009). Le CPR a également recommandé qu'avant la cinquante-troisième session, en 2003, que les arrangements actuels fassent l'objet d'une évaluation, et il a approuvé le mandat de cette évaluation lors de la réunion qu'il a tenue le 15 septembre 2002.

Le Comité régional s'est rallié à la solution de compromis à laquelle on était parvenu lors de la session spéciale du CPR, en juin, étant entendu que cette solution n'avait pas de caractère officiel et qu'elle n'était qu'une autre mesure transitoire avant de parvenir à une représentation équitable, telle que la prévoyait la Constitution de l'OMS. À cette fin, il a été décidé que le Comité régional, appuyé par le CPR, poursuive son travail sur des critères objectifs, et notamment la répartition géographique, et continue d'étudier le concept de groupement. De plus, le Comité régional a décidé de charger le CPR de faire procéder à une évaluation des arrangements actuels, en se basant sur le mandat tel qu'il a été approuvé par le CPR, et de faire rapport au Comité régional à sa cinquante-troisième session.

Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé (EUR/RC52/Conf.Doc./12 et /Inf.Doc./2)

Le représentant de la Hongrie a indiqué que le Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES) avait concentré ses efforts sur la définition de l'ordre du jour de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui devrait se tenir à Budapest en juin 2004. Un questionnaire avait été adressé aux États membres et aux ONG pour obtenir leurs points de vue sur ce que devait être le thème global de la Conférence et sur les questions prioritaires qu'ils souhaitaient voir traitées, ajoutant qu'une réunion intergouvernementale de haut niveau avait eu lieu à Lucca (Italie), en avril 2002. Ayant analysé les réponses recueillies, le CEES a estimé que le thème de la conférence devrait être « l'avenir pour nos enfants », dans le contexte plus large du développement durable. Cela allait dans le sens de l'initiative lancée par le directeur général de l'OMS lors du sommet mondial de Johannesburg.

De plus, le CEES avait recensé un certain nombre d'enjeux politiques en matière d'environnement et de santé à aborder lors de la Conférence, et il proposait que l'ordre du jour soit divisé en trois grands points : les progrès accomplis depuis la première conférence européenne (Francfort, décembre 1989) ; le renforcement de la base de l'élaboration des politiques ; et les questions nouvelles suscitant des préoccupations croissantes. Il était prévu également que la conférence trace les grandes lignes à suivre pour faire progresser ces questions en adoptant une déclaration et un plan d'action sur la santé et l'environnement des enfants.

Tous les intervenants ont remercié le CEES du travail qu'il avait accompli au cours de l'année et approuvé le thème proposé pour la Conférence. En outre, ils se sont réjouis de l'adoption par les pays, en juillet 2002, du Programme paneuropéen pour les transports, l'environnement et la santé, bien qu'ils aient eu le sentiment que le secteur de la santé ait été peut-être sous-représenté à son comité directeur. La proposition visant à inclure le tourisme et la santé à l'ordre du jour de la conférence a également reçu un accueil favorable, mais les opinions étaient partagées quant à savoir s'il serait préférable de créer un centre collaborateur de l'OMS dans ce domaine ou de faire appel à des centres nationaux dont les travaux seraient coordonnés par l'OMS.

Faisant référence à l'adoption, lors du Sommet mondial sur le développement durable, d'un plan d'action définissant des objectifs concernant l'approvisionnement en eau de boisson, plusieurs représentants ont appelé à une ratification plus large du Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC52/R6.

Rapport de l'évaluation externe de l'activité menée par le Bureau régional en matière de réforme des systèmes de santé

(EUR/RC52/Inf.Doc./1 et /BD/2)

Le Dr Dana Farcasanu, membre de l'équipe d'évaluateurs externes, a rappelé que le mandat de l'évaluation externe avait été d'« évaluer la mesure dans laquelle le Bureau régional a influencé les gouvernements de façon à ce qu'ils incorporent les principes consacrés dans la Charte de Ljubljana dans leurs programmes de réforme du système de soins de santé ». L'équipe avait divisé le processus de réforme des soins de santé en quatre étapes : a) mise au point d'une vision commune ; b) analyse de la situation, sur la base de données scientifiques ; c) mise en œuvre des mesures de réforme ; et d) évaluation. Les informations obtenues par l'équipe provenaient de documents produits par l'OMS et d'autres organismes, de réponses à un questionnaire envoyé à tous les États membres européens et de discussions avec des fonctionnaires de l'OMS et avec plus de cent experts interrogés au cours de séjours dans huit pays.

Le Dr June Crown, autre membre de l'équipe d'évaluation, a fait observer que les constatations de l'équipe provenant de toutes les sources concordaient : l'OMS jouissait d'une confiance est d'un respect universels auprès des États membres, des professionnels et des bailleurs de fonds, et était considérée comme une source de conseils impartiaux et faisant autorité. Cependant, si l'OMS avait enregistré des succès dans les efforts qu'elle avait déployés pour influencer les gouvernements à chacune des quatre étapes de la réforme des soins de santé, il existait encore des défis à relever dans ces domaines également. Par exemple, si les valeurs de la Charte de Ljubljana étaient à la base de la plupart des réformes et si l'importance du renforcement des soins primaires était reconnue par la plupart des décideurs et des professionnels, il était encore nécessaire d'obtenir un soutien politique large et de mettre au point une vision commune avec les bailleurs de fonds. Les documents et les publications techniques de l'OMS faisaient l'objet d'une évaluation très positive et ses conférences, séminaires et cours de formation étaient appréciés, mais il fallait prendre des mesures pour mieux faire connaître les services de l'OMS, traduire un plus grand nombre de ses documents (en particulier en russe) et améliorer la communication et la diffusion. Il était estimé que les programmes directs ou verticaux de l'OMS étaient efficaces, mais ils devaient être intégrés dans les services de santé généraux des pays, en vue de maximiser leur efficacité et leur durabilité. Il existait certes des exemples d'« évaluation de processus », mais il était nécessaire de fournir un soutien technique plus important pour l'analyse des effets sur la santé. En conclusion, l'équipe d'évaluation avait formulé un certain nombre de recommandations visant à faire en sorte que le Bureau régional réalise pleinement son potentiel d'assistance au niveau des pays.

Le président du CPRC a déclaré que le Comité permanent avait discuté du mandat de l'évaluation lors de sa session de décembre 2001. Le président et le directeur régional s'étaient rencontrés à Dublin en février, et un membre de l'équipe avait présenté au CPRC un rapport intérimaire à sa session d'avril 2002. Ces nombreux contacts avaient été nécessaires parce qu'il s'était avéré que l'évaluation était difficile sur les plans conceptuel et opérationnel. En raison de la complexité du sujet et de la diversité des opinions

exprimées par ses membres, le CPRC avait pris acte du rapport et recommandé que le Comité régional lui renvoie la question pour un examen plus approfondi.

Au cours de la discussion qui a suivi, des représentants se sont déclarés satisfaits du rapport et ont attiré l'attention en particulier sur deux des recommandations de l'équipe d'évaluation : faire en sorte que le financement des accords biennaux de coopération soit proportionné aux besoins des pays et de la Région et revoir le dispositif relatif à la présence de l'OMS dans les pays, y compris les bureaux de liaison. Toutefois, on ne voyait pas bien quel était le statut de ce rapport et quelles suites lui seraient données.

Répondant à ces remarques, le Dr José-Manuel Freire, autre membre de l'équipe, a expliqué qu'il était rapidement apparu aux évaluateurs qu'ils auraient à se pencher sur les facteurs ayant une incidence sur la capacité du Bureau régional d'exercer une influence dans les pays. Il a rappelé que le CPRC avait approuvé l'interprétation que l'équipe se faisait de son mandat.

Le Comité régional a décidé par consensus de renvoyer le rapport d'évaluation au CPRC et attendait de recevoir ses commentaires lors de la prochaine session.

Rapport du sous-groupe du CPRC sur la bioéthique

Le Dr S.M. Furgal, membre du sous-groupe du CPRC sur la bioéthique, a fait savoir au Comité que le sous-groupe avait tenu sa seconde réunion en mars 2002. Ayant défini le champ sémantique du terme bioéthique comme englobant un domaine pluridisciplinaire couvrant les questions d'éthique dans le domaine des sciences de la vie, de la santé et des soins de santé, le sous-groupe a énoncé deux principes sur lesquels il fonderait ses recommandations ultérieures : premièrement, le Bureau régional ne devrait pas se pencher sur des questions qui sont déjà traitées par d'autres organisations internationales (telles que le Conseil de l'Europe) et deuxièmement, les questions traitées devraient relever directement de la compétence de l'OMS dans la Région européenne. En pratique, l'une des principales activités dans ce domaine pourrait, par conséquent, consister à mettre au point des outils permettant d'utiliser des principes éthiques comme critères pour évaluer les réformes des systèmes de santé. Une consultation avec des experts pourrait être organisée en 2003 pour faire progresser ces travaux.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC52/R11.

Partenariats pour la santé (EUR/RC52/7)

Une table ronde a eu lieu sur le thème des partenariats pour la santé. Elle a été animée par le Dr Antonio Duran, consultant de la Division du soutien aux pays, qui a posé des questions à des représentants de la Commission européenne, du Conseil de l'Europe, de la Banque mondiale, du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et du Bureau régional pour l'Europe centrale et orientale du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), de la Communauté des États indépendants et des États baltes.

Le représentant de la Commission européenne a déclaré que celle-ci avait besoin du partenariat avec l'OMS, ainsi qu'avec les pays membres et les ONG de l'Union européenne pour s'acquitter de son nouveau mandat en matière de santé publique. La coopération avec l'OMS portait sur différents volets du programme de santé publique (tels que l'information sanitaire, les maladies transmissibles, le tabac, la nutrition et l'obésité) et des aspects sanitaires des politiques d'autres secteurs. Il existait une excellente coopération tripartite entre la Commission européenne, le Conseil de l'Europe et l'OMS en ce qui concerne les Écoles-santé et la sécurité de l'approvisionnement en sang. Parmi les moyens permettant de faire en sorte que le partenariat entre l'OMS et la Commission européenne aient des résultats concrets, on pouvait citer l'engagement matérialisé par l'échange de lettres et les réunions de haut niveau, la communication constante avec le Bureau de l'OMS auprès de l'Union européenne, les réunions annuelles de personnel technique et les échanges de personnel en vue du renforcement des compétences. En outre, des pays membres avaient demandé une coopération avec le Bureau régional en ce qui concerne le programme de santé publique et

évalueraient les résultats obtenus. L'adhésion de nouveaux pays à l'Union européenne, qui commencerait probablement en 2004, augmenterait le champ du partenariat. Parmi les domaines futurs de coopération, il y avait l'élargissement de la compétence de la Commission européenne aux soins de santé et, éventuellement, la création d'un centre européen des maladies transmissibles. Il importait que la volonté d'agir en partenariat existe dans l'ensemble de la Commission européenne ; un tel partenariat était essentiel pour permettre à la Commission européenne de répondre aux attentes de la population en ce qui concerne son programme de santé publique.

Le représentant du Conseil de l'Europe a fait observer que ce dernier et l'OMS pouvaient apporter divers atouts dans le cadre de leur partenariat. Le Conseil de l'Europe était relativement pauvre sur le plan financier, mais il était riche en valeurs. Un bon exemple de coopération complémentaire avec l'OMS était représenté par l'Initiative de cohésion sociale dans les pays du Pacte de stabilité ; grâce à elle, les États membres de l'Europe du sud-est avaient adopté, lors d'une réunion avec des bailleurs de fonds, l'Engagement de Dubrovnik pour répondre aux besoins sanitaires des populations vulnérables. Le partenariat permettait au Conseil de l'Europe et à l'OMS de traduire leurs principes relatifs à la pauvreté et à la santé en actions concrètes dans les pays. Il s'agissait d'appliquer sur le terrain des considérations éthiques relatives aux droits de l'homme, en veillant à donner aux valeurs un contenu concret. Ces valeurs pouvaient être consacrées par des textes, telles que la Convention européenne pour la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales et la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, mais il était essentiel de disposer de partenariats pour créer des mécanismes afin de mettre en œuvre ces valeurs, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins de santé. Le partenariat se hissait à des niveaux plus élevés, et l'échange de lettres tripartite de 2001 entre le Conseil de l'Europe, la Commission européenne et l'OMS et la résolution EUR/RC51/R9 du Comité régional suscitaient beaucoup d'espoir pour l'avenir.

Le représentant de la Banque mondiale a décrit les effets positifs et la productivité des partenariats avec l'OMS, en citant, à titre d'exemples, les séminaires de santé publique en Fédération de Russie et les activités menées pour réduire la pauvreté en Albanie. Des différences concernant les homologues (l'OMS travaillant avec les ministres de la santé, tandis que la Banque travaille avec les ministres des finances) pouvaient faire obstacle à la coopération, et l'indépendance des programmes de la Banque dans les pays entravait l'adoption de stratégies larges. Les deux organisations pouvaient également avoir des points de vue différents, comme cela était illustré par l'Initiative de réduction de pauvreté de la Banque et le rapport de l'OMS sur la macroéconomie et la santé, mais ces divergences de vues pouvaient engendrer des démarches complémentaires fructueuses. Les gouvernements pouvaient faciliter la coopération et empêcher les doubles emplois en veillant à la coopération entre les ministères et en coordonnant les activités des bailleurs de fonds. L'OMS devrait améliorer les données qu'elle communique à la Banque mondiale en vue de décisions sur l'élaboration et la mise en œuvre des programmes, de façon à ce qu'elles indiquent clairement quels étaient les problèmes auxquels la Banque pouvait utilement s'attaquer. Un important obstacle à des actions efficaces était constitué par la diminution des fonds du secteur public affectés à la santé publique ; il fallait inverser cette tendance.

Le directeur régional de l'OMS pour l'Europe a estimé que les partenariats étaient une nécessité à la fois stratégique et éthique ; toutes les organisations étaient tenues d'utiliser leurs ressources aussi sagement que possible et le gaspillage de ressources dans des activités non coordonnées dans les pays étaient dommageables pour toutes les parties. Le partenariat était la seule démarche réaliste. Dans les efforts que le Bureau régional a déployé ces dernières années pour élargir et développer des partenariats, il a appris qu'en raison de la nature différente des partenaires, ceux-ci avaient des opinions différentes, par exemple au sujet des États membres. Cependant, des succès, telles que les activités menées avec le Conseil de l'Europe qui avaient débouché sur l'inclusion de la santé dans le programme du Pacte de stabilité, avaient prouvé la valeur de partenariats forts. La coopération devait contribuer à la mise en œuvre de la nouvelle stratégie du Bureau régional à l'égard des pays, mais les États membres seront les meilleurs juges du succès. Le partenariat avait cependant eu des effets bénéfiques immédiats pour le Bureau régional dans le cadre de ses activités avec les pays ; il encourageait les fonctionnaires de l'OMS à répondre aux demandes relatives à des travaux de qualité optimale exprimées par les pays et les partenaires. Les

échanges de personnel avec la Commission européenne avaient un potentiel considérable et le directeur régional espérait que les travaux avec tous les partenaires seraient de plus en plus fructueux.

Le représentant de l'UNICEF a fait observer que, si la coopération avec l'OMS existait depuis des décennies, la relation avec la Région européenne de l'OMS avait commencé dans les années 90. Le Bureau régional de l'UNICEF desservait 27 pays de l'est de la Région européenne de l'OMS. Parmi les domaines de collaboration fructueuse avec l'OMS et d'autres partenaires, il fallait citer l'éradication historique de la poliomyélite de la Région, le renforcement de la vaccination grâce à l'Alliance mondiale multisectorielle pour les vaccins et la vaccination, les travaux relatifs aux jeunes en situation de risque réalisés par un groupe de travail interorganisations et la contribution de l'UNICEF au Plan d'action de l'OMS pour l'alimentation et la nutrition dans la Région européenne. Dans un document produit dans le cadre de la session extraordinaire des Nations Unies sur les enfants, intitulé *Un monde digne des enfants*, il était demandé aux États membres, par exemple, d'éliminer les maladies dues à une carence en iode d'ici 2005 et dues à une carence en vitamine A d'ici 2010. La réalisation de ce but exigerait une action plus concertée avec des partenaires tels que l'OMS et la Banque mondiale, les pays et les ministères de la santé. L'UNICEF et ses partenaires devraient aider les pays à élaborer les plans sur la nutrition, et la présence de l'OMS dans les pays donnait la possibilité de réaliser une planification collaborative précoce des programmes avec les bureaux de pays de l'OMS, afin d'assurer une utilisation efficace des ressources.

Au cours de la discussion qui a suivi, les intervenants ont félicité le Bureau régional pour les travaux qu'il avait accomplis pour améliorer les partenariats et pour la qualité du document de travail. Ils ont décrit les avantages des partenariats pour les pays et ont mentionné d'autres succès, par exemple dans les pays d'Europe du sud-est, en Arménie et en Fédération de Russie. Deux représentants ont souscrit à l'idée que les gouvernements devraient coordonner les activités des bailleurs de fonds.

Tous les orateurs ont suggéré des moyens d'améliorer les partenariats du Bureau régional et leur efficacité, notamment comme suit : accroître la participation de certains pays d'Europe occidentale, consacrer une réunion du Forum du futur aux partenariats, prendre des mesures supplémentaires pour prévenir les doubles emplois (par exemple, en répartissant clairement les tâches et en établissant des plans concrets de travail avec les partenaires) et envisager une utilisation plus large du modèle de coopération multilatérale conçu par le groupe de travail de haut niveau de l'OMS sur la tuberculose dans la Fédération de Russie.

En réponse à des questions posées, le représentant de la Commission européenne a dit que la synergie propre aux partenariats était particulièrement importante dans les domaines de la lutte contre le tabagisme et les maladies transmissibles. Le modèle organisationnel des partenariats de la Commission européenne assurait un engagement au sommet des organisations participantes, des réunions plus fréquentes de fonctionnaires et la participation de partenaires aux réunions internes de la Commission européenne. Le représentant de l'UNICEF a indiqué que le modèle de partenariat de ce dernier était multilatéral et visait à faire participer les gouvernements, les organisations de la société civile, et les enfants et les jeunes.

Le représentant de la Banque mondiale a estimé que la Fédération de Russie représentait un excellent modèle de leadership dans la coordination des activités ; les gouvernements d'autres pays pourraient constater qu'il est utile d'organiser des réunions de coordination.

Le directeur de l'Initiative Société civile (groupe Relations extérieures et organes directeurs) du Siège de l'OMS a décrit la façon dont l'OMS recherchait les meilleurs moyens de coopérer avec les organisations de la société civile, dans le cadre de l'ouverture de l'ensemble du système des Nations Unies à leur participation à l'élaboration des politiques et aux activités sur le terrain. L'Initiative Société civile avait consulté des organisations de la société civile et présenterait un document sur ce thème lors de la réunion du Conseil exécutif de l'OMS. La nouvelle politique comprendrait trois volets : un système d'accréditation qui permettrait aux organisations de la société civile de participer aux réunions des organes directeurs, des lignes directrices pour les activités de l'OMS en coopération avec ces organisations à tous les niveaux d'activités et une amélioration des communications.

À la fin de la discussion, des déclarations orales et écrites ont été présentées par des représentants des organisations suivantes : l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne, le Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes et de l'OMS, le Forum EuroPharm, la Confédération internationale des sages-femmes, le Conseil international des infirmières, la Fédération internationale des associations de fabricants de produits pharmaceutiques, la Fédération pharmaceutique internationale, la Confédération mondiale pour la kinésithérapie et l'Alliance mondiale des professions de santé.

Questions de politique générale et questions techniques

Pauvreté et santé

(EUR/RC52/8, /Conf.Doc./4 Rev.1 et /BD/1)

Le directeur de la Division du soutien technique 2 a présenté cette question et a décrit l'évolution des activités du Bureau régional sur les déterminants sociaux et économiques et la santé. On s'intéresse de plus en plus à une définition des liens entre la pauvreté, la santé et le développement, qui sont maintenant des questions essentielles au niveau mondial en matière de développement durable.

Un jalon important avait été constitué par le rapport commandé par le directeur général de l'OMS sur la macroéconomie et la santé. Ce rapport indiquait clairement que la pauvreté inhibait le développement et que l'investissement dans la santé des individus pouvait se traduire par des gains économiques. La pauvreté ne se limitait pas aux pays pauvres mais existait également parmi les populations des États plus riches. En outre, il s'agit d'un facteur qui empêche l'accès aux soins de santé.

Le chef du Bureau européen de l'OMS pour l'investissement pour la santé et le développement a décrit de façon plus détaillée le processus, la méthodologie et les résultats des mesures prises pour donner suite à la résolution EUR/RC51/R6, au moyen de la présentation de 12 études de cas relatives à l'expérience acquise dans les États membres. L'élaboration des études, qui avait représenté un travail considérable, avait été achevée en six mois. Ces études portaient sur des exemples, pris dans les États membres, de cas dans lesquels le secteur de la santé avait agi pour s'attaquer à la pauvreté et à ses effets sur la santé. Des remerciements ont été adressés à tous les pays qui avaient participé et aux personnes qui avaient joué un rôle dans l'élaboration du rapport.

Il a été possible de dégager trois grands groupes de constatations :

- le secteur de la santé peut accomplir un grand nombre de choses pour atténuer les effets de la pauvreté sur la santé ;
- dans certains cas, le secteur de la santé exacerbe les effets de la pauvreté sur la santé ;
- il est urgent d'acquérir des connaissances et des compétences et d'obtenir des ressources en vue d'augmenter la capacité du secteur de la santé à s'attaquer aux effets de la pauvreté sur la santé.

Des exemples relatifs à ces trois grands groupes ont été présentés. Il s'agissait d'un programme expérimental de vaccination au sein d'une population rom ; grâce à des interventions spécifiques, les taux de vaccination étaient supérieurs à ceux de la population sédentaire ; d'autre part, il a été question de programmes de prise de contact avec des groupes marginalisés au moyen de services de santé mobiles. Enfin, on a décrit un exemple illustrant l'intégration des services de santé avec d'autres secteurs, tels que le logement et l'emploi. Ces activités étaient éthiques par nature et avaient un très bon rapport coût-efficacité. Dans un cas, cependant, les structures des services de santé augmentaient les effets de la pauvreté sur la santé. Lorsque l'on montre du doigt et que l'on hospitalise des personnes atteintes de certaines maladies sexuellement transmissibles, il en résulte une perte de rémunération et une détérioration de la vie familiale. Depuis lors, ces services ont été réorientés d'une façon très satisfaisante.

Les études de cas montraient que certains États membres procédaient, compte tenu des constatations de l'étude, à une réévaluation du financement et de la structuration de services essentiels, en vue de mettre

fin aux paiements occultes, aux réactions de rejet et au manque de souplesse de l'administration, et de tenir compte des effets que la pauvreté pourrait avoir sur la disponibilité et l'accessibilité des services.

Les études de cas ont également confirmé que la pauvreté était un problème qui concernait l'ensemble de la Région européenne. Selon un récent rapport de la Commission européenne, 60 millions d'habitants de l'Union européenne étaient en situation de risque de pauvreté ou étaient pauvres.

Si l'on fait la synthèse des enseignements tirés de l'étude, il était possible de dégager cinq types de mesures à prendre :

- assurer l'accessibilité financière des services de santé essentiels ;
- surmonter les obstacles culturels et géographiques à l'accès aux services de santé ;
- s'attaquer aux maladies de la pauvreté ;
- reconnaître que la pauvreté et ses effets sur la santé ne se limitaient pas aux groupes marginalisés ;
- promouvoir le rôle du secteur sanitaire dans la coopération avec des partenaires pour s'attaquer aux causes fondamentales de la pauvreté.

Cela permettait de conclure que les prochaines étapes devraient consister à élargir le champ des études, afin de constituer une « banque de données européenne sur des études-actions », pour systématiser et dégager une somme de connaissances visant à définir des modèles de pratiques optimales, et pour accroître les capacités grâce à un perfectionnement des ressources humaines.

Des observations supplémentaires relatives au rapport ont été formulées par le Dr Božidar Voljč, membre du CPR et du groupe d'étude. Le rapport indiquait clairement que cette question avait un caractère multisectoriel et multidisciplinaire en ce qui concerne, par exemple, la lutte contre la tuberculose, la prise en compte de la bioéthique et la réforme des systèmes de soins de santé. Le rapport transcendait le développement sanitaire des seules populations européennes et abordait des questions relatives à la solidarité, aux différences culturelles et aux façons de comprendre la notion de santé. Le Comité permanent espérait que ces travaux se poursuivraient et a suggéré que le Bureau régional organise une conférence sur la pauvreté et la santé, afin d'accroître la participation d'acteurs extérieurs au secteur de la santé.

De nombreux intervenants ont souscrit aux conclusions du rapport et ont reconnu que la question abordée revêtait une importance considérable, non seulement pour les pays en transition dans lesquels la pauvreté sévissait à la suite de bouleversements économiques et sociaux, mais également dans des pays plus riches. La pauvreté et les inégalités de santé étaient considérées sous l'angle d'une détérioration de la situation sanitaire des populations ; elles constituaient une menace contre la solidarité et la sécurité dans la Région, servaient de base à des comportements de rejets et faisaient partie d'un cycle de dénuement auquel il était difficile de mettre fin.

Le caractère intersectoriel de la question de la pauvreté et de la santé a été indiqué par de nombreux représentants, qui ont signalé que le secteur sanitaire devait s'acquitter de son rôle en partenariat avec les secteurs du logement, de la protection sociale, de l'environnement, de l'enseignement et de la finance. De nombreux représentants ont estimé que la pauvreté était la cause fondamentale de l'apparition et de la réapparition de maladies infectieuses et du fardeau représenté par les maladies non transmissibles. Un certain nombre des groupes les plus vulnérables ont été identifiés, comme, par exemple, les chômeurs, et tous les intervenants ont estimé que la pauvreté n'avait pas de frontières. Un délégué a fait observer que la pauvreté touchait aussi la classe moyenne. L'OMS devrait fournir aux États membres des données validées de bonnes pratiques et aider les pays, étant donné que ces derniers ne pouvaient agir seuls.

L'attention a été attirée sur le fait que d'autres organisations exécutaient des programmes d'éradication de la pauvreté dans la Région. Il a été préconisé de faire preuve de prudence lors de la fixation d'objectifs, en particulier dans les cas où l'on disposait de peu de données validées sur les méthodes à utiliser pour s'attaquer à cette question. Les études de cas représentaient un bon point de départ et plusieurs intervenants ont décrit la stratégie mise en œuvre par leur pays pour contribuer à éradiquer la pauvreté ;

l'une d'entre elles consistait à veiller systématiquement à ce que les politiques nouvelles ne favorisent pas la pauvreté.

En conclusion, le directeur régional a dit qu'il se dégageait de la discussion des instructions claires en ce qui concerne les actions que le Bureau régional devrait mener par la suite. Celles-ci comprenaient un élargissement du champ du rassemblement et de l'analyse d'études de cas, le recueil d'exemples concernant de bonnes et de mauvaises pratiques, et l'élaboration d'une stratégie en matière de pauvreté et de santé. Grâce aux travaux qui avaient été accomplis et à la discussion qui avait eu lieu, on disposait maintenant du cadre conceptuel et des orientations nécessaires pour guider les travaux du Bureau européen de l'OMS pour l'investissement pour la santé et le développement.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC52/R7.

Tuberculose, VIH/sida et paludisme

(EUR/RC52/9, /9 Add.1, /Conf.Doc./5 Rev.1, /Conf.Doc./6 Rev.1 et /Conf.Doc./7 Rev.1)

Présentant cette question, le directeur de la Division du soutien technique 2 a déclaré, que, ces dernières années, on s'était de mieux en mieux rendu compte, sur le plan international, de l'ampleur des effets que des maladies telles que la tuberculose, le paludisme et le VIH/sida ont sur la santé publique. L'OMS avait joué un rôle important dans la sensibilisation, à tous les niveaux, à la nécessité d'intensifier l'action contre ces menaces. Par diverses voies, les États membres avaient pris d'importants engagements à lutter contre ces maladies et, récemment, les bailleurs de fonds avaient accepté de renforcer leur soutien en créant le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le moment était donc approprié pour que le Comité régional examine cette question de façon plus détaillée.

Le chef du service Maladies transmissibles a décrit la situation actuelle dans la Région en ce qui concerne ces trois maladies. Au cours de la décennie écoulée, la Région avait enregistré une augmentation de plus de 30 % des notifications des cas de tuberculose, principalement dans les pays issus de l'ex-URSS et en Roumanie. Dans d'autres pays, la situation était stable pour l'essentiel, mais il ne fallait pas relâcher ses efforts. En outre, la tuberculose multirésistante se propage dans la Région. Pour combattre la résurgence de cette maladie, le Bureau régional collaborait avec des partenaires internationaux pour élargir la stratégie DOTS (traitement de courte durée sous surveillance directe), qui était efficace mais exigeait une démarche souple tenant compte des priorités de chaque pays considéré. La stratégie DOTS représentait la meilleure façon d'atteindre les objectifs mondiaux de l'OMS en matière de lutte contre la tuberculose, mais d'importantes difficultés subsistaient : la multirésistance aux médicaments ; la lutte contre la tuberculose dans les prisons ; la réforme du secteur de la santé ; la menace représentée par la co-infection tuberculose et infection à VIH ; et le caractère jusqu'à présent limité de la mise en œuvre de la stratégie DOTS. Le Plan d'extension de la stratégie DOTS pour faire barrage à la tuberculose dans la Région européenne était par conséquent présenté au Comité pour approbation.

Une détérioration de la situation en ce qui concerne le paludisme dans la Région avait commencé au début des années 90, à la suite de l'instabilité politique et économique, de mouvements de population massifs et de vastes projets d'irrigation. En 1998, le programme mondial Faire reculer le paludisme avait été créé et, de 1996 à 2001, le nombre signalé de cas autochtones dans la Région était passé de plus de 90 000 à environ 21 000. Néanmoins, 10 pays étaient encore touchés et il était estimé que le problème avait une ampleur beaucoup plus grande que les statistiques officielles ne l'indiquaient. Pour maîtriser la situation, on avait élaboré une stratégie régionale Faire reculer le paludisme, dont le but final était l'interruption de la transmission d'ici à 2010. Il était donc crucial que le rôle stratégique de l'OMS dans les activités de coordination et les partenariats soit renforcé.

La situation épidémiologique du VIH/sida dans la Région était une conséquence directe de manque d'équité sociale, économique et politique, et de la pauvreté tant dans les pays qu'entre pays. Sur les 1,6 million de personnes atteintes d'infection à VIH ou de sida à la fin de 2001, près des deux tiers vivaient au Bélarus, en Fédération de Russie et en Ukraine. L'Europe orientale et l'Asie centrale étaient les zones qui enregistraient la croissance la plus rapide de l'incidence de l'infection à VIH et, dans

certaines de ces pays, l'accès au traitement était très faible. Dans l'ensemble de la Région, l'augmentation de la prévalence de l'injection de drogue avait alimenté l'épidémie en cours ; en particulier, quelque 75 % des nouveaux cas d'infection à VIH en Europe orientale étaient observés parmi les personnes s'injectant de la drogue. Les relations sexuelles à risque représentaient la difficulté la plus importante pour une lutte efficace, mais la transmission hétérosexuelle augmentait, en particulier parmi des groupes vulnérables tels que les partenaires d'utilisateurs de drogue par voie intraveineuse et les femmes forcées à se prostituer en raison de la pauvreté ou du trafic d'êtres humains. La transmission via l'utilisation du sang et des produits sanguins, les greffes d'organes et l'exposition professionnelle avait été très rare ces derniers temps. On disposait de stratégies reposant sur des données scientifiques dans le secteur des soins de santé afin de réduire le risque d'infection et de prolonger la vie ou d'en améliorer la qualité, mais l'obstacle le plus important était l'absence d'un consensus politique et professionnel sur l'action appropriée à mener face à l'infection à VIH.

L'intensification des activités de prévention, de traitement et de soins relatives à ces trois maladies représentait un investissement dans la prévention des effets dévastateurs des épidémies. Certaines des interventions recommandées étaient simples et peu coûteuses, alors que d'autres l'étaient moins, mais toutes étaient fondées sur des données scientifiques et les résultats de longs travaux de recherche et d'une expérience opérationnelle considérable. Les États membres devaient favoriser activement ces interventions et tout mettre en œuvre pour obtenir les ressources nécessaires.

Le directeur exécutif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida a dit que le fait que cette question faisait l'objet de discussions indiquait clairement que les États membres prenaient au sérieux l'épidémie de VIH/sida et que l'engagement du Bureau régional était à la mesure de l'ampleur du problème. Le niveau d'engagement montré par les pays n'était pas toujours aussi élevé, mais il existait d'excellents exemples de programmes nationaux concernant les prisons, les toxicomanes, la transmission sexuelle et le traitement antirétroviral, et d'engagement politique. Les difficultés auxquelles on se heurtait avaient trait au leadership politique, à l'ampleur des activités, à l'accès au traitement et à la lutte contre la discrimination, ainsi qu'à la nécessité connexe de disposer de ressources. L'ONUSIDA lui-même devait devenir plus efficace, en portant surtout son attention sur les points forts de chaque partenaire et sur un effort collectif pour battre l'ennemi commun.

Le Dr Danielle Hansen-Koenig a déclaré, au nom du CPR, que la création du Fonds mondial avait été considérée comme une bonne occasion pour le Comité régional de débattre d'un sujet aussi important. Le CPR avait souligné qu'il importait d'élargir la stratégie DOTS et d'aider les pays à prévenir l'infection à VIH et à offrir un meilleur traitement aux personnes infectées. En ce qui concerne la lutte contre le paludisme, le CPR avait aussi compris l'importance d'une coopération entre les pays de différentes régions de l'OMS ayant des frontières communes.

Des orateurs ont décrit la situation dans leur propre pays en ce qui concerne les trois maladies examinées. Certains étaient optimistes, alors que d'autres brossaient un tableau plus décourageant. Cependant, tous étaient conscients de la nécessité d'une vigilance constante. Plusieurs représentants ont remercié le directeur régional pour les documents fournis et l'ont félicité de la ferme volonté du Bureau régional de lutter contre ces maladies. Certains ont apprécié l'aide que leur pays avait reçue du Fonds mondial, tandis que d'autres ont exprimé l'espoir qu'ils pourraient aussi recevoir une aide financière du Fonds. Il a généralement été reconnu que la mise en place de systèmes de partage d'informations et de connaissances, gérés via l'OMS, était très souhaitable.

Plusieurs orateurs ont dit que la mise en œuvre de la stratégie DOTS avait été positive dans leur pays et se sont dit prêts à partager l'expérience acquise avec d'autres, via l'OMS et le Comité de coordination interinstitutions. Cependant, d'autres ont estimé que des stratégies nationales ayant fait leurs preuves ne devaient pas être écartées sans plus ; la stratégie DOTS ne devait être utilisée que lorsque cela était approprié et non dans tous les cas. Plusieurs représentants ont mis l'accent sur le lien étroit entre la tuberculose et les groupes pauvres et marginalisés de la société.

En ce qui concerne le VIH/sida, on s'est félicité des efforts accomplis par le secrétariat et les coparrains de l'ONUSIDA. Plusieurs orateurs ont mentionné que, contrairement à la tuberculose, on ne pouvait

actuellement guérir le VIH/sida, de sorte que la prévention revêtait une importance capitale. Il fallait adopter une attitude ouverte et tolérante à l'égard de cette maladie, afin de lutter contre les comportements de rejet, et il convenait également d'améliorer la surveillance et d'encourager l'utilisation du préservatif. Il a été indiqué que la fourniture de services de prévention et de traitement aux toxicomanes constituait un moyen efficace de lutter contre cette maladie. En ce qui concerne le paludisme, des représentants ont souligné la nécessité d'une approche interrégionale et d'une intensification de la coopération entre les pays.

Le Comité a adopté les résolutions EUR/RC52/R8 sur la tuberculose, EUR/RC52/R9 sur le VIH/sida et EUR/RC52/R10 sur le paludisme.

Projet de budget-programme pour 2004–2005

(EUR/RC52/12, /12 Add.1 et /Conf.Doc./9)

Le conseiller principal pour l'administration et la mise en œuvre des programmes a présenté le budget consolidé pour l'ensemble de l'Organisation pour l'exercice 2004–2005. L'un des problèmes posés par le premier budget mondial consolidé pour 2002–2003 avait été le manque de consultation avec les pays et les bureaux régionaux. C'était la raison pour laquelle on avait consulté les États membres européens peu après la cinquante et unième session du Comité régional, en 2001, dans le but de se faire une première idée de leurs priorités. On avait ensuite organisé au Siège de l'OMS, en mars 2002, une réunion à laquelle avaient participé les bureaux régionaux et au cours de laquelle le contenu technique de chaque domaine d'activité avait été examiné. Il résultait de ces consultations préliminaires avec les États membres, avant le débat au niveau mondial, un degré élevé de cohérence entre les priorités mondiales et les priorités des États membres européens, telles qu'exprimées dans les réponses fournies lors de la consultation initiale.

La structure du document était très semblable à celle du budget-programme pour 2002–2003, avec en plus une section consacrée aux approches stratégiques pour chaque domaine d'activité. Le nombre de domaines d'activité était toujours de 35, avec seulement des ajustements mineurs, ce qui permettait une meilleure comparaison avec l'exercice biennal précédent. La principale innovation était l'introduction d'un nouveau domaine d'activité relatif à la présence de l'OMS dans les pays. L'objectif visé était d'améliorer le bilan de l'OMS au niveau des pays, en employant des approches cohérentes pour l'ensemble de l'Organisation s'agissant des activités dans les pays et de la collaboration avec les pays, et de renforcer les alliances et les partenariats avec les organismes de développement au niveau des pays. Cet objectif se situait dans la droite ligne de la stratégie de pays du Bureau régional, « adapter les services aux nouveaux besoins », adoptée par le Comité régional en 2000. Deux domaines prioritaires mondiaux (santé de la mère et du nourrisson et systèmes de santé) ont été étendus et une priorité concernant la gestion interne de l'OMS (investir dans le changement) a été remplacée par une nouvelle priorité, la santé et l'environnement.

L'Organisation présentait un budget mondial à croissance nulle, le budget ordinaire total s'élevant à 855 millions de dollars des États-Unis. L'augmentation du budget global, estimée à 23 %, s'expliquait par les autres ressources escomptées. Il y a eu, dans le cadre du budget ordinaire, transfert du niveau mondial vers le niveau des pays, et il était question que la Région européenne puisse obtenir une large proportion des ressources concernées. La Région européenne devait recevoir 9,6 % des ressources mondiales allouées au niveau régional et au niveau des pays, soit 6,4 % du budget mondial total. En ce qui concernait l'Europe, le budget ordinaire faisait apparaître une augmentation nominale de 1 561 000 dollars, résultant des dispositions de la résolution WHA51.31, et ces ressources avaient été allouées au programme avec les pays.

La répartition du budget ordinaire régional total par grands éléments restait largement inchangée, bien que l'affectation totale aux programmes interpayes ait augmenté de 400 000 dollars, aux dépens du fonds de développement du directeur régional. Les ressources destinées aux activités de pays, représentant un total de plus de 13 millions de dollars, couvraient a) les ressources destinées aux activités dans les pays négociées dans le cadre du processus des accords de coopération biennaux et b) l'appui à la présence de l'OMS dans les pays. Alors que le document du budget mondial présentait seulement les chiffres totaux par domaine d'activité, répartis par pays et par région, le document régional présentait une répartition détaillée afin de montrer la proportion des fonds alloués aux salaires et aux activités interpayes. Ce

document fournissait également une comparaison avec le programme 2002–2003 et une ventilation plus détaillée des autres sources de revenu.

Quant à la cohérence entre les deux documents, bien que les chiffres réels ne soient pas toujours les mêmes, cela ne correspondait pas à une anomalie. De telles variations résultaient principalement de différences de présentation et aussi de la décision du directeur général, dans le courant de l'année, de transférer, au niveau mondial, 10 % des activités de pays vers le domaine d'activité nouvellement établi et consacré à la présence de l'OMS dans les pays. Ce transfert s'est traduit, pour la Région européenne, par une réduction des ressources disponibles pour les accords de coopération biennaux, qui sont passées de 7,5 millions de dollars à 6,8 millions. Cette réduction a été compensée par une augmentation des ressources destinées à renforcer la présence dans les pays, ce qui était d'ailleurs l'un des objectifs du Bureau régional.

L'un des aspects novateurs du document relatif au budget mondial était la présentation des autres sources de revenu selon le niveau auquel on comptait les utiliser : au niveau des pays, au niveau régional et au niveau mondial (Siège). Le fait que la plupart de ces ressources seraient dépensées dans les pays exigeait que l'OMS dispose d'une infrastructure appropriée au niveau des pays. Le Bureau régional a estimé à un peu moins de 115 millions de dollars, dont 62,6 % étaient réservés aux activités dans les pays, les fonds provenant d'autres sources dont il aurait besoin. Si la préparation en cas d'urgence et l'organisation des secours étaient auparavant l'un des plus grands consommateurs de ressources extrabudgétaires, il n'était plus prévu que ce soit le cas.

Le professeur Jerzy Szczerbań, ayant pris la parole au nom du CPR, a dit que le document EUR/RC52/3 contenait un compte rendu des débats du CPR consacrés au budget-programme. Le Bureau régional se préoccupait continuellement de trouver des ressources, même si cette préoccupation ne se retrouvait malheureusement pas au niveau mondial. Le professeur Szczerbań a félicité le Bureau d'avoir mené des consultations utiles avec les États membres et d'avoir établi une documentation claire et instructive relative au budget. Le CPR se réjouissait du transfert de 10 % des activités de pays au profit du domaine d'activité consacré à la présence de l'OMS dans les pays.

Dans le débat qui a suivi, il a été largement rendu hommage au travail réalisé par le secrétariat pour préparer et présenter la documentation sur le budget d'une manière si claire. Il a été estimé que le document contenant le budget mondial et celui présentant le point de vue régional reprenaient utilement la formulation du précédent budget, dans un format utile et amélioré. En particulier, les objectifs et les indicateurs par domaine d'activité étaient considérés comme des outils très utiles, et l'orientation stratégique faisait apparaître une amélioration considérable en termes de résultats escomptés et d'indicateurs. Il a été demandé de fournir des informations plus détaillées sur des postes tels que les services d'administration et les services courants. Si l'augmentation du budget ordinaire régional a été accueillie avec satisfaction, il a été déploré que les transferts de ressources entre régions, conformément à la résolution WHA51.31, soient plus longs que prévu. La décision d'examiner les effets de cette résolution, en mai 2004, était la bienvenue ; il était espéré qu'elle servirait de précédent pour procéder à d'autres transferts de ressources au profit de la Région européenne. Le fait que le directeur général ait attendu, pour finaliser son introduction au budget-programme mondial, d'avoir entendu les commentaires des comités régionaux était vivement apprécié.

Les domaines d'activité prioritaires apparaissant dans le budget ont généralement été bien accueillis, et en particulier l'inscription de l'environnement et la santé comme nouvelle priorité. Le fait que les quatre domaines récemment définis comme priorités régionales soient bien représentés parmi les priorités mondiales était également reçu avec satisfaction. Néanmoins, il y a eu des discussions sur les ressources proposées pour certains domaines de priorité (tels que la santé mentale, la toxicomanie, la santé des femmes, la prévention des traumatismes et la sécurité transfusionnelle) qui semblaient avoir souffert d'une réduction budgétaire, et certains intervenants se sont dits préoccupés d'un manque d'équilibre dans les montants budgétaires. Au cours de la discussion portant sur les priorités, une demande a été formulée d'inscrire le vieillissement parmi les priorités et de créer un programme complet sur ce thème.

L'application persistante d'une croissance nominale nulle suscitait l'inquiétude. Une proposition a été formulée pour que soit adoptée à la place une politique de croissance réelle nulle, étant donné qu'on ne

pouvait continuer de fonctionner de manière efficace et efficiente dans le cadre de la politique actuelle. L'augmentation des ressources allouées pour les activités dans les pays et l'extension des activités au niveau des pays présentées dans le budget étaient considérées comme la poursuite d'une évolution positive, et le renforcement de la présence de l'OMS dans les pays était accueilli favorablement. Les représentants étaient en général satisfaits de l'augmentation des fonds provenant d'autres sources, bien qu'un intervenant ait demandé instamment que soit effectuée par le Siège une distribution intégrée équitable entre les régions. Des préoccupations ont été exprimées quant au fait que la proportion accrue de fonds provenant d'autres sources par rapport aux ressources du budget ordinaire risque de faire de l'OMS un exécutant à la merci des donateurs. La question a également été posée de savoir s'il était réaliste de prévoir une augmentation si forte des fonds provenant d'autres sources et de savoir quels mécanismes seraient mis en place si lesdits fonds ne se matérialisaient pas.

Le directeur exécutif de l'administration au Siège de l'OMS, en réponse à ces interventions, a dit qu'il était en effet important de présenter des données budgétaires que chacun comprenne, ajoutant que la répartition par niveaux mondial, régional et par pays permettait d'avoir une meilleure vue d'ensemble. Il convenait que la croissance nominale nulle était un grave problème : trois exercices biennaux sans croissance réelle était une réelle menace pour l'exécution du budget. Il a souligné qu'il n'y avait aucune réduction dans les ressources totales consacrées à la santé mentale et à la prévention de la violence, étant donné que la baisse des ressources allouées au titre du budget ordinaire avait été compensée par l'affectation de ressources extrabudgétaires. Des estimations concernant les fonds provenant d'autres sources étaient considérées comme assez fiables, quelque 50 % de l'augmentation des dons étant destinés à la vaccination.

Concernant les préoccupations exprimées quant à la neutralité des donateurs, il a déclaré que le processus actuel permettait de faire preuve de souplesse, et qu'un surcroît de précisions pourrait être source de problèmes. Fort heureusement, toutes les ressources n'étaient pas affectées à l'avance. Le Fonds pour la technologie de l'information représentait un montant de 50 millions de dollars, qui serait prélevé à part égale du budget ordinaire et d'autres ressources. Les dons de l'industrie pharmaceutique comprendraient des contributions en nature. Le renforcement considérable de la présence de l'OMS dans les pays serait coûteux mais c'était la seule manière de superviser et de contrôler l'infrastructure nécessaire. Cela pouvait se voir dans la manière dont d'autres institutions spécialisées des Nations Unies travaillaient dans les pays. Il ne serait pas nécessaire de dupliquer les infrastructures des Nations Unies en place dans les pays, et, si ces infrastructures étaient utilisées, ce serait à titre onéreux.

Le directeur régional a indiqué que l'absence de programme consacré au vieillissement était uniquement due au manque de ressources au titre du budget ordinaire ; si des ressources extrabudgétaires devenaient disponibles pour un tel programme, on pourrait en envisager la possibilité. La politique concernant les centres devrait faire l'objet d'un examen, mais il est manifeste que sans les centres, le Bureau ne pourrait pas être en mesure d'avoir son niveau actuel d'activités.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC52/R4.

Stratégie européenne pour la lutte antitabac (Quatrième Plan d'action pour une Europe sans tabac)

(EUR/RC52/11, /Conf.Doc./8 et la Déclaration de Varsovie pour une Europe sans tabac)

Le directeur de la Division du soutien technique 2 a résumé les problèmes que posait le tabagisme pour la santé publique. Près de 30 % de la population adulte de la Région fumait, et en Europe centrale, 47 % des hommes étaient des fumeurs. Chaque année, il y avait environ 1,2 million de décès provoqués par des maladies liées au tabac, soit 14 % de l'ensemble des décès. L'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les jeunes, en particulier les filles, était une tendance préoccupante apparue récemment. Les mesures de lutte antitabac différaient considérablement entre pays, et de nombreux programmes souffraient d'un financement et d'un suivi insuffisants. L'industrie du tabac poursuivait et intensifiait ses tactiques de sape des politiques de santé publique. L'OMS y a réagi avec un programme énergique d'activités qui ont abouti à la Déclaration de Varsovie pour une Europe sans tabac, dans laquelle les États

membres s'étaient engagés à élaborer et à adopter la Stratégie européenne pour la lutte antitabac et à prendre une part active dans la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac.

Le conseiller régional chargé de la lutte antitabac a fait savoir que 46 États membres, la Commission européenne, la Banque mondiale et 12 autres organisations internationales avaient participé à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS pour une Europe sans tabac, qui s'était tenue à Varsovie, en février 2002. La volonté politique des États membres de s'attaquer au tabac s'exprimait dans la Déclaration de Varsovie qui réaffirmait le fait que le tabac était l'un des plus importants problèmes de santé publique de la Région et soulignait la volonté politique des États membres de coordonner leurs efforts pour mener une action efficace sur le plan national et dans la Région dans son ensemble. Les trois premiers Plans d'action européens sur le tabac couvraient la période allant de 1987 à 2001. Les enseignements tirés de l'évaluation de la mise en œuvre de ces plans avaient été pris en considération pour élaborer la Stratégie européenne pour la lutte antitabac. Le CPR en avait approuvé les concepts et la structure, et la stratégie avait fait l'objet d'un examen par des homologues nationaux à la fin de mai 2002. Cette nouvelle stratégie découlait des besoins des États membres, et ces derniers avaient pleinement participé à son élaboration.

La Stratégie, qui s'appuyait sur les données internationales disponibles, aux plans mondial et régional, énonçait des orientations stratégiques pour l'action dans la Région, reconnaissant qu'elles devraient être mise en œuvre par le biais de législations, de politiques et de plans d'action nationaux. Plutôt que de fixer des objectifs universels et un calendrier pour l'ensemble des pays, elle proposait toute une série de mécanismes étayés par des données scientifiques pour permettre aux pays d'adopter des politiques sur mesure. Le deuxième thème essentiel du document était la coopération internationale permettant d'établir une lutte antitabac efficace dans la Région. Enfin, la Stratégie définissait un calendrier de coopération internationale jusqu'en 2006, année pendant laquelle le prochain rapport sur le tabac serait soumis au Comité régional.

On était persuadé que l'Europe s'exprimerait d'une voie forte à Genève durant la dernière série de négociations intergouvernementales, en octobre 2002, et lors de l'adoption de la Convention-cadre par l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2003. On approchait de l'aboutissement des négociations du premier traité sur la santé publique, de portée mondiale, qui ait jamais été élaboré. Cela pourrait être un événement déterminant dans le domaine de la santé au niveau international, et servir éventuellement de modèle pour d'autres domaines de la santé publique.

De nombreux représentants se sont déclarés satisfaits des documents et du projet de résolution. Le processus d'élaboration et d'adoption de la stratégie, et notamment les réunions de coordination sous-régionales et régionales, était généralement reconnu comme ayant été extrêmement fructueux. Il avait garanti la transparence, le consensus et l'entente unanime. Il avait également permis un échange de données d'expérience et une meilleure compréhension des diverses manières dont les politiques de lutte antitabac étaient élaborées dans la Région. Elles supposaient de prendre en compte les normes et valeurs culturelles dominantes pour prendre des décisions et des mesures visant à s'attaquer à ce sujet délicat.

Il a été reconnu que le Quatrième Plan d'action était étroitement lié à la Convention-cadre. L'adoption de cette dernière, ainsi que du Plan d'action, faciliterait l'élaboration de politiques fortes et l'application de la stratégie. Les États membres étaient désireux de faire en sorte que la résolution du Comité régional, le Plan d'action et la Convention-cadre soient tous énoncés dans les termes les plus forts. Cela permettrait aux politiques et aux plans d'action d'être également forts, et de bénéficier de l'appui de la position sans équivoque de l'OMS concernant la consommation de tabac et ses effets négatifs sur la santé et le bien-être.

La lutte antitabac était considérée comme une question nationale et transnationale. La solidarité entre États était un facteur fondamental permettant d'obtenir de bons résultats. Les questions de trafic, de vente détaxée, de publicité transfrontières, d'achat sur Internet et de parrainage étaient, en particulier, des motifs de préoccupation.

De nombreux pays ont décrit les mesures qu'ils prenaient déjà pour combattre l'épidémie de tabagisme. Il a été observé que les pays qui appliquaient l'interdiction de faire de la publicité pour le tabac n'avaient pas connus de problèmes graves et qu'en outre ils avaient constaté une baisse de la prévalence du tabagisme dans certains groupes de la population. Certains pays prévoient ou étaient sur le point de lancer des programmes de lutte globaux, dont beaucoup constituaient des décisions politiques courageuses, destinées à avoir un impact sur les modes de comportement traditionnels. Les pays se tourneraient vers l'OMS pour son soutien et ses conseils.

Certaines préoccupations ont été exprimées concernant le calendrier des prochaines réunions, et notamment une consultation régionale à Copenhague en septembre 2002, les négociations intergouvernementales prévues à Genève en octobre 2002 et l'adoption de la Convention-cadre projetée pour l'Assemblée mondiale, en mai 2003. La Norvège a proposé d'animer une réunion de consultation régionale supplémentaire, si nécessaire, en janvier 2003. En réponse à ces remarques, le conseiller régional a expliqué que le calendrier pouvait être modifié et que les résultats n'en seraient pas affectés.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC52/R12.

Le rôle du secteur privé dans le système de santé (EUR/RC52/10)

Présentant la question, le directeur de la Division de l'information, du rassemblement de données et de la communication a indiqué qu'eu égard à l'intérêt croissant des États membres pour le rôle du secteur privé dans la réforme des systèmes de santé et conformément aux conseils du CPCR, le Bureau régional avait établi un document qui utilisait des données factuelles pour rendre compte des enseignements tirés par les pays dans l'ensemble de la Région européenne.

Le conseiller régional responsable de l'Observatoire européen des systèmes de santé a décrit les évolutions actuelles en matière d'utilisation du secteur privé et de privatisation dans le cadre de la réforme des systèmes de santé européens, a défini les termes prêtant à controverse, a tiré des conclusions des données factuelles disponibles et a proposé trois moyens par lesquels l'OMS pouvait aider les États membres.

En ce qui concerne l'octroi d'un rôle plus important au secteur privé et la privatisation, les buts des pays étaient de limiter les dépenses tout en augmentant la qualité, l'efficacité et la réactivité des services de santé. Des modèles très divers étaient appliqués, mais les données relatives à leur efficacité étaient fragmentaires. En l'absence de telles données, l'idéologie tendait à dominer le débat ; en outre, la signification des termes utilisés manquait de clarté. Une définition commune du secteur privé dans le domaine des soins de santé (« propriété privée des biens de soins de santé ») a été proposée et l'on a établi une distinction entre cette notion et l'esprit d'entreprise, la concurrence axée sur le marché, et la décentralisation de la gestion.

La nature des systèmes de soins de santé varie considérablement entre les différentes parties de la Région, mais tous les pays ont recours à un certain dosage de financement public et privé, étant entendu que le premier prédomine dans la plupart des nouveaux États indépendants. Le financement privé prend la forme d'une assurance maladie privée et de paiements directs effectués par le patient. La prestation de soins par le secteur privé est la plus importante dans les domaines des médicaments et des soins dentaires, mais son rôle dans les secteurs hospitalier, des soins primaires et de la prise en charge des personnes dépendantes avait commencé à croître dans les années 90. Il importait d'établir une distinction entre les acteurs et les biens à but lucratif et à but non lucratif.

Il n'est pas possible de présenter un modèle unique pour répondre aux besoins de tous les pays. Le principal enseignement tiré des données factuelles disponibles est que les gouvernements doivent exercer une direction ferme, c'est à dire montrer la voie à suivre en indiquant explicitement les objectifs sociétaux pour les systèmes de santé, définir le rôle des secteurs public et privé dans la réalisation de ces objectifs, réglementer et gérer les systèmes et évaluer les performances en vue de guider la prise de décision future.

Lorsque le rôle de direction des pouvoirs publics est faible, la privatisation ne parvient pas à atteindre les objectifs de la société.

L'OMS peut aider les États membres par les moyens suivants : préconiser vigoureusement des mesures pour atteindre les buts que sont la solidarité, l'équité et l'efficacité dans les systèmes de santé et fournir des données factuelles sur la base desquelles il est possible de prendre des décisions concernant le dosage approprié de prestations de services et de financement par les secteurs public et privé ; continuer à renforcer sa capacité à évaluer les systèmes de santé et à diffuser les résultats par des moyens qui facilitent l'élaboration de politiques (notamment en réalisant une étude approfondie du rôle du secteur privé) ; et aider les pays à renforcer leur capacité en matière de direction efficace des systèmes de santé.

Le Dr Jarkko Eskola, membre du CPR, a expliqué qu'il avait demandé au secrétariat de fournir des données objectives concernant les mécanismes de privatisation dont les États membres avaient besoin. Cette demande provenait des pays orientaux de la Région, mais les pays occidentaux pouvaient également devoir faire face à des pressions sur leurs systèmes de santé et devaient décider des mécanismes de privatisation à utiliser. On espérait que le document qui serait établi à la suite de cette demande pourrait stimuler des discussions et engendrer d'autres évolutions.

Presque tous les intervenants se sont félicités de la qualité et de l'utilité du document de travail et la plupart d'entre eux ont souscrit à l'une ou à l'ensemble des propositions d'actions formulées par le Bureau régional. Plusieurs orateurs ont présenté des observations sur la situation ou certains problèmes propres à leur pays, qui faisait que l'initiative était particulièrement utile et venait à point nommé. On a souligné qu'il importait d'élaborer les politiques sur la base de valeurs (telles que la solidarité, l'équité et la qualité des services) et qu'il fallait que les gouvernements jouent leur rôle de direction. Il importait de clarifier les termes utilisés dans le débat sur la réforme des systèmes de santé et de faire preuve de prudence lorsque l'on utilisait des termes dont la signification n'avait pas encore été établie. L'OMS pouvait aider les gouvernements à renforcer les capacités de direction en mettant au point des méthodes d'évaluation exemptes de préjugés idéologiques et en offrant un cadre qui aide à assurer la qualité et la pertinence de la prestation de services par le secteur privé.

L'utilité des données factuelles produites par l'Observatoire européen des systèmes de santé a été soulignée. Plusieurs représentants ont suggéré que l'OMS devrait réaliser des études sur des thèmes tels que les associations à but non lucratif participant à la prestation de services relevant du secteur privé, l'expérience des nouveaux États indépendants en matière de participation du secteur privé aux systèmes de santé, et le rôle du secteur privé dans la qualité des soins, l'accès aux soins, les soins à long terme, les soins à domicile, les soins dentaires et stomatologiques, et les soins de santé mentale. Plusieurs participants ont demandé instamment au Bureau régional de coopérer avec l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et la Banque mondiale, afin de tirer parti des travaux utiles que ces organisations avaient accomplis en ce qui concerne le rôle du secteur privé et de déterminer quelle était la valeur ajoutée que l'OMS pouvait apporter.

Le représentant de la Banque mondiale a offert la collaboration constante de la Banque avec l'OMS sur cette question importante et a convenu que le Bureau régional devrait examiner les travaux accomplis par l'OCDE en Europe, particulièrement en ce qui concerne l'assurance complémentaire. Il existait une certaine préoccupation face à la privatisation *de facto* des systèmes de soins de santé dans certains nouveaux États indépendants, au danger d'aller trop loin dans ce sens et aux effets néfastes qui résulteraient d'une tentative d'utiliser la privatisation pour réduire une infrastructure excessive des services de santé. En outre, des arbitrages entre les valeurs constituaient une partie essentielle de l'élaboration des politiques, mais il ne fallait pas accorder à l'efficacité une valeur égale à celles de la solidarité et de l'équité.

Le conseiller régional responsable de l'Observatoire européen des systèmes de santé a exprimé son accord sur la nécessité de trouver des définitions communes de concepts difficiles et de travailler dans le cadre de partenariats, et s'est félicité du soutien général exprimé par les intervenants pour les trois domaines proposés d'assistance de l'OMS aux États membres.

Élections et nominations

(EUR/RC52/5, /5 Corr.1, /5 Add.1, /5 Add.2 et /5 Add.3)

Le Comité s'est réuni en séance privée pour examiner la désignation de membres du Conseil exécutif et élire des membres du CPR, du CEES et du Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.

Conseil exécutif

Le Comité a décidé, par scrutin secret, que la France, l'Islande et la République tchèque, présenteraient leur candidature à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2003 pour une élection ultérieure au Conseil exécutif.

Comité permanent du Comité régional

Le Comité a élu au scrutin secret l'Arménie, la Belgique et la Croatie pour des mandats au CPR d'une durée de trois ans, de septembre 2002 à septembre 2005.

Comité européen de l'environnement et de la santé

Le Comité a choisi par consensus la Hongrie, l'Ouzbékistan, le Royaume-Uni et la Turquie pour des mandats au CEES d'une durée de deux ans, de septembre 2002 à septembre 2004.

Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine

Le Comité a élu au scrutin secret la Slovénie pour un mandat au Comité Politiques et coordination d'une durée de trois ans qui commencera le 1^{er} janvier 2003.

Date et lieu des futures sessions du Comité régional

(EUR/RC52/Conf.Doc./10)

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC52/R5, confirmant que sa cinquante-troisième session aurait lieu à Vienne (Autriche), du 8 au 11 septembre 2003, et décidant que sa cinquante-quatrième session se tiendrait au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à Copenhague, du 6 au 9 septembre 2004.

Le représentant autrichien se réjouissait d'accueillir les participants au Centre des congrès de la Hofburg, et il a fait savoir au Comité que les préparatifs en vue de la cinquante-troisième session étaient déjà bien engagés, avec l'aide du secrétariat.

Demande de transfert de Chypre de la Région de la Méditerranée orientale à la Région européenne de l'OMS

(EUR/RC52/Inf.Doc./5)

Le président exécutif a expliqué qu'aux termes de la résolution WHA49.6 de l'Assemblée mondiale de la santé, les comités régionaux compétents devaient transmettre leurs avis sur toute demande de transfert d'un État membre. En conséquence, les avis du Comité régional de l'Europe seraient transmis, par l'intermédiaire du directeur général, à l'Assemblée mondiale de la santé pour examen. Si les avis ne concordaient pas, la section du rapport rendant compte des différents avis exprimés serait transmise.

Le représentant du Danemark, s'exprimant au nom des 15 pays membres de l'Union européenne, a soutenu la demande de Chypre pour un certain nombre de raisons. La demande portait sur le transfert (et non

l'admission) d'un État membre et Chypre avait des liens avec l'Europe et des changements importants se produisaient dans l'Union européenne. Ce soutien reposait sur l'idée qu'aucun désavantage financier n'en résulterait pour la Région et qu'une réaction positive serait obtenue du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (bien qu'aucun avis officiel n'ait encore été exprimé). Les représentants de l'Estonie, de la Lituanie et de Malte ont également soutenu cette demande.

La représentante de la Turquie a manifesté son opposition à la demande et ce pour plusieurs raisons : il n'était pas possible d'établir qu'il existait une concordance des avis au sein du Comité régional, aucune autorité politique n'était compétente pour s'exprimer au nom de l'ensemble de la population de Chypre et l'acceptation de la demande interférerait dans les négociations en cours entre les deux communautés à Chypre et pourrait créer des difficultés dans la mise en œuvre des activités techniques de l'OMS dans la Région européenne. Elle a demandé que la discussion concernant cette question soit différée jusqu'à l'achèvement de ces négociations et que sa déclaration soit consignée *in extenso* dans le rapport de cette session du Comité. La déclaration est reproduite à l'annexe 6.

Les représentants du Kirghizistan et du Tadjikistan ont souscrit à la demande de report de la discussion et le représentant du Tadjikistan a demandé au Bureau régional d'établir, en vue de discussions du Comité régional, un document énonçant les considérations financières et juridiques relatives à l'inclusion de Chypre dans la Région. La représentante de la Turquie a souscrit à cette demande et a demandé que les avis du Comité régional ne soient transmis qu'après la discussion que le Comité consacrerait à ce document.

Le représentant de la Suisse a suggéré que les États membres de la Région européenne pourraient examiner un tel document lors de la réunion qu'ils tiendraient avant la prochaine Assemblée mondiale de la santé. La représentante de la Turquie a souscrit à l'idée d'une discussion avant l'Assemblée mondiale de la santé. Le directeur régional a indiqué qu'il exécuterait les instructions du Comité régional.

S'exprimant au nom des pays de l'Union européenne, le représentant du Danemark a demandé un report de la discussion portant sur ce point, pour permettre des consultations. Le Comité régional a accepté de reprendre la discussion relative à ce point le lendemain.

Lorsque la discussion a repris, le représentant du Danemark, s'exprimant au nom des 15 États membres de l'Union européenne et des pays candidats (Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovaquie et Slovénie), a proposé que les avis exprimés par les représentants au cours de cette session du Comité régional au sujet du transfert de Chypre à la Région européenne soit rapidement transmis au directeur général de l'OMS en vue de la prochaine Assemblée mondiale de la santé, en mai 2003, comme le prévoit la résolution WHA49.6 de l'Assemblée mondiale de la santé, et au Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale pour information. Il n'était pas jugé nécessaire de réexaminer la question lors d'une réunion spéciale du Comité régional avant la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé. La question ferait l'objet de discussions et d'une décision lors de l'Assemblée de la part de tous les États membres de l'OMS, y compris l'ensemble des États membres de la Région européenne. Dans un esprit de bonne volonté, il serait possible d'accepter une demande du Comité régional au directeur régional d'élaborer, avant la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé, un rapport destiné aux États membres européens au sujet des aspects financiers du transfert. Les représentants des États membres européens pourraient tenir compte d'un tel rapport lorsqu'ils prépareraient la discussion et la décision de la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé. Les représentants de l'Islande, de Saint-Marin et de la Suisse ont souscrit à cette proposition.

La représentante de la Turquie a demandé au directeur régional de confirmer sa déclaration selon laquelle les fonds alloués à Chypre, qui selon les informations dont elle disposait s'élèveraient à environ 375 000 dollars, avaient été ou seraient transférés au budget du Bureau régional de l'Europe. Les demandes d'information qu'elle avait adressées au Siège de l'OMS et au Bureau régional de la Méditerranée orientale au sujet de cette question lui avait permis d'apprendre qu'aucun transfert n'avait encore été effectué et qu'il pourrait être difficile de prendre une décision à ce sujet. Elle a demandé que sa question et la réponse du directeur régional soient consignées *in extenso* dans le rapport (voir l'annexe 6). Le directeur régional a répondu qu'il n'avait pas fait de déclaration publique sur ce sujet ; ce dernier serait abordé dans le document qui serait établi.

Le Comité régional a convenu que les avis de ses membres sur le transfert de Chypre seraient transmis au directeur général et au Comité régional de la Méditerranée orientale, et qu'un document serait établi au sujet des aspects financiers à l'intention des États membres de la Région européenne avant la Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé.

Résolutions

EUR/RC52/R1

Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2000–2001

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2000–2001 (document EUR/RC52/4) et le document d'information connexe sur la mise en œuvre du budget-programme 2000–2001 (document EUR/RC52/Inf.Doc./3) ;

1. REMERCIE le directeur régional pour son rapport ;
2. EXPRIME sa satisfaction devant les travaux accomplis par le Bureau régional au cours de la période biennale 2000–2001 ;
3. DEMANDE au directeur régional de prendre en considération les suggestions formulées au cours du débat tenu à la cinquante-deuxième session et de s'en inspirer pour élaborer les programmes de l'Organisation et mettre en œuvre les activités du Bureau régional.

EUR/RC52/R2

Certification de la Région européenne de l'OMS en tant que territoire indemne de poliovirus sauvage autochtone

Le Comité régional,

Accueillant avec beaucoup de satisfaction le rapport de la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite, qui a certifié la Région indemne de poliomyélite le 21 juin 2002, et le plan d'action régional visant à maintenir l'absence de poliomyélite jusqu'à la certification mondiale ;

1. REND HOMMAGE aux efforts accomplis dans le monde pour éradiquer la poliomyélite depuis l'adoption de la résolution WHA41.28 par l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 1988 ;
2. DÉCLARE que le but d'élimination de la poliomyélite de tous les pays de la Région proclamé dans les résolutions EUR/RC39/R5, EUR/RC47/R4 et EUR/RC50/R1 a été atteint ;
3. FÉLICITE tous les États membres, toutes les organisations partenaires concernées, le secrétariat de l'OMS et l'ensemble des autres organisations et des particuliers qui ont contribué à ce succès historique ;
4. RECONNAISSANT qu'une surveillance virologique rigoureuse est indispensable pour faire en sorte qu'il ne subsiste pas de poches non décelées d'où le poliovirus sauvage pourrait ressurgir ;
5. PRIE les États membres de poursuivre leurs efforts pour maintenir l'absence de poliomyélite jusqu'à la certification mondiale, en particulier grâce au maintien d'un niveau élevé de couverture vaccinale systématique, à la mise en œuvre d'activités complémentaires de vaccination lorsque cela est nécessaire, à la continuation de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus, et à l'accomplissement de progrès dans le processus de confinement en laboratoire du poliovirus sauvage ;

6. PRIE le directeur régional d'aider les États membres à continuer de mettre en œuvre les activités susmentionnées au niveau des pays, afin que la Région européenne reste indemne de poliomyélite, et de :
- a) favoriser la mise au point de projets interrégionaux de lutte contre la poliomyélite, le paludisme et d'autres maladies infectieuses particulièrement dangereuses ;
 - b) mettre en place de nouvelles stratégies de collecte de fonds ;
 - c) renforcer les activités du Bureau régional dans le domaine de l'information et de la collaboration avec les médias ;
7. ENCOURAGE les partenaires de l'Initiative d'éradication de la poliomyélite à continuer de soutenir fermement le Bureau régional de l'Europe et de coopérer avec lui pour maintenir la Région européenne indemne de poliomyélite et à contribuer à dégager les ressources nécessaires pour des activités mondiales jusqu'à la certification mondiale de l'éradication de la poliomyélite.

EUR/RC52/R3

Recommandations de la Conférence pan-européenne de la FAO et de l'OMS sur la sécurité sanitaire et la qualité des aliments, 25–28 février 2002

Le Comité régional,

Préoccupé par le fait que les problèmes de santé liés aux aliments représentent une sérieuse menace pour la santé publique dans la Région européenne ;

Rappelant sa résolution EUR/RC50/R8, par laquelle il a approuvé la politique et le Plan d'action sur l'alimentation et la nutrition pour la Région européenne, et a prié le Directeur régional de coopérer avec les États membres et d'autres organisations, et de les aider à déployer de vastes efforts pour promouvoir la santé publique dans le cadre de politiques alimentaires et nutritionnelles appropriées ;

Rappelant en outre la résolution WHA53.15 de l'Assemblée mondiale de la santé, qui a prié instamment les États membres de faire de la salubrité des aliments l'une des fonctions essentielles de santé publique et a prié le directeur général d'accorder plus d'importance à la salubrité des aliments, en collaboration et en coordination avec d'autres organisations internationales, notamment l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) ;

Ayant examiné le rapport de la Conférence pan-européenne de la FAO et de l'OMS sur la sécurité sanitaire et la qualité des aliments, qui s'est tenue à Budapest du 25 au 28 février 2002 ;

Conscient que la 23^e Conférence régionale de la FAO pour l'Europe, qui a eu lieu à Nicosie du 29 au 31 mai 2002, a approuvé les conclusions de la Conférence pan-européenne de la FAO et de l'OMS et a demandé que ses recommandations soient transmises aux pays membres, à l'Union européenne et à d'autres organisations internationales pour qu'une suite leur soit donnée ;

Reconnaissant que l'élaboration d'une stratégie de sécurité sanitaire des aliments dans le cadre de la politique et du Plan d'action sur l'alimentation et la nutrition pour la Région européenne est conforme à de nombreuses recommandations de la Conférence pan-européenne de la FAO et de l'OMS et que ces recommandations renforceront et compléteront les efforts actuellement déployés pour intégrer la stratégie de sécurité sanitaire des aliments dans la politique et le Plan d'action sur l'alimentation et la nutrition ;

1. DEMANDE instamment aux États membres :
 - a) d'approuver les recommandations de la Conférence pan-européenne de la FAO et de l'OMS sur la sécurité sanitaire et la qualité des aliments relatives à la santé publique dans le contexte de l'élaboration de la politique et du Plan d'action sur l'alimentation et la nutrition en Europe ;

b) de fournir un soutien approprié en vue de donner suite aux recommandations de la Conférence pan-européenne de la FAO et de l'OMS relatives à la santé publique dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie de sécurité sanitaire des aliments en vue de la mise en œuvre de la politique et du Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition en Europe ;

2. PRIE le directeur régional de faciliter la coopération entre les États membres, l'OMS, la FAO, la Commission européenne et d'autres organisations en vue de promouvoir la santé publique en améliorant la sécurité sanitaire des aliments et la qualité nutritionnelle par l'élaboration de meilleures politiques et plans d'action sur la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition dans la Région européenne.

EUR/RC52/R4

Projet de budget-programme pour 2004–2005

Le Comité régional,

Ayant examiné le projet de budget-programme pour la période biennale 2004–2005 (documents EUR/RC52/12 et EUR/RC52/12 Add.1) et ayant pris note des observations formulées à ce sujet par le Comité permanent du Comité régional (CPCR) et le Comité régional ;

Se félicitant des efforts qui ont continué à être déployés dans l'ensemble de l'Organisation pour présenter une politique mieux ciblée et un cadre stratégique mondial unique, conformément au concept d'« une seule OMS », et prenant note de la meilleure comparabilité entre les budgets-programmes biennaux successifs ;

Se félicitant en outre de la plus grande transparence de la répartition des fonds d'autres sources aux trois niveaux de l'Organisation ;

Prenant note du fait que les propositions budgétaires sont conformes à la résolution EUR/RC47/R9, qui a prié le directeur régional d'élaborer l'aspect régional du budget-programme conformément aux principes utilisés pour la présentation du budget-programme mondial, tout en tenant compte des priorités exclusivement régionales ;

Prenant note également du fait que les propositions budgétaires actuelles sont toujours considérées comme des projets, étant donné que l'article 34 de la Constitution de l'OMS prescrit que le directeur général doit préparer et soumettre au Conseil exécutif la proposition de budget finale de l'OMS ;

1. PRIE le directeur régional de communiquer au directeur général les vues, les observations et les suggestions exprimées par le Comité régional au sujet du document de budget-programme, qui devront être prises en considération lors de la mise au point définitive et de la mise en œuvre du budget-programme ;

2. PRIE EN OUTRE le directeur régional de répartir les allocations supplémentaires éventuelles pour la période biennale 2004–2005 sur la base du modèle d'indicateur du développement humain approuvé à sa quarante-neuvième session (résolution EUR/RC49/R5), en prenant particulièrement en considération la situation des pays confrontés à des catastrophes naturelles ;

3. APPROUVE les orientations stratégiques contenues dans le document « Point de vue de la Région européenne de l'OMS » (EUR/RC52/12 Add.1) et ACCUEILLE FAVORABLEMENT le projet de budget-programme pour 2004–2005 contenu dans le document EUR/RC52/12, qui doit être financé au moyen des fonds ordinaires et de fonds d'autres sources, dans la mesure où ces derniers deviennent disponibles, et qui constitue une excellente base en vue de discussions ultérieures au sein du Conseil exécutif et lors de l'Assemblée mondiale de la santé.

EUR/RC52/R5**Dates et lieu des sessions ordinaires
du Comité régional en 2003 et 2004**

Le Comité régional,

Ayant examiné la décision prise à sa cinquante et unième session, telle qu'elle est exprimée dans la résolution EUR/RC51/R2;

1. CONFIRME que sa cinquante-troisième session se tiendra à Vienne (Autriche), du 8 au 11 septembre 2003 ;
2. DÉCIDE, en outre, que sa cinquante-quatrième session se tiendra au Bureau régional de l'Europe, à Copenhague, du 6 au 9 septembre 2004.

EUR/RC52/R6**Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé**

Le Comité régional,

Rappelant la résolution EUR/RC51/R7, qui invite les États membres à s'employer activement à renforcer la dimension sanitaire du développement durable et demande que les recommandations et les conclusions du Sommet mondial sur le développement durable soient dûment prises en compte lors de l'établissement de l'ordre du jour de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, juin 2004) ;

Rappelant la Déclaration du millénaire des Nations Unies, adoptée par l'Assemblée générale à sa Cinquante-cinquième session, en 2000, qui fait observer que « Nous ne devons épargner aucun effort pour éviter à l'ensemble de l'humanité, et surtout à nos enfants et petits-enfants, d'avoir à vivre sur une planète irrémédiablement dégradée par les activités humaines... » (paragraphe 21) ;

Tenant compte de la Déclaration de la Deuxième réunion de haut niveau sur les transports, l'environnement et la santé, adoptée à Genève le 5 juillet 2002, qui a créé un programme paneuropéen qui intègre les initiatives régionales existantes dans le domaine des transports, de l'environnement et de la santé, dans le cadre de la mise en œuvre de la Charte de Londres sur les transports, l'environnement et la santé et des mesures prises pour donner suite à la résolution EUR/RC49/R4, qui demande la prise de telles initiatives internationales ;

Ayant examiné le thème et les questions prioritaires de la Conférence de Budapest proposés par le Comité européen de l'environnement et de la santé (comme indiqué dans le document EUR/RC52/Inf.Doc./2), ainsi que les résultats généraux attendus d'un plan d'action sur la santé et l'environnement des enfants pour l'Europe ;

1. REMERCIE le Comité européen de l'environnement et de la santé pour ses travaux de promotion, de facilitation et de suivi des actions énoncées dans la Déclaration de la Troisième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Déclaration de Londres), y compris l'élaboration de l'ordre du jour de la Conférence de Budapest ;
2. APPROUVE le thème « L'avenir de nos enfants » pour la Conférence de Budapest et le développement des questions prioritaires proposées, ainsi qu'un plan d'action pour la santé et l'environnement des enfants pour l'Europe ;

3. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres :
 - a) de mobiliser leurs ressources politiques, techniques et financières pour le développement de l'ordre du jour de la Conférence de Budapest et le soutien des mesures qui doivent être décidées lors de cette Conférence ;
 - b) de mobiliser en outre leurs ressources politiques, techniques et financières pour assurer une mise en œuvre accrue des mesures qui ont été décidées lors de la Conférence de Londres, y compris le nouvel instrument (« PPE »), et au sujet desquelles il sera fait rapport lors de la Conférence de Budapest ;
4. PRIE le directeur régional :
 - a) de continuer à donner des impulsions au processus relatif à l'environnement et à la santé dans la Région européenne et de fournir le soutien nécessaire du Bureau régional à la Conférence de Budapest, qui est la prochaine étape importante dans le cadre de ce processus ;
 - b) de fournir une assistance accrue aux États membres pour la ratification du Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux ;
 - c) d'intensifier l'assistance pour la mise en œuvre réussie de plans d'actions nationaux pour l'hygiène de l'environnement dans les pays en transition économique et les pays à faible revenu.

EUR/RC52/R7

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 (*Pauvreté et 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 d'améliorer la santé des pauvres et de contribuer à la réduction de la pauvreté, dans le cadre d'efforts multisectoriels d'ensemble ;

Reconnaissant que la santé fait partie intégrante du développement social ;

1. REMERCIE le directeur régional de l'action engagée pour appliquer les dispositions de sa résolution EUR/RC51/R6 et de l'inscription à l'ordre du jour de la présente session de la question de la pauvreté et de la santé ;
2. SOULIGNE que le droit de jouir du meilleur état de santé possible est l'un des droits fondamentaux de chaque être humain ;
3. RECONNAÎT que la question de la pauvreté et de la santé est un sujet de préoccupation important 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 :
 - a) d'accélérer la conception et l'affinement d'actions visant à combattre les effets négatifs de la pauvreté sur la santé ;

- b) d'instaurer un régime minimal garanti de prestations médicales gratuites pour les pauvres et de demander aux pays donateurs d'envisager d'appuyer ces efforts ;
5. PRIE le directeur régional :
- a) de convaincre la communauté internationale de la nécessité de prendre l'engagement politique pour placer la santé au cœur du développement durable et de songer aux conséquences socioéconomiques et politiques d'un refus de s'attaquer à la pauvreté et la mauvaise santé ;
- b) d'examiner les critères servant à définir la pauvreté absolue et relative, en considérant la spécificité de chaque pays ;
- c) de poursuivre le processus visant à créer, à analyser et à diffuser des connaissances sur le lien qui existe entre pauvreté et santé, et en particulier la collecte systématique, la validation et la diffusion d'études de cas portant sur le rôle pratique du secteur sanitaire dans la recherche de solutions aux problèmes de la pauvreté et de la santé ;
- d) de créer une banque de données au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sur les mesures efficaces prises par les secteurs sanitaires des États membres dans la Région européenne afin de promouvoir la santé et le bien-être des pauvres et des groupes de population les plus vulnérables ;
- e) d'aider les États membres en fournissant des informations étayées par des données probantes concernant les meilleures pratiques afin d'améliorer l'élaboration de politiques visant à répondre aux problèmes de pauvreté et de santé ;
- f) d'utiliser les ressources disponibles au Bureau régional, et notamment le Bureau européen pour l'investissement en faveur de la santé et du développement récemment établi à Venise, pour mettre en place des activités liées à la pauvreté et à la santé et fournir une assistance technique aux États membres ;
- g) travailler en étroite collaboration avec les autres institutions compétentes actives dans ce domaine, avec pour but de produire régulièrement des rapports d'ensemble sur la pauvreté et sur la situation sanitaire dans la Région européenne et d'en suivre l'évolution.

EUR/RC52/R8

Amplifier l'action contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Rappelant la résolution WHA53.1 de l'Assemblée mondiale de la santé, qui reconnaît que la morbidité liée à la tuberculose dans le monde fait sérieusement obstacle au développement socio-économique et est une cause importante de décès prématurés et de souffrances humaines et qui recommande d'accélérer la lutte contre la tuberculose en appliquant et en étendant la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) ;

Rappelant la Déclaration d'Amsterdam de 2000 et l'engagement de Washington de 2001 en faveur de lutte contre la tuberculose, qui reconnaissent la nécessité d'accélérer rapidement l'extension de la stratégie pour atteindre les cibles de l'Assemblée mondiale de la santé pour 2005 (détecter 70% des cas infectieux et guérir 85% des cas dépistés) et les objectifs du Plan mondial contre la tuberculose pour 2010 (réduire de 50% la mortalité et la prévalence) ;

Conscient que la tuberculose n'est plus maîtrisable dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale et dans les nouveaux États indépendants (NEI), et que les taux de tuberculose à bacilles multirésistants sont soit les plus élevés du monde parmi les pays ayant fait l'objet d'études, soit non connus dans la majorité des nouveaux États indépendants ;

Reconnaissant que la stratégie globale de lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS vise à améliorer la détection des cas infectieux et les taux de guérison en étendant la couverture de la stratégie du traitement de brève durée sous surveillance directe, et par conséquent à limiter la propagation de l'épidémie ;

1. APPROUVE le plan d'extension de la stratégie DOTS pour faire barrage à la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2002–2006 figurant dans le document EUR/RC52/9 Add.1, tel qu'il a été approuvé à la douzième réunion du Comité de coordination interinstitutions sur la tuberculose en janvier 2002, afin de renforcer l'engagement de tous les États membres et des partenaires favorables à l'extension de la stratégie DOTS dans la Région ;

2. PRIE INSTAMMENT les États membres :

- a) de veiller à ce que la tuberculose figure parmi les principales priorités du programme de santé et de développement dans la Région européenne de l'OMS, et en particulier dans les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants ;
- b) de renforcer leur engagement politique à appliquer et à développer la stratégie DOTS en tenant dûment compte des caractéristiques spécifiques de la situation au regard de la tuberculose et des services chargés de lutter contre cette maladie au niveau des pays, et dans des conditions où il a été démontré qu'elle était efficace, afin d'atteindre les objectifs de lutte contre la tuberculose fixés par l'Assemblée mondiale de la santé d'ici la fin 2005 et d'empêcher l'apparition de nouveaux cas de tuberculose à bacilles multirésistants ;
- c) de promouvoir l'application de la stratégie DOTS Plus pour maîtriser la tuberculose à bacilles multirésistants dans les pays où les taux de prévalence de cette maladie sont élevés ;
- d) d'appliquer rapidement des mesures préventives adaptées et d'amplifier l'application de la stratégie DOTS dans les établissements pénitentiaires en Europe orientale et dans les nouveaux États indépendants et d'intensifier l'intégration de la lutte contre la tuberculose dans les prisons et dans l'ensemble de la société, afin de faire barrage à l'épidémie de tuberculose et de tuberculose à bacilles multirésistants, qui sévit actuellement dans les prisons ;
- e) de veiller, en particulier dans le cadre des stratégies DOTS et DOTS Plus, à ce que des médicaments de bonne qualité pour toutes les formes de tuberculose soient disponibles et accessibles dans tous les États membres, compte tenu du fait que le traitement de tous les cas de tuberculose détectés constitue le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la maladie ;
- f) d'intensifier les efforts pour garantir une collaboration totale entre les programmes de prévention et de lutte contre la tuberculose et contre l'infection à VIH en raison du développement rapide de l'épidémie d'infection à VIH dans les nouveaux États indépendants, qui aggrave la double épidémie de tuberculose et d'infection à VIH ;
- g) de faire en sorte que la prévention et la lutte contre la tuberculose fassent partie intégrante des soins de santé primaires et se voient accorder un degré de priorité élevé dans le contexte de l'amélioration des systèmes de santé, en veillant à ce que les éléments essentiels de la lutte contre cette maladie soient préservés après la décentralisation et l'intégration ;
- h) de maintenir et de renforcer les partenariats régionaux et nationaux créés pour faire barrage à la tuberculose à ces niveaux, en attirant l'attention de la communauté internationale et des bailleurs de fonds sur l'épidémie de tuberculose et de tuberculose à bacilles multirésistants dans la Région ;
- i) de soutenir le partenariat mondial Halte à la tuberculose ;
- j) de mettre au point des stratégies visant à renforcer l'engagement et la collaboration de différents acteurs du secteur privé, le cas échéant ;
- k) de demander au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme de tenir compte des pays à faible revenu de la Région européenne lors de l'attribution de ressources destinées à la lutte contre la tuberculose ;

3. DEMANDE aux organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales ainsi qu'aux bailleurs de fonds d'adopter des mesures concertées avec les États membres et le Bureau régional de façon à maximiser les efforts déployés à l'échelle de la Région pour lutter contre la tuberculose et la tuberculose à bacilles multirésistants dans la Région et aussi d'aider les pays à faible revenu à attirer des ressources de donateurs et à mettre au point des propositions pour le Fonds mondial ;
4. PRIE le directeur régional :
- a) de considérer la lutte contre la tuberculose comme une priorité absolue du programme de santé pour l'Europe ;
 - b) de garantir un appui aux États membres afin d'analyser, de mettre en œuvre, de surveiller et d'évaluer les activités de lutte contre la tuberculose visant à atteindre les cibles fixées par l'Assemblée mondiale de la santé ;
 - c) de fournir, dans le cadre du renforcement des activités de pays menées au titre de l'Initiative axée sur les pays, un appui technique aux États membres qui en ont besoin pour qu'ils puissent concevoir des projets permettant d'avoir accès au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ;
 - d) d'augmenter et de faciliter la coopération interpays en matière de lutte contre la tuberculose dans la Région ;
 - e) de soutenir les efforts que déploient les pays pour recueillir davantage de dons au profit de la lutte contre la tuberculose et de favoriser la collecte de fonds pour obtenir des ressources extra-budgétaires supplémentaires à l'appui des activités sur la tuberculose que conduit le Bureau régional ;
 - f) de promouvoir les partenariats avec la communauté des donateurs au niveau régional et au niveau des pays dans le but d'amplifier l'action contre la tuberculose dans la Région européenne ;
 - g) de rendre compte périodiquement, dans le rapport qu'il adresse au Comité régional, des progrès réalisés dans l'application du plan d'extension de la stratégie DOTS visant à faire barrage à la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2002–2006.

EUR/RC52/R9

Amplifier l'action contre le VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Rappelant la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée par la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies en juin 2001 ;

Rappelant les résolutions WHA54.10 et WHA55.12 de l'Assemblée mondiale de la santé qui préconisent une amplification de l'action contre le VIH/sida ;

Notant avec satisfaction le rapport sur la tuberculose, le VIH/sida et le paludisme, tel qu'il figure dans le document EUR/RC52/9, ainsi que les efforts déployés par le directeur régional et le Bureau régional pour amplifier les activités de lutte contre les IST, l'infection à VIH et le sida dans la Région européenne ;

Tenant compte des recommandations de la réunion des directeurs régionaux européens des organisations qui coparrainent le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), qui a eu lieu à Moscou les 25 et 26 avril 2002 ;

Reconnaissant que l'épidémie de VIH/sida est un problème majeur de santé publique d'une ampleur sans précédent dans la Région européenne, qui constitue une menace pour le développement, la cohésion sociale et la stabilité politique et impose un fardeau énorme et inacceptable à de nombreux pays ;

Reconnaissant que la stratégie globale adoptée pour la Région européenne vise à contenir l'épidémie et à réduire la vulnérabilité à l'infection par le VIH en orientant l'action vers l'élargissement d'interventions ciblées au profit de groupes vulnérables, en particulier les toxicomanes par voie intraveineuse, vers une prévention et des traitements mieux adaptés des infections sexuellement transmissibles (IST) et vers la conception d'interventions globales visant à promouvoir et à protéger la santé des jeunes, tout en créant simultanément la capacité de réagir à une épidémie généralisée ;

1. PRIE INSTAMMENT les États membres :

- a) de veiller à ce que le VIH/sida figure parmi les principales priorités du programme de santé et de développement, et de concevoir des stratégies et des mécanismes multisectoriels permettant d'associer tous les secteurs de la société à la lutte contre le VIH/sida ;
- b) d'amplifier rapidement et de façon appréciable l'application de programmes de prévention et de lutte dans tous les pays, par la conception de vastes projets et de programmes stratégiques nationaux multisectoriels et l'allocation de ressources suffisantes pour faire face au VIH/sida, notamment l'élaboration de plans et de projets permettant l'accès au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme dans les pays qui en ont besoin ;
- c) de favoriser des activités législatives et normatives éthiques qui soient conformes aux normes les plus élevées en matière de droits civils et humains qui protègent la vie privée et la dignité des individus ;
- d) de concevoir des programmes globaux visant la santé des adolescents et des jeunes, qui cherchent à promouvoir l'utilisation de préservatifs et les connaissances et les capacités nécessaires à l'adoption de modes de vie sains et sans risque ;
- e) de favoriser, faciliter et renforcer la mise en place et l'extension généralisée au profit des groupes vulnérables et à haut risque d'interventions ciblées fondées sur des données scientifiques, telles que programmes de prévention, de traitement et de réduction des risques (par exemple, programmes élargis d'échange d'aiguilles et de seringues, distribution d'eau de Javel et de préservatifs, conseil et dépistage volontaires, thérapie de substitution, diagnostic et traitement des IST) dans toutes les communautés touchées, y compris les prisons ;
- f) de créer un environnement social et juridique favorable pour les groupes à risque, en particulier les professionnels du sexe et les personnes atteintes de VIH/sida, et de lutter contre l'exclusion sociale et juridique, y compris les restrictions aux voyages ;
- g) de ne ménager aucun effort pour garantir une prévention efficace dans le cas de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant ;
- h) de ne ménager aucun effort pour continuer à prévenir la transmission du VIH/sida par la transfusion sanguine, la transplantation d'organes et de tissus, en veillant davantage à la sécurité de l'offre de sang, de produits sanguins, de tissus et d'organes, pour promouvoir et améliorer la qualité, la pertinence et la sûreté des pratiques transfusionnelles ;
- i) de renforcer la prévention et la lutte contre les IST grâce à un accès plus facile à des services de prévention et de soins appropriés et humanisés d'un coût abordable, en atteignant en particulier les groupes marginalisés et en veillant à ce qu'ils aient accès à de tels services ;
- j) de renforcer les systèmes de surveillance de l'infection à VIH et des IST et d'élargir les systèmes de lutte contre l'infection à VIH axés sur la population, y compris la surveillance sentinelle et du comportement face au VIH/sida et aux IST ;
- k) d'offrir un accès universel et d'un coût abordable à des services de prévention, de traitement et de soins à toutes les populations à risque, y compris un traitement antirétroviral aux personnes atteintes de VIH/sida, en mettant l'accent sur la nécessité d'assurer son utilisation sûre et efficace ;
- l) de demander au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme de tenir compte des pays à faible revenu de la Région européenne lors de l'attribution de ressources destinées à la lutte contre le VIH/sida ;

2. DEMANDE au directeur régional :

- a) compte dûment tenu du rôle de l'ONUSIDA, de considérer la prévention et le traitement des IST, de l'infection à VIH et du sida comme l'une des priorités absolues du programme de santé du Bureau régional et de veiller à ce que le Bureau dispose des ressources nécessaires pour fournir une aide et des conseils appropriés aux États membres ;
- b) de continuer à coopérer activement avec le secrétariat de l'ONUSIDA, les coparrains et les autres parties intéressées, afin de fournir aux États membres un appui technique approprié pour une meilleure prévention de la transmission du VIH et une démarche de santé publique à l'égard de l'utilisation sûre et efficace de médicaments à des fins thérapeutiques et prophylactiques ;
- c) de poursuivre la collaboration avec les États membres pour qu'ils encouragent l'adoption d'approches intégrées en matière de prévention et de traitement des IST, de l'infection à VIH et du sida dans leurs systèmes de santé ;
- d) d'aider les États membres à élaborer et à mettre en œuvre des projets nationaux sur la sécurité du sang, en vue d'obtenir des ressources des bailleurs de fonds ;
- e) de fournir, dans le cadre du renforcement des activités de pays menées au titre de l'Initiative axée sur les pays, un appui technique aux États membres qui en ont besoin pour qu'ils puissent concevoir des projets permettant d'avoir accès au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ;
- f) de rendre compte chaque année au Comité régional des progrès réalisés dans la lutte contre l'épidémie de VIH/sida dans la Région européenne.

EUR/RC52/R10

Amplifier l'action contre le paludisme dans la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Rappelant la résolution WHA52.11 de l'Assemblée mondiale de la santé, qui considère le projet Faire reculer le paludisme comme un projet prioritaire de l'OMS ;

Réaffirmant que l'impact du paludisme constitue un obstacle au développement humain et se félicitant des idées nouvelles et des mécanismes opérationnels mentionnés dans le rapport Faire reculer le paludisme du directeur général de janvier 1999 ;

Notant les importantes épidémies de paludisme qui sévissent dans certains pays européens ainsi que la réapparition récente et la propagation possible de la transmission du paludisme à *Plasmodium falciparum* dans certains pays de la Région européenne de l'OMS ;

Se félicitant de la stratégie Faire reculer le paludisme, telle qu'elle a été conçue et encouragée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe dans le but d'atténuer les conséquences de cette maladie au plan régional ;

1. PRIE INSTAMMENT les États membres :

- a) de veiller à ce que les préoccupations et les mesures relatives à la lutte antipaludéenne figurent en bonne place dans le programme de santé et de développement de l'ensemble des pays touchés de la Région européenne de l'OMS ;
- b) d'adapter leurs engagements politiques à l'ampleur réelle du problème du paludisme dans chaque pays ;
- c) de veiller à l'application de programmes nationaux de lutte antipaludéenne conformes à la stratégie régionale Faire reculer le paludisme et aux normes internationales en matière de

protection de l'environnement, en privilégiant les besoins des populations à risque, les mesures fondées sur des données scientifiques et l'utilisation plus efficace des outils existants, ainsi que l'adoption résolue d'une approche intégrée en matière de prévention et de lutte contre le paludisme dans le cadre de la réforme du secteur de la santé ;

d) de concevoir, poursuivre et intensifier les actions menées en partenariat à l'échelon des pays grâce à l'obtention de ressources extérieures, notamment la conception de plans et projets permettant aux pays qui en ont besoin d'avoir accès au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ;

e) de suivre les progrès et d'évaluer les résultats des interventions visant à faire reculer le paludisme conformément aux critères recommandés par l'OMS ;

f) d'améliorer les capacités de diagnostic précoce et de traitement rapide ;

g) d'élaborer des stratégies pour intensifier la participation et la collaboration de différents acteurs du secteur privé ;

h) de demander au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de tenir compte des pays à faible revenu de la Région européenne lors de l'attribution de ressources destinées à la lutte contre le paludisme ;

2. PRIE le directeur régional :

a) de veiller à ce que la prévention et la lutte antipaludéennes continuent de figurer parmi les principales priorités du programme de santé européen, ainsi que de promouvoir des stratégies appropriées et de fournir des conseils techniques pour les activités visant à faire reculer le paludisme ;

b) de contribuer à trouver des ressources supplémentaires pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, afin d'aider les États membres à atteindre les objectifs régionaux en matière de lutte antipaludéenne ;

c) de favoriser le partenariat avec les bailleurs de fonds aux échelons régional et national, afin de faciliter l'application des mesures requises ;

d) de fournir, dans le cadre du renforcement des activités de pays menées au titre de l'Initiative axée sur les pays, un appui technique aux États membres qui en ont besoin pour qu'ils puissent concevoir des projets permettant d'avoir accès au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ;

e) de renforcer la surveillance et la lutte antivectorielle ;

f) d'accroître et de faciliter la coopération en matière de lutte contre le paludisme dans la Région ;

g) de rendre compte périodiquement au Comité régional des progrès réalisés, en insistant sur la contribution du partenariat à la réduction de la charge de morbidité due au paludisme et à la prévention de sa résurgence et de sa réapparition.

EUR/RC52/R11

Rapport du neuvième Comité permanent du Comité régional

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du neuvième Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC52/3 et EUR/RC52/3 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-deuxième 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-deuxième session telles qu'elles ont été consignées dans le rapport sur la session.

EUR/RC52/R12

Stratégie européenne pour la lutte antitabac

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA52.18 et WHA53.16 de l'Assemblée mondiale de la santé, qui ont créé un organe intergouvernemental de négociation ouvert à tous les États membres chargé de rédiger et de négocier le projet de Convention-cadre pour la lutte antitabac et d'éventuels protocoles y relatifs, et ont demandé à l'Organe intergouvernemental de négociation d'entamer ses négociations, et la résolution WHA54.18, qui a demandé de la transparence dans la lutte antitabac ;

Rappelant sa résolution EUR/RC47/R8, par laquelle il a reconnu que le Troisième Plan d'action pour une Europe sans tabac énonçait un ensemble de principes fondamentaux que les États membres européens devraient appliquer ;

Reconnaissant que l'épidémie de tabac est l'un des problèmes de santé publique les plus graves auxquels la Région européenne de l'OMS doit faire face et qu'elle doit par conséquent faire l'objet d'une riposte commune ;

Ayant examiné la Déclaration de Varsovie pour une Europe sans tabac et le document EUR/RC52/11, qui propose une Stratégie européenne pour la lutte antitabac reposant sur une évaluation de la mise en œuvre du Troisième Plan d'action pour une Europe sans tabac, et les recommandations de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS pour une Europe sans tabac (Varsovie, 18 et 19 février 2002) ;

Notant que la Déclaration de Varsovie pour une Europe sans tabac souligne l'engagement politique de haut niveau des États membres à coordonner et à renforcer leur action contre l'épidémie de tabagisme ;

Prenant en considération le cadre constitutionnel des États membres :

1. FÉLICITE le Bureau régional de l'Europe pour les travaux qu'il a accomplis ces dernières années afin de promouvoir le plan d'action et pour l'organisation de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS ;
2. REMERCIE le Gouvernement polonais d'avoir accueilli la Conférence ministérielle européenne de l'OMS, les Gouvernements de Malte, de Slovénie et des Pays-Bas d'avoir accueilli les réunions d'homologues nationaux avant et après la Conférence, et le Gouvernement suisse d'avoir fourni des ressources financières et d'avoir accueilli et coordonné les travaux du Comité de rédaction en vue de la Déclaration de Varsovie ;
3. APPROUVE la Déclaration de Varsovie pour une Europe sans tabac en tant qu'ensemble de principes directeurs pour des politiques coordonnées de lutte antitabac dans la Région européenne de l'OMS ;

4. ADOPTE la Stratégie européenne pour la lutte antitabac en tant que cadre stratégique d'action que les États membres européens devraient appliquer par le biais de leurs politiques nationales et de la coopération internationale ;

5. REMERCIE le Comité pour une Europe sans tabac pour les travaux qu'il a accomplis au cours de la période de son mandat et DEMANDE au directeur régional de transférer les fonctions du Comité au réseau existant d'homologues nationaux représentant les États membres, avec une participation appropriée de partenaires internationaux essentiels dans ce domaine ;

6. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres :

a) de renforcer leurs politiques de lutte antitabac et leurs capacités dans ce domaine conformément à la Stratégie européenne pour la lutte antitabac ;

b) de contribuer à la mise en place d'un système européen de surveillance de l'OMS pour la lutte antitabac, en tant qu'élément international essentiel de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac ;

c) d'intensifier les consultations intergouvernementales pour une démarche européenne coordonnée dans le cadre du processus de négociation de la Convention-cadre sur la lutte antitabac, et de contribuer activement à l'adoption d'une Convention-cadre forte et inspirée par des considérations de santé publique par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2003 ;

d) d'accélérer le processus d'adoption et de ratification de la Convention-cadre sur la lutte antitabac ;

7. PRIE le directeur régional :

a) d'accorder un degré élevé de priorité à la fourniture de conseils et d'une assistance aux États membres dans les activités qu'ils mènent pour renforcer leurs politiques et leurs capacités dans le domaine de la lutte antitabac ;

b) d'obtenir des ressources et de faciliter la mise en œuvre des éléments internationaux de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac, en particulier en vue d'un système de surveillance européen de l'OMS pour la lutte antitabac ;

c) d'adopter, en consultation avec le Comité permanent du Comité régional, un mandat pour le réseau d'homologues nationaux chargés de servir d'organe consultatif international concernant la Stratégie européenne pour la lutte antitabac ;

d) d'examiner les possibilités de création et de faciliter la création d'une coalition européenne pour la lutte antitabac, qui associe les États membres et les organisations internationales et non gouvernementales souhaitant échanger leurs compétences et leurs ressources pour accélérer une action coordonnée de lutte antitabac dans la Région européenne ;

e) de présenter un rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac au Comité Régional à sa cinquante-sixième session.

*Annex 1***ORDRE DU JOUR**

- 1. Ouverture de la session**
 - a) Élection du président, du président exécutif, du vice-président exécutif et du rapporteur
 - b) Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail
- 2. Déclaration du directeur général**
- 3. Rapport 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 :**
 - a) des recommandations concernant les critères de participation au Conseil exécutif
 - b) le rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé
 - c) le rapport de l'évaluation externe de l'action menée par le Bureau régional en matière de réforme des systèmes de santé
 - d) le rapport du sous-groupe du CPRC sur la bioéthique
- 6. Partenariats pour la santé**
- 7. Questions de politique générale et questions techniques**
 - a) Pauvreté et santé
 - b) Tuberculose, VIH/sida et paludisme
 - c) Projet de budget-programme pour 2004–2005
 - d) Stratégie européenne pour la lutte antitabac (Quatrième plan d'action pour une Europe sans tabac)
 - e) Rôle du secteur privé dans le système de santé
- 8. Élections et désignations**
 - a) Désignation de trois membres du Conseil exécutif
 - b) Élection de trois membres du Comité permanent du Comité régional
 - c) Élection de quatre membres du Comité européen de l'environnement et de la santé
 - d) Élection d'un membre du Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine
- 9. Dates et lieu des futures sessions du Comité régional**
- 10. Demande de transfert de Chypre de la Région de la Méditerranée orientale à la Région européenne de l'OMS**
- 11. Autres questions**
- 12. Approbation du rapport et clôture de la cinquante-deuxième session**

<p style="text-align: center;">Séance d'information technique sur l'évaluation d'impact sur la santé (organisée par le secrétariat pendant la session)</p>

*Annex 2***LISTE DES DOCUMENTS****Documents de travail**

EUR/RC52/1 Rev.2	Liste des documents et documents de référence
EUR/RC52/2 Rev.1	Ordre du jour provisoire
EUR/RC52/3	Rapport du neuvième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC52/3 Add.1	Compte rendu de la sixième session du Comité permanent du Comité régional
EUR/RC52/4	Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne – 2000–2001
EUR/RC52/5	Composition du Conseil exécutif et de divers autres comités
EUR/RC52/5 Corr.1	Composition du Conseil exécutif et de divers autres comités
EUR/RC52/5 Add.1	Composition du Conseil exécutif et de divers autres comités
EUR/RC52/5 Add.2	Composition du Conseil exécutif et de divers autres comités
EUR/RC52/5 Add.3	Composition du Conseil exécutif et de divers autres comités
EUR/RC52/6	Questions soulevées par les résolutions et décisions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé
EUR/RC52/7	Partenariats pour la santé
EUR/RC52/8	La pauvreté et la santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC52/9	Tuberculose, VIH/sida et paludisme
EUR/RC52/9 Add.1	Plan d'extension de la stratégie DOTS pour faire barrage à la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2002–2006
EUR/RC52/10	Le rôle du secteur privé et de la privatisation dans les systèmes de santé européens
EUR/RC52/11	La stratégie européenne pour la lutte antitabac
EUR/RC52/12	Projet de budget-programme de l'OMS pour 2004–2005
EUR/RC52/12 Add.1	Projet de budget-programme 2004–2005 : point de vue de la Région européenne de l'OMS

Documents de conférence

EUR/RC52/Conf.Doc./1 Rev.1	Programme provisoire
EUR/RC52/Conf.Doc./2	Rapport du neuvième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC52/Conf.Doc./3	Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2000–2001
EUR/RC52/Conf.Doc./4	La pauvreté et la santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC52/Conf.Doc./5	Amplifier l'action contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS

EUR/RC52/Conf.Doc./6	Amplifier l'action contre le VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC52/Conf.Doc./7	Amplifier l'action contre le paludisme dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC52/Conf.Doc./8	Stratégie européenne pour la lutte antitabac
EUR/RC52/Conf.Doc./9	Projet de budget-programme pour 2004–2005
EUR/RC52/Conf.Doc./10	Dates et lieu des sessions ordinaires du Comité régional en 2003 et 2004
EUR/RC52/Conf.Doc./11	Certification de la Région européenne de l'OMS en tant que territoire indemne de poliovirus sauvage autochtone
EUR/RC52/Conf.Doc./12	Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé
EUR/RC52/Conf.Doc./13	Recommandations de la Conférence pan-européenne de la FAO et de l'OMS sur la sécurité sanitaire et la qualité des aliments, 25–28 février 2002

Documents d'information

EUR/RC52/Inf.Doc./1	Évaluation externe des programmes relatifs à la réforme des soins de santé du Bureau régional de l'OMS
EUR/RC52/Inf.Doc./2	Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES)
EUR/RC52/Inf.Doc./3	Rapport du directeur régional sur la mise en œuvre du budget-programme 2000–2001
EUR/RC52/Inf.Doc./4	Examen des Centres du Bureau régional (« bureaux géographiquement dispersés »)
EUR/RC52/Inf.Doc./5	Transfert de Chypre de la Région de la Méditerranée orientale à la Région européenne de l'OMS

Documents de référence

EUR/RC52/BD/1	La pauvreté et la santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC52/BD/2	Full report on the external evaluation of the WHO Regional Office's Health Care Reform programmes (en anglais uniquement)
EUR/RC52/BD/3	Technical briefing – Health impact assessment (en anglais uniquement)
EUR/01/5020906/6	Déclaration de Varsovie pour une Europe sans tabac

*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>	Michael Debrus Chef de la Division de la coopération multilatérale en matière de santé, Ministère fédéral de la santé
	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

Albanie

<i>Représentant</i>	Dr Mustafa Xhani Ministre de la santé
---------------------	--

Andorre

<i>Représentant</i>	Mlle Florencia Aleix Ambassade de la Principauté d'Andorre au Danemark
---------------------	---

Arménie

<i>Représentant</i>	Dr Tatul Hakobyan Vice-ministre de la santé
---------------------	--

Autriche

<i>Représentants</i>	Professeur Dr Reinhart Waneck Secrétaire d'État à la santé
----------------------	---

Dr Hubert Hrabcik
Directeur général de la santé publique, Ministère fédéral de la sécurité sociale
et des générations

Suppléant Dr Verena Gregorich-Schega
Directeur, Division des relations sanitaires internationales, Ministère fédéral de
la sécurité sociale et des générations

Conseiller M. Raphael Bayer
Relations sanitaires internationales, Ministère fédéral de la sécurité sociale et
des générations

Azerbaïdjan

Représentants Professeur Ali Binat-ogly Insanov
Ministre de la santé

Dr Alexander Umnyashkin
Directeur, Département des relations extérieures, Ministère de la santé

Bélarus

Représentant Dr Liudmila Andreevna Postoyalko
Ministre de la santé

Belgique

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

M. Alfred Berwaerts
Directeur général, Relations internationales, Ministère des affaires sociales, de
la santé publique et de l'environnement

M. Michel Lastchenko
Ambassadeur du Royaume de Belgique au Danemark

Suppléant M. Jan Dams
Directeur adjoint, Direction soins de santé, Ministère de la Communauté
flamande

Conseillers Mme Leen Meulenbergs
Expert, Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement

Dr Daniel Reynders
Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement

Bosnie-Herzégovine

<i>Représentants</i>	Dr Zeljko Mišanović Ministre de la santé, Fédération de Bosnie-Herzégovine
	Dr Milorad Balaban Ministre de la santé et de l'aide sociale, Republika Srpska
<i>Suppléants</i>	Dr Milan Latinović Vice-ministre de la santé, Republika Srpska
	M. Nudžeim Rečica Ambassadeur de la République de Bosnie-Herzégovine au Danemark
<i>Conseillers</i>	Professeur Žarko Pavić Conseiller du Premier ministre pour les questions de santé, Republika Srpska
	Mme Olivera Tadić Chef du cabinet du ministre de la santé, Fédération de Bosnie-Herzégovine

Bulgarie

<i>Représentants</i>	Dr Lubomir Koumanov Vice-ministre de la santé
	Dr Stayko Koulaksazov Directeur, Coopération internationale et intégration européenne, Ministère de la santé
<i>Suppléant</i>	M. Valentin Dontchev Directeur, Organisations internationales, Ministère des affaires étrangères
<i>Conseiller</i>	Professeur Peter Nikolakov Président, Conseil d'accréditation, Ministère de la santé

Croatie

<i>Représentant</i>	Mme Karmen Klemente Chef du cabinet du ministre, Ministère de la santé
---------------------	---

Danemark

<i>Représentants</i>	M. Lars Løkke Rasmussen Ministre de l'intérieur et de la santé
	M. Ib Valsborg Secrétaire permanent, Ministère de l'intérieur et de la santé

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

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

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

Dr Sigrid Poulsen
Direction nationale de la santé

Mme Hanne Findsen
Conseiller spécial, Ministère de l'intérieur et de la santé

Mme Marianne Kristensen
Conseiller principal, Direction nationale de la santé

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

M. Søren Thomsen
Chef de section, Ministère de l'intérieur et de la santé

Espagne

Représentants Dr Ana María Pastor-Julian
Ministre de la santé et de la consommation

Dr Rafael Perez-Santamarina
Secrétaire général de la santé, Ministère de la santé et de la consommation

Suppléants Professeur José M. Martin-Moreno
Directeur général de la santé publique, Ministère de la santé et de la consommation

Dr Paloma Alonso-Cuesta
Directeur général adjoint des relations internationales, Ministère de la santé et de la consommation

Dr Isabel de la Mata Barranco
Directeur général adjoint des programmes et des services de santé, Ministère de la santé et de la consommation

Conseillers Dr Begoña Merino Merino
Conseiller technique, Ministère de la santé et de la consommation

Dr Isabel Noguer-Zambrano
Conseiller technique, Programme national sur le sida, Ministère de la santé et de la consommation

Mme Susana Camara-Angulo
Mission permanente du Royaume d'Espagne auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Estonie

Représentants

M. Ain Aaviksoo
Chef du Département de la santé, Ministère des affaires sociales

M. Mati Murd
Troisième secrétaire, Ambassade de la République d'Estonie au Danemark

Ex-République yougoslave de Macédoine

Représentants

Mme Snezana Cicevalieva
Chef, Département de l'intégration européenne et de la coopération internationale, Ministère de la santé

Dr Borislav Josifovski
Chef, Département des soins préventifs et des soins de santé primaires, Ministère de la santé

Fédération de Russie

Représentants

Mme Tatiana Ivanova Stukolova
Vice-ministre de la santé

M. Nikolay N. Bordyuzha
Ambassadeur de la Fédération de Russie au Danemark

Suppléant

Dr Sergei M. Furgal
Directeur, Département de la coopération internationale, Ministère de la santé

Conseillers

Dr Anatoly V. Pavlov
Directeur adjoint, Département de la coopération internationale, Ministère de la santé

M. Vladimir M. Zimianin
Conseiller principal, Département des organisations internationales, Ministère des affaires étrangères

M. Andrei L. Lisitsin
Premier secrétaire, Ambassade de la Fédération de Russie au Danemark

Finlande

<i>Représentants</i>	Dr Jarkko Eskola Directeur général, Département de la famille et du bien-être social, 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 Conseiller ministériel, Chef de section, Bureau des affaires internationales, Ministère des affaires sociales et de la santé
	M. Sakari Lankinen Conseiller ministériel, Ministère des affaires sociales et de la santé
<i>Conseillers</i>	Dr Simo Kokko Chef des activités de développement, Centre national de recherche et de développement pour les affaires sanitaires et sociales (STAKES)
	M. Timo Heino Conseiller, Ministère des affaires étrangères

France

<i>Représentants</i>	M. Régis de Bélenet Ambassadeur de la République française au Danemark
	Professeur Lucien Abenhaim Directeur général de la santé, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées
<i>Suppléants</i>	Dr Jean-Baptiste Brunet Chef de la cellule des affaires européennes et internationales, Direction générale de la santé, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées
	Mme Catherine Feuillet Ministère des affaires étrangères
<i>Conseillers</i>	Dr Anne Pinteaux Délégation aux affaires européennes et internationales, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées
	M. Alain Lefebvre Conseiller aux affaires sociales et à la santé, Ambassade de la République française au Danemark
	Mme Marion Dehais Premier secrétaire, Ambassade de la République française au Danemark

Grèce

<i>Représentants</i>	M. Ektor Nasiokas Vice-ministre de la santé et de la protection sociale
	Dr Meropi Violaki-Paraskeya Directeur général honoraire de la santé, Ministère de la santé et de la protection sociale
	M. Andonios Nicolaidis Ambassadeur de la République hellénique au Danemark
<i>Conseillers</i>	Dr Themistokles Sapounas Directeur, Division de la santé publique, Ministère de la santé et de la protection sociale
	Dr Andreas Milios Expert national, Mission permanente de la République hellénique auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève
	Professeur Jenny Kourea-Kremastinou Conseiller au Ministère de la santé et de la protection sociale, École nationale de la santé publique

Hongrie

<i>Représentant</i>	Mme Zsuzsanna Jakab Secrétaire d'État, Ministère de la santé
<i>Suppléant</i>	Mme Katalin Novák Chef du Département de la coopération internationale et de la coordination de l'intégration européenne, Ministère de la santé

Irlande

<i>Représentant</i>	Dr James Kiely Directeur général de la santé, Ministère de la santé et de l'enfance
<i>Suppléants</i>	Dr Eibhlin Connolly Directeur général adjoint de la santé, Ministère de la santé et de l'enfance
	Mme Mary Aylward Assistant principal, Service international, Ministère de la santé et de l'enfance
<i>Conseiller</i>	M. Donal 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. David Á. Gunnarsson Secrétaire général, Ministère de la santé et de la sécurité sociale
<i>Suppléants</i>	Mme Ragnheiður Haraldsdóttir Secrétaire général adjoint, Ministère de la santé et de la sécurité sociale
	M. Ingimar Einarsson Chef de division, Ministère de la santé et de la sécurité sociale
<i>Conseillers</i>	M. Stefan Johannesson Ambassadeur, Mission permanente de l'Islande auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève
	M. Sigurdur Gudmundsson Directeur général de la santé, Ministère de la santé et de la sécurité sociale
	Dr Sveinn Magnússon Chef de division, Ministère de la santé et de la sécurité sociale
	M. Einar Magnússon Responsable national de la pharmacie, 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, Département des relations internationales, Ministère de la santé

Italie

<i>Représentant</i>	Dr Marta Di Gennaro Directeur général, Informatique, statistique et investissements structurels et technologiques, Ministère de la santé
<i>Suppléants</i>	Dr Francesco Cicogna Conseiller principal, Direction des relations internationales et des politiques de proximité, Ministère de la santé
	Professeur Giancarlo Majori Directeur du Département de parasitologie, Institut national supérieur de la santé

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

Kirghizistan

Représentant Professeur Mitalip Mamytovich Mamytov
Ministre de la santé

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

Lettonie

Représentant M. Viktors Jaksons
Ministre de la protection sociale

Lituanie

Représentants Mme Romualda Baranauskienė
Sous-secrétaire, Ministère de la santé

Professeur Vilius Grabauskas
Chancelier de l'Université de médecine de Kaunas

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

Luxembourg

Représentants Dr Danielle Hansen-Koenig
Directeur général de la santé, Direction de la santé

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

Malte

Représentant M. Carmel J. Aquilina
Ambassadeur de la République de Malte au Danemark

Suppléants Dr Andrew J. Amato-Gauci
Chef du Département Politique sanitaire et planification, Ministère de la santé

Dr Karen Vincenti
Conseiller technique principal, Ministère de la santé

M. Stephen Borg
Conseiller, Ambassade de la République de Malte au Danemark

Monaco

Représentant Dr Anne Nègre
Directeur de l'action sanitaire et sociale, Département de l'intérieur, Ministère d'État

Norvège

Représentant Mme Hilde C. Sundrehagen
Directeur général, Ministère de la santé

Suppléants Dr Lars Hanssen
Directeur général, Direction de la santé

Dr Per Wium
Conseiller principal, Direction de la santé et de la protection sociale

Dr Ottar Christiansen
Conseiller, Mission permanente du Royaume de Norvège auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Tharald Hetland
Conseiller principal, Ministère de la santé

Mme Turid Kongsvik
Conseiller principal, Ministère des affaires étrangères

Mme Eldrid Røine
Conseiller, Ministère de la santé

Ouzbékistan

Représentant Professeur Feruz Nazirov
Ministre de la santé

Conseillers M. Khamid Karimov
Recteur de l'Institut de médecine de l'Université d'État de Tachkent

Dr Nurmat S. Atabekov
Chef, Département de surveillance sanitaire et épidémiologique, Ministère de la santé

Dr Abdunomon Sidikov
Chef, Département EEA, Ministère de la santé

Pays-Bas

Représentants M. Hans de Goeij
Directeur général de la santé publique, Ministère de la santé, du bien-être et des sports

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

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

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

Pologne

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

Suppléants Dr Miroslaw Manicki
Directeur du Département de l'intégration européenne et des relations internationales, Ministère de la santé

Mme Barbara Bitner
Conseiller auprès du ministre de la santé, Département de l'intégration européenne et des relations internationales, Ministère de la santé

Portugal

Représentants Dr Francisco George
Directeur général adjoint, Ministère de la santé

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

République de Moldova

Représentant Dr Andrei Gherman
Ministre de la santé

République tchèque

Représentants Dr Michael Vít
Vice-ministre de la santé et directeur général de la santé

Mme Marie Košťálová
Ambassadeur de la République tchèque au Danemark

Suppléants Mme Blanka Jankásková
Chef, Département des organisations internationales et de la compatibilité avec l'UE, Ministère de la santé

M. Daniel Prouza
Consul, Ambassade de la République tchèque au Danemark

Mme Edita Švimberská
Département des relations internationales, Ministère de la santé

Conseiller Professeur Bohumil Fišer
Ancien ministre de la santé

Roumanie

Représentants Dr Daniela Bartos
Ministre de la santé et de la famille

Dr Alexandru Rafila
Directeur général, Département général de la santé publique, Ministère de la santé et de la famille

Suppléant Dr Canel Heredeia
Directeur adjoint, Relations internationales et intégration européenne, Ministère de la santé et de la famille

Conseiller Mme Lavinia Dimancea
Conseiller, Ministère de la santé et de la famille

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

Représentants Sir 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
Directeur des affaires internationales, Ministère de la santé

M. Anthony Kingham
Chef d'équipe, Division internationale, Ministère de la santé

Dr Anna Maslin
Administrateur international pour les soins infirmiers et obstétricaux, Ministère de la santé

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

Saint-Marin

Représentants

M. Maurizio Rattini
Ministre de la santé et de la sécurité sociale

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

Suppléant

M. Iro Belluzzi
Coordinateur, Département de la santé et de la sécurité sociale

Slovaquie

Représentants

M. Roman Bužek
Ambassadeur de la République slovaque au Danemark

Dr Svätopluk Hlavacka
Ministère de la santé

Suppléants

Dr Jaroslava Hurná
Ministère de la santé

Mme Zuzana Červená
Ministère de la santé

Conseillers

Mme Jana Bartosiewiczová
Conseiller, Mission permanente de la République slovaque auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Martina Siváková
Deuxième secrétaire, Ambassade de la République slovaque au Danemark

Slovénie

<i>Représentants</i>	Professeur Dušan Keber Ministre de la santé M. Andrej Logar Ambassadeur de la République de Slovénie au Danemark
<i>Suppléant</i>	Dr Božidar Voljč Directeur, Centre national de transfusion sanguine
<i>Conseiller</i>	M. Robert Krmelj Conseiller, Ambassade de la République de Slovénie au Danemark

Suède

<i>Représentants</i>	Mme Kerstin Wigzell Directeur général, Direction nationale de la santé et de la protection sociale Mme Irène Nilsson Carlsson Directeur, Ministère de la santé et des affaires sociales
<i>Suppléants</i>	Mme Ann-Christin Filipsson Directeur, Spécialiste, Ministère de la santé et des affaires sociales Mme Cecilia Halle Responsable du secteur géographique, Ministère de la santé et des affaires sociales Mme Birgitta Schmidt Directeur, Direction générale de la santé et de la protection sociale M. Bo Pettersson Directeur général adjoint, Institut national de la santé publique

Suisse

<i>Représentants</i>	Professeur Thomas Zeltner Directeur, Office fédéral de la santé publique Cornelia Oertle Bürki Secrétaire centrale suppléante, Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires
<i>Suppléants</i>	Stephanie Zobrist Cheffe des affaires internationales, Office fédéral de la santé publique Alexandre von Kessel Chargé de recherche, Relations internationales, Office fédéral de la santé publique

Tadjikistan

Représentant Dr Alamhon Akhmedov
Ministre de la santé

Turquie

Représentants Dr Osman Durmus
Ministre de la santé

Mme Fügen Ok
Ambassadeur de la République de Turquie au Danemark

Suppléants Dr Ismail Toprak
Directeur général, Soins de santé primaires, Ministère de la santé

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

Conseillers Professeur Orhan Canbolat
Faculté de médecine, Université Gazi

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

Mme Yasemin Eralp Irten
Conseiller, Ambassade de la République de Turquie au Danemark

Dr Fatma Nur Aksakal
Direction générale des soins de santé primaires, Ministère de la santé

Secrétaire M. Nursal Kasapoglu
Secrétaire auprès du ministre de la santé

Turkménistan

Représentant Dr Byashim Sopyev
Vice-ministre de la santé et de l'industrie médicale

Ukraine

Représentant M. Yuriy Pavlov
Chargé d'affaires par intérim de l'Ambassade d'Ukraine au Danemark

Yougoslavie

Représentants

Dr Tomica Milosavljevic
Ministre de la santé de la République de Serbie

Dr Zarko Micovic
Ministre de la santé de la République de Monténégro

Suppléants

M. Branislav Srdanovic
Ambassadeur de la République fédérale de Yougoslavie au Danemark

M. Milos Knezevic
Secrétaire fédéral adjoint pour le travail, la santé et l'aide sociale

Dr Dragomir Marisavljevic
Vice-ministre de la santé de la République de Serbie

Dr Dragan Lausevic
Vice-ministre de la santé de la République de Monténégro

M. Milos Todorovic
Attaché, Ambassade de la République fédérale de Yougoslavie au Danemark

II. OBSERVATEURS D'ÉTATS MEMBRES D'AUTRES RÉGIONS

Chypre

M. Michalis Stavrinou
Ambassadeur de la République de Chypre au Danemark

M. Alexandros Vikis
Ambassadeur, Mission permanente de la République de Chypre auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Japon

M. Satoshi Hemmi
Premier secrétaire, Mission permanente du Japon auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

III. OBSERVATEURS D'ÉTATS MEMBRES DE LA COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'EUROPE

Canada

Mme Carla Gilders
Conseiller, Santé et affaires sociales, Mission canadienne de l'Union européenne

États-Unis d'Amérique

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

IV. OBSERVATEURS D'ÉTATS NON MEMBRES

Saint-Siège

Monseigneur Stephan Stocker
Secrétaire de la Nonciature apostolique au Danemark

Mme Anne Lise Timmermann
Nonciature apostolique au Danemark

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

Banque mondiale

Dr Armin H. Fidler

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

Dr Shahnaz Kianian-Firouzgar

Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)

Dr Niek Schelling

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

Dr Peter Piot
M. Henning Mikkelsen
M. Ulf T. Kristoffersson

VI. REPRÉSENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

Commission européenne

M. Fernand Sauer
M. Antonis Lanas
Dr Vladimir Kozyreff

Conseil de l'Europe

M. Karl-Friedrich Bopp

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

Association internationale des femmes médecins

Dr Vibeke Jørgensen
Dr Annemette Mygh

Association mondiale des guides et des éclaireuses

Mme Estrid Staehr Hansen

Collège international des chirurgiens

Dr Yaw-Tang Shih
Dr Peter Chang Wushou

Confédération internationale des sages-femmes

Mme Lillian Bondo

Confédération mondiale de physiothérapie

Mme Inger Brondsted
Mme Elisabeth Berents

Conseil international des infirmières

Mme Ea Trane
Mme Kirsten Stallknecht
Mme Annie Marrot

Conseil international pour la standardisation en hématologie et Société internationale d'hématologie

Dr Benedicte Laursen

Fédération internationale des associations de fabricants de produits pharmaceutiques

Mme Sissel Brinchmann

Fédération internationale pharmaceutique

Dr Peter Kielgast
Mme Ida Gustafsen

World Hypertension League (Ligue mondiale contre l'hypertension)

Dr Svend Strandgaard

VIII. OBSERVATEURS*Association des écoles de santé publique de la Région européenne*

Professeur Roza Adany

Forum européen des associations de pharmaciens et de l'OMS

Mme Ida Gustafsen

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

Mme Merete Thorsen

Réseau Régions-santé

Dr Jaroslav Volf

World Health Professions Alliance (Alliance mondiale des professions de santé)

Dr Peter Kielgast

*Annexe 4***DÉCLARATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'OMS**

Monsieur le président,
Mesdames et Messieurs les ministres,
Distingués délégués,
Mesdames et Messieurs,

C'est un plaisir pour moi de participer à cette réunion et de souhaiter la bienvenue à toutes les délégations présentes. Après m'être rendu à Jakarta et à Kyoto, j'arrive ici au moment où vous parvenez à la fin de vos travaux : j'attends avec intérêt d'entendre vos conclusions.

Monsieur le président et distingués délégués,

Le 21 juin de cette année a été une grande journée pour la Région. Il a été possible de déclarer la Région européenne indemne de poliomyélite grâce à un effort de grande ampleur.

Cependant, ceux d'entre vous qui étaient présents lors de la session du Comité régional qui s'est tenue l'année dernière à Madrid ne l'oublieront jamais. Les images des tours qui étaient la proie des flammes aux États-Unis nous ont tous consternés. Nous avons peut-être commencé à réfléchir à la façon dont cet événement tragique pourrait déterminer l'évolution de la situation au cours des mois qui ont suivi.

L'interdépendance mondiale est devenue plus claire encore. Nous avons pris conscience des possibilités de menaces délibérées contre la santé, dans le but d'inquiéter, de provoquer des souffrances et de porter atteinte à notre sécurité. Les pays européens ont agi solidairement pour contrer ces menaces.

Les États membres de l'OMS ont coopéré avec le secrétariat pour examiner les éventuelles conséquences en matière de santé publique d'incidents dus à des matières biologiques, chimiques et nucléaires. Nous avons tous compris l'importance d'un partage de l'information, et d'une amélioration de la surveillance et de l'état de préparation. Nous avons agi, et agi ensemble.

Nous devons poursuivre nos efforts.

Dans la Région, nous avons dû faire face à de nouvelles situations d'urgence tout en nous remettant de crises antérieures. Les inondations récentes en Europe centrale constituent un exemple d'une sollicitation extrême des ressources des pays. L'OMS a réagi rapidement, à la demande des autorités nationales.

Monsieur le président,

Ce mois-ci, je suis amenée à me déplacer constamment. Septembre a commencé juste après que j'ai travaillé avec les ministres de la santé d'Afrique australe, à Harare, alors qu'ils étudiaient les moyens d'atténuer la crise humanitaire dans la région et de réduire ses effets à long terme. Ensuite, j'ai rejoint les chefs d'État réunis à Johannesburg pour poursuivre les travaux essentiels accomplis lors du Sommet de Rio : prendre des engagements très difficiles pour préserver l'avenir commun des populations et de la planète. Je me suis rendue au Lesotho pour un examen approfondi des mesures à prendre pour faire face à des souffrances terribles. Ensuite, j'ai assisté aux sessions des comités des régions les plus peuplées, celle de l'Asie du sud-est, à Jakarta, et hier celle du Pacifique occidental, à Kyoto.

Les sujets de préoccupation sont les mêmes.

Dix ans après Rio, le monde accepte que la santé est essentielle pour garantir notre avenir à tous.

Nous devons obtenir des résultats. En d'autres termes, il faut que les systèmes de santé soient efficaces et que la maladie recule de façon tangible. En conséquence, nous devons porter notre attention sur les questions qui importent le plus et trouver de meilleurs moyens d'agir pour obtenir des résultats.

Portons-nous notre attention sur les questions qui comptent le plus ?

Il y a deux ans, des chefs d'État du monde entier ont adopté les buts de développement du Millénaire. Un grand nombre de ces buts portaient sur la santé. Ces buts nous aident à coordonner nos actions : les organisations internationales, y compris l'OMS, analysent le coût de réalisation de ces buts et définissent des indicateurs de progrès.

L'année dernière, j'ai reçu le rapport de la Commission Macroéconomie et santé. Les membres de cette Commission ont mis en évidence les avantages d'investissements dans la santé. Ils ont préconisé d'investir dans des interventions offrant un bon rapport coût-efficacité, dans des systèmes et des personnes qui veulent obtenir des résultats, et dans des mesures des progrès accomplis. À cette fin, il faut réformer les systèmes de santé de façon à ce qu'ils mettent l'accent sur l'équité en matière de santé : l'expérience acquise dans cette région montre que des réformes peuvent être réalisées, mais seulement si elles tiennent compte des réalités locales et nationales.

C'est pourquoi la santé a joué un rôle aussi important dans les récentes conférences internationales, qui ont porté en particulier sur le financement du développement, à Monterrey (Mexique), le début du nouveau cycle de négociations commerciales à Doha et le Sommet du développement durable à Johannesburg.

L'investissement dans la santé consiste à obtenir des ressources supplémentaires grâce à des alliances et à des partenariats fondés sur des buts communs. Il s'agit par exemple de l'initiative Villes-santé, de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Que faisons-nous pour travailler plus efficacement ?

Il importe avant tout que nous trouvions des moyens de faire fonctionner efficacement nos partenariats. Ce n'est qu'alors que nous pourrons écarter les obstacles qui empêchent les individus d'avoir accès aux systèmes de santé et aux produits dont ils ont besoin. Ce n'est qu'alors que nous pourrons faire face convenablement aux risques en matière d'hygiène de l'environnement. À cet égard, la conclusion de nouveaux accords internationaux peut être utile. Il y a trois ans, nous avons commencé à négocier la Convention-cadre sur la lutte antitabac. J'espère que, l'année prochaine, l'Assemblée mondiale de la santé adoptera une convention forte. Lorsqu'elle entrera en vigueur, nous devrons l'appliquer sans le moindre retard.

Cependant, dans la plupart des cas, nous devons mettre en place et maintenir des partenariats plus informels. Pour les gouvernements, la société civile et les entités privées, il faut agir dans cet esprit. On pourrait citer de nombreux exemples dans cette région. L'OMS contribue à faire en sorte que les réalisations remarquables de quelques-uns deviennent les nouveaux modèles qui inspirent l'action de tous.

Prenons le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il s'agit d'une mesure audacieuse pour faire face aux effets énormes de ces maladies. Plusieurs pays ont fourni au Fonds des ressources importantes destinées à être investies dans des programmes efficaces. Vous en avez discuté cette semaine. C'est ce qu'ont fait également les ministres de la santé tant à Kyoto qu'à Jakarta.

Tous veulent que le Fonds soit couronné de succès. Ils ont demandé l'aide de l'OMS. Nous coopérons avec les pays qui s'efforcent d'obtenir des fonds et, s'ils y parviennent, lorsqu'ils les dépensent. Nous voulons que soient mis en place des mécanismes efficaces de gestion des fonds et nous encourageons le

versement de contributions complémentaires pour que le Fonds dispose de suffisamment de ressources pour répondre aux besoins des pays.

Nous avons tous travaillé d'arrache-pied pour obtenir des réductions du prix des produits de santé essentiels, y compris les médicaments. Après des efforts intenses accomplis au cours des quatre dernières années, il est maintenant courant de recourir à des prix différenciés pour améliorer l'accès des pauvres aux médicaments. Les prix de certains antirétroviraux ont baissé de 80 à 90 pour cent et le prix des antituberculeux ont diminué d'un tiers. Il est possible d'obtenir gratuitement de la névirapine pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et il en va de même de la polychimiothérapie antilépreuse.

Plusieurs nouveaux partenariats visant à stimuler la recherche de nouveaux médicaments contre les maladies oubliées ont également été mis sur pied. À Doha, les sauvegardes contenues dans l'accord sur les ADPIC ont été renforcées en ce qui concerne les médicaments essentiels.

Ces réalisations sont à mettre à l'actif des gouvernements, des ONG, des chercheurs, des entreprises, des médias et des Nations Unies. Ensemble, ils ont réalisé un changement radical. Ils ont réussi à faire en sorte que l'accès aux médicaments soit une importante préoccupation à l'échelon mondial, en insistant pour que la santé des individus passe avant le commerce.

Beaucoup reste à faire. J'estime qu'aucune disposition d'un accord commercial ne devrait avoir pour effet de refuser l'accès à des médicaments salvateurs pour des maladies courantes. Ce principe s'applique à tous ceux qui ont besoin de tels produits pharmaceutiques, où qu'ils vivent et quelles que soient leurs ressources.

L'argent est vital. Cependant, un engagement total est indispensable pour changer les choses. Pour améliorer la vie des gens. Les pays de cette région ont montré la voie à suivre. La Finlande, la Grèce et puis la Belgique ont mis l'accent sur la santé mentale, en suscitant de l'intérêt pour les questions qui se posent, en associant de nouveaux acteurs et en définissant un programme stimulant de mesures que nous devons tous prendre. Le monde a pris conscience de ce problème : ensemble, nous avons fait connaître l'importance de la santé mentale.

Pour changer les choses, il faut parvenir à un consensus, pas uniquement au sein du secteur de la santé, mais dans l'ensemble des secteurs, pour que les efforts de tous profitent à un grand nombre de personnes. Pendant des années, les personnalités politiques européennes ont su que, si l'on n'y prêtait pas attention, l'environnement pouvait nuire à la santé des individus. Peu après le Sommet de Rio, il y a dix ans, ils ont mis en évidence l'intérêt d'un investissement dans des environnements salubres. Au cours de la décennie écoulée, ils ont agi, obtenu la coopération de différents ministères et celle d'ONG et de partenaires privés, pour les faire coopérer à la mise en place d'environnements salubres.

Depuis que j'ai commencé à m'acquitter de fonctions au sein du Gouvernement norvégien, j'ai assisté aux initiatives novatrices des ministres européens de l'environnement et de la santé pour améliorer l'hygiène de l'environnement. En Europe, toute une série d'accords politiques, de codes de conduite, d'actions de planification communes, de programmes et d'indicateurs mesurables ont engendré des résultats réels. Ils ont inspiré en grande partie le souci pour des environnements salubres qui s'est manifesté au Sommet de Johannesburg. Maintenant, les questions d'hygiène de l'environnement des enfants rassemblent les peuples d'Europe et leurs pays, tant à l'est qu'à l'ouest.

Lorsque nous songeons à la réunion des ministres de l'environnement et de la santé qui aura lieu à Budapest en 2004, nous pouvons constater à quel point l'Europe a influencé le monde. L'équipe européenne de l'OMS a également montré la voie à suivre : porter son attention sur des données scientifiques en vue d'actions et d'interventions économiquement rationnelles, favoriser des alliances avec la participation de la Commission européenne, de l'OCDE, d'ONG, de réseaux universitaires et de gouvernements, et aider ces différents acteurs à obtenir des résultats concrets.

Ne nous voilons pas la face. Trop d'enfants sont malades à cause du milieu où ils vivent, travaillent et jouent. En 2000, près de 5 millions de décès d'enfants ont résulté d'environnements malsains. Le plus souvent, les enfants contractent des infections respiratoires aiguës et la diarrhée.

Vous avez montré comment des environnements insalubres peuvent rendre les enfants malades. Les déchets humains finissent par se retrouver dans l'eau et dans les aliments. En outre, l'eau est contaminée par des organismes pathogènes et des substances chimiques. L'air est pollué par la cuisson des aliments ou le tabagisme. D'autres toxiques se trouvent dans l'air et le sol. Des insectes vecteurs de maladies piquent des enfants. Trop d'enfants sont blessés dans les habitations ou sur la route.

Vous nous avez montré comment des alliances peuvent s'avérer efficaces dans la pratique. Le centre de Rome est prêt à fournir une aide. Il y a deux semaines, à Johannesburg, l'équipe de l'OMS a coopéré avec l'UNICEF et le PNUE, ainsi qu'avec d'importantes ONG, pour imiter l'exemple que vous avez donné. Nous avons commencé à mettre en place une alliance mondiale pour favoriser des environnements plus sains pour les enfants.

Le moment est venu pour les gouvernements et les ONG, les scientifiques et les hommes politiques, les entités privées et les militants de travailler la main dans la main à cette fin. Pour que l'intérêt des enfants passe avant tout le reste. Pour s'attaquer aux risques qui pèsent sur l'hygiène de l'environnement grâce à des interventions économiquement rationnelles. Pour convenir de stratégies et pour utiliser des indicateurs précis. En travaillant ensemble, nous pouvons faire bouger les choses en faveur de la santé publique et de l'avenir de nos enfants.

Pourtant, beaucoup reste à faire.

Vous avez fait toute la lumière sur la crise du sida. Maintenant, les demandes relatives à des programmes de prévention sont de plus en plus nombreuses. Des ressources sont nécessaires, mais il n'est pas facile de les obtenir. De nombreux milliers de personnes atteintes du sida ont besoin de soins efficaces, y compris de médicaments antirétroviraux. Ils se demandent pourquoi ils ne peuvent obtenir des médicaments bon marché. Nous devons continuer à rechercher les bonnes solutions, même si les difficultés semblent énormes.

Les pays européens réforment leur système de santé. Vous avez travaillé d'arrache-pied pour le faire d'une façon qui réponde aux besoins de vos populations. Cependant, il est fréquent que les compétences et les technologies dont se servent les professionnels de santé ne correspondent pas aux besoins en matière de soins. On a l'impression que la réforme ne finit jamais, ce qui est très frustrant pour les professionnels de santé. Cela est inévitable. Les négociations menées pour convenir de normes relatives au personnel, au financement et aux performances des systèmes de santé entre les différentes parties intéressées sont extraordinairement complexes.

Je constate que le soutien que l'OMS a apporté à vos réformes a récemment fait l'objet d'une évaluation. Par expérience, je sais qu'un tel processus n'est pas simple. Mais les enjeux sont élevés : nous devons obtenir le soutien de la population pour nos systèmes de santé et il importe que nous soyons crédibles. En conséquence, nous devons axer nos efforts collectifs sur les résultats au niveau de l'état de santé, sur la qualité des services et sur la sécurité des patients.

Tout serait tellement facile s'il était possible de réformer les systèmes de santé en suivant les directives énoncées par le directeur général de l'OMS et diffusées par notre personnel. Malheureusement, cela n'est pas possible. L'action en matière de santé exige des échanges entre professionnels, sur la base de données probantes provenant des travaux de recherche, ainsi que des interactions au minimum avec les associations professionnelles, les personnalités politiques, les médias et les organisateurs de campagnes.

Que cela nous plaise ou non, pour parvenir à l'équité en matière de santé, il faut que ceux qui disposent des leviers du pouvoir agissent de façon efficace, et, bien entendu, dans le respect de principes élevés. Ceux qui défendent efficacement la cause de la santé trouvent des moyens pour actionner ces leviers, en

coopérant avec des organismes internes et extérieurs. Ils peuvent obtenir l'aide de l'OMS, en utilisant nos normes comme points de repère et en ayant recours à nos documents techniques pour exercer de l'influence. Dans certains cas, nous jouerons un rôle de pionnier. Cependant, en général, nous nous bornons à soutenir les initiatives novatrices et à assurer la formation. Nous donnons des conseils et des encouragements et, je l'espère, nous sommes présents lorsqu'on a besoin de nous.

L'OMS devrait être à même d'aider les pays à se procurer des informations sur la santé de leurs populations, sur les diverses solutions permettant de prévenir ou de lutter contre une maladie ainsi que des outils d'évaluation de la performance de leurs systèmes de santé. Nous apprenons de nos expériences et partageons les exemples de nos meilleures pratiques. En collaborant avec des partenaires tels que la Banque mondiale, l'OCDE et la Commission européenne, l'Organisation s'efforce de vous aider à établir des comparaisons entre l'expérience que vous avez acquise et celles d'autres pays – par l'intermédiaire d'observatoires de la santé basés ici, dans la Région, et grâce à des instruments normalisés, tels que l'enquête sur la santé dans le monde.

Monsieur le président,

Quels sont les risques les plus importants pour la santé dans le monde d'aujourd'hui ? Le *Rapport sur la santé dans le monde 2002*, qui paraîtra en octobre, fournit quelques-unes des réponses. On y retrouve notamment des risques bien connus, associés au sous-développement, tels que l'eau contaminée, les conditions médiocres d'assainissement et d'hygiène, les rapports sexuels non protégés (notamment en ce qui concerne le VIH/sida), la carence en fer et autres éléments nutritifs, et la pollution à l'intérieur des habitations due aux combustibles solides.

D'autres ennemis de la santé sont davantage liés à des modes de consommation défavorables à la santé, tels que les mauvaises habitudes alimentaires et l'obésité, l'hypertension et l'hypercholestérolémie, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et l'inactivité physique. Ces risques, et les maladies qu'ils engendrent, sont dominants dans l'ensemble des pays à revenu élevé ou intermédiaire.

Partout dans le monde, des modes de consommation défavorables à la santé se substituent aux habitudes alimentaires plus saines. Des modes de vie sédentaires remplacent la pratique régulière d'une activité physique. Ces changements commencent aujourd'hui à affecter la santé de tous : les jeunes et les vieux, les riches et les pauvres.

Nous savons qu'une modification des habitudes alimentaires et une augmentation de l'exercice physique peuvent prévenir certaines maladies cardiovasculaires, certains types de diabète et de cancer. L'OMS, pour donner suite à une résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé, en mai dernier, prépare une stratégie mondiale sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé. Les États membres en débattront lors de six consultations régionales au cours de l'année à venir. Je sais que les pays de cette Région sauront donner la juste place à cette activité.

Nous avons montré l'utilité de concentrer nos efforts sur des questions essentielles. Pourquoi sinon nous sommes-nous battus si ardemment pour réglementer un produit qui tue la moitié de ses consommateurs habituels ? Depuis des décennies, nous savons comment prévenir chacun des quatre millions de décès annuels imputables au tabac. Ce n'est pas difficile : il suffit d'augmenter les taxes, d'interdire la publicité et d'appliquer des règles sur la propreté de l'air à l'intérieur des lieux publics.

En 1998, j'étais convaincue que nous devions agir.

C'est ainsi que nous nous sommes intéressés à l'article 19 de la Constitution de l'OMS. Les États membres peuvent l'utiliser pour négocier des normes mondiales. Et c'est pourquoi nous avons choisi d'utiliser les pouvoirs dont l'Organisation dispose en matière d'élaboration de traité pour chercher à prévenir les maladies liées au tabac. En mettant en branle le processus de négociations de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, nous avons créé un précédent.

Les négociations de la Convention-cadre nous ont rappelé le rôle essentiel de l'État en matière de santé publique, en particulier pour ce qui est de définir des normes et des niveaux de référence et de veiller à leur respect.

De telles tentatives se heurtent évidemment à des oppositions. Dans toutes les régions, nous voyons bien que les cigarettiers continuent d'agir uniquement sur la base de leurs propres intérêts – à savoir maintenir des profits et des parts de marché et pousser des femmes et des hommes toujours plus jeunes à fumer. Comment ? Grâce à des données prétendument scientifiques et une propagande trompeuse, souvent cachée sous une démonstration d'apparente bonne conduite. Vous vous êtes opposés à eux : votre déclaration, lors de la Conférence de Varsovie, fait preuve d'intransigeance et de fermeté.

Le premier projet de la Convention-cadre est désormais prêt pour la prochaine session de négociations, qui aura lieu en octobre. Il fait ressortir l'accord potentiel sur des questions telles que la publicité, la promotion, le parrainage, le commerce illicite des produits du tabac, les taxes et la coopération internationale. Si les pays le souhaitent vraiment, la Convention-cadre peut devenir réalité. Mais cela suppose de faire preuve d'une détermination politique au cours des dernières étapes cruciales qui détermineront la force du premier traité international élaboré par l'OMS.

Je me suis fixée comme date cible pour l'aboutissement des négociations l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2003. La Convention-cadre entrera alors en vigueur. Elle sera bénéfique aux pays et à leurs populations. Elle aidera à préserver d'importantes politiques de santé publique d'une manière qui est adaptée aux besoins nationaux. Je sais que vous êtes mieux préparés que vous ne l'avez jamais été. Je sais que vous êtes déterminés à faire de la Convention-cadre un traité au service de la santé publique.

Monsieur le président, distingués délégués,

Lundi, Marc Danzon a fait référence aux conséquences de la violence en matière de santé publique. Imaginez : en 2000, 1,6 million de personnes ont perdu la vie du fait de la violence. Il s'agissait pour la moitié de suicides, pour un tiers d'homicides et pour un cinquième des conséquences de la guerre. Des millions d'autres sont marqués à vie par la violence dont elles sont les victimes : pour beaucoup d'entre elles, ces marques sont refoulées. Et bon nombre de ces victimes sont des femmes.

Nous devons rompre le silence et faire face à la violence maintenant. C'est pourquoi je me rendrai à Bruxelles au début du mois prochain à l'occasion de la parution du premier Rapport mondial sur la violence et la santé. L'Europe est-elle en mesure de relever le défi ? Je l'espère.

Comme beaucoup d'entre vous le savent, ce seront les derniers comités régionaux auxquels j'assisterai en qualité de directeur général. Cette période aura marqué un moment particulier de ma vie au service de la fonction publique.

Pour moi, l'OMS est un réseau dynamique, dont les nombreuses composantes ont une très grande portée. L'Organisation touche la vie de milliards d'individus de bien des manières. Elle entretient des liens – d'une façon particulière – avec chacun de ses États membres. La structure régionale de l'OMS constitue son ossature : les régions sont les éléments sur lesquels s'articule l'activité dans les pays. Elles donnent à l'OMS une force sans pareille.

C'est au sein des régions que sont pris en considération les besoins très divers des pays, et cette diversité se répercute sur les programmes de travail de l'Organisation dans son ensemble. De cette manière, les points de vues régionaux exercent une influence sur la position que le directeur général adopte sur l'ensemble des questions mondiales.

Parallèlement, le Bureau de Genève et les centres collaborateurs, réagissent directement aux besoins des pays. Je voudrais être sûre qu'ils sont là pour aider chaque fois que cela est nécessaire. Ils devraient être efficaces et utiles et, comme Marc l'a dit au début de la semaine, prêts à faire la part des choses. J'ai été

très encouragée de voir comment l'échange de données d'expérience entre les pays a donné naissance à une solidarité et à des solutions régionales.

Je voudrais remercier le personnel de nos bureaux locaux. Mais je tiens également à rendre un hommage particulier au personnel dévoué des bureaux régionaux. Ils sont soumis à de nombreuses sollicitations et – en général – ils y réagissent bien.

Notre activité au sein des pays devrait être plus forte. Les directeurs régionaux et moi-même examinons les moyens d'améliorer nos opérations dans les pays. C'est pourquoi nous avons lancé l'Initiative axée sur les pays.

L'OMS est présente dans 147 pays du monde. À l'intérieur de la Région, nous nous efforçons de renforcer notre présence dans les pays. L'Initiative axée sur les pays est particulièrement importante. Elle devrait aider l'OMS à mieux focaliser son attention sur les besoins des pays, par une activité normative et une coopération technique à l'appui d'une action de santé efficace.

Nous nous appuyerons sur des stratégies de coopération et des protocoles d'accord entre les divers pays et l'OMS. L'ensemble de l'Organisation sera sollicité pour mettre en place des actions de santé stratégiques dans chaque pays. Nous améliorerons les compétences de base des équipes de pays, qui seront ainsi mieux à même d'appliquer la stratégie adoptée. Nous nous efforcerons de transformer les systèmes administratifs de l'OMS pour faire en sorte que les bureaux locaux de l'OMS fonctionnent de manière plus efficace – qu'ils soient financés au titre du budget ordinaire ou par des ressources extrabudgétaires. Et nous encouragerons les équipes locales de l'OMS à collaborer davantage avec les institutions du système des Nations Unies, avec la Banque mondiale et avec d'autres partenaires pour le développement.

Monsieur le président

Le nouveau budget, qui a fait l'objet d'un débat hier, comporte des résultats escomptés et des indicateurs qui intègrent les activités à tous les niveaux de l'OMS. Il fait référence à toutes les sources de financement. En réponse aux demandes émanant de nombreux États membres, les propositions budgétaires montrent également, pour la première fois, nos estimations concernant la proportion des fonds extrabudgétaires qui seront dépensés dans les pays et au niveau régional.

J'ai fait des propositions concernant l'investissement en faveur du renforcement de la présence de l'OMS dans les pays. Cela viendra compléter le travail déjà en cours dans la Région européenne. Ces efforts sont vitaux si nous comptons atteindre les objectifs définis dans l'Initiative axée sur les pays. C'est nécessaire si nous voulons administrer efficacement le rôle croissant que nous envisageons pour les bureaux de pays concernant les fonds extrabudgétaires et les relations avec les donateurs.

Chers amis et collègues :

Quand j'ai pris mes fonctions en 1998, j'ai engagé l'OMS à créer la différence.

L'analyse que nous avons faite de la charge mondiale de morbidité nous imposait de fixer des priorités claires, ce que nous avons fait.

L'OMS dispose désormais, pour améliorer la santé dans le monde, d'une approche ciblée, qui reflète notre stratégie institutionnelle. L'Organisation s'appuie sur les points de vue régionaux et sur la solidarité. Elle travaille en permanence de concert avec ses partenaires.

Ensemble,

- Nous devons faire face à des risques qui sont des causes de mauvaise santé dans le monde entier.
- Nous devons intensifier les mesures visant à faire face aux problèmes de santé qui mènent à la pauvreté et qui en découlent.

- Nous devons veiller à ce que le secteur de la santé joue un rôle central dans la réduction de l'épidémie d'infection à VIH/sida ainsi que de la menace que représentent les maladies non transmissibles et le tabagisme.
- Nous devons contribuer à mettre en place des systèmes de santé efficaces, équitables et répondant aux besoins des gens.
- Et, pour soutenir tous ces efforts, nous mettons tout en œuvre pour placer la santé au cœur même des préoccupations politiques.

C'est là un programme ambitieux ; un programme que nous ne pourrions aborder que si nous continuons de focaliser nos efforts – ensemble.

Merci beaucoup

*Annexe 5***DÉCLARATION DU DIRECTEUR RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'EUROPE****Introduction**

Monsieur le président, mesdames et messieurs les représentants des États membres de la Région européenne, mesdames et messieurs les participants à la cinquante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, mes chers collègues du Siège et du Bureau régional de l'OMS.

Depuis ma dernière déclaration devant le Comité régional, à Madrid, le 10 septembre 2001, beaucoup de choses et d'idées ont changé dans le monde, dans la Région et dans chacun de nos pays. Je dirais même, pour chacun d'entre nous. Dans mon rapport de ce matin, je voudrais décrire les activités du Bureau européen au cours de l'année écoulée, dans ce contexte de changement global. Mais j'insisterai aussi sur la continuité.

Bien entendu, il ne me sera pas possible de vous donner tous les détails, dont vous trouverez une grande part dans le rapport écrit sur le travail de la Région européenne de l'OMS en 2000–2001. Je me bornerai donc aux activités et aux tendances les plus significatives, ainsi qu'aux événements de 2002 qui ne figurent pas dans le rapport écrit.

Je répondrai ensuite aux questions que vous voudrez bien me poser.

Les événements marquants de l'année

Pour tous les événements qui ont marqué cette année pour le Bureau européen de l'OMS, on retrouve une constante : la forte implication de la Région européenne dans les programmes mondiaux et, en même temps, l'affirmation tout aussi forte de ses spécificités.

C'est vrai pour la réponse au **bioterrorisme**. La Région a contribué à de nombreuses activités globales. Elle en a organisé certaines, en particulier dans le domaine de la sécurité de l'eau, dès le mois de novembre 2001, et dans ceux de la surveillance et de l'alerte épidémiologique, à Lyon, en février 2002. En décembre 2001, au cours d'un deuxième Forum du futur, organisé spécialement sur le thème du bioterrorisme, des sujets rarement abordés ailleurs ont été étudiés et débattus, avec la participation d'experts venant eux-mêmes d'horizons parfois éloignés de la santé publique. Cette rencontre a conclu à la nécessité d'une réponse de l'ensemble du système de santé face au bioterrorisme. L'accent a été mis sur les bonnes pratiques de l'information en temps de crise, et sur le soutien social et mental à apporter à la population.

Dans le domaine du **tabagisme**, cette année a été aussi très active. La déclaration adoptée par la Conférence ministérielle de Varsovie, en février, est claire et sans ambiguïté en réponse à ce risque majeur pour la santé publique qui touche de plus en plus – comme le démontrent des études récentes – les jeunes, les femmes et les groupes socioéconomiques défavorisés. La Région européenne contribuera ainsi de façon responsable et déterminée à l'adoption en 2003 de la convention mondiale.

Un autre événement majeur a marqué cette année : la **déclaration de l'éradication de la poliomyélite** dans la Région européenne. Ce grand succès pour la santé publique est le résultat des efforts et de la détermination de l'ensemble des partenaires publics et privés qui ont contribué à l'obtenir. Mais ce succès ne sera total que lorsque cette maladie, qui a été si cruelle pour les enfants du monde, sera définitivement éradiquée sur l'ensemble de notre planète en 2004, nous l'espérons.

Dans le domaine de la lutte contre le **sida**, l'année a été marquante par la reconnaissance générale de la gravité de la situation dans certains pays de l'est de la Région. Les difficultés économiques de ces pays ne leur permettent plus de faire face à cette épidémie largement aggravée par le trafic et l'usage des drogues. Les bureaux européens des huit organismes des Nations Unies parrains de l'ONUSIDA ont décidé de se mobiliser pour faire face à ce problème. Nous nous sommes réunis à Moscou en mars 2002 pour coordonner nos efforts et aider les pays concernés à mobiliser les financements internationaux nécessaires. La déclaration adoptée définit un plan d'action précis et met l'accent sur le sida et les droits des jeunes à l'information, à l'éducation et à l'accès aux services de santé.

Toujours dans les événements de l'année, je voudrais évoquer aussi un sujet moins spectaculaire que les précédents mais certainement essentiel pour l'avenir de la santé publique. C'est celui de l'**éthique**. On a beaucoup parlé cette année dans le monde et en Europe de la bioéthique, abordée sous l'angle de la génétique. Pour sa part, le Bureau européen, sur la base d'une recommandation d'un groupe de travail du Comité permanent, a décidé d'élargir le sujet à l'éthique des systèmes de santé et d'en faire l'un de ses thèmes majeurs pour l'avenir. C'est pour cette raison que ce sujet a été choisi comme thème central du troisième Forum du futur organisé à Stockholm en juin.

Enfin, pour clore ce chapitre des événements de l'année, je voudrais aborder un sujet dont on a beaucoup parlé globalement, celui de **la santé et du développement**, en particulier à l'occasion de la publication du rapport Sachs sur la macroéconomie et la santé. La principale conclusion de ce rapport s'applique parfaitement aux pays de la Région européenne : « investir dans la santé est le meilleur investissement pour le développement ». Ceci dit, le rapport n'évoque pas assez les spécificités des pays de la Région européenne. Ce serait une erreur dangereuse de considérer les pays de l'Europe centrale et de l'ancienne Union soviétique comme des pays en développement. Leur situation économique demande une aide urgente et importante pour faire face aux besoins de santé de leurs populations, et réformer leurs systèmes de santé. Mais ce qui les différencie des pays en développement, c'est leur expérience de la santé publique, la qualité et la formation de leurs professionnels de santé et la présence de structures de santé qui, certes, doivent être réformées, mais qui existent à tous les niveaux de ces pays. Ces différences ont été clairement exprimées lors de la conférence qui les a réunis à Washington en juillet. Je réitère ici la proposition de consacrer une partie de l'effacement de la dette de ces pays à la réforme rapide et déterminée de leurs systèmes de santé selon un plan et des objectifs clairement établis. Le Bureau européen souhaite jouer son rôle de conseil auprès des gouvernements et se faire le garant de la bonne pratique de l'utilisation des fonds. J'espère que l'OMS donnera le bon exemple en renégociant avec certains de ces pays le paiement de leur dette à l'Organisation. Ils en ont fait la requête officielle et m'ont demandé d'être leur porte-parole, ce que j'ai fait et continuerai à faire. Des modes de soutien originaux sont à inventer et à tester comme, par exemple, l'accueil de boursiers d'un pays par un autre pays. Ainsi des médecins d'Asie centrale ont été accueillis à l'école de santé publique et communautaire, à Jérusalem.

L'Europe a et aura sans aucun doute dans l'avenir de nombreuses occasions d'exercer son influence dans la santé publique mondiale, tout en faisant entendre sa spécificité. L'environnement et la santé font partie de ces occasions. Certains sujets abordés à Johannesburg seront repris à la conférence européenne de Budapest, en juin 2004, notamment celui de l'environnement et la santé de l'enfant. Nous venons de publier, avec l'Agence européenne de l'environnement, un livre qui fait le point sur les preuves scientifiques dans ce domaine. Une autre actualité met en évidence, de façon malheureusement trop tangible, les liens entre l'environnement et la santé. Les populations qui viennent de souffrir des inondations dans de nombreux pays de la Région en sont les témoins. Nous espérons que l'assistance et les conseils que nous avons donnés ont été utiles aux pays concernés. Nous tenons à votre disposition un document qui vient juste d'être terminé sur les implications des inondations sur la santé publique. Pour en finir avec l'environnement, je voudrais profiter de la proximité de la conférence de Johannesburg pour demander à tous les États membres de ratifier le protocole sur la disponibilité et la qualité de l'eau et d'en faire un instrument efficace pour la protection et la promotion de la santé.

Je n'ai pas cité dans les événements de l'année une réunion importante, même si elle n'était pas technique, celle qui a eu lieu à Genève en juillet dernier sous l'égide du Comité permanent, consacrée à la

composition du Comité exécutif. Le rapport du Comité permanent, cet après-midi, évoquera ce sujet et les solutions proposées pour faire avancer ce thème et, je l'espère, éviter qu'il ne devienne chronique.

La poursuite et le développement des programmes et des méthodes de travail

Depuis le dernier Comité régional, les activités et les programmes du Bureau se sont développés en tenant le plus grand compte des directions données par le Comité régional – notamment la stratégie pour les pays, adoptée en l'an 2000 – et les avis du Comité permanent. Pour illustrer ce travail, j'ai sélectionné quelques domaines représentatifs.

Au cours de cette année, nous avons affiné **notre approche en direction des pays**, en comprenant mieux leurs besoins, et en y répondant de façon plus spécifique. Nous sommes en train de renforcer notre présence et d'en améliorer la qualité dans les 28 pays avec lesquels nous avons un accord bilatéral de collaboration. Nous avons intensifié cette année la formation de notre personnel de terrain et nous nous préparons, dans un avenir proche, à doter certains de nos bureaux de pays de personnels internationaux. La négociation des accords de collaboration pour la période en cours avec ces pays s'est faite sur la base d'une véritable concertation pour déterminer, avec chacun d'eux, les domaines pour lesquels l'investissement technique et financier de l'OMS serait le meilleur. Pour notre part, ce processus de négociation nous a permis de mieux comprendre les priorités et les méthodes de travail de nos États membres. Nous savons que les discussions qui ont eu lieu dans les pays se sont révélées stimulantes et mobilisatrices pour eux également. La réforme des systèmes de santé est l'un des sujets pour lesquels le soutien du Bureau régional est le plus souvent attendu. Notre unité développe actuellement sa capacité de réponse dans ce domaine complexe avec l'aide d'un comité constitué d'experts et de décideurs. La politique du médicament est l'un des pôles sensibles des politiques de santé et un domaine où le rôle d'avocat de l'OMS est le plus utile pour qu'enfin l'accès pour tous aux médicaments essentiels deviennent un droit. La définition du rôle des professionnels de santé et leur formation sont des éléments essentiels de la politique de santé. À cet égard, la conférence de Munich sur le rôle des infirmières a soulevé beaucoup d'espoir et d'intérêt. Notre programme s'est poursuivi et malgré le manque de ressources nous continuons dans la direction fixée par la Déclaration de Munich.

Les services et les programmes du Bureau ont progressé pour répondre à des besoins spécifiques de groupes de pays. J'ai déjà cité les maladies transmissibles et les problèmes de la pauvreté pour les pays les plus orientaux de la Région. Pour les pays du sud-est de l'Europe, j'avais souligné, l'année dernière, la fructueuse collaboration entre le Conseil de l'Europe et le Bureau régional, qui avait permis d'inclure la santé dans les programmes du Pacte de stabilité. J'ai le plaisir de vous annoncer, cette année, que les projets sur la santé mentale, sur la surveillance des maladies transmissibles et sur la nutrition et la sécurité alimentaire ont trouvé des financements et sont prêts à être mis en œuvre. En ce qui concerne la santé mentale, la déclaration d'Athènes que vous avez adoptée a déjà joué un rôle stimulant. Ce sujet sera important aussi pour la présidence grecque de l'Union européenne. Je tiens, au nom des sept pays – et bientôt huit – concernés par le Pacte de stabilité et de notre partenaire, le Conseil de l'Europe, à remercier les contributeurs, en particulier la Grèce, l'Italie et la France. Je m'engage à ce que la réalisation des projets se fasse dans les conditions de suivi exemplaires.

Je m'engage aussi à soutenir intensément les pays en transition rapide, pour la plupart candidats à l'Union européenne, en saisissant les nombreuses occasions qui se présentent aujourd'hui, grâce à notre collaboration avec la Commission européenne et l'intérêt pour cette question des pays qui président l'Union. Nous avons tenté et tenterons encore de répondre mieux à leurs attentes et besoins, en particulier dans le domaine de l'information et de l'observation de la santé.

Pour les pays qui n'ont pas d'accord de collaboration, les « Forums du futur » fournissent un cadre organisé pour aborder des questions sensibles de santé publique auxquelles ils sont ou seront confrontés. Cette année, sous le chapeau de l'éthique des systèmes de santé, des sujets tels que le consentement des patients, les limites des soins et le suicide assisté ont été abordés.

D'autres, tels que la mobilité des personnels de santé et la crédibilité de l'information gouvernementale le seront au cours des prochaines sessions. Je fonde beaucoup d'espoir sur la poursuite des Forums, leur aspect stimulant, leur organisation en réseau, la diffusion de leurs résultats dans toute la Région et leur contribution à la nouvelle politique de la Santé pour tous. Pour terminer cette présentation sur les activités en direction des pays, je voudrais partager avec vous un souci, celui de l'avenir des programmes humanitaires. Ils font partie des services indispensables du Bureau régional pour les pays concernés. Malheureusement, comme je l'ai déjà souligné l'année dernière, il est de plus en plus difficile de trouver des ressources suffisantes une fois la phase aiguë passée. Cela nous conduit naturellement à nous concentrer sur quelques domaines techniques prioritaires. Mais ma crainte, aujourd'hui, c'est que la diminution de nos ressources soit telle dans ce domaine que nous soyons contraints d'interrompre trop tôt ces programmes d'assistance humanitaire alors que notre présence est si importante dans la phase de réhabilitation, quand les médias, eux, sont déjà partis ailleurs. Je lance donc un appel pour que des fonds raisonnables puissent continuer à alimenter nos programmes d'assistance humanitaire.

Dans le domaine du **partenariat**, qui contribue, lui aussi, à la stratégie du Bureau pour les pays, des efforts ont été faits cette année pour affiner la spécificité de nos collaborations. Des réunions de coordination ont lieu régulièrement, facilitées par les moyens modernes de communication, avec nos partenaires principaux : le Conseil de l'Europe, la Commission européenne et la Banque mondiale. Cette coordination est de plus en plus concrète, soit pour harmoniser nos interventions au niveau de chaque pays, soit pour s'assurer de la complémentarité de nos programmes techniques et du meilleur usage possible de nos ressources respectives. Cette année nous avons renforcé notre collaboration avec l'UNICEF et son Bureau européen et nous souhaitons ouvrir très progressivement ce mode de partenariat engagé et concret à d'autres institutions des Nations Unies et organisations non-gouvernementales. Nous poursuivons, bien entendu, nos activités avec les associations professionnelles de médecins de famille, d'infirmiers et de formateurs médicaux. Dans notre politique de soutien aux pays, comme dans les stratégies de partenariat, le problème de ressources est crucial. Nous espérons beaucoup que la nouvelle politique de l'Organisation pour la collecte et la redistribution des contributions volontaires permettra enfin de compenser la faiblesse historique du budget ordinaire de la Région européenne eu égard à la situation économique et sanitaire de nombreux pays.

Un troisième grand chantier du Bureau régional est, bien entendu, le développement et **la mise en œuvre des différents programmes techniques**. J'en ai déjà abordé certains dans le chapitre précédent. Je me limiterai donc ici à quelques autres.

Le plan d'action pour la **nutrition et l'alimentation** a donné lieu depuis son adoption en septembre 2000 à de nombreuses activités dans le domaine de la formation des décideurs. Jusqu'à présent, 28 pays en ont bénéficié. Des plans d'action nationaux, inspirés du plan d'action régional, sont en cours de mis en œuvre, avec l'assistance du Bureau, dans 21 pays. Une collaboration technique et opérationnelle existe maintenant avec la Commission européenne, le Conseil de l'Europe, l'UNICEF et la FAO. Les difficultés initiales de mise en place de la « Task Force » prévue dans la résolution, sont maintenant surmontées. Dans ce même domaine, je voudrais souligner la première conférence sur la sécurité alimentaire et la qualité, organisée à Budapest, en février, par l'OMS et la FAO, à laquelle 45 pays de la Région étaient représentés. À la demande de cette conférence, nous vous proposons d'adopter une résolution dont le projet vous a été distribué ce matin.

De nombreux pays ont pu bénéficier, cette année encore, des programmes du Bureau pour **l'enfance, l'adolescence et la vie reproductive** sur les thèmes de la prévention des abus sur les enfants ; la prise en charge des principales maladies périnatales et de l'enfance ; la promotion de la grossesse sans risque ; et la prise en compte de la différence hommes-femmes dans les politiques de santé (traduction imparfaite de « gender mainstreaming ») **Nos réseaux** ont, eux aussi, poursuivi leurs activités, en particulier les Villes-santé et ceux de promotion de la santé à l'école et à l'hôpital.

Dans la perspective de Budapest 2004, l'année a été riche en activités liées à la **santé et l'environnement**. La responsabilité des transports dans la santé a été, une fois encore, soulignée dans le programme pan-

européen adopté à l'issue de la réunion organisée pour la deuxième fois sur ce thème, à Genève, en juillet, en partenariat avec la CEE-ONU et lors de la Journée mondiale de la santé, en avril 2002.

Permettez-moi encore une fois, pour clore ce chapitre, de vous exprimer un souci qui, je l'espère, va se transformer en espoir : celui de voir enfin notre programme sur les **maladies non transmissibles** se situer au niveau du poids réel de ces maladies. Un groupe d'experts réuni à Copenhague, en mai 2002, a proposé qu'une stratégie européenne pour la prévention de ces maladies soit élaborée en consultation avec les États membres et soumise au Comité régional en 2004.

Après la Conférence ministérielle de Stockholm sur **l'alcool et les jeunes**, le Bureau a stimulé l'adoption de stratégies et de plans nationaux, en particulier dans les pays d'Europe centrale et orientale. Au mois de décembre dernier, grâce au soutien de la Norvège et de la France, un système d'information sur la consommation d'alcool a été mis en place. Des ressources supplémentaires sont nécessaires pour maintenir le programme au niveau souhaité par la Conférence ministérielle.

Je n'ai pas oublié, bien sûr, les **maladies transmissibles**. Nous les aborderons lors de la session du Comité qui leur est consacrée.

Après avoir abordé la question du travail dans et avec les pays, celle du partenariat et celle des programmes techniques, je voudrais maintenant évoquer un chantier qui me tient particulièrement à cœur : celui des **évidences et de l'information**. Le travail sur les évidences progresse. Nous avons maintenant une équipe technique et un groupe scientifique de très haut niveau pour guider notre travail. L'objectif est de recueillir et d'analyser les expériences développées au cours des années dans le domaine de la santé publique pour en tirer des leçons utiles afin de guider le soutien que nous offrons à nos États membres. L'idée est de baser le plus possible ce soutien sur les preuves les plus tangibles et les bonnes pratiques : en un mot, de rajouter de l'analyse (« l'intelligence » en anglais) aux conseils que nous donnons aux États membres. Ce que nous développons actuellement, c'est avant tout une méthode de travail pour le Bureau, mais nous souhaitons également que cette méthode puisse contribuer au progrès de la santé publique. Dans les mois à venir, un article sera publié par le groupe scientifique qui accompagne nos travaux. Le document sur la pauvreté rédigé pour le Comité régional s'inspire aussi de cette méthode. Les « évidences » font partie d'un travail plus large que nous poursuivons dans le domaine de l'information. Notre ambition est toujours de donner aux décideurs un accès plus facile à des informations validées et utiles pour leur prise de décision. Dans ce monde de la communication, la nécessité de faire le tri entre le vrai et le faux, l'utile et l'inutile, est plus que jamais indispensable. Avec nos partenaires nationaux et internationaux nous travaillons dans cette direction. Le sujet est difficile ; les progrès sont trop lents à mon goût, mais l'enjeu est suffisamment important pour que le projet que nous construisons soit solide, durable et de grande qualité. Au sein du Bureau, ce projet demande la contribution de toutes les unités techniques. Il influence nos méthodes de travail et contribue au décloisonnement. Il sera de plus en plus l'un des éléments intégrateurs de nos activités, en particulier pour que notre propre contribution à « cette base de connaissances » soit exemplaire, même si elle est, obligatoirement, limitée.

Permettez-moi d'attirer votre attention sur les publications de haute qualité de l'Observatoire des systèmes de santé. Elles sont exposées dans le hall. Le nouveau site Web et le Rapport sur la santé en Europe (qui sera disponible dans toutes les langues en tant que publication à partir de novembre), sont eux aussi à votre disposition pendant la durée du Comité régional. En matière d'accès à l'information, je vous signale aussi que grâce à une initiative du Siège, plusieurs ministères et organisations nationales ainsi que nos unités et bureaux de liaison, peuvent accéder maintenant aux principales publications et banque de données internationales.

D'une certaine manière, l'esprit « évidence » guide aussi la **gestion et l'administration** actuelles du Bureau régional. Nous faisons des efforts pour alléger certaines lourdeurs administratives. L'esprit « évidence » nous amène régulièrement à nous poser la question des bonnes pratiques dans le domaine administratif comme nous le faisons pour les programmes techniques. Bien entendu, l'administration doit continuer à jouer son rôle de contrôle et de vigilance dans le cadre des règles de l'OMS, mais elle doit aussi contribuer à la réalisation des objectifs et des activités que vous attendez de nous. Les nombreux

audits et études réalisées pendant les deux dernières années nous ont servi de base pour développer nos réformes. Parmi ces études, je voudrais rappeler celle du professeur Silano sur les centres hors Copenhague. Son rapport a été discuté par le Comité permanent et vous a été distribué. Je serai, bien entendu, très intéressé par vos commentaires sur ce sujet. Les nouveautés de l'année sont le renouvellement de l'agrément pour le centre de Rome, l'ouverture des centres de Bonn pour l'environnement urbain et de Venise pour les déterminants socio-économiques de la santé et l'élargissement du centre de Bruxelles aux domaines de l'observation des systèmes de santé.

J'ai donc évoqué les grands chantiers dans lesquels j'ai engagé le Bureau depuis mon arrivée. Rien de révolutionnaire, mais une adaptation permanente et organisée aux besoins des pays et aux missions du Bureau. Au total, ce sont neuf grands chantiers. J'ai gardé pour la fin celui de **la gestion du personnel**. Même s'il m'arrive d'être critique, je peux vous dire que je suis toujours impressionné par la qualité du travail et l'engagement du personnel du Bureau. J'ai pu le constater en visitant systématiquement cette année toutes les unités, les centres hors Copenhague et les bureaux de liaison. Mais surtout, je l'ai entendu dire par nos partenaires et dans mes visites dans les pays. Si vous me demandez de baser mes opinions sur des preuves, je vous répondrais que je les trouve dans les audits professionnels qui ont été réalisés en grand nombre depuis deux ans. Encore une fois, ces compliments ne sont jamais absents de critique. Dans l'année à venir, je voudrais soutenir et développer la formation du personnel. Une nouvelle unité responsable de ce domaine a été constituée. Le programme prévu abordera les aspects techniques, culturels et politiques de la formation. Je souhaite également que le processus participatif aujourd'hui mis en place prenne cette année sa pleine dimension. Cette formation renouvelée dans sa forme et ses objectifs facilitera les capacités d'adaptation du personnel à ses tâches. Elle facilitera également les mouvements des personnels dans l'Organisation et ce que l'on appelle la rotation. Dans le domaine des mouvements de personnel, je voudrais vous dire que mon interprétation des arrivées et des départs est positive. Même s'il est triste de voir partir des personnes qui ont passé de nombreuses années dans l'Organisation, il est réjouissant et réconfortant de voir les postes de haut niveau qui leur sont offerts dans les pays ou dans les autres organisations internationales. Je pense ici, bien sûr, à Madame Zsuzsanna Jakab, qui nous a quittés le 1^{er} septembre pour devenir Secrétaire Permanente du Ministère de la Santé de Hongrie, pays dont elle dirige la délégation aujourd'hui. Au titre des arrivées, je me réjouis de celle du professeur Gudjon Magnusson, doyen de l'École nordique de santé publique, qui a la responsabilité d'une partie importante de nos programmes techniques. Je voudrais enfin rendre hommage au travail de l'Association du personnel, qui n'hésite pas à nous critiquer, mais toujours de façon constructive et dans l'intérêt de l'Organisation.

Quelques repères pour le futur

Parmi les événements prévus dans les mois à venir, je voudrais souligner **deux rapports mondiaux** pour le mois d'octobre. Le premier, sur violence et santé, portera sur la prévention de la violence contre les femmes, l'abus et la négligence dont sont victimes les enfants, la violence des jeunes, le suicide et les conséquences sur la santé des conflits et du trafic des êtres humains. Le second rapport sera le Rapport mondial sur la santé 2002, qui traitera des risques pour la santé. Là encore, le Bureau relaiera au niveau de la Région ces initiatives mondiales.

Les mois qui viennent seront déterminants pour **la convention sur le tabagisme**. La Région européenne s'est préparée par des réunions préalables en Bulgarie, Russie et Estonie. La semaine prochaine le Bureau organise à Copenhague une consultation pour les 51 pays de la Région afin de préparer la dernière séance de négociations à Genève en octobre avant la conclusion de la Convention à l'Assemblée mondiale, en mai 2003.

En ce qui concerne **la promotion de la santé**, je voudrais signaler la réunion qui se tiendra du 25 au 27 septembre à Amsterdam sur le partenariat éducation et santé pour la promotion de la santé à l'école.

J'ai déjà évoqué l'importance que nous accordons aux **pays en transition rapide**, la plupart candidats à l'Union européenne. Le sujet est à l'ordre du jour de la réunion annuelle de coordination entre l'OMS et

la Commission qui se tiendra pour la première fois à Copenhague les 3 et 4 octobre prochains. Comme je l'ai déjà dit, nous souhaitons cette année prendre avantage de la Présidence danoise et grecque pour renforcer notre soutien à ces pays.

La santé mentale n'est pas oubliée après la grande année de 2001 qui s'est conclue en octobre par la Conférence européenne sur le stress et la dépression organisée par le gouvernement belge, l'Union européenne et le Bureau régional et l'adoption d'une déclaration par le Parlement européen et d'une résolution par l'Assemblée mondiale de la santé. Nous poursuivrons les efforts de sensibilisation et de progrès réalisés par les États membres dans ce domaine, en préparant une conférence ministérielle sur les politiques de santé mentale en Europe. Je vous propose, après en avoir discuté hier avec le Comité permanent, de l'organiser en janvier 2005 à Helsinki. Nous avons déjà suggéré à l'Estonie de coparrainer cette conférence, qui pourrait avoir deux pôles séparés juste par les quelques kilomètres du golfe de Finlande.

Je voudrais enfin vous informer que nous relancerons dès après le Comité régional la préparation de la **nouvelle étape de la Santé pour tous**. J'espère que nous pourrons vous présenter une approche méthodologique l'année prochaine et que vous pourrez adopter un document final au Comité régional de 2005. Nous avons testé au cours de la réunion du Forum à Stockholm le sujet de l'éthique des systèmes de santé, qui paraît être un bon sujet central et porteur pour le projet. Nous mettrons en place très rapidement un mécanisme qui nous permettra d'intégrer dans ce travail, des experts, mais surtout de vous faire participer le plus largement possible. Votre soutien dans ce domaine nous est plus que largement nécessaire. Dans ce cas précis, je pense plus à un soutien intellectuel et créatif qu'à un soutien financier.

Conclusion

Au cours de cette année, et dans ce monde en mutation, nous avons essayé de remplir nos missions, de faire entendre la voix et les spécificités de notre Région et de mieux répondre aux besoins et aux attentes de nos États membres. Nous sommes très impatients, et, bien sûr, très intéressés, d'entendre votre avis sur notre travail. Vous êtes tout à la fois notre instance statutaire et notre guide. Idée que nous traduisons dans notre jargon interne par « nos patrons et en même temps nos clients ». Nous espérons que ce Comité régional sera aussi intéressant pour vous et que vous pourrez en bénéficier pour votre travail au retour dans votre pays. Cette réunion de Copenhague a pris, avec l'annonce récente faite par le Dr Brundtland, une dimension un peu particulière, mais l'esprit de l'OMS « une seule Organisation » qu'elle a insufflé persistera tout en respectant les différences régionales que vous représentez ici.

Je vous remercie.

Annexe 6

INTERVENTIONS DU REPRÉSENTANT DE LA TURQUIE**Première séance, lundi 16 septembre 2002, matin****Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail (point 1 b) de l'ordre du jour)****Mme Fügen OK (Ambassadeur de la République de Turquie au Danemark)**

Je vous remercie, Monsieur le président. Permettez-moi tout d'abord de vous féliciter pour votre élection à la présidence du Comité. Je vous souhaite beaucoup de succès au cours de l'année à venir. Je tiens également à adresser mes félicitations au nouveau président exécutif, au vice-président exécutif et au rapporteur. Par ailleurs, je voudrais exprimer les remerciements de ma délégation aux président sortant, ainsi qu'aux président exécutif et rapporteur sortants.

J'en viens à la raison pour laquelle j'ai demandé la parole ; Monsieur le président, elle a trait à l'ordre du jour provisoire. La délégation turque s'oppose à l'inscription du point 10 à l'ordre du jour. Nous estimons que l'inscription de ce point à l'ordre du jour est abusive, tout d'abord pour des raisons de procédure. La demande d'un pays d'être transféré d'une région dans une autre région doit être examinée par les États membres des deux régions, étant donné qu'une décision de cette nature a des implications techniques, pratiques et financières pour les deux régions concernées. Bien que la résolution adoptée à la quarante-neuvième Assemblée mondiale de la santé sur les Transferts d'États membres d'une région à une autre ne contienne aucune précision sur la procédure à suivre, la simple logique dicte que toute question d'admission d'un pays donné au sein d'une région doit avoir au préalable fait l'objet d'une décision officielle de la région que ledit pays souhaite quitter. Nous croyons savoir que la Région de la Méditerranée orientale a déjà connaissance de la demande de l'administration chypriote grecque de quitter ce groupe mais aucune décision officielle n'a été prise par la Région à cette fin. La Région européenne devrait, par conséquent, attendre l'issue de la prochaine réunion de la Région de la Méditerranée orientale sur cette question, laquelle n'a aucun caractère urgent si ce n'est que l'administration chypriote grecque pourrait en tirer un avantage politique qu'elle pourrait exploiter lors d'une phase critique des efforts entrepris pour résoudre le problème chypriote, dont les Nations Unies sont saisi depuis presque quatre décennies.

Monsieur le président, l'Organisation mondiale de la santé est une organisation spécialisée qui poursuit le noble objectif d'améliorer les conditions de santé de tous les peuples. Son activité se fonde sur une étroite coopération entre ses membres et sur un esprit de consensus. Le Comité régional de l'Europe, lui aussi, traite traditionnellement toutes les questions sur le principe du consensus. L'exploitation politique d'avantages procéduraux a toujours été incompatible avec la nature des travaux du Comité. Si ce principe de consensus qui est devenu la règle est, d'une façon ou d'une autre, abandonné pour des raisons politiques, le Comité ne pourra prendre, à l'unanimité, des mesures pour lutter contre les grands problèmes sanitaires auxquels la Région est confrontée.

Au vu de ce qui précède, la Turquie n'est pas d'accord que le point 10 soit inscrit à l'ordre du jour de ce Comité, tant qu'une décision n'aura pas été prise par la Région de la Méditerranée orientale. En conséquence, pour faire en sorte que le Comité régional de l'Europe continue de fonctionner de manière harmonieuse et cohérente et empêcher que cette question politique délicate n'en occupe l'ordre du jour, la délégation turque propose de retirer de l'ordre du jour le point 10 relatif à l'intégration de l'administration chypriote dans le groupe européen et demande que cette déclaration soit consignée *in extenso* dans le compte rendu de cette séance. Je vous remercie beaucoup.

Quatrième séance, mardi 17 septembre 2002, après-midi

Demande de transfert de Chypre de la Région de la Méditerranée orientale à la Région européenne de l'OMS (point 10 de l'ordre du jour)

Mme Fügen OK (Ambassadeur de la République de Turquie au Danemark)

Je vous remercie. Monsieur le président, nous avons expliqué les objections que nous avons à formuler concernant l'inscription du point 10 à l'ordre du jour. Le Comité examine maintenant ce point de l'ordre du jour. J'ai écouté attentivement la déclaration du représentant de l'Union européenne. Et, certes, il ne s'agit que d'un transfert d'une région vers une autre. Mais que transfère-t-on ? Un membre de la Région de la Méditerranée orientale vers la Région européenne, où il n'y a pas unité de vues sur la question. Ce faisant, vous préjugez d'un grand nombre de questions : vous préjugez de la solution au problème chypriote et vous préjugez de la possibilité de parvenir à une unité de vues au sein du Comité à propos de cette question. C'est pourquoi je pense que la déclaration de l'Union européenne est ouvertement une déclaration de la réalité, à savoir que le transfert s'opère d'un Comité où une atmosphère de travail paisible et harmonieuse régnait. Mais ce transfert s'opère vers un comité où il n'y a pas d'opinion uniforme ou d'unité de vues, et où, du fait de ce problème, aucune mesure n'est prise unanimement – et aucune ne le sera. Ceci pour bien faire comprendre ce que la déclaration de l'Union européenne signifie pour nous.

Je voudrais maintenant aborder la déclaration faite par le président exécutif selon lequel il s'agit d'une question à traiter de manière automatique. Tel n'est pas le cas. Il y a ici quelques personnes qui connaissent très bien les tactiques et les règlements en vigueur à l'ONU en matière de politique et de procédure ; en particulier, l'Union européenne et les diplomates européens le savent très bien, et je suis sûre que le directeur régional a beaucoup d'expérience en la matière. Ce n'est donc pas automatique. Il existe de nombreuses façons de traiter de ces questions, qui sont très politisées, et tout dépend du bon vouloir de la personne qui est à la tête de l'organisation.

Ces remarques étant faites, étant donné que nous en sommes à ce point de l'ordre du jour, je voudrais expliquer la raison pour laquelle nous nous opposons à l'examen de ce point. La République de Chypre, qui remonte aux années 1960, a été instituée dans les années 1960 et a cessé d'exister en tant que telle après que sa constitution a été unilatéralement abrogée, en 1963, et que la partie chypriote turque a été évincée par la force de cette république associative. Depuis 36 ans, aucune autorité politique à Chypre n'a, à elle seule, la compétence de représenter conjointement les Chypriotes turcs et les Chypriotes grecs et ne dispose des pouvoirs légitimes d'agir au nom de l'île dans sa totalité. L'autorité de l'administration chypriote grecque s'étend seulement à la zone de l'île sous contrôle chypriote grec, au sud de Chypre. La population chypriote turque est représentée par le Gouvernement de la République turque de Chypre-Nord, qui seul exerce la souveraineté et l'autorité politique sur son propre territoire. De plus, la Turquie ne reconnaît pas l'administration chypriote grecque qui, depuis 1963 a représenté exclusivement les Chypriotes grecs et leurs intérêts. La demande de l'administration chypriote grecque d'être transférée de la Région de la Méditerranée orientale vers la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé devrait être jugée en tenant compte de cette réalité. Nous estimons que la non-reconnaissance de ladite administration par la Turquie, en plus des conséquences politiques dommageables qu'elle pourrait avoir, créerait également dans le travail à mener dans la Région européenne, des problèmes politiques et techniques ainsi que des difficultés. Cela aurait inévitablement un impact négatif sur le fonctionnement harmonieux au sein de la Région ainsi que sur l'esprit de coopération qui règne entre les États membres.

Par ailleurs, à un moment où des pourparlers directs sont menés entre les deux parties de Chypre, nous jugeons qu'il est particulièrement important que lesdits pourparlers se déroulent dans une atmosphère éloignée de l'interférence de tierces parties. Nous comptons que les tiers s'abstiendront de prendre toute mesure qui pourrait gêner les pourparlers en cours et espérons qu'ils traiteront les deux parties de manière égale. Cela constituerait, de fait, la contribution la plus substantielle au processus.

Monsieur le président, pour les raisons que je viens d'exposer, la Turquie s'oppose au transfert de la Région de la Méditerranée orientale vers la Région européenne de l'administration chypriote grecque, pour l'heure, et demande le report de cette question à une date ultérieure, lorsque le problème entre les deux communautés et États présents à Chypre sera résolu. Je demande que mon intervention soit reproduite dans son intégralité dans le compte rendu de la séance. Je vous remercie.

Cinquième séance, mercredi 18 septembre 2002, matin

Demande de transfert de Chypre de la Région de la Méditerranée orientale à la Région européenne de l'OMS (point 10 de l'ordre du jour)

Mme Fügen OK (Ambassadeur de la République de Turquie au Danemark)

Je vous remercie, Monsieur le président. Je vais poser une question très technique et j'aimerais que cette question et que la réponse du secrétariat soient reproduites *in extenso*. Ma question est la suivante : hier, nous avons tous entendu le directeur régional dire que les fonds nécessaires au transfert de ce membre vers la Région européenne, dont je crois savoir qu'ils s'élèvent à 375 000 dollars des États-Unis, seraient transférés ou seront transférés de la Région de la Méditerranée orientale au profit de la Région européenne. Or, d'après les renseignements que j'ai obtenus du Bureau de Genève, du Siège et de membres de la Région de la Méditerranée orientale, ce transfert n'a pas été opéré et ne peut l'être, et la Région de la Méditerranée orientale n'a pris aucune décision dans ce sens lors de ses réunions. Par conséquent, il leur est très difficile de décider d'un tel transfert. Voici donc ma question, et je voudrais, sur ce point, une réponse très claire du secrétariat, elle aussi à consigner intégralement en vue de l'Assemblée mondiale de la santé. Je vous remercie.

Dr Marc DANZON (Directeur régional de l'OMS pour l'Europe)

Excellence, je ne me souviens pas d'avoir fait la moindre déclaration en public à ce sujet, et c'est ici que je fais des déclarations officielles, par conséquent ... Peut-être l'avez-vous entendu, mais comme vous demandez que nous produisions un document, cela sera inclus dans ledit document, bien entendu.