



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

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE  
*Cinquantième session, Copenhague, 11 – 14 septembre 2000*

---

EUR/RC50/REC/1  
10 octobre 2000  
01123  
ORIGINAL : ANGLAIS

# RAPPORT SUR LA CINQUANTIEME SESSION

### **Mots clés**

HEALTH POLICY  
REGIONAL HEALTH PLANNING  
HEALTH PRIORITIES  
MEETING RECORDS  
EUROPE

## SOMMAIRE

	<i>Pages</i>
Introduction	1
Ouverture de la session .....	1
Élection du bureau .....	1
Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail .....	1
Examen de l'activité de l'OMS	1
Déclaration du directeur général .....	1
Rapport du directeur régional.....	2
Rapport du Comité permanent du Comité régional (comportant notamment un examen du règlement intérieur du Comité régional et du CPR) .....	4
Collaboration avec les autres institutions des Nations Unies et les organisations d'intégration, des organisations intergouvernementales et non gouvernementales présentes en Europe.....	6
Éradication de la poliomyélite .....	8
Évaluation du programme EUROSANTÉ .....	10
Activité future de l'OMS	11
La future stratégie du Bureau régional en matière de collaboration avec les pays .....	11
Politique-cadre et composante régionale du projet de budget-programme pour 2002–2003.....	14
Un plan d'action sur l'alimentation et la nutrition pour la Région européenne .....	16
Élections et désignations	18
Désignation de membres du Conseil exécutif.....	18
Élection de membres du Comité permanent du Comité régional.....	18
Élection d'un membre du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales .....	18
Questions diverses	18
Hommage au personnel de l'Organisation des Nations Unies.....	18
Lieu de la cinquante et unième session et date et lieu de la cinquante-deuxième session .....	19
Résolutions	20
EUR/RC50/R1 Amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional .....	20
EUR/RC50/R2 Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 1998–1999.....	20
EUR/RC50/R3 Éradication de la poliomyélite .....	20
EUR/RC50/R4 Projet de budget-programme 2002–2003.....	22
EUR/RC50/R5 Stratégie du Bureau européen de l'OMS pour les pays « Adapter les services aux nouveaux besoins » .....	22
EUR/RC50/R6 Date et lieu des sessions ordinaires du Comité régional en 2001 et 2002 .....	23
EUR/RC50/R7 Rapport du Comité permanent du Comité régional .....	23
EUR/RC50/R8 Les incidences de l'alimentation et de la nutrition sur la santé publique Arguments en faveur d'une politique alimentaire et nutritionnelle et d'un plan d'action pour la Région européenne de l'OMS 2000–2005 .....	24

Annexe 1	Ordre du jour.....	26
Annexe 2	Liste des documents de travail.....	27
Annexe 3	Liste des représentants et autres participants .....	29
Annexe 4	Déclaration du directeur général de l’OMS .....	46
Annexe 5	Déclaration du directeur régional de l’OMS pour l’Europe.....	53

## INTRODUCTION

### Ouverture de la session

La cinquantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe s'est tenue au Bureau régional de l'Europe, à Copenhague, du 11 au 14 septembre 2000. Des représentants de 49 pays y ont participé. Étaient également présents des observateurs d'un État non membre et de deux États membres de la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies, et des représentants de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Conseil de l'Europe, de la Commission européenne et d'organisations non gouvernementales.

La cérémonie d'inauguration a eu lieu au Bureau régional le lundi 11 septembre. Des discours ont été prononcés par Mme Sonja Mikkelsen, ministre de la santé du Danemark, et M. Peter Martinussen, adjoint au maire pour la santé de la ville de Copenhague.

La session du Comité a été ouverte par le Dr Danielle Hansen-Koenig, présidente exécutive sortante, en remplacement de Mme Rosy Bindi, présidente sortante, empêchée.

### Élection du bureau

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

Dr Josep Goicoechea (Andorre)	président
Dr Jeremy Metters (Royaume-Uni)	président exécutif
Professeur Ayşe Akin (Turquie)	vice-président exécutif
Dr Marine Gudushauri (Géorgie)	rapporteur

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

(*EUR/RC50/1 Rev.1 et /Conf.Doc./1 Rev.1*)

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

## EXAMEN DE L'ACTIVITE DE L'OMS

### Déclaration du directeur général

Dans sa déclaration (annexe 4), le directeur général a commencé par expliquer pourquoi elle estimait que l'an 2000 représentait un tournant dans la perspective d'améliorations de la santé de tous les peuples. Ensuite, elle a parlé des réalisations imminentes en matière de santé qui intéressaient la Région européenne, a souligné qu'au plan mondial, une plus grande importance était accordée à la sécurité sanitaire des aliments et a pris acte des travaux efficaces que la Région accomplissait en matière d'environnement et de santé. L'OMS réalisait un travail important en matière de développement des systèmes de santé, et le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, qui contenait une évaluation des performances de ces systèmes, avait eu un impact considérable. Les autres grands défis à relever concernaient la santé mentale, la lutte contre le tabagisme et le rôle de l'OMS dans les situations d'urgence.

Pour relever ces défis, l'OMS évoluait afin de mieux servir ses États membres. Cette évolution apparaissait de façon particulièrement claire dans le projet de budget-programme pour 2002–2003, qui était un instrument essentiel pour faire progresser le processus de réforme. En conclusion, le directeur général a dit que les médias commençaient à accorder beaucoup d'importance à la santé, ce qui était une excellente chose pour les habitants les plus pauvres de la planète, qui devraient bénéficier de l'augmentation des ressources consacrées à la santé qui devrait découler de cette médiatisation.

De nombreux orateurs ont remercié le Dr Brundtland pour son exposé et l'ont félicitée pour les succès qu'elle avait remportés au cours des deux années écoulées. Il a été estimé que les déclarations du directeur général et du directeur régional contribuaient à replacer les décisions prises dans leur véritable contexte. Plusieurs orateurs ont félicité le directeur général d'avoir réussi à faire figurer la santé en bonne place parmi les préoccupations politiques et d'avoir lancé l'idée d'une OMS unifiée, qui permettrait d'utiliser les ressources de façon plus rationnelle et tenait compte des initiatives des États membres.

Répondant à des observations des participants, elle a tout d'abord exprimé sa satisfaction d'apprendre que le tabagisme chez les jeunes de 14 à 17 ans avait diminué dans un État membre. Alors que beaucoup de tendances étaient alarmantes, surtout en ce qui concernait la santé des jeunes, il s'agissait là d'une nouvelle très réconfortante.

À propos de la question du maintien d'une croissance nominale zéro pour le budget mondial, elle a répondu que la recherche d'une solution rationnelle se heurtait à de nombreux facteurs qu'il fallait prendre en considération lors de débats sur cette question. Cependant, elle continuerait de rechercher une solution plus satisfaisante et elle espérait que les États membres en feraient de même. En réponse à la déception exprimée par certains représentants de voir que la Région européenne ne bénéficiait pas du taux maximal de réaffectation du budget ordinaire, elle a expliqué qu'elle s'était efforcée de mettre en œuvre le plus équitablement possible un mécanisme qui avait été adopté avant son entrée en fonction. En fait, la formule adoptée ne garantissait pas que la Région européenne reçoive une proportion fixe des crédits réaffectés ; une projection fondée sur la situation en 1998, année où le modèle avait été approuvé, ne demeurerait pas nécessairement valable à l'avenir. Néanmoins, la Région européenne a bénéficié d'un accroissement de 2% de son affectation, sur un maximum possible de 3%, et la situation serait réexaminée régulièrement. Le problème principal à cet égard était de déterminer quel indice appliquer dans le modèle.

Elle a reconnu que la publication *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, dans laquelle on appliquait un classement et des niveaux de référence, représentait une démarche audacieuse. Cependant, cela avait été fait dans une intention bien précise, à savoir déclencher un débat plus poussé et plus approfondi. Ce rapport suit l'exemple du *Rapport sur le développement mondial* du PNUD, qui est basé sur un indice du développement humain. Le résultat recherché a été atteint : non seulement les médias spécialisés se sont saisis de la question du développement social, mais celle-ci a aussi fait la une de la presse populaire et des programmes radiotélévisés. Aujourd'hui, des premiers ministres et des ministres des finances prennent part au débat sur la santé, parfois pour la première fois. Certes, quelques pays ne voient pas d'un bon œil une telle évaluation, mais la transparence tend à s'imposer de plus en plus, et cette tendance ne peut que se poursuivre. Bien sûr, certaines études comparatives ont déjà eu lieu par le passé sur la base d'indicateurs particuliers, mais dans le cas présent l'approche consiste à appliquer un indice composite. Elle a déploré que le rapport n'ait pas été prêt à temps pour l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2000, et aussi que certains États membres aient reçu très tard leurs exemplaires. Étant donné la rapidité avec laquelle les conditions évoluaient, elle envisageait la possibilité de réviser annuellement le rapport.

En ce qui concernait l'évaluation décennale concernant la Convention sur les droits de l'enfant, elle a confirmé que l'OMS collaborerait étroitement avec l'UNICEF selon une approche combinée de la santé et des droits des enfants.

### **Rapport du directeur régional**

(*EUR/RC50/2, /Conf.Doc./2, /Inf.Doc./1 et /Inf.Doc./3*)

Dans sa présentation (annexe 5), le directeur régional a brièvement mentionné les nouvelles procédures de travail qui avaient été adoptées pour l'actuelle session, passé en revue les sept problèmes qu'il considérait comme les principaux problèmes de santé se posant dans la Région européenne et décrit les principales mesures de réforme qui avaient été adoptées par le Bureau en matière de politiques, de structure organisationnelle et d'approche de la coopération avec les pays depuis qu'il avait pris ses fonctions en février 2000.

Au cours de la discussion qui a suivi, de nombreux délégués ont commenté favorablement le rapport écrit du directeur régional précédent tel qu'il était présenté dans le document EUR/RC50/2, et la présentation orale du nouveau directeur régional. Ces deux contributions prises ensemble offraient un bilan complet et détaillé des problèmes de santé dans la Région et des efforts faits par l'OMS et les États membres pour y remédier. Quelques orateurs ont jugé que certaines modifications pourraient être apportées au mode de présentation des rapports afin de rendre l'information mieux assimilable, en particulier par une mise en valeur des thèmes principaux et par une description des tendances.

On a pris note avec satisfaction de la nouvelle approche adoptée pour les activités dans les pays, qui avait déjà permis d'insuffler une dynamique nouvelle à ce niveau. Les efforts du Bureau régional pour jouer un rôle pilote dans le domaine de la santé et pour aider les États membres à mettre en œuvre leurs politiques de santé dans le cadre de la SANTE 21 étaient d'une importance cruciale. Plusieurs intervenants ont insisté sur l'utilité de l'échange d'expérience entre les pays pour la mise en œuvre rapide de la réforme. À cet égard, le Bureau pouvait aider les pays en les mettant en contact avec des partenaires qualifiés et en mobilisant des ressources ainsi qu'en améliorant les indicateurs sanitaires.

En réponse à des questions sur la coopération menée entre le Bureau et d'autres organisations, le directeur régional a fait savoir que les négociations entreprises avec l'Union européenne devraient bientôt porter leurs fruits. L'OMS s'efforçait d'établir une coopération en profondeur avec la Commission européenne, et ces efforts aboutiraient certainement à des résultats concrets. L'OMS poursuivrait également la collaboration efficace établie avec le Conseil de l'Europe sur la base des valeurs communes à ces deux organisations.

À propos de la question du rôle des centres situés en dehors du Bureau régional, il a reconnu avoir été quelque peu sceptique à cet égard lors de sa prise de fonction, et c'est pourquoi il avait demandé à ce que l'on fasse le point sur la situation. De fait, cet examen avait révélé certaines faiblesses. On avait décidé de fermer l'un de ces centres. Cet examen cependant l'avait convaincu en général de la valeur des centres, à condition que soit défini clairement le rôle de chaque centre vis-à-vis du Bureau régional de Copenhague. En ce qui concernait la proposition d'établir un centre sur la santé mentale, il s'agissait d'un domaine où manifestation des efforts accrus seraient justifiés.

Tout en reconnaissant que les processus de réforme divergeaient, il a noté que les objectifs étaient similaires entre le Siège et le Bureau régional. L'Organisation entière traversait un processus de changement, et il n'était pas possible d'attendre l'accord de tous avant d'entreprendre de modifier la structure organisationnelle du Bureau régional. Ce dernier a décidé d'adopter une structure devant favoriser l'intégration des activités et il serait intéressant de voir dans quelle mesure le reste de l'Organisation suivrait cette approche.

L'hygiène de l'environnement demeurait un élément prioritaire des programmes, et il serait faux de croire que l'OMS s'intéressait moins à ces questions. Cependant, la proportion de crédits du budget ordinaire qui pouvait lui être affectée était limitée et il fallait veiller à ce que d'autres programmes plus modestes ne soient pas complètement démunis de ressources. La question de la répartition entre les crédits du budget ordinaire et les contributions volontaires dans le cadre du financement du programme d'hygiène de l'environnement devrait être examinée.

Il a convenu de l'opportunité de disposer d'une base de données centrale pour l'Europe et reconnu que le problème de la pauvreté était incontestablement un obstacle sérieux à l'équité d'accès aux services de santé. L'initiative prise par les pays de la zone baltique en matière de lutte contre les maladies transmissibles, d'autre part, méritait d'être appuyée. Enfin, en ce qui concernait la question de la bioéthique, celle-ci n'était pas encore prise en compte dans la structure organisationnelle du Bureau parce qu'il fallait l'étudier davantage avant de pouvoir mettre en place un service qui en serait chargé.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC50/R2.

## **Rapport du Comité permanent du Comité régional (comportant notamment un examen du règlement intérieur du Comité régional et du CPR)**

*(EUR/RC50/3, /3 Add.1, /Conf.Doc./3, /Conf.Doc./4 et /Inf.Doc./2)*

Le président du CPR a noté que certains domaines de travail examinés par le CPR au cours de l'année écoulée étaient aussi des points inscrits à l'ordre du jour de l'actuelle session du Comité régional. En conséquence, il a dit que les membres du Comité permanent présenteraient les vues de celui-ci lorsque ces points seraient examinés, et, que dans ses observations d'introduction, il se limiterait pour sa part aux questions dont il ne serait pas discuté par la suite.

Le Comité permanent s'était réuni officiellement à cinq reprises depuis la session précédente, et il avait aussi tenu une « retraite » avec le nouveau directeur régional à Reykjavik en mars, qui avait permis d'établir de bonnes relations de travail. La présidente de l'Association du personnel pour la Région européenne avait présenté une déclaration à la troisième session du CPR ; à cette session le Comité permanent (parlant au nom du Comité régional) avait rendu hommage au dévouement et au courage du personnel, et en particulier de ceux ayant à travailler dans des zones dangereuses et ravagées par la guerre. Il a reconnu que l'Organisation aurait été impuissante à mener ses activités sans le dévouement de son personnel.

Ayant examiné la question de la bioéthique à deux reprises durant l'année, le CPR était d'avis qu'il fallait approfondir le travail d'analyse afin de préciser quelle pourrait être la contribution du Bureau régional dans ce domaine. Il a aussi recommandé de dresser la liste des projets en cours comportant des éléments ayant un rapport avec la bioéthique et de veiller à maintenir la complémentarité avec les nombreuses organisations actives dans ce domaine.

Le CPR a insisté sur le fait que l'évaluation externe des programmes du Bureau régional devrait être un processus véritablement indépendant et a recommandé que les évaluateurs soient nommés (et les critères appliqués pour leur sélection, définis) au cas par cas. Il adresserait des recommandations plus précises au Comité régional ultérieurement, le directeur régional ayant indiqué son intention de réexaminer ce processus.

De la même manière, les travaux se poursuivaient sur la question des critères à retenir pour désigner les membres du Conseil exécutif et sur l'examen du fonctionnement du Groupe de prospection régional (pour les candidatures au poste de directeur régional). Le CPR ferait connaître le détail de ses recommandations sur ces deux questions à la cinquante et unième session du Comité régional.

À sa troisième session, le Comité permanent avait constaté avec plaisir qu'un groupe d'experts s'était réuni aux Pays-Bas pour définir plus précisément les indicateurs génériques qui seraient prochainement employés pour suivre les progrès réalisés en direction de la Santé pour tous. Il s'était par ailleurs félicité de ce que cette activité de suivi n'entraînerait pas de travail supplémentaire pour les États membres. Enfin, il avait désigné le professeur Ayşe Akin pour le représenter au Comité pour une Europe sans tabac.

Pour donner suite aux observations faites par le Comité régional lors de précédentes sessions, le Comité permanent proposait d'apporter un certain nombre d'amendements à son propre règlement intérieur et à celui du Comité régional. Le détail des modifications figurait à l'annexe 2 de son rapport. En outre, et à la lumière de sa propre expérience, le CPR recommandait que les membres qui le composent soient choisis parmi les membres des délégations nationales auprès du Comité régional ou de l'Assemblée mondiale de la santé.

Lors de sa dernière session, qui s'était déroulée le jour précédent, le CPR avait été informé des travaux du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES) et avait recommandé qu'une séance d'information analogue soit organisée aussi pour le Comité régional. Le Dr Alán Pintér, s'exprimant au nom des coprésidents du CEES, a donc expliqué aux délégués que le CEES accueillait désormais aussi bien les représentants d'organisations non gouvernementales et d'organismes internationaux que de gouvernements nationaux. L'année précédente, deux réunions ordinaires et une réunion extraordinaire du



CEES avaient été organisées ; lors de la réunion extraordinaire, le CEES avait lancé un projet pilote pour mettre au point une méthode permettant d'évaluer rapidement les risques et d'établir un classement des installations dangereuses dans le bassin du Danube inférieur, initiative que le CEES espérait étendre à de nombreux pays.

Le processus de ratification du Protocole sur l'eau et la santé avait commencé dans plusieurs pays. La première réunion des signataires devrait se tenir en Hongrie en novembre 2000. Quelques activités avaient déjà été entreprises dans ce domaine, de même que des activités visant à donner effet à la Charte sur les transports, l'environnement et la santé.

Le Dr Pintér a par conséquent invité le Comité régional à apporter son soutien au processus de préparation de la Quatrième conférence ministérielle, qui devrait se tenir à Budapest, en 2004. Le Comité pourrait, à cette fin, rendre hommage à l'importance du travail du CEES, lequel contribue activement à faire connaître les problèmes d'hygiène de l'environnement, favoriser la coopération internationale et à intervenir auprès des pays et des organismes donateurs. Par ailleurs, il a été demandé au Comité régional de prolonger le mandat des membres du CEES jusqu'en septembre 2002, de sorte que les nouveaux membres qui seront élus à cette date puissent siéger pendant toute la durée de la Conférence de Budapest.

Enfin, le président du CPRC a fait part au Comité des critères qu'il avait décidé d'appliquer pour l'examen des candidatures à divers organes. Pour le Conseil exécutif, ces critères étaient a) une répartition géographique équitable (ce qui nécessiterait une représentation accrue des nouveaux États indépendants – NEI) ; b) la nécessité de respecter l'arrangement intérimaire adopté par le Comité régional à sa session précédente ; c) les compétences, les connaissances et l'expérience de l'OMS des candidats ; et d) l'opportunité d'accorder la préférence à des pays non représentés auparavant. Les critères a), c) et d) avaient également été retenus pour le Comité permanent, ainsi que le critère d'inopportunité, pour un pays, d'être représenté simultanément à cet organe et au Conseil. Pour le Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, le seul critère était la connaissance et l'expérience personnelle, par le candidat, du sujet technique abordé. Le président du CPRC a souligné le fait que, dans le cas du Conseil exécutif et en particulier du CPRC, ces critères n'étaient applicables que pour l'année en cours en attendant que soient soumises, à la cinquantième et unième session, les recommandations du CPRC concernant la désignation des membres du Conseil.

Au cours du débat qui a succédé, les délégués ont remercié le CPRC pour le travail accompli au cours de l'année. Quelques orateurs ont proposé d'essayer des modifications structurelles, dans le but de délimiter plus clairement les domaines de compétence respectifs du Comité régional et de son Comité permanent, et pour faire écho au changement qui s'opérerait à l'Assemblée mondiale de la santé et au Conseil exécutif. Il a également été suggéré que le CPRC se penche sur les aspects stratégique et politique des programmes mondiaux qui ont un intérêt régional, tel que l'initiative « Faire reculer le paludisme » et la lutte antitabac. Il pourrait être utile de mettre sur pied des groupes de travail dans le cadre du Comité permanent, groupes au sein desquels davantage d'États membres pourraient être représentés. Une autre façon de renforcer l'interaction avec les États membres serait de communiquer les rapports détaillés de chacune des sessions du CPRC, ainsi que les rapports de ses sous-comités et les rapports intérimaires qui lui sont soumis.

Le Comité régional s'est réjoui des informations qui lui avaient été communiquées à propos des travaux du CEES. Les mesures prises pour faire face aux dommages environnementaux dans le bassin du Danube inférieur témoignaient, de toute évidence, de l'importance du travail de l'OMS, et il espérait que le Bureau régional continuerait d'appuyer les actions menées dans le domaine de l'hygiène de l'environnement.

S'agissant de la question de la bioéthique, le Comité régional a approuvé les vues du CPRC concernant cet important sujet, a appelé à approfondir son étude et s'est déclaré désireux d'examiner la question à l'une de ses prochaines sessions. Par ailleurs, le Comité régional a souhaité, compte tenu de l'importance des questions relatives à l'hygiène de l'environnement, que lui soient présentés les rapports annuels du CEES.

Les délégués ont été rassurés d'apprendre que l'évaluation des progrès réalisés au plan national en direction des buts de la SANTE 21 n'entraînerait pas de travail supplémentaire et que les principes directeurs et la liste des indicateurs à employer pour cette évaluation avaient été envoyés aux homologues nationaux après la réunion qui s'était tenue aux Pays-Bas.

Enfin, les représentants ont accepté les principes sur lesquels s'appuient les propositions d'amendement du Règlement intérieur. En conséquence, le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC50/R1.

Suite à la présentation, par des membres du CPRC, des vues de ce dernier concernant d'importants points subséquents de l'ordre du jour, le Comité a également adopté la résolution EUR/RC50/R7.

### **Collaboration avec les autres institutions des Nations Unies et les organisations d'intégration, des organisations intergouvernementales et non gouvernementales présentes en Europe**

*(EUR/RC50/6 et /Inf.Doc./4)*

Le conseiller régional pour les partenariats internationaux a fait savoir qu'au cours de l'année à venir, le Bureau régional avait l'intention de réexaminer systématiquement les partenariats en faveur de la santé conclus avec d'autres organisations. L'objectif serait d'établir une stratégie mieux ciblée pour l'établissement et l'entretien des partenariats et pour le dialogue entre organisations en ce qui concerne aussi bien l'élaboration que l'application des politiques. Pour ce qui était des organisations non gouvernementales (ONG), l'objectif serait d'instaurer les conditions d'un dialogue plus régulier et informel.

Certains des principes de base pour l'élaboration de la stratégie apparaissaient déjà clairement : un engagement politique mutuel à haut niveau en faveur du partenariat était une condition nécessaire mais non suffisante ; des objectifs et stratégies communs devaient être définis par des négociations répétées ; les différences entre partenaires devaient être reconnues et respectées ; dans chaque cas, le niveau et le contenu de la collaboration devaient être décrits de manière explicite ; un mécanisme devait être mis en place pour la gestion des activités communes.

Parmi les activités de collaboration menées au cours de l'année précédente avec la Commission européenne (CE), il convenait de mentionner les activités de lutte antipaludique au Tadjikistan, et celles du réseau européen des Écoles-santé. Dans le cadre de la coopération avec le Conseil de l'Europe, des activités communes avaient été menées dans le cadre du Pacte de stabilité pour les Balkans en vue de promouvoir la paix et la stabilité, la démocratie et les élections libres, ainsi que la constitution d'une société civile et la défense des droits de la personne humaine en Europe du sud-est. En outre, il était prévu que deux membres du personnel du Conseil seraient détachés à Moscou pour renforcer l'action de lutte contre la tuberculose dans les prisons russes lancée par le Conseil. Pour ce qui était des activités avec les institutions de la famille des Nations Unies, elles incluaient des projets d'hygiène de l'environnement en coopération avec le programme des Nations Unies pour le développement dans la zone de la mer Caspienne au Kazakhstan et au Turkménistan, et des projets de coopération avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance sur tous les aspects du Programme élargi de vaccination. Pour ce qui était de la Banque mondiale, elle avait collaboré avec l'OMS dans des domaines tels que le partenariat mondial Faire reculer le paludisme et la réforme des systèmes de santé. Dans le domaine des affaires humanitaires, une coopération étroite sur le terrain se poursuivait avec le Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et le Programme alimentaire mondial.

Pour ce qui était des activités menées par le Bureau régional avec les réseaux de collaboration, la réunion annuelle du Forum européen des associations de médecins et de l'OMS avait été tenue à Varsovie en mars 2000, sur l'invitation de la Chambre des médecins et dentistes de Pologne. Il fallait aussi mentionner la collaboration au sein de l'EuroPharm (réseau des associations de pharmaciens et de l'OMS) sur l'établissement de pratiques pharmaceutiques optimales dans les domaines des soins aux asthmatiques, des soins aux diabétiques, de la prise en charge de l'hypertension, de la prise en charge de la séropositivité et du sida et de la lutte contre le tabagisme. Le Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes et de l'OMS avait favorisé des jumelages entre des associations d'infirmières et de sages-femmes des NEI et des PECO et des associations d'Europe occidentale. Enfin,

les travaux de l'Observatoire européen des systèmes de santé pour encourager et promouvoir l'élaboration de la politique sanitaire sur une base factuelle en Europe se poursuivaient.

Le Comité régional a reconnu l'importance de la stratégie de développement ultérieur des partenariats entre le Bureau régional et les autres institutions et organisations intéressées par la santé en Europe et a noté avec approbation les propositions et activités décrites dans le document EUR/RC50/6. Il a été proposé que les États membres désignent des coordinateurs pour l'établissement de partenariats, pour la diffusion de l'information et la collaboration mutuelle ainsi que pour les relations de partenariat avec le Bureau régional.

Le représentant de la Commission européenne a mentionné le degré élevé de priorité accordé à la santé par la nouvelle Commission. Pour la première fois, un membre de la Commission avait été chargé explicitement de la santé et une direction générale élargie, responsable de la santé et de la protection des consommateurs, avait été créée. Un livre blanc sur la sécurité sanitaire des aliments avait été publié en janvier 2000. Ensuite, en mai 2000, la Commission avait présenté une nouvelle stratégie en matière de santé, qui comportait un nouveau programme de santé publique et un ensemble de mesures législatives et d'incitations dans trois domaines : l'amélioration de l'information et des connaissances en matière de santé ; des mesures visant à faire face rapidement à de graves menaces sanitaires ; et une action concernant les déterminants de la santé. Parmi les autres éléments importants du cadre de santé publique figuraient la sécurité des produits sanguins et la sécurité et la qualité des organes et des substances d'origine humaine. En outre, une attention considérable était accordée aux questions de santé dans le cadre de l'élargissement de la Communauté. En conséquence, la coopération avec l'OMS revêtait la plus grande importance et l'on mettait la dernière main à un échange de lettres entre la Communauté et l'OMS. Cet échange de lettres porterait sur les procédures et les dispositions formelles régissant les relations entre les deux organisations et la façon d'atteindre les buts prioritaires et de mener les activités. Entre-temps, une coopération considérable se poursuivait au niveau technique, dans des domaines tels que le suivi de la situation sanitaire, la surveillance des maladies transmissibles, l'infection à VIH et le sida, l'aide aux pays en crise et des principes directeurs techniques dans des domaines tels que la qualité et la sécurité de l'air et de l'eau et la protection sanitaire contre les agents physiques, chimiques et biologiques.

Le représentant du Conseil de l'Europe a signalé que le Comité des ministres avait fixé de nouvelles priorités et défini une nouvelle stratégie pour le Conseil. La place de la santé était maintenant claire. L'accent serait mis sur l'établissement d'un lien entre la santé et la cohésion sociale et les droits de l'homme, lien également privilégié par l'OMS. En conséquence, le Comité européen de la santé incorporerait de plus en plus la dimension sociale dans ses activités sur les questions éthiques et relatives aux droits de l'homme en tant qu'elles concernaient des questions de santé. Le nouveau programme du Comité comportait trois éléments : l'équité dans l'accès aux soins et la promotion de la santé ; des normes de qualité des soins de santé ; et la participation des citoyens et la responsabilité individuelle. Le Comité proposait de modifier l'article 11 de la Charte sociale, compte tenu de plusieurs questions relatives à la santé qui mettaient en jeu les relations sociales et le rôle des individus dans la société moderne. La participation de l'OMS à ce processus serait la bienvenue. Parmi les autres questions importantes dont se préoccupait le Comité et pour lesquelles la participation de l'OMS serait souhaitable figuraient les incidences du recours aux technologies de l'information dans le domaine de la santé et le rôle des médias dans les questions de santé. D'autre part, il faudrait que l'OMS et le Conseil de l'Europe adoptent une déclaration commune sur l'importance de la santé et des droits de l'homme pour le maintien de la cohésion sociale en Europe. Le Conseil espérait également que des réunions régulières seraient consacrées aux questions de santé au niveau des secrétariats entre lui-même, l'OMS et la Commission européenne.

Des déclarations ont été prononcées par des représentants des organisations non gouvernementales suivantes : l'Association internationale des technologues de laboratoire, le Conseil international des infirmières, le Conseil international des femmes, la Fédération mondiale de neurologie, l'Organisation mondiale des médecins de famille, le Forum européen des associations de médecins et de l'OMS, le Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes et de l'OMS, et le Forum EuroPharm. En outre, des déclarations écrites ont été présentées par l'Association internationale des

registres du cancer, l'Association internationale des femmes médecins, Soroptimist International, la Confédération mondiale pour la thérapie physique et la Fédération mondiale des ergothérapeutes.

### **Éradication de la poliomyélite**

*(EUR/RC50/9 et /Conf.Doc./8)*

Le conseiller médical responsable a rendu compte des progrès accomplis vers l'éradication de la poliomyélite depuis l'adoption, en 1997, de la résolution EUR/RC47/R4 et du plan d'action régional pour 1998–2000. Aucun nouveau cas de poliomyélite n'avait été détecté dans la Région depuis novembre 1998. Cela signifiait que la Région européenne était sur le point d'être certifiée indemne de poliomyélite. Sur le plan mondial, la situation était moins favorable, dans la mesure où plusieurs pays avaient fait état de taux élevés de poliomyélite.

En ce qui concernait la mise en œuvre du Plan d'action, toute une série de succès avaient été remportés, dont beaucoup en coopération avec des partenaires internationaux. Il s'agissait en particulier d'une couverture vaccinale élevée et soutenue dans l'ensemble de la Région et de l'initiative de vaccination de masse (opération MECACAR Plus), ainsi que du nettoyage des poches épidémiques résiduelles. Cette initiative, coordonnée par le Bureau régional de l'Europe et le Bureau régional pour la Méditerranée orientale, avait assuré la protection de très nombreux enfants dans des zones à risque élevé et des territoires frontaliers.

Des améliorations ont également été signalées en ce qui concerne la surveillance de la paralysie flasque aiguë et du poliovirus sauvage, en particulier dans des pays où la poliomyélite était encore endémique il y a peu. La surveillance de laboratoire du poliovirus sauvage était un domaine dans lequel des progrès avaient été accomplis. Le réseau régional de laboratoires pour la poliomyélite (Labnet) s'avérait être un mécanisme utile pour le maintien de normes de qualité. Seuls trois des 38 laboratoires nationaux du réseau n'étaient pas encore homologués à la fin de 1999.

Cependant, malgré ces succès évidents, l'attention du Comité régional a été attirée sur la nécessité d'un maintien de la vigilance dans chaque État membre, pour assurer la pérennité des succès obtenus jusqu'à présent et réduire autant que possible le risque d'importation du poliovirus sauvage de pays où la poliomyélite était encore endémique. Les pays dont les systèmes de surveillance ne fonctionnaient pas encore de façon optimale devraient redoubler d'efforts. Il ne serait possible de certifier la Région indemne de poliomyélite que si tous les pays de la Région conjuguait leurs efforts pour maintenir une couverture vaccinale élevée et une très bonne surveillance, et prenaient toutes les mesures nécessaires pour assurer le confinement en laboratoire du poliovirus sauvage.

Sir Joseph Smith, président de la Commission régionale de certification, a indiqué que le processus officiel de certification de la Région européenne en tant que zone indemne de poliomyélite avançait de façon satisfaisante. Des comités nationaux de certification avaient été mis en place et fonctionnaient dans 49 États membres. Sir Joseph Smith a mentionné en particulier les informations que devait communiquer chaque pays, notamment en ce qui concernait la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Cependant, la responsabilité en matière d'éradication de la poliomyélite incombait à chaque pays et à son comité national de certification. Une bonne surveillance était essentielle pour que le virus sauvage ne subsiste pas, à l'insu des autorités sanitaires, dans des poches d'où il pourrait réapparaître. Pour assurer le confinement, il fallait que chaque pays identifie tous les laboratoires dans lesquels le virus était présent ; cela pouvait notamment inclure des laboratoires dans lesquels des échantillons avaient été stockés à des fins de recherche lorsque la poliomyélite était encore endémique. Il s'agissait d'un processus intensif, qui demandait une ferme volonté politique.

En conclusion, Sir Joseph Smith a déclaré qu'il espérait qu'en 2002 ou 2003, la Commission pourrait déclarer avec confiance que la Région avait interrompu toute transmission du poliovirus sauvage et que, si ce dernier devait réapparaître, il serait détecté et éliminé.

Le professeur Frantisek Kölbl, s'exprimant au nom du CPRC, a rendu hommage aux nombreux protagonistes qui contribuaient à une victoire éclatante pour la médecine préventive. Il importait de continuer la stratégie actuelle de vaccination, pour assurer des couvertures vaccinales élevées, en accordant une attention particulière aux besoins des pays limitrophes de zones d'endémie. En outre, il était essentiel de parvenir à une très bonne surveillance des patients atteints de paralysie flasque aiguë. M. Kölbl a rappelé que la Région européenne ne serait certifiée indemne de poliomyélite que lorsque ses 51 États membres annonceraient l'interruption de la transmission et rempliraient tous les critères de surveillance. Cela exigerait une coopération constante dans l'ensemble des régions de l'OMS et avec d'autres partenaires extérieurs.

Dans la discussion qui a eu lieu ensuite, tous les intervenants ont félicité le personnel du programme concerné pour leur dévouement et leurs efforts extraordinaires. Un intervenant a déclaré que les succès remportés par la Région devaient également être attribués aux efforts accomplis par un groupe beaucoup plus large, qui englobait la population, les personnalités politiques et les professionnels de santé. Plusieurs délégués ont signalé qu'il s'agissait d'un excellent exemple de coopération entre différents partenaires, les bureaux régionaux de l'OMS et le Siège. Il a été proposé d'appliquer la même démarche à d'autres maladies transmissibles, telles que le paludisme, l'hépatite virale B et la rougeole. Des orateurs de pays limitrophes de zones d'endémie ont souligné l'importance de l'opération MECACAR Plus, car elle leur permettait de trouver ensemble des solutions communes à des problèmes liés à l'éradication de la poliomyélite ; ils ont lancé un appel pour qu'elle soit poursuivie.

Plusieurs représentants ont décrit les efforts en cours dans leur pays pour répondre aux critères à remplir afin que leur pays soit certifié indemne de poliomyélite, notamment la mise en place de systèmes de surveillance efficaces et globaux, et pour faire face à l'importante question du confinement. Un intervenant a estimé que, dans son pays, les indicateurs n'étaient pas suffisamment bons et a demandé une aide de la part de l'OMS et d'autres organisations pour parvenir à la certification. Le représentant d'au moins un pays de la partie occidentale de la Région s'est dit préoccupé par la disponibilité de données dans les pays où la poliomyélite n'était plus endémique depuis longtemps.

Il a été estimé que la campagne d'éradication de la poliomyélite constituait un bon exemple de ce que l'OMS pouvait réaliser si ses efforts étaient concentrés sur un petit nombre de domaines prioritaires. Cependant, un intervenant a soulevé la question du suivi qui serait nécessaire après l'éradication de la poliomyélite dans le monde. Il s'est référé à l'expérience de la variole : plus de dix ans après avoir été éradiquée, l'avenir des souches de cette maladie faisait toujours l'objet de discussions, car les enjeux étaient à la fois stratégiques et sanitaires. Avec la poliomyélite, ce problème devrait être anticipé et étudié dès à présent.

Un représentant a attiré l'attention sur le fait que les données sur la couverture vaccinale qui figuraient dans les documents du Comité régional ne correspondaient pas à la situation la plus récente dans son pays. La couverture vaccinale y était de 90% et non de 80% comme indiqué.

Le problème de séjours de courte durée d'immigrants clandestins provenant de zones d'endémie a été soulevé par un autre orateur qui a demandé si, d'un point de vue éthique et dans l'intérêt général, il ne convenait pas d'offrir une vaccination en l'absence d'informations sur le statut vaccinal.

Le représentant de Rotary International a annoncé que son organisation continuerait à soutenir le Bureau régional dans les efforts que celui-ci accomplissait pour éradiquer la poliomyélite dans la Région.

Dans sa réponse, le conseiller médical responsable a souligné que la stratégie de vaccination revêtait une importance prépondérante si l'on voulait éviter que les générations futures ne courent le risque d'une réapparition de la poliomyélite. Il a remercié les gouvernements de plusieurs pays pour leur appui aux programmes mondial et régional d'éradication de la poliomyélite, et a mentionné en particulier les travaux importants accomplis par les centres régionaux. Il a confirmé que les pays développés de la Région pourraient communiquer des informations différentes en vue de la certification, par exemple des informations validées sur les entérovirus.

En conclusion, il a reconnu la nécessité de poursuivre les activités en s'appuyant sur le succès de l'opération MECACAR Plus. La réunion qui aurait lieu prochainement au Caire permettrait de le faire.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC50/R3.

### **Évaluation du programme EUROSANTÉ**

*(EUR/RC50/4 et /BD/1)*

Le Dr Danguole Jankauskiene, l'un des évaluateurs externes, a exposé le contexte, le mandat et la méthode de l'évaluation du programme EUROSANTÉ. Celle-ci avait compris une analyse approfondie de documents de travail et de référence, et des entretiens avec des fonctionnaires de l'OMS dans les pays ainsi que dans les unités techniques du Bureau régional. L'évaluation avait également comporté une analyse en profondeur d'un certain nombre de pays participant au programme. L'équipe d'évaluation s'était rendue dans sept pays et avait eu des entretiens avec plus de 300 personnes.

La conclusion globale était que le programme EUROSANTÉ avait été une réussite. Les ressources allouées, bien que peu importantes, avaient été utilisées efficacement. Selon les évaluateurs, ce résultat positif était dû dans une large mesure au dévouement des fonctionnaires du département de la santé des pays, y compris ceux qui travaillaient dans les bureaux de liaison. Néanmoins, les évaluateurs estimaient que de nombreux problèmes avaient empêché un succès total du programme et devraient être abordés à l'avenir pour que les pays puissent retirer un maximum d'avantages de l'investissement de l'OMS.

Il a été plus particulièrement question de deux domaines : l'élaboration d'une politique de santé et la réforme des systèmes de santé. Des succès sur le plan de l'élaboration d'une politique de santé avaient été enregistrés dans les pays où l'OMS avait affecté un conseiller spécial et où il existait une ferme volonté politique de la part de l'État membre lui-même. Les buts fixés pour la réforme des systèmes de santé n'avaient pas été atteints pour deux raisons principales : la situation politique et économique dans les pays et un soutien insuffisant de la part du Bureau régional. En conséquence, d'autres organismes internationaux s'étaient substitués à lui là où il était absent ; ils avaient alors souvent agi de façon inappropriée, en donnant des conseils non coordonnés et contradictoires.

Parmi les programmes de l'OMS qui avaient connu un succès appréciable, il y avait ceux relatifs à la santé des femmes et des enfants, aux soins infirmiers, aux maladies infectieuses et à la politique en matière de médicaments (bien que les évaluateurs soient préoccupés par le fait que de nombreux pays n'étaient pas encore autosuffisants en matière d'approvisionnement en vaccins). Les programmes sur les maladies non transmissibles et la promotion de la santé, en revanche, n'étaient pas suffisamment développés et devraient bénéficier d'investissements plus importants.

Le principal point faible des activités dans les pays avait trait à l'interface entre les activités pays et interpays au Bureau régional. La structure actuelle n'était pas favorable à une coordination globale des activités et entraînait une fragmentation et un manque de coordination des activités.

Le rôle joué par les bureaux de liaison et les chargés de liaison dans le programme EUROSANTÉ était très efficace. Cependant, il fallait développer encore les capacités des chargés de liaison et investir dans leur formation et leur perfectionnement professionnel. L'interface et les accords relatifs aux travaux dans les pays entre les fonctionnaires du Siège et ceux du Bureau régional étaient positifs de l'avis des évaluateurs.

Ces derniers appréciaient en revanche de façon moins positive la coopération du Bureau régional avec d'autres donateurs internationaux. Il était indispensable de nouer de meilleures relations de travail à tous les niveaux de l'OMS avec des organismes tels que la Banque mondiale et la Commission européenne, notamment. Ce n'est que lorsque cela serait réalisé qu'il y aurait une coordination plus efficace des activités au niveau des pays et un soutien maximum aux pays.

En conclusion, les évaluateurs ont proposé que le Bureau régional élargisse ses activités aux 51 pays de la Région européenne. Les pays devraient participer bien davantage à la fixation de leurs propres priorités. Il conviendrait d'élargir le rôle des chargés de liaison. Les pays qui avaient entamé le processus d'adhésion à l'Union européenne n'auraient plus besoin de chargé de liaison une fois qu'ils auraient adhéré. L'idée de créer des bureaux sous-régionaux n'a reçu aucun soutien.

Le Dr Nikolaj N. Fetisov, s'exprimant au nom du CPCPR, a rendu hommage à l'équipe d'évaluation, qui avait accompli un travail considérable. Le CPCPR avait discuté de ses conclusions lors d'une de ses sessions et avait accepté le rapport.

Au cours de la discussion qui a suivi, les représentants ont remercié les évaluateurs externes, les ont félicités pour leur travail et ont estimé que le rapport venait à point nommé. Plusieurs orateurs ont déclaré que le programme EUROSANTÉ représentait un grand succès pour l'OMS. De nombreux délégués ont signalé que, dans leur pays, les taux de morbidité et de mortalité avaient baissé et l'accès aux soins de santé avait été amélioré grâce au programme. Il a été estimé que les deux domaines prioritaires (élaboration de la politique de santé et réforme des systèmes de santé) avaient été judicieusement choisis, mais un orateur a souligné qu'il importait d'examiner des questions allant au-delà du secteur sanitaire, qui avaient des effets négatifs sur la santé.

Il a été convenu que les chargés de liaison jouaient un rôle très important et qu'il fallait développer encore leurs capacités. Dans la Région, il existait différentes dispositions relatives au travail des chargés de liaison, et le rôle de ces derniers resterait vital même après l'adhésion d'un pays à l'Union européenne. Un délégué a indiqué que le modèle d'EUROSANTÉ devrait être transféré à d'autres régions de l'OMS et que les enseignements retirés du programme devaient être diffusés largement. De nombreux pays n'étaient pas encore en mesure de gérer la coordination d'un groupe important de donateurs internationaux, chacun de ceux-ci ayant sa propre vision des choses et ses propres objectifs, et ils appréciaient le rôle joué par l'OMS à cet égard.

Les délégués se sont accordés à reconnaître que l'OMS devait aller de l'avant et englober les 51 pays de la Région européenne dans son action. Dans cette optique, plusieurs orateurs ont souscrit aux recommandations figurant dans le rapport.

M. Jussi Huttunen, l'autre évaluateur externe, a remercié le Comité régional en son nom propre et au nom de son collègue, de les avoir chargés de procéder à cette évaluation, qui avait été très enrichissante. Les évaluateurs estimaient qu'ils avaient disposé de suffisamment de données pour pouvoir formuler des recommandations et conclure que le programme EUROSANTÉ avait été un succès.

## **ACTIVITE FUTURE DE L'OMS**

### **La future stratégie du Bureau régional en matière de collaboration avec les pays**

*(EUR/RC50/10 et /Conf.Doc./9)*

Le coordinateur de la division des Partenariats pour le développement sanitaire des pays a décrit la nouvelle stratégie au niveau des pays, qui marquait un nouveau départ pour le Bureau régional et qui reflétait une démarche nouvelle visant à mieux répondre aux besoins des États membres. Cette nouvelle stratégie se fondait sur l'expérience et le savoir-faire acquis sur dix ans dans le cadre du programme EUROSANTÉ ainsi que sur les résultats d'une évaluation récente. Elle était conforme au principe de l'unicité de l'OMS et tenait compte de l'importance attribuée dans l'ordre du jour mondial au travail dans et avec les pays.

Cette stratégie s'efforçait de tenir compte de la très grande diversité des pays de la Région, mais simultanément des problèmes qui étaient communs aux 51 pays membres. Il s'agissait donc d'une stratégie de collaboration adaptée spécifiquement à chacun des pays. L'une de ses caractéristiques majeures serait une collaboration particulière avec des groupes informels de pays pour traiter de préoccupations et de



problèmes communs, ainsi que pour faciliter l'échange d'idées et le partage d'expérience. L'objectif était de mettre en place une structure qui soit efficace et qui favorise une approche intégrée et coordonnée des différentes composantes du Bureau régional, de façon à minimiser ou même à éliminer toute dispersion des efforts.

Cette stratégie tenait aussi compte de la nécessité de renforcer les partenariats internationaux, et en particulier d'établir des alliances très étroites avec des organisations qui s'intéressaient de plus en plus aux questions de santé, telles que l'Union européenne et la Banque mondiale. Cette démarche devrait garantir une utilisation efficace de ressources limitées et réduire au minimum les inefficacités résultant d'une mauvaise coordination des activités au niveau des pays.

L'OMS jouissait d'un prestige élevé en raison de sa compétence et il était prévu d'exploiter cet atout en abordant dans une optique large les questions de la santé et des déterminants de celle-ci. Dans ce domaine l'on procéderait en développant la base factuelle, mais aussi en mettant en place des forums pour l'échange et l'approfondissement des connaissances.

Le fait de disposer d'un savoir de pointe et des outils techniques correspondant, cependant, ne suffisait pas en soi. Il fallait aussi veiller à ce que l'Organisation soit capable de mettre en œuvre ses stratégies et politiques dans un cadre viable à long terme. Cet aspect était largement pris en compte dans la stratégie, qui traitait aussi de la nécessité d'une approche politique répondant aux critères de sensibilité et de maturité dans la réalisation des objectifs communs en matière de santé.

La stratégie décrivait les services que l'OMS mettrait à la disposition des pays en ce qui concernait l'élaboration de la politique sanitaire et le développement des systèmes de santé, en particulier pour les pays en transition et ceux qui se préparaient à adhérer à l'Union européenne. Elle indiquait aussi comment l'OMS aiderait les pays à traiter leurs priorités en matière de santé publique, et les différentes méthodes qu'elle appliquerait. Elle traitait aussi de la question de l'élaboration de la base factuelle et de la mise en place de systèmes d'information efficaces également orientés vers les pays. Enfin, elle tenait compte de l'importance de développer le rôle des chargés de liaison et décrivait comment cela pourrait être fait.

En conclusion, l'orateur a souligné qu'il était capital de percevoir la stratégie au niveau des pays comme une entreprise commune entre le Bureau régional et les États membres. L'OMS estimait que le travail avec et à travers les pays était d'une importance primordiale. Chaque partie avait un rôle majeur à jouer et chacune avait à apprendre de l'autre. Le personnel du Bureau régional s'était investi pleinement en faveur de cette stratégie, et il fallait espérer qu'elle serait approuvée par le Comité régional.

Le Dr James Kiely a informé le Comité que le CPRC, bien que n'ayant pas pu disposer de la dernière version de la stratégie, accueillait favorablement la réorientation de celle-ci vers tous les pays de la Région. Le CPRC a exprimé le souhait que l'argumentation en faveur des modifications proposées soit intégralement exposée. On a considéré que les résultats de l'évaluation du programme EUROSANTÉ étaient un élément essentiel pour l'élaboration de la nouvelle stratégie. Le CPRC a aussi fait valoir que la stratégie et la nouvelle structure organisationnelle du Bureau devaient viser à favoriser la cohérence stratégique, l'unité d'action et l'efficacité pratique.

Étant donné l'importance à long terme de la stratégie, le CPRC estimait qu'une surveillance régulière était importante. Le directeur régional devrait faire rapport sur les progrès réalisés devant le Comité régional en 2002, mais le CPRC prévoyait de suivre lui aussi cette question avec une attention particulière à ses différentes sessions au cours de l'année.

Au cours de la discussion qui a suivi, les intervenants ont pris note avec satisfaction de la nouvelle orientation stratégique, et jugé qu'il s'agissait d'une approche clairement formulée qui servirait de base à l'ensemble des activités futures du Bureau régional. La décision de prendre en compte les besoins des 51 États membres, sans perdre de vue bien sûr les conditions propres à chacun, a été jugée positive. On a aussi jugé positivement l'intention manifeste du Bureau de procéder à l'avenir de manière plus systématique, ce qui devrait garantir la cohérence et la validité des conseils donnés aux pays.



De nombreux délégués ont mentionné les avantages que leur pays avait tirés des activités du programme EUROSANTÉ, tout en admettant l'opportunité d'élargir le champ en l'étendant à tous les pays de la Région. Certaines préoccupations ont été exprimées, cependant, sur la proportion de projets parmi le grand nombre décrit dans la présentation qui serait effectivement financée.

On a accueilli favorablement, de manière générale, les efforts pour développer la base factuelle et pour renforcer les systèmes d'information, ainsi que pour mettre en œuvre le concept des « forums de l'avenir ». Il a été suggéré que le changement climatique pourrait être ajouté aux questions qui devraient être examinées au sein d'un tel groupe. Un représentant cependant a jugé qu'il serait utile de définir plus clairement la fonction exacte et le modus operandi des forums.

On a noté avec approbation l'accent mis dans la stratégie sur l'aide aux pays en transition pour l'élaboration de la politique sanitaire et pour l'assistance technique sur les questions de la réforme du système de santé. Cependant, il était essentiel d'aider les pays à rechercher eux-mêmes leurs propres solutions, pour des raisons de viabilité à long terme. Plusieurs orateurs se sont inquiétés de ce qu'une démarche centrée sur la réforme du système de santé risquait d'avoir un champ restreint et de porter seulement sur les structures et le financement tout en laissant de côté l'aspect principal des résultats en matière de santé. Des problèmes tels que la pauvreté et l'alcoolisme, par exemple, étaient bien plus importants et ce fait ne devait pas être perdu de vue par l'OMS. On a estimé que l'Organisation avait un rôle prééminent à jouer dans ce domaine, étant donné sa position spécifique dans la Région et le crédit dont elle disposait auprès des entreprises multinationales et des autres organisations internationales, ainsi que son expérience intersectorielle.

En ce qui concernait le renforcement des partenariats avec la Commission européenne et la Banque mondiale, il a été approuvé de manière unanime, mais on a demandé à être mieux renseigné sur la manière dont il serait réalisé.

Un représentant a estimé que le contenu de la nouvelle stratégie devrait être élargi : dans les activités du Bureau régional, il devrait aussi être tenu compte de l'état de santé des populations, du fonctionnement des systèmes de santé et des conditions politiques, économiques et sociales dans les pays. En outre, le Bureau régional devrait jouer un rôle méthodologique et de coordination plus actif dans le processus du renforcement des partenariats internationaux en faveur de la santé.

Répondant à des interventions des États membres, le coordinateur par intérim de la division des Partenariats pour le développement sanitaire des pays a remercié les orateurs pour leurs commentaires favorables, et en particulier pour leurs observations et conseils qui aideraient à définir l'évolution ultérieure de la stratégie au niveau des pays. Le document fixait un cadre d'ensemble et énonçait des orientations stratégiques, mais sa mise en œuvre et les activités pratiques correspondantes dans les pays seraient menées de manière souple. Des bureaux de liaison existaient dans 26 pays, mais l'on rechercherait d'autres mécanismes permettant d'établir une coopération plus systématique avec les 25 autres États membres.

De nombreux intervenants avaient souligné la nécessité de conclure des partenariats renforcés, tout en faisant ressortir la spécificité du mandat dévolu par l'OMS. Celle-ci devrait s'appuyer sur cet argument pour mieux assumer son rôle spécifique dans la collaboration avec les autres institutions. Les conseils donnés en outre par certains délégués, selon lesquels le Bureau ne devrait pas seulement porter son attention sur les systèmes de santé publique, mais aussi sur les soins de santé et la qualité des services, étaient très pertinents et il en serait tenu compte lorsqu'il s'agirait de choisir le panachage d'expertise et de compétences nouvelles à mobiliser pour mettre en œuvre la stratégie des pays.

Résumant le débat, le directeur régional a réaffirmé que la nouvelle stratégie s'adressait aux 51 États membres, mais que 26 pays parmi ceux-ci continuaient d'avoir besoin d'un soutien renforcé. Trois volets majeurs de la stratégie cependant intéressaient tous les États membres ; il s'agissait : i) de l'assistance en période de crise de la santé publique, ii) de la participation aux forums du futur, et iii) de la diffusion d'informations et de connaissances comme base aux décisions de santé publique.

Enfin, le directeur régional a pris comme exemple la mise en œuvre de la stratégie au niveau des pays pour décrire la logique d'ensemble selon laquelle s'était effectué le processus de réforme du Bureau régional, et en particulier les raisons de la nouvelle structure organisationnelle basée sur les fonctions. À son avis, cette structure offrait la meilleure solution pour mener des actions compétentes sur le terrain, ce qui veut dire, pour le Bureau, fournir aux 51 États membres des services pertinents et utiles. La nature exacte de ces services se fonderait sur les évaluations effectuées au cours des mois à venir.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC50/R5.

### **Politique-cadre et composante régionale du projet de budget-programme pour 2002–2003** (EUR/RC50/7, /7 Add.1 et /Conf.Doc./6)

Le conseiller principal du Groupe consultatif auprès du directeur régional a présenté le projet de budget-programme pour 2002–2003. Bien que s'appuyant sur les enseignements tirés des précédents cycles budgétaires, ce budget se distinguait des précédents par son contenu et sa structure, et par la façon dont il avait été établi. Avoir un mode de fonctionnement unifié avait été l'un des éléments fondamentaux sur lesquels reposait la nouvelle politique-cadre pour l'ensemble de l'Organisation : le projet de budget-programme à l'examen était la preuve évidente de la mise en application du concept d'une OMS unifiée.

La stratégie d'ensemble de l'OMS, avec ses quatre orientations stratégiques principales, était conforme au mandat et à la politique de l'Organisation à tous les niveaux (présence dans les pays, bureaux régionaux et Siège). Onze domaines prioritaires avaient été recensés et approuvés par le Conseil exécutif pour 2002–2003, au cours d'une série de consultations. Il a été proposé de consacrer des ressources considérables à ces onze priorités, qui correspondaient à des problèmes sanitaires internationaux très importants.

Le projet de budget-programme adoptait une nouvelle structure : toutes les activités y étaient regroupées selon 35 domaines d'activité, définis au terme d'un processus de consultation entre le Siège et les bureaux régionaux. Pour chaque domaine d'activité étaient présentés les problèmes et les enjeux, le but, l'objectif de l'OMS et les résultats escomptés. Cette structure faisait apparaître une relation hiérarchique, de cause à effet, entre les divers éléments de planification stratégique dans chacun des domaines d'activité : le but était le plus haut niveau auquel l'activité de l'OMS contribuerait, l'objectif de l'OMS représentait le changement que le secrétariat de l'Organisation dans son ensemble s'était engagé à apporter, tandis que les résultats escomptés constituaient le niveau pour lequel l'OMS était directement responsable. Une telle structure montrait que l'on s'engageait nettement dans une gestion fondée sur les résultats ; pour chacun des 35 domaines d'activité avaient été décrits des résultats attendus, bien définis, de même que les indicateurs correspondants, qui permettraient de mesurer les progrès accomplis. Cette nouvelle hiérarchie établissait une distinction claire entre les responsabilités du secrétariat de l'OMS et celles des États membres et un lien plus explicite entre les différents niveaux de réalisation.

Pour ce qui était de l'Europe, le budget ordinaire connaissait une augmentation nominale de 2,1%, soit 1,1 million de dollars des États-Unis. Les fonds supplémentaires accordés en vertu des dispositions de la résolution WHA51.31 iraient à la coopération avec les pays, comme le stipulait la résolution EUR/RC49/R5.

La comparaison avec le budget-programme pour 2000–2001 faisait apparaître un changement important d'orientation, marqué par l'abandon des programmes interpays au profit des programmes de pays. D'autres moyens d'utiliser plus efficacement les ressources, par exemple en simplifiant les procédures administratives, étaient recherchés et de nouvelles coupes avaient été opérées dans les prestations de services courants et les voyages autorisés.

Les onze priorités au niveau mondial étaient bien respectées, et 10 % des ressources au titre du budget ordinaire, soit un total de 4 millions de dollars des États-Unis, avaient été réaffectées au profit des domaines prioritaires. Pour sa part, le Bureau régional avait inclus dans ses réaffectations le financement du processus de certification de l'éradication de la poliomyélite. En ce qui concernait d'autres sources de fonds, le Bureau régional tablait, prudemment, sur une augmentation de 2,8%, en attendant la confirmation du versement prochain de fonds extrabudgétaires. Au cours de périodes biennales récentes,

une large proportion des fonds extrabudgétaires du Bureau avait été destinée aux secours d'urgence et à l'aide humanitaire, ce qui en faisait un élément difficilement prévisible.

L'examen en cours du document présentant le budget marquait le début d'une série d'étapes qui s'achèveraient par l'adoption définitive du budget, à la cinquante-quatrième session de l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2001 ; c'est à ce moment-là également que seraient décidés les éventuels ajustements rendus nécessaires par les fluctuations monétaires ou l'inflation.

M. Davið Gunnarsson a fait savoir que le CPRC avait accueilli favorablement cette nouvelle approche, qui n'exigeait d'établir, pour toute l'Organisation, qu'un seul budget stratégique axé sur les résultats. Cette nouvelle présentation du budget allait de pair avec un changement de rôle pour le Comité régional, lequel allait désormais formuler des commentaires sur la totalité du budget tout en s'efforçant de veiller aux intérêts particuliers de la Région. À cet égard, le CPRC avait fait observer que certaines questions importantes pour la Région européenne n'étaient pas suffisamment mises en évidence dans le document global.

Au cours du débat qui s'est ensuivi, une unité de vues a semblé se dégager sur le fait que le nouveau mode d'établissement du budget constituait une amélioration : il a été jugé, en particulier, qu'il se prêterait plus facilement à un véritable suivi ainsi qu'à une évaluation en fin de période biennale des réalisations, en fonction d'indicateurs prédéfinis. L'Organisation a été invitée à continuer d'améliorer ses méthodologies et ses outils de suivi et d'évaluation.

Les tentatives visant à simplifier et à abréger le budget ont été appréciées, de même que le processus consultatif adopté pour l'établissement du budget. Il fallait espérer que la collaboration plus intense entre le Siège et les régions de l'OMS pour établir le budget se traduirait par une coordination plus étroite au moment de sa mise en œuvre. Il a également été noté que le document à l'examen, plus qu'un budget stratégique, était un outil qui reliait plus visiblement la stratégie d'ensemble de l'OMS aux activités prévues pour la période biennale.

Globalement, les 35 domaines d'activité répondaient bien aux problèmes sanitaires mondiaux, et les onze priorités mondiales étaient bien acceptées. Les efforts entrepris pour redistribuer des ressources limitées ont été appréciés, sachant que cette tâche n'était jamais aisée. Certaines délégations ont évoqué la nécessité constante de réaliser des économies de productivité, notamment en ce qui concernait les frais généraux. La diminution des ressources allouées au titre du budget ordinaire à l'hygiène de l'environnement, au niveau mondial et surtout au niveau régional, n'a pas été considérée comme justifiée, compte tenu des enjeux énormes dans ce domaine et du lien fort qui le rattachait à la stratégie d'ensemble.

La question de l'équilibre relatif entre les priorités spécifiques mondiales et régionales a été abordée par plusieurs orateurs. Il était entendu que les priorités mondiales étaient au cœur de l'action d'ensemble, mais il faudrait pouvoir faire preuve d'une certaine souplesse pour faire en sorte que l'on puisse s'employer à résoudre de manière adaptée les problèmes spécifiques de telle ou telle région. À cet égard, le document global, a-t-on estimé, n'attachait pas suffisamment d'importance à des problèmes régionaux tels que l'hygiène de l'environnement, le vieillissement de la population, les accidents de la circulation, les maladies non transmissibles, la santé des enfants et des adolescents et la génétique humaine. Il a été également jugé que le budget global devrait citer les valeurs définies dans la SANTE 21, dans la mesure où il s'agissait d'une politique-cadre énonçant clairement les principes généraux sur lesquels reposait l'activité de l'OMS.

Plusieurs orateurs, et en particulier le représentant du CPRC, se sont dit déçus que la réaffectation complète des fonds attendue aux termes de la résolution WHA51.31 s'opère plus lentement que prévu, et que les fonds supplémentaires accordés à la Région européenne pour 2002-2003 soient en conséquence moins importants que ce qui avait été initialement anticipé.

Le degré de détail du document présentant le budget a été jugé insuffisant par certains États membres, qui auraient voulu pouvoir voir facilement l'investissement financier correspondant à chacun des programmes

du Bureau régional. Cela était d'autant moins aisé que le nouvel organigramme du Bureau était présenté par fonction, plutôt que selon une structure plus traditionnelle qui ferait apparaître les secteurs de la santé publique. Des compléments d'information ont également été souhaités pour la composante du projet de budget-programme concernant l'effectif, et des récapitulatifs des dépenses au cours de la période biennale écoulée, à condition de les présenter selon une structure analogue, faciliteraient les comparaisons.

Une demande a été formulée pour que le travail effectué par d'autres organisations soit utilisé au mieux de manière à éviter le double emploi. Cela valait en particulier pour la Commission européenne et le Conseil de l'Europe, dont l'activité déjà ancienne dans le domaine de la sécurité transfusionnelle était largement reconnue.

Le directeur exécutif de la direction générale au Siège de l'OMS, en réponse à la question concernant le degré de détail du document présentant le budget, a fait observer qu'une présentation trop détaillée du budget empêcherait d'en discerner l'orientation stratégique. Toutefois, un ensemble de documents d'information complémentaires, plus détaillés, serait produit au moment où le budget serait soumis au Conseil exécutif, en janvier 2001, et en préparation de son adoption définitive en mai 2001. Lesdits documents traiteraient des questions d'effectif, d'inflation et de taux de change et devraient être abordés du rapport financier présentant le détail des dépenses au cours de la période biennale écoulée.

En ce qui concernait la méthode utilisée pour établir le montant global des ressources extrabudgétaires, elle a fait observer qu'en raison de sa nature, ce montant n'était pas prédéterminé mais ne constituait qu'une estimation. Cependant, les prévisions s'étaient avérées assez proches de la réalité dans le passé. À cet égard, il fallait comprendre que les ressources extrabudgétaires reçues au Siège et donc comptabilisées au Siège étaient très souvent et dans une large mesure dépensées dans les pays.

Le directeur régional a conclu le débat en mettant l'accent sur l'importance qu'il accordait aux opinions exprimées par le Comité régional. Il était certain que ces dernières constitueraient un apport important pour le secrétariat dans son ensemble et pour le directeur général lorsque le budget serait affiné et mis au point au cours des mois à venir.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC50/R4.

### **Un plan d'action sur l'alimentation et la nutrition pour la Région européenne**

*(EUR/RC50/8, /Conf.Doc./7 et /BD/2)*

Le conseiller régional pour la nutrition a présenté un bref film vidéo illustrant la charge de morbidité qui résultait d'aliments ne présentant pas toutes les garanties de sécurité et d'une mauvaise alimentation. Il n'était pas possible de faire face à ces problèmes de façon efficace sans mener une action globale avec la participation de nombreux secteurs. Dans cette optique, trois stratégies étaient recommandées : une stratégie de sécurité sanitaire des aliments reposant sur l'ensemble de la filière alimentaire ; une stratégie nutritionnelle axée sur la vie entière et en particulier sur des périodes pendant lesquelles les individus sont le plus vulnérables ; et une stratégie de production et de distribution viables d'aliments fondée sur une sécurité alimentaire améliorée. Pour que ces trois stratégies se complètent mutuellement et pour éviter des contradictions et des doubles emplois, il fallait que tous les secteurs concernés collaborent. Dans les petits pays, un mécanisme de coordination national pourrait suffire mais, dans les grands pays, des mécanismes de coordination régionaux et municipaux pourraient également être nécessaires.

Des partenariats aux niveaux international et national étaient essentiels. En conséquence, des organisations telles que l'Union européenne, le Conseil de l'Europe, les organismes des Nations Unies, les banques de développement et les organisations non gouvernementales devraient disposer d'une enceinte dans laquelle ils pourraient élaborer leurs politiques futures et en discuter en collaboration avec les États membres. Le Plan d'action comportait donc une proposition visant à créer une équipe spéciale européenne chargée de faciliter de telles discussions.

En ce qui concernait la mise en œuvre du Plan d'action, une aide pourrait être offerte aux pays qui souhaitaient mettre en place ou renforcer des politiques et des plans d'action nationaux en matière d'alimentation et de nutrition, et ce sous la forme d'un atelier d'une durée de trois jours destiné à des responsables politiques, organisé en collaboration avec la FAO et l'UNICEF. Quelque 17 pays avaient déjà participé à de tels ateliers. En outre, des outils spécifiques avaient été mis au point et une analyse des politiques nationales existantes avait été établie à partir de rapports de pays présentés lors d'une consultation qui avait eu lieu à Malte en novembre 1999 et sur la base de questionnaires remplis par les homologues nationaux. Ces données constitueraient des informations sur la situation de départ qui permettraient d'évaluer les effets du Plan d'action.

Le Dr Anca Dumitrescu a déclaré que le CPRC considérait que le Plan d'action traduisait bien les préoccupations des États membres sur la question de l'alimentation et de la nutrition. Le CPRC a estimé que l'OMS devait jouer le rôle de défenseur de la santé publique en donnant des conseils indépendants et en s'acquittant d'une fonction normative, en particulier dans les États membres qui ne faisaient pas partie de l'Union européenne. Le CPRC a également souhaité que l'accent fût mis davantage sur les questions qu'il jugeait les plus importantes : la charge que représentaient les maladies et les troubles liés à la nutrition et les fondements d'une politique et d'un plan d'action. Il était essentiel que ce document suscite l'intérêt et obtienne le soutien des ministres de la santé, étant donné que ces derniers étaient le mieux placés pour promouvoir les partenariats nécessaires avec tous les secteurs responsables des différents aspects de la filière alimentaire.

Au cours du débat qui a fait suite, les nombreux orateurs qui ont pris la parole ont accueilli favorablement le projet de plan d'action et ont félicité le directeur régional d'avoir remis au premier plan l'idée d'une politique en matière d'alimentation et de nutrition. Le thème dans son ensemble était des plus complexes et le plan d'action était une tentative opportune de proposer une approche intégrée susceptible d'avoir un vaste impact. Le Bureau régional a donc été instamment prié d'aller de l'avant, aussi vite que possible. Le plan d'action s'appliquerait à tous les pays de la Région, quel que soit leur niveau de développement. Il était souhaitable que les pays élaborent, dans les meilleurs délais, des politiques nationales en matière d'alimentation et de nutrition, qui prennent en considération les divers facteurs sociaux, culturels et économiques.

Les délégués ont accordé une grande importance à la coordination entre les différents organismes travaillant dans le domaine de la santé en Europe. Aussi ont-ils prié le directeur régional d'approfondir le rôle complémentaire que l'OMS pouvait jouer dans ce domaine. Ils se sont déclarés favorables à la mise en place d'une équipe spéciale chargée de cette coordination. Plusieurs orateurs ont fait observer la différence existant entre sécurité alimentaire et nutrition : la première était une question technique tandis que la seconde était un domaine que seul un programme d'éducation à long terme pouvait contribuer à faire évoluer.

Un représentant a suggéré de préciser la référence faite au guide diététique publié par le CINDI afin d'éviter de laisser entendre qu'il puisse s'agir des recommandations diététiques de l'Union européenne. Un autre représentant a demandé que, pendant la période que durerait le plan d'action, le Bureau encourage la recherche sur le génie biologique et la production d'aliments.

Le représentant de la Commission européenne a dit que la nouvelle Commission réfléchissait à une politique générale sur la nutrition et était en train d'établir un plan d'action et qu'en conséquence une collaboration étroite avec le Bureau régional était hautement souhaitable dans un domaine aussi délicat. Il s'est montré plutôt sceptique, cependant, au sujet de la création d'une équipe spéciale, qui semblait n'avoir guère à voir avec la mise en œuvre proprement dite du plan d'action. Le représentant de la FAO a soutenu résolument les efforts entrepris pour continuer de collaborer à chercher des solutions aux problèmes de la faim et de la malnutrition. L'élaboration du plan d'action serait une suite précieuse donnée à la Conférence de 1992 sur la nutrition. La représentante de l'UNICEF a exprimé, elle aussi, la volonté de son organisation de poursuivre sa collaboration étroite avec l'OMS, en particulier sur des problèmes ayant trait aux femmes et aux enfants, tels que l'allaitement maternel et les troubles dus à une carence en iode.

Les représentants du European Heart Network et du Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode ont fourni des déclarations soutenant l'activité du Bureau régional dans le domaine de la nutrition et se sont félicités de l'idée de mettre au point un plan d'action.

Le directeur régional a remercié tous les États membres pour leur soutien au plan d'action et a noté qu'à l'exception du représentant de la Commission européenne, il y avait unanimité en faveur de la création d'une équipe spéciale. Il s'est félicité du solide mandat qui lui avait été confié d'œuvrer à la création d'un tel organe avec les partenaires intéressés.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC50/R8.

Une réunion informelle s'est tenue en dehors de la session pour examiner la question de la nouvelle stratégie mondiale en faveur de la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants. Une note reflétant les vues exprimées par les participants a été établie comme document de référence pour le groupe de travail à participation non limitée qui se réunira parallèlement à la cent-septième session du Conseil exécutif.

## **ÉLECTIONS ET DESIGNATIONS**

Le Comité s'est réuni en séance privée pour procéder à la désignation de membres du Conseil exécutif et à l'élection de membres du CPRC et du Conseil conjoint du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

### **Désignation de membres du Conseil exécutif**

*(EUR/RC50/5 Rev.1 et /5 Rev.1 Corr.1)*

Le Comité régional a décidé que le Kazakhstan et le Royaume-Uni présenteraient leurs candidatures à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2001 en vue de leur élection ultérieure au Conseil exécutif.

### **Élection de membres du Comité permanent du Comité régional**

*(EUR/RC50/5 Rev.1 et /5 Rev.1 Corr.1)*

Le Comité régional a élu la Finlande, le Luxembourg et le Tadjikistan membres du CPRC pour un mandat de trois ans (de septembre 2000 à septembre 2003).

### **Élection d'un membre du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales**

*(EUR/RC50/5 Rev.1 et /5 Rev.1 Corr.1)*

Conformément au Protocole d'accord relatif au Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, le Comité a décidé de désigner le Portugal pour un mandat au Conseil conjoint de coordination d'une durée de trois ans à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2001.

## **QUESTIONS DIVERSES**

### **Hommage au personnel de l'Organisation des Nations Unies**

Le Comité a observé deux minutes de silence en l'honneur des trois fonctionnaires du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés assassinés au Timor Oriental (Indonésie).

**Lieu de la cinquante et unième session et date et lieu de la cinquante-deuxième session**  
(*EUR/RC50/Conf.Doc./5*)

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC50/R6 confirmant que sa cinquantième et unième session aurait lieu à Madrid (Espagne), du 10 au 13 septembre 2001, et décidant que sa cinquante-deuxième session se tiendrait au Bureau régional pour l'Europe, à Copenhague, du 16 au 19 septembre 2002.

La délégation autrichienne a invité le Comité régional à tenir une future session dans son pays.

## RESOLUTIONS

### EUR/RC50/R1

#### AMENDEMENTS AUX REGLEMENTS INTERIEURS DU COMITE REGIONAL ET DU COMITE PERMANENT DU COMITE REGIONAL

Le Comité régional,

Ayant examiné les recommandations du Comité permanent du Comité régional (figurant dans l'annexe 2 du document EUR/RC50/3) concernant les amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional ;

1. ADOPTE les amendements figurant dans l'annexe 2 du document EUR/RC50/3 pour qu'ils entrent en vigueur immédiatement ;
2. ENCOURAGE les États membres à inclure les membres du Comité permanent dans leurs délégations aux comités régionaux et aux assemblées mondiales de la santé.

*But européen 0 de la SANTE 21.*

### EUR/RC50/R2

#### RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL SUR L'ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION EUROPEENNE EN 1998–1999

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la région européenne en 1998–1999 (document EUR/RC50/2) et le document d'information connexe sur la mise en œuvre du budget-programme 1998–1999 (document EUR/RC50/Inf.Doc.1) ;

1. REMERCIE le directeur régional précédent pour son rapport et le nouveau directeur régional pour sa présentation ;
2. EXPRIME sa satisfaction devant les travaux accomplis par le Bureau régional au cours de la période biennale 1998–1999 ;
3. DEMANDE au directeur régional de tenir compte, lors de l'élaboration des programmes futurs de l'Organisation et dans la mise en œuvre des activités du Bureau régional, des observations formulées au cours de la discussion lors de sa cinquantième session.

*Buts européens 0–21 de la SANTE 21.*

### EUR/RC50/R3

#### ÉRADICATION DE LA POLIOMYELITE

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution EUR/RC47/R4 par laquelle il a adopté le plan d'action pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région européenne, et la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA52.22 demandant l'accélération des activités d'éradication et le renforcement de la qualité de la surveillance,



Notant avec satisfaction le rapport au Comité régional sur la situation actuelle du programme d'éradication de la poliomyélite dans la Région et les activités prévues en vue de certifier la Région européenne indemne de poliomyélite d'ici à 2003 (document EUR/RC50/9),

Notant avec satisfaction les progrès substantiels en matière d'éradication de la poliomyélite accomplis dans les pays de la Région où la maladie était devenue récemment endémique grâce à une action bien coordonnée entre les régions et entre les pays connue sous le nom « Opération MECACAR Plus », et se félicitant du soutien important apporté par des partenaires internationaux, des organisations non gouvernementales et certains États membres,

Conscient que le but prévoyant de certifier la Région européenne territoire indemne de poliomyélite d'ici à 2003 ne sera atteint que si tous les pays de la Région maintiennent la couverture vaccinale et la qualité de la surveillance à un niveau élevé et veillent au confinement en laboratoire du poliovirus sauvage ;

1. APPROUVE le plan d'action pour le programme d'éradication de la poliomyélite dans la Région européenne pour l'exercice 2000–2001,
2. PRIE INSTAMMENT les États membres :
  - a) de réaffirmer leur attachement au programme d'éradication de la poliomyélite et de mettre à disposition le personnel et les ressources nécessaires pour aboutir à la certification de l'éradication de la poliomyélite ;
  - b) de mettre en œuvre la partie du plan d'action qui leur incombe en mettant l'accent sur le maintien à un niveau élevé de la couverture vaccinale et de la qualité de la surveillance jusqu'à ce que l'éradication soit certifiée pour le monde entier et en prévoyant des plans d'intervention d'urgence en cas d'importation éventuelle du poliovirus sauvage ;
  - c) d'entreprendre le processus menant au confinement des poliovirus sauvages dans des laboratoires de sécurité maximale dans le cadre du plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages ;
  - d) de mobiliser les ressources humaines et financières nécessaires pour parvenir au stade final de l'éradication régionale et mondiale de la poliomyélite et d'aider le directeur régional à mobiliser des contributions volontaires supplémentaires auprès d'organisations et d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux ;
3. ENCOURAGE EN OUTRE les États membres où la maladie était encore endémique il y a peu à maintenir, le cas échéant, les activités de vaccination de masse à un niveau élevé, et à accélérer l'amélioration de la qualité de la surveillance ;
4. PRIE le directeur régional :
  - a) d'inviter instamment tous les partenaires à apporter le soutien nécessaire pour atteindre le but régional dans le cadre du programme mondial pour l'éradication de la poliomyélite ;
  - b) de développer des activités communes transfrontalières complémentaires et de poursuivre la coordination des efforts interrégionaux déployés par les bureaux régionaux de l'Europe et de la Méditerranée orientale pour éradiquer la poliomyélite ;
  - c) de collaborer avec les États membres à la création d'un dispositif de surveillance du processus de confinement des poliovirus sauvages dans des laboratoires de sécurité maximale ;
  - d) de faire rapport au Comité régional en 2002 sur l'état d'avancement du processus visant à certifier la Région européenne indemne de poliomyélite.

*But européen 7 de la SANTE 21.*

**EUR/RC50/R4****PROJET DE BUDGET-PROGRAMME 2002–2003**

Le Comité régional,

Ayant examiné le projet de budget-programme pour l'exercice 2002–2003 (documents EUR/RC50/7 et EUR/RC50/7 Add.1) et pris note des observations formulées à cet égard par le Comité permanent du Comité régional (CPCR) et le Comité régional,

Se félicitant des efforts déployés dans l'ensemble de l'Organisation pour présenter une politique plus ciblée et un cadre stratégique conforme au concept d'une « seule et même OMS »,

Notant que les propositions budgétaires sont conformes à la résolution EUR/RC47/R9, qui priait le directeur régional d'établir le budget-programme régional conformément aux principes appliqués pour la présentation du budget-programme mondial et du Programme général de travail, tout en reflétant les priorités sanitaires exclusivement,

Notant, en outre, que les propositions budgétaires actuelles doivent encore être considérées comme un projet compte tenu du fait que l'article 34 de la Constitution de l'OMS stipule que le directeur général doit soumettre les propositions budgétaires finales de l'Organisation au Conseil exécutif,

1. PRIE le directeur régional de transmettre au directeur général les avis, observations et suggestions exprimés par le Comité régional concernant le document sur le projet de budget-programme dont il faudra tenir compte lors de la finalisation et de la mise en œuvre du budget-programme ;
2. PRIE, EN OUTRE, le directeur régional d'affecter tout crédit supplémentaire pour la période biennale 2002–2003 en se fondant sur le modèle d'indicateur de développement humain approuvé lors de la quarante-neuvième session (résolution EUR/RC49/R5) ;
3. APPROUVE les orientations stratégiques définies dans le document du directeur régional « La perspective de la Région européenne » (EUR/RC50/7) et ACCUEILLE favorablement le projet de budget-programme 2002–2003 présenté dans le document EUR/RC50/7 Add.1, qui doit être financé à partir des crédits budgétaires ordinaires et de crédits provenant d'autres sources dans la mesure où ils seront disponibles, et qui constitue une excellente base pour les discussions ultérieures du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé.

*But européen 0 de la SANTE 21.*

**EUR/RC50/R5****STRATEGIE DU BUREAU EUROPEEN DE L'OMS POUR LES PAYS  
« ADAPTER LES SERVICES AUX NOUVEAUX BESOINS »**

Le Comité régional,

Ayant examiné la stratégie du Bureau européen de l'OMS pour les pays (document EUR/RC50/10) ;

Rappelant ses résolutions antérieures sur la coopération avec les pays, en particulier les pays d'Europe centrale et orientale dans le cadre du programme EUROSANTÉ (EUR/RC40/R7, EUR/RC41/R2 et EUR/RC43/R10), y compris l'évaluation et l'actualisation de ce dernier (EUR/RC44/R10, EUR/RC45/R6) ;

Conscient de la nécessité d'un examen et d'une planification stratégique continus de la coopération avec les pays de la Région européenne, comme le demande la résolution EUR/RC49/R5 ;

Prenant note avec satisfaction de la réforme en cours au Bureau régional et de l'importance accrue accordée à la coopération avec les pays ;

1. APPROUVE le cadre de la nouvelle stratégie européenne pour les pays telle qu'elle est décrite par le directeur régional ;
2. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres de collaborer à la poursuite de l'élaboration de la nouvelle stratégie et à sa mise en œuvre ;
3. PRIE le directeur régional :
  - a) de continuer à rechercher des moyens d'optimiser les stratégies de coopération avec les pays, afin d'améliorer la qualité des services de soins de santé offerts aux usagers ;
  - b) de prendre des initiatives pour obtenir les ressources humaines et financières nécessaires à la bonne mise en œuvre de la nouvelle stratégie ;
  - c) de faire rapport au Comité régional, à sa cinquante-deuxième session, sur les progrès accomplis dans la coopération avec les pays de la Région européenne.

*Buts européens 1,21 de la SANTE 21.*

#### **EUR/RC50/R6**

#### **DATE ET LIEU DES SESSIONS ORDINAIRES DU COMITE REGIONAL EN 2001 ET 2002**

Le Comité régional,

Ayant examiné la décision prise à sa quarante-neuvième session, telle qu'elle est exprimée dans la résolution EUR/RC49/R7 ;

1. DÉCIDE que sa cinquante et unième session se tiendra du 10 au 13 septembre 2001 à Madrid en Espagne ; et
2. DÉCIDE, en outre, que sa cinquante-deuxième session se tiendra du 16 au 19 septembre 2002 au Bureau régional de l'Europe à Copenhague.

*But européen 0 de la SANTE 21.*

#### **EUR/RC50/R7**

#### **RAPPORT DU COMITE PERMANENT DU COMITE REGIONAL**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC50/3 et EUR/RC50/3 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 cinquantième 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 cinquantième session telles qu'elles ont été consignées dans le rapport sur la session.

*But européen 0 de la SANTE 21.*

## EUR/RC50/R8

### LES INCIDENCES DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION SUR LA SANTE PUBLIQUE

#### ARGUMENTS EN FAVEUR D'UNE POLITIQUE ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE ET D'UN PLAN D'ACTION POUR LA REGION EUROPEENNE DE L'OMS 2000–2005

Le Comité régional,

Préoccupé par la menace que fait peser sur la santé publique une alimentation non saine et présentant des risques,

Reconnaissant le rôle joué par d'autres organisations internationales et secteurs s'intéressant à l'alimentation,

Rappelant la résolution de l'Assemblée de la santé WHA46.7, qui demandait la mise en œuvre de vastes plans d'action sur la nutrition et souscrivait aux objectifs de la quatrième Décennie des Nations Unies pour le développement et du Sommet mondial pour l'enfance,

Rappelant en outre les précédentes résolutions de l'Assemblée de la santé et, en particulier, la résolution WHA49.15 sur la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants et la résolution WHA52.24 sur la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, qui mettent en évidence la nécessité d'élaborer des politiques alimentaires et nutritionnelles globales,

Ayant examiné le document EUR/RC50/8 intitulé *L'incidence de l'alimentation et de la nutrition sur la santé publique – Arguments en faveur d'une politique alimentaire et nutritionnelle et d'un plan d'action pour la Région européenne de l'OMS 2000–2005* ;

1. APPROUVE le Plan d'action pour la Région européenne de l'OMS 2000–2005 ;
2. RECOMMANDE que les États membres prennent des mesures pour mettre en œuvre le Plan d'action, compte tenu des différences entre leurs environnements culturels, sociaux, juridiques et économiques ;
3. DEMANDE aux organisations européennes d'intégration, ainsi qu'aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales d'entreprendre des actions concertées avec les États membres et le Bureau régional afin de donner une efficacité maximale aux efforts déployés dans l'ensemble de la Région pour promouvoir la santé publique dans le cadre d'une politique alimentaire et nutritionnelle ;
4. PRIE le directeur régional :
  - a) de faire en sorte que le Plan d'action élaboré par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe bénéficie d'un appui approprié ;
  - b) 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 ;

- 
- c) d'examiner la possibilité de créer, en collaboration avec des organismes internationaux, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe, une équipe spéciale pour les politiques alimentaires et nutritionnelles dans la Région européenne de l'OMS ;
  - d) d'organiser une conférence ministérielle en 2005 pour évaluer la mise en œuvre de politiques alimentaires et nutritionnelles globales ;
5. INVITE INSTAMMENT les États membres à rendre compte des mesures prises pour promouvoir la santé de leur population par le biais d'une politique alimentaire et nutritionnelle lors de la conférence ministérielle qui aura lieu en 2005 ;
6. PRIE le directeur régional de faire rapport au Comité régional, en 2002, sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action.

*Buts européens 3, 11 de la SANTE 21.*

*Annexe 1***ORDRE DU JOUR**

1. **Ouverture de la session**
  - a) Élection du président, du président exécutif, du vice-président exécutif et du rapporteur
  - b) Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail
2. **Examen de l'activité de l'OMS**
  - a) Déclaration du directeur général
  - b) Rapport du directeur régional
  - c) Rapport du Comité permanent du Comité régional  
(comportant notamment un examen du règlement intérieur du Comité régional et du CPR)
  - d) Collaboration avec les autres institutions des Nations Unies et les organisations d'intégration, des organisations intergouvernementales et non gouvernementales présentes en Europe
  - e) Évaluation du programme EUROSANTÉ
  - f) Éradication de la poliomyélite
3. **Activité future de l'OMS**
  - a) Politique-cadre et composante régionale du projet de budget-programme pour 2002–2003
  - b) Un plan d'action sur l'alimentation et la nutrition pour la Région européenne
  - c) La future stratégie du Bureau régional en matière de collaboration avec les pays
4. **Questions de procédure et élections/désignations**
  - a) Désignation de deux membres du Conseil exécutif
  - b) Élection de trois membres du Comité permanent du Comité régional
  - c) Élection d'un membre du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
5. **Questions diverses**
  - a) Lieu de la cinquante et unième session et date et lieu de la cinquante-deuxième session
  - b) Autres questions
  - c) Approbation du rapport

*Annexe 2*

## LISTE DES DOCUMENTS

**Documents de travail**

EUR/RC50/1 Rev.1	Ordre du jour provisoire
EUR/RC50/2	Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne 1998–1999
EUR/RC50/3	Rapport du Comité permanent du Comité régional
EUR/RC50/3 Add.1	Rapport de la cinquième session du Comité permanent du Comité régional
EUR/RC50/4	Évaluation externe du programme EUROSANTÉ – Rapport des évaluateurs externes
EUR/RC50/5 Rev.1	Composition du Conseil exécutif et de divers autres comités
EUR/RC50/5 Rev.1 Corr.1	Composition du Conseil exécutif et de divers autres comités
EUR/RC50/6	Collaboration avec des organisations ayant des activités dans le domaine de la santé en Europe
EUR/RC50/7	Projet de budget-programme 2002–2003 – La perspective de la Région européenne
EUR/RC50/7 Add.1	Projet de budget-programme de l'OMS pour 2002–2003 – « Une OMS unifiée »
EUR/RC50/8	Les incidences de la situation alimentaire et nutritionnelle sur la santé publique – Les arguments en faveur d'une politique et d'un plan d'action en matière d'alimentation et de nutrition pour la Région européenne de l'OMS (2000–2005)
EUR/RC50/9	Éradication de la poliomyélite dans la Région européenne et plan d'action pour la certification 2000–2003
EUR/RC50/10	Stratégie du Bureau européen de l'OMS pour les pays « Adapter les services aux nouveaux besoins »
EUR/RC50/11 Rev.1	Liste des documents

**Documents de conférence**

EUR/RC50/Conf.Doc./1 Rev.1	Programme provisoire
EUR/RC50/Conf.Doc./2	Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 1998–1999
EUR/RC50/Conf.Doc./3	Rapport du Comité permanent du Comité régional
EUR/RC50/Conf.Doc./4	Amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional
EUR/RC50/Conf.Doc./5	Date et lieu des sessions ordinaires du Comité régional en 2001 et 2002
EUR/RC50/Conf.Doc./6	Projet de budget-programme 2002–2003
EUR/RC50/Conf.Doc./7	L'incidence de l'alimentation et de la nutrition sur la santé publique – Arguments en faveur d'une politique alimentaire et nutritionnelle et d'un plan d'action pour la Région européenne de l'OMS 2000–2005
EUR/RC50/Conf.Doc./8	Éradication de la poliomyélite
EUR/RC50/Conf.Doc./9	Stratégie du Bureau européen de l'OMS pour les pays « Adapter les services aux nouveaux besoins »

**Documents d'information**

EUR/RC50/Inf.Doc./1	Rapport du directeur régional – Document d'information – Mise en œuvre du budget-programme 1998–1999
EUR/RC50/Inf.Doc./2	Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES) octobre 1999 – juin 2000
EUR/RC50/Inf.Doc./3	Questions soulevées par les décisions et résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
EUR/RC50/Inf.Doc./4	Plans d'intervention d'urgence dans la Région européenne – Rapport d'étape

**Documents de référence**

EUR/RC50/BD/1	EUROHEALTH evaluation: Detailed report (anglais seulement)
EUR/RC50/BD/2	Le point sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant – Note d'information soumise aux comités régionaux



*Annexe 3*

## LISTE DES REPRESENTANTS 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>Conseillers</i>	Klaus Botzet Conseiller, Mission permanente de la République fédérale d'Allemagne auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève  Dr Christian Luetkens Chef de direction, Ministère des affaires sociales de Hesse

**Andorre**

<i>Représentants</i>	Dr Josep M. Goicoechea Ministre de la santé et de la protection sociale  Mme Rosa M. Mandicó Alcobé Directeur de la santé et de la protection sociale
<i>Alternate</i>	M. Josep M. Casals Alis Directeur de l'alimentation et de la nutrition, Ministère de la santé et de la protection sociale

**Arménie**

<i>Représentant</i>	Dr Ararat Mkrtchian Ministre de la santé
---------------------	---

**Autriche**

<i>Représentants</i>	Professeur Reinhart Waneck Secrétaire d'État à la santé, Ministère fédéral des affaires sociales et des relations entre les générations  Dr Gunter Liebeswar Directeur général, Département de la santé publique, Ministère fédéral des affaires sociales et des relations entre les générations
<i>Suppléants</i>	Dr Hubert Hrabcik Secrétaire particulier principal auprès du secrétaire d'État à la santé, Ministère fédéral des affaires sociales et des relations entre les générations

Dr Verena Gregorich-Schega  
Directeur, Division des affaires internationales, Ministère fédéral des affaires  
sociales et des relations entre les générations

*Conseiller*

Dr Franz Pietsch  
Secrétaire auprès du secrétaire d'État à la santé, Ministère fédéral des affaires  
sociales et des relations entre les générations

**Azerbaïdjan**

*Représentant*

Dr Abbas Valibayov  
Vice-ministre de la santé

**Bélarus**

*Représentants*

Dr Igor B. Zelenkevich  
Ministre de la santé  
M. Eduard Glazkov  
Chef du département des relations internationales, Ministère de la santé

**Belgique**

*Représentants*

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

M. Baudouin de la Kethulle de Ryhove  
Ambassadeur du Royaume de Belgique au Danemark

Dr Godfried Thiers  
Directeur, Institut scientifique de la santé publique

*Suppléant*

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

*Conseillers*

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

Mme Jana Zikmundova  
Conseiller, Mission permanente du Royaume de Belgique auprès de l'Office des  
Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

**Bosnie-Herzégovine**

*Représentants*

Dr Zeljko Rodić  
Ministre de la santé, Republika Srpska

Dr Bakir Nakaš  
Vice-ministre de la santé

**Bulgarie**

<i>Représentants</i>	Dr Stoicho Katsarov Vice-ministre de la santé  Dr Staiko Koulaksazov Directeur du département de la politique sanitaire et de la coopération internationale, Ministère de la santé
<i>Suppléant</i>	Mme Tania Angelova Ministère des affaires étrangères

**Croatie**

<i>Représentant</i>	Dr Ana Stavljenić-Rukavina Ministre de la santé  Dr Rajko Ostojić Vice-ministre de la santé
<i>Suppléant</i>	Professor Zeljko Reiner Chef de la médecine interne, Centre clinique hospitalier, Rebro

**Danemark**

<i>Représentants</i>	Mme Sonja Mikkelsen Ministre de la santé  M. Ib Valsborg Secrétaire permanent, Ministère de la santé
<i>Suppléants</i>	M. Mogens Jørgensen Chef de division, Ministère de la santé  Dr Gunnar Schiøler Directeur de la santé adjoint, Direction de la santé
<i>Conseillers</i>	Mme Marianne Kristensen Conseiller principal, Direction de la santé  M. Søren Thomsen Chef de section, Ministère de la santé  Mme Annette Flensborg Chef de section, Ministère de l'agriculture, de l'alimentation et de la pêche
<i>Secrétaires</i>	M. Morten Frank Pedersen Secrétaire particulier auprès du ministre de la santé  M. Kåre Geil Secrétaire particulier auprès du ministre de la santé

**Espagne**

<i>Représentants</i>	Dr Antonio Campos-Muñoz Directeur de l'Institut sanitaire Carlos III
----------------------	---

Dr Dolores Flores Cerdán  
Directeur général, Ministère de la santé et de la consommation

*Suppléants*

Dr Pedro Garcia-Gonzalez  
Directeur général adjoint, Relations internationales, Ministère de la santé et de la consommation

Dr Isabel de la Mata-Barranco  
Directeur général adjoint, Planification sanitaire, Ministère de la santé et de la consommation

*Conseiller*

Dr Alfonso Rodriguez-Alvarez  
Chef de service, Direction générale de la pharmacie et des produits sanitaires, Ministère de la santé et de la consommation

**Estonie***Représentants*

Dr Katrin Saluvere  
Secrétaire général adjoint, Ministère des affaires sociales

**ex-République yougoslave de Macédoine***Représentants*

Dr Muarem Nexhipi  
Vice-ministre de la santé  
M. Muhamed Halili  
Ambassadeur de l'ex-République yougoslave de Macédoine au Danemark

*Suppléants*

Professeur Elisaveta Stikova  
Directeur de l'Institut national de la protection sanitaire  
Professeur Samuel Sadikario  
Président du Comité national du diabète

**Fédération de Russie***Représentant*

Dr Yury L. Shevchenko  
Ministre de la santé

*Suppléant*

M. Nikolaj N. Fetisov  
Directeur du département des relations internationales, Ministère de la santé

*Conseillers*

Dr Sergey M. Furgal  
Directeur adjoint, Département des relations internationales, Ministère de la santé  
M. Viktor K. Riazantsev  
Chef de division, Département des relations internationales, Ministère de la santé

**Finlande***Représentants*

Dr Jarkko Eskola  
Directeur général, Département de la promotion et de la prévention, Ministère des affaires sociales et de la santé

Dr Marjatta Blanco-Sequeiros  
Directeur général adjoint, Département des services sociaux et sanitaires, Ministère des affaires sociales et de la santé

*Suppléants*

Dr Tapani Melkas  
Directeur du département de la promotion et de la prévention, Ministère des affaires sociales et de la santé

Mme Liisa Ollila  
Chef de section pour les Nations Unies et la coopération multilatérale, Bureau des affaires internationales, Ministère des affaires sociales et de la santé

Mme Kaija Hasunen  
Conseiller ministériel, Département de la promotion et de la prévention, Ministère des affaires sociales et de la santé

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

*Conseiller*

Professeur Vappu Taipale  
Directeur général, Centre national d'étude de la protection sociale et de la santé

**France***Représentant*

Professeur Jean-François Girard  
Conseiller d'État

*Suppléant*

M. Jean-Christophe Tallard-Fleury  
Conseiller, Ministère des affaires étrangères

*Conseillers*

Dr Maguy Jeanfrançois  
Conseiller spécial, Ministère de l'emploi et de la solidarité

Mme Jeanine Harari-Antourville  
Direction générale de la santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité

Dr Régine Lefait-Robin  
Division des affaires européennes et internationales, Ministère de l'emploi et de la solidarité

M. Philippe Cerf  
Premier secrétaire, Ambassade de France à Copenhague

**Géorgie***Représentant*

Dr Marine Gudushauri  
Ministre adjoint du travail, de la santé et des affaires sociales

### Grèce

<i>Représentants</i>	Dr Meropi Violaki-Paraskeva Directeur général honoraire de la santé, Ministère de la santé et de la protection sociale  M. Antonis Lanaras Conseiller pour le droit international, Division des relations internationales, Ministère de la santé et de la protection sociale
<i>Conseillers</i>	Professeur Jenny Kourea-Kremastinou Doyen, École nationale de santé publique  Professeur Antonia Trichopoulou Laboratoire d'hygiène et d'épidémiologie, Université d'Athènes

### Hongrie

<i>Représentant</i>	Dr Árpád Gógl Ministre de la santé
<i>Suppléants</i>	Mme Katalin Novák Directeur, Département de la coopération internationale et de la coordination de l'intégration européenne, Ministère de la santé  Mme Katalin Sallai Conseiller principal, Ministère de la santé
<i>Conseiller</i>	Dr Alán Pintér Directeur, Ministère de la santé

### Irlande

<i>Représentants</i>	Dr James Kiely Directeur général de la santé, Ministère de la santé et de l'enfance  Mme Mary Aylward Conseiller principal adjoint, Ministère de la santé et de l'enfance
<i>Conseiller</i>	M. Donal McCarthy Conseiller principal, Ministère de la santé et de l'enfance

### Islande

<i>Représentants</i>	Mme Ingibjörg Pálmadóttir Ministre de la santé et de la sécurité sociale  M. Davíð Á. Gunnarsson Secrétaire permanent, Ministère de la santé et de la sécurité sociale
<i>Suppléants</i>	Mme Ragnheiður Haraldsdóttir Secrétaire permanent adjoint, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

Mme Ragnhildur Arnljótsdóttir  
Directeur de l'administration générale, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

*Conseillers*

M. Ingimar Einarsson  
Directeur de la planification et du développement, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

Mme Vilborg Ingólfssdóttir  
Directrice des soins infirmiers, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

**Israël**

*Représentant*

Dr Yitzak Sever  
Directeur, Division de la médecine générale, Ministère de la santé

**Italie**

*Représentants*

Professeur Vittorio Silano  
Directeur général des relations internationales, Ministère de la santé

Dr Marta di Gennaro  
Directeur général, Direction de la santé, Ministère de la santé

*Suppléants*

Dr Francesco Cicogna  
Conseiller technique principal, Bureau des relations internationales, Ministère de la santé

Dr Giancarlo Majori  
Directeur du Laboratoire de parasitologie, Institut national supérieur de la santé

*Conseiller*

Dr Loredana Vellucci  
Conseiller technique, Ministère de la santé

**Kazakhstan**

*Représentant*

Dr Tatyana Slazhneva  
Vice-président, Direction de la santé

*Suppléants*

M. Maksut Kulzhanov  
Directeur de l'École de santé publique

Mme Raushan Idrisova  
Conseiller principal pour les maladies infectieuses infantiles, Direction de la santé

**Kirghizistan**

*Représentant*

Professeur Tilekbe S. Meimanaliev  
Ministre de la santé

*Suppléant*

Dr Boris Dimitrov  
Chef du département des relations extérieures, Ministère de la santé

**Lettonie**

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

**Lituanie**

*Représentant* Dr Raimundas Alekna  
Ministre de la santé

*Suppléant* Professeur Vilius Grabauskas  
Recteur de l'Académie de médecine de Kaunas

*Conseillers* M. Arturas Gailiunas  
Premier secrétaire, Mission permanente de la Lituanie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève  
M. Laurynas Bucalis  
Attaché de presse, Ministère de la santé

**Luxembourg**

*Représentants* Dr Danielle Hansen-Koenig  
Directeur de la santé, Direction de la santé  
Mme Aline Schleder-Leuck  
Conseiller de direction première classe, Ministère de la santé

**Malte**

*Représentants* Dr Louis Deguara  
Ministre de la santé  
Dr Ray Busuttil  
Directeur général de la santé, Ministère de la santé

*Suppléant* Dr Andrew Amato-Gauci  
Coordinateur, Affaires internationales, Ministère de la santé

**Monaco**

*Représentant* Dr Anne Nègre  
Médecin de santé publique, Direction de l'action sanitaire et sociale

**Norvège**

*Représentants* Mme Hilde C. Sundrehagen  
Directeur général, Ministère de la santé et des affaires sociales  
Dr Petter Øgar  
Directeur général de la santé, Direction de la santé



<i>Suppléants</i>	Dr Gunn-Elin Bjørneboe Directeur, Conseil national de la nutrition et de l'activité physique
	Dr Ottar Christiansen Conseiller, Mission permanente de la Norvège auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève
	Mme Anne-Sofie Trosdahl Oraug Directeur, Ministère de la santé et des affaires sociales
	Dr Grete Larsen Directeur, Direction de la santé
	Dr Per Wium Conseiller principal, Direction de la santé
<i>Conseillers</i>	Dr Tharald Hetland Conseiller principal, Ministère de la santé et des affaires sociales
	Mme Bodil Blaker Conseiller, Conseil national de la nutrition et de l'activité physique

### Ouzbékistan

<i>Représentants</i>	Professeur Feruz Nazirov Ministre de la santé
	M. Abdunomon Sidikov Chef du département des relations internationales, Ministère de la santé

### Pays-Bas

<i>Représentant</i>	Dr Geert M. van Etten Chef de la division des affaires internationales, Ministère de la santé, de la protection sociale et des sports
<i>Suppléants</i>	M. Jos G.H. Draijer Chef adjoint, Division des affaires internationales, Ministère de la santé, de la protection sociale et des sports
	Mme Monique A.C.M. Middelhoff Conseiller principal, Division des affaires internationales, Ministère de la santé, de la protection sociale et des sports
<i>Conseiller</i>	M. Jacob Waslander Premier secrétaire, Mission permanente du Royaume des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

### Pologne

<i>Représentants</i>	Dr Andrzej Rys Vice-ministre de la santé et de la protection sociale
	Dr Andrzej Pajak Chef du département d'épidémiologie clinique et d'études démographiques, Institut de santé publique

*Suppléants* Mme Barbara Bitner  
Directeur du département de l'intégration européenne et des relations internationales, Ministère de la santé et de la protection sociale  
Dr Jacek A. Piatkiewicz  
Directeur du Centre scientifique de médecine des chemins de fer

### **Portugal**

*Représentants* Professeur José Luís Castanheira  
Directeur général de la santé  
Dr João Lavinha  
Directeur de l'Institut sanitaire national Dr Ricardo Jorge

*Suppléants* M. Custodio Brás  
Institut national des urgences médicales  
Dr Maria Teresa Contreiras  
Directeur général adjoint de la santé  
Dr José Lopes Martins  
Conseiller, Ministère de la santé  
M. Francisco Duarte Lopes  
Chargé d'affaires, Ambassade du Portugal à Copenhague

### **République de Moldova**

*Représentant* Dr Ion Bahnarel  
Vice-ministre de la santé

### **République tchèque**

*Représentants* Professeur Bohumil Fišer  
Ministre de la santé  
Professeur Frantisek Kölbl  
Département des relations internationales, Ministère de la santé

*Suppléant* M. Jan Schwippel  
Département des organisations internationales, Ministère des affaires étrangères

### **Roumanie**

*Représentants* Professeur Irinel Popescu  
Secrétaire d'État, Ministère de la santé  
Mme Luminita Popescu  
Directeur des relations internationales, Ministère de la santé

*Suppléants* Dr Mircea Popa  
Directeur général de la santé publique, Ministère de la santé  
Dr Anca Dumitrescu  
Institut de santé publique

*Conseillers* M. Teodor Negru  
Directeur du budget, Ministère de la santé  
Mme Greta Tartler Tabarasi  
Ambassadeur de Roumanie au Danemark

*Secrétaire* Dr Canel Heredea  
Expert au Ministère de la santé

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

*Représentants* Professeur Liam Donaldson  
Directeur général de la santé, Ministère de la santé  
Dr Pat Troop  
Directeur général adjoint de la santé, Ministère de la santé

*Suppléants* M. Nick Boyd  
Chef du service des affaires internationales, Ministère de la santé  
M. Thony Kingham  
Chef de section, Affaires internationales, Ministère de la santé

*Conseillers* Professeur Anna Maslin  
Administrateur des soins infirmiers, Ministère de la santé  
M. Guy Warrington  
Premier secrétaire, Mission permanente du Royaume-Uni auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève  
Dr Jeremy S. Metters  
Conseiller, Ministère de la santé

### **Saint-Marin**

*Représentants* Dr Romeo Morri  
Ministre de la santé et de la sécurité sociale  
Mme Federica Bigi  
Chargé d'affaires de la République de Saint-Marin auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

*Suppléants* Mme Giuseppina Bertozzi  
Coordinateur, Département de la santé et de la sécurité sociale  
Mme Maria Rosa Maiani  
Administrateur, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

### **Slovaquie**

*Représentants* Dr Michal Ondrejčák  
Chef du département des affaires internationales, Ministère de la santé  
M. Ivan Surkoš  
Chargé d'affaires, Ambassade de Slovaquie à Copenhague

*Suppléants* Dr Ivan Rovný  
Directeur, Ministère de la santé  
Mme Zuzana Červená  
Conseiller, Ministère de la santé

### Slovénie

*Représentants* Dr Andrej Bručan  
Ministre de la santé  
M. Andrej Logar  
Ambassadeur de Slovénie au Danemark

*Suppléants* Dr Božidar Voljč  
Directeur du Centre de transfusion sanguine  
M. Robert Krmelj  
Conseiller, Ambassade de Slovénie à Copenhague

### Suède

*Représentants* Mme Kerstin Wigzell  
Directeur général, Direction de la santé et de la protection sociale  
Mme Ann-Christin Filipsson  
Directeur adjoint, Ministère de la santé et des affaires sociales

*Suppléants* M. Stefan Karlsson  
Chef de section, Ministère de la santé et des affaires sociales  
M. Bosse Pettersson  
Conseiller principal pour la promotion de la santé, Institut national de la santé publique  
Dr Bo Lindblom  
Chef de département, Direction de la santé et de la protection sociale  
M. Lennart Bogg  
Économiste, Agence suédoise pour le développement international  
M. Kaj Essinger  
Consultant, Fédération des conseils régionaux

### Suisse

*Représentants* Professeur Thomas Zeltner  
Directeur, Office fédéral de la santé publique  
Mme Alice Scherrer  
Conseillère d'État, Direction de la santé

*Suppléants* Reto Dürler  
Directeur adjoint des relations internationales, Office fédéral de la santé publique  
Franz Wyss  
Secrétaire général, Conférence des directeurs de la santé helvétiques

**Tadjikistan**

*Représentant* Dr Alamkhon Akhmedov  
Ministre de la santé

**Turquie**

*Représentants* Dr Osman Durmuş  
Ministre de la santé  
Dr Rüstem Zeydan  
Sous-secrétaire adjoint, Ministère de la santé

*Suppléants* Dr Sefer Aycan  
Directeur général, Direction des soins de santé primaires, Ministère de la santé  
Professeur Ayşe Akin  
Département de santé publique, École de médecine de l'Université Hacettepe

*Conseillers* M. Kamuran Özden  
Directeur par intérim, Département des relations extérieures, Ministère de la santé  
M Yasemin Soner  
Premier secrétaire, Ambassade de Turquie à Copenhague

*Secrétaires* Dr Hüseyin Fazil Inan  
Directeur, Direction des soins de santé primaires, Ministère de la santé  
M. Ali Durmuş  
Relations internationales, Ministère de la santé

**Turkménistan**

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

**Ukraine**

*Représentant* M. Youri Pavlov  
Chargé d'affaires, Ambassade d'Ukraine à Copenhague

**II. OBSERVATEURS DE PAYS MEMBRES  
DE LA COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'EUROPE***Canada*

Mme Carla Gilders  
Conseiller, Direction des affaires internationales, Santé Canada

*États-Unis d'Amérique*

Mme Linda Vogel

Attachée aux affaires sanitaires, Mission permanente des États-Unis auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

**III. OBSERVATEURS D'ÉTATS NON-MEMBRES***Saint-Siège*

Mgr James Patrick Green, Conseiller à la Nonciature apostolique au Danemark

Mme Anne Lise Timmermann, Nonciature apostolique au Danemark

**IV. REPRESENTANTS DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES  
ET DES INSTITUTIONS APPARENTÉES***Fonds des Nations Unies pour l'enfance*

Mme Shahnaz Kianian-Firouzgar

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

M. Michael Canon

*United Nations Office for Project Services*

M. Lars Klöfver

**V. REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES***Commission européenne*

Dr Georgios Gouvras

M. Germain Thinus

*Conseil de l'Europe*

M. Piotr Mierzewski

**VI. REPRESENTANTS D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES  
ENTREtenant DES RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS***Association interaméricaine de génie sanitaire et environnemental*

M. Odyer Sperandio

*Association internationale des registres du cancer*

Dr Hans H. Storm

*Association internationale des technologistes de laboratoire*

Mme Martha A. Hjálmarsdóttir

*Association internationale des femmes médecins*

Dr Vibeke Jørgensen  
Dr Annemette Mygh

*Association internationale sur le conseil de la lactation*

Mme Johanna Thomann

*Association mondiale de psychiatrie*

Mme Marianne Kastrup

*Association mondiale des guides et des éclaireuses*

Mme Estrid Stæhr Hansen

*Confédération internationale des sages-femmes*

Mme Eva Selin

*Confédération mondiale pour la thérapie physique*

Mme Inger Bronsted

*Conseil international des femmes*

Mme Pnina Herzog

*Conseil international des infirmières*

Mme Jette Søe

*Consumers International*

Mme Maryse Lehnert  
M. Andreas Adelberger

*Fédération dentaire mondiale*

Dr Birgit Kenrad  
M. Karsten Thuen

*Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique*

Dr Kim Toftager-Larsen

*Fédération internationale de l'industrie du médicament*

Mme Sissel Brinchmann

*Fédération internationale des hôpitaux*

Dr Gunnar Schiøler

*Fédération internationale des industries des aliments diététiques*

Dr A. Bronner  
Ms C. Jonassen  
Ms Maricke Lugt

*Fédération internationale pharmaceutique*

M. Hans-Günter Friese

*Fédération mondiale de neurologie*

M. Johan A. Aarli

*Fédération mondiale des anciens combattants*

M. Knud Molgaard

*Fédération mondiale du Cœur*

Mme Susanne Logstrup

*International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders*

Professeur F. Delange

*Organisation mondiale des médecins de famille*

Professeur Chris van Weel

*Rotary International*

Dr Rudolf Hörndler

*Société internationale de chirurgie*

Dr Henning Overgaard Nielsen

*Société internationale des médecins pour l'environnement*

Dr Gaudenz Silberschmidt

*Soroptimist International*

Mme Johanne M. Sørensen

*Union internationale des sciences de la nutrition*

Dr Inge Tetens

## VII. OBSERVATEURS

*Association des écoles de santé publique de la Région européenne*

Professeur Jose M. Martin-Moreno

*Comité permanent des médecins européens*

Mme Grethe Aasved

*Commission régionale de certification de l'éradication de la poliomyélite*

Sir Joseph Smith

*Forum européen des associations de médecins et de l'OMS*

Dr Alan Rowe



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

Mme Jette Søre

*Forum européen des associations nationales de pharmaciens et du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe (Forum EuroPharm)*

Mme Ida Gustafsen  
M. Hans-Günter Friese

*Open Society Institute*

Dr Srdjan Matic

*Société internationale de biométéorologie*

Dr Richard De Dear

*Union européenne des médecins omnipraticiens*

Dr Ole Svendsen

*Annexe 4*

## DECLARATION DU DIRECTEUR GENERAL DE L'OMS

Monsieur le président,  
Mesdames et Messieurs les ministres,  
Dr Danzon,  
Excellences,  
Mesdames et Messieurs,

C'est un grand plaisir pour moi de me trouver parmi vous, ici, à Copenhague, pour notre première réunion à l'aube du nouveau millénaire, en un moment où nous sommes placés devant de grandes chances et de grands défis.

À mon arrivée à l'OMS il y a deux ans, j'ai perçu un besoin de renouveau et de réforme. Aujourd'hui, nous pouvons dire que nous avons répondu à ce besoin au Siège et dans l'ensemble de l'Organisation. Mais la réforme ne saurait simplement être imposée – surtout pas sur une structure décentralisée comme celle de l'OMS. Je me félicite donc particulièrement de la façon dont le Dr Danzon a abordé son mandat, fermement résolu à rationaliser davantage le Bureau régional, à le rendre plus efficace dans ses relations avec les pays et à le faire correspondre davantage à l'idée d'une seule et même OMS.

Je suis persuadée que le processus de changement que le Bureau régional entreprend sera profitable aux États membres de la Région européenne. Je me félicite des efforts visant à utiliser et à adapter les priorités mondiales de l'OMS aux besoins et aux conditions de la Région et j'envisage avec plaisir les discussions sur la stratégie future de la collaboration avec les pays.

Monsieur le président,

Le plus souvent, ce n'est qu'après coup que l'on peut dire d'un événement ou d'une période qu'il s'agissait d'un tournant dans l'histoire mondiale. Certains événements qui peuvent sembler importants tombent rapidement dans l'oubli ; au contraire, des réalisations, qui plus tard font date, paraissent d'abord anodines et ce n'est que des années plus tard que l'on reconnaît là le point de départ d'un changement fondamental.

Je tiens à commencer aujourd'hui mon allocution en expliquant pourquoi cette année peut être considérée comme un tournant en vue de l'amélioration de la santé de tous les peuples de la planète.

J'ai toujours pensé qu'il est difficile d'apporter des changements réels dans la société si les dimensions économiques des problèmes ne sont pas entièrement comprises par ceux qui prennent les décisions. C'est par exemple ce qui a transformé la question environnementale. Autrefois défendue seulement par les « Verts », convaincus mais isolés, c'est une question qui concerne directement désormais tous les principaux acteurs sur la scène nationale et internationale.

À notre dernière réunion à l'Assemblée mondiale de la santé à Genève, en mai, plusieurs signes prometteurs laissaient déjà entrevoir que les décideurs de la planète étaient en train de prendre conscience d'une réalité nouvelle et importante, à savoir que la santé est un facteur essentiel du développement économique et social et que l'amélioration de la santé est essentielle pour briser les cycles débilissants de la pauvreté.

Un de ces signes nous a été donné à la réunion des ministres sur la tuberculose dont le Gouvernement néerlandais a été l'hôte en mars dernier, et à l'occasion de laquelle les gouvernements des pays les plus touchés par la tuberculose se sont engagés à renforcer leur lutte contre le fléau et à étendre l'utilisation de la stratégie DOTS. La réunion a offert une excellente occasion de procéder à un échange de données

d'expérience et de définir des conceptions communes à l'Europe et au reste du monde. Depuis, nous avons constaté de nouveaux signes montrant que le monde est disposé à agir, et même, désireux de le faire.

L'Europe a également pris une part importante à la lutte mondiale contre le sida. En juillet, la treizième Conférence internationale sur le sida à Durban a établi de nouvelles normes, à savoir que toutes les personnes séropositives ou sidéennes dans le monde doivent avoir accès à des soins adéquats et que chacun, où qu'il se trouve, doit être en mesure de pouvoir se protéger contre l'infection par le VIH.

À Durban également, la Commission européenne a annoncé qu'elle mettait un nouvel accent sur la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Le même mois, à Okinawa, j'ai rejoint les dirigeants des pays du G8 lors de leur rencontre avec les dirigeants des pays clés du Groupe des 77, notamment le Premier Ministre thaïlandais.

Par la suite, le G8 a lancé un appel en faveur d'un changement progressif dans les réalisations en matière de santé internationale. Ils ont adopté des objectifs spécifiques visant à réduire d'ici 2010 le nombre des décès dus au paludisme, au sida, à la tuberculose et aux maladies de l'enfant.

Monsieur le président,

Alors que certains problèmes de santé ont fait la une de l'actualité, nous sommes également sur le point d'assister à plusieurs percées mondiales importantes.

La certification de l'éradication de la poliomyélite devrait intervenir en 2003. Mais il ne faut pas oublier que certains des importants réservoirs de poliovirus sauvages subsistent juste au sud et à l'est de la Région européenne dans une zone où la circulation des marchandises et des personnes est aussi intense qu'ancienne. Nous devons être prêts à mener cette tâche à bien.

Un effort concerté visant à améliorer les politiques pharmaceutiques nationales a porté ses fruits, plusieurs pays ayant mis en œuvre une nouvelle législation pharmaceutique et établi des organismes de réglementation plus efficaces. On a aussi mis davantage l'accent sur les médicaments essentiels pour les pauvres, avec des essais concernant des systèmes de remboursement des coûts pharmaceutiques. En Europe, ces efforts ont également conduit à une meilleure gestion des médicaments, à une meilleure information et à une meilleure utilisation des médicaments appropriés.

Nous collaborons avec vous en vue d'un engagement renouvelé contre la tuberculose, ce qui est important dans le contexte d'un accroissement inquiétant de l'incidence de la tuberculose polychimiorésistante, même dans les pays d'Europe occidentale. Ensemble, nous devons œuvrer sans relâche pour mettre en œuvre la stratégie DOTS et faire reculer cette menace mondiale.

Même le paludisme reste un problème dans notre Région. Pourtant, les mesures prises ces cinq dernières années ont abouti à une réduction marquée du nombre de cas, ce qui a conduit l'Europe à fixer des objectifs ambitieux pour les cinq prochaines années. Il s'agit d'abord de réduire de moitié l'incidence générale du paludisme dans les pays confrontés à l'épidémie. Il s'agit ensuite d'éradiquer le paludisme dans des pays comme l'Arménie et le Turkménistan. Il s'agit aussi de maintenir exempts du paludisme les pays qui l'ont éradiqué ; et nous souhaiterions réduire de moitié le taux de létalité du paludisme à *P. falciparum*. Il est prévu que les pays de la Région renouvellent leur engagement pour faire reculer le paludisme à Bakou (Azerbaïdjan), en novembre 2001.

Le sida est une pandémie mondiale. Récemment, on a attiré l'attention sur la tragédie qui touchait l'Afrique où certains pays sont dévastés par des taux d'infection par le VIH atteignant jusqu'à 30%. En Europe même, il serait dangereux de relâcher les efforts, même si nous avons assisté à une réduction globale très positive du nombre de cas de sida et de décès par sida ces cinq dernières années dans plusieurs pays d'Europe occidentale.

Malgré les succès remarquables de la prévention, cette maladie continue à se propager dans la Région. Les disparités économiques croissantes observées ces dernières années entre les pays et à l'intérieur même des pays de la Région et les limitations de certains programmes nationaux de lutte contre le sida ont aggravé la vulnérabilité des jeunes des deux sexes face à l'infection par le VIH.

Tous les pays de la Région restent vulnérables et nous collaborerons avec les pays pour trouver les moyens d'appliquer sur une grande échelle les efforts qui ont déjà fait leurs preuves. Ce n'est qu'à partir de là que nous pourrons nous attacher ensemble à avoir un impact véritable et durable sur la propagation du virus dans l'ensemble de la Région.

Pourtant, la découverte et la plus large disponibilité de thérapies anti-VIH dans les pays à revenus élevés a donné naissance dans l'opinion à l'idée selon laquelle le sida est devenu après tout un problème maîtrisable. Mais alors que les pays riches se heurtent déjà au problème d'une résistance croissante du VIH aux médicaments existants, les pays en développement n'ont en général toujours pas accès même aux traitements les plus fondamentaux contre les infections opportunistes.

Après l'Assemblée mondiale de la santé en mai, l'OMS, en compagnie de l'ONUSIDA et d'autres institutions du système des Nations Unies, a poursuivi l'application de son mandat et fait progresser le dialogue avec l'industrie pharmaceutique. Un groupe de contact qui tiendra sa première réunion ce mois associera les États membres, les organismes du système des Nations Unies et les représentants de l'industrie et des ONG. Nous espérons que cette réunion ne conduira pas seulement à un échange fructueux de vues et d'informations, mais – ce qui est bien plus important – à un engagement mutuel de renforcer les programmes de prévention et de soins concernant le sida dans les pays qui en ont le plus besoin.

Monsieur le président,

Il y a quelques mois, les États membres ont encouragé l'OMS à accentuer les activités concernant la salubrité des aliments, pressant que ce domaine est appelé à revêtir une importance croissante au cours des années à venir à mesure que les échanges internationaux se multiplient et que les progrès scientifiques nous confrontent à des possibilités, des choix et des dilemmes nouveaux.

La sagesse de cette initiative mondiale a été confirmée par l'importance accordée par les pays du G8 à la question de la salubrité des aliments au cours de leur dernière réunion d'Okinawa en juillet. Ces pays ont expressément souligné la nécessité du rôle actif que l'OMS et la FAO doivent jouer pour que les aliments que nous produisons, que nous échangeons et que nous consommons soient sûrs.

Comme dans de nombreux autres domaines de la santé, les ressources et la technologie permettant d'assurer la salubrité des aliments existent dans les pays industrialisés alors que la grande majorité des deux millions de décès annuels par des maladies d'origine alimentaire et hydrique frappent les pays en développement. La plupart de ceux-ci n'ont en effet ni la technologie, ni les ressources, ni l'infrastructure nécessaires pour assurer que les aliments produits et importés soient sûrs. Le rôle des institutions internationales est donc d'autant plus important et l'OMS veillera à ce que l'une de ses priorités fondamentales soit de diffuser largement l'information et d'échanger avec tous les pays qui en ont besoin les données concernant les progrès des connaissances sur ce qui est sûr et ce qui ne l'est pas.

Dans ce que nous pouvons peut-être appeler la première génération de l'ingénierie biotechnologique, plusieurs produits améliorés sont arrivés sur le marché, dont on a dit qu'ils profitent aux producteurs plus

qu'aux consommateurs. Le principal défi a alors été d'assurer la sécurité du point de vue du consommateur et de l'environnement.

Aujourd'hui, nous assistons à l'apparition d'une nouvelle génération de produits de la biotechnologie qui permettent d'escompter des améliorations en matière de production et de valeur nutritionnelle. Ces découvertes posent pourtant des questions nouvelles et plus compliquées en ce qui concerne la sécurité et les avantages. Veiller à ce que tous les aspects potentiels associés aux changements apportés à ces produits soient examinés minutieusement représentera un défi majeur.

En compagnie de la FAO, l'OMS fera tout son possible pour fournir aux décideurs l'information dont ils ont besoin sur ces questions. Nous veillerons à ce que des données scientifiques indépendantes de haute qualité soient réunies sous les auspices de l'OMS et diffusées aux canaux intergouvernementaux existants, comme la Commission du Codex Alimentarius.

Concernant les préparatifs en vue de la réunion de Rio +10 en 2002, je trouve encourageante l'action cohérente et efficace des gouvernements des pays européens et du Bureau régional de l'Europe sur l'environnement et la santé. Ils mettent l'accent sur les plans d'action nationaux concernant l'environnement et la santé, sur des mesures constructives d'évaluation de la santé en rapport avec les transports, sur les premiers effets sanitaires du changement climatique et sur la santé de l'enfant et l'environnement. De nouvelles initiatives prometteuses ont également été lancées pour amener l'opinion à mieux comprendre les risques pour la santé.

Monsieur le président,

Des efforts renouvelés pour lutter contre les maladies qui provoquent le plus de souffrances doivent clairement contribuer au développement des systèmes de santé.

Comme vous ne le savez que trop bien, la gestion d'un système de santé, quel qu'il soit, est une question d'équilibre : il s'agit de répondre à des besoins divergents, d'adapter les ressources aux besoins, de tenter de faire en sorte que tous aient accès aux soins nécessaires pour rester en bonne santé. Cet équilibre est particulièrement difficile à trouver dans les pays dont les dépenses de santé par habitant sont inférieures à, disons, 100 dollars par personne et par an. Et la difficulté est encore accrue dans les situations où le fonctionnement des institutions gouvernementales est entravé, voire paralysé, par des conflits.

Nous avons répondu au besoin des États membres de trouver de meilleurs moyens d'évaluer l'efficacité des systèmes de santé en tenant compte de trois objectifs : améliorer les résultats sur le plan sanitaire, répondre aux attentes de la population et assurer un financement équitable. Comme vous le savez, cette année, l'OMS a tenté une première évaluation de ce type en utilisant des données limitées dont elle disposait, dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*.

Il n'est pas surprenant que le Rapport ait suscité des controverses, mais le débat a généralement été fructueux. La discussion qu'a suscitée le Rapport sur la santé dans le monde nous a apporté de nouvelles perspectives. Pour poursuivre le dialogue mondial sur ce qu'il convient de faire pour tirer le meilleur parti possible de nos systèmes de santé, nous allons travailler étroitement avec les États membres afin de mieux utiliser les sources de données existantes et, si nécessaire, recueillir de nouvelles informations, de sorte que les évaluations annuelles de l'efficacité des systèmes de santé reposent sur les meilleures données disponibles.

L'OMS, bien entendu, sait qu'il n'y a pas de solution simple et immédiate. Répondant ainsi aux nombreuses demandes qui lui ont été adressées, elle va collaborer étroitement avec certains États membres dans le cadre d'une initiative visant à rendre les systèmes de santé plus performants en appliquant le nouveau cadre d'évaluation de l'OMS aux niveaux national et local, en utilisant cette analyse comme aide à l'élaboration des politiques nationales et en contribuant à favoriser un changement positif. Dans la Région européenne, sept pays participent déjà à l'initiative.

Monsieur le président,

Dans de nombreux pays, la coexistence de maladies infectieuses et de maladies non transmissibles donne lieu à de sérieux problèmes pour les systèmes de santé.

Pour la plupart des maladies non transmissibles, il existe un décalage entre l'exposition aux risques et les effets visibles. C'est maintenant que des décisions s'imposent pour faire face à cette transition épidémiologique. La lutte antitabac dans le monde est un domaine prioritaire essentiel. En outre, au cours des 12 prochains mois, nous ferons aussi le bilan de la santé mentale, un domaine de la santé publique négligé par certains pays.

La Journée mondiale de la santé, le 7 avril prochain, aura pour thème la santé mentale. Il n'existe pas de pays ni de groupe qui soit à l'abri des troubles mentaux et ceux-ci ont un impact psychologique, social et économique énorme. Pourtant, les sociétés dressent des obstacles au traitement et à l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux. Notre tâche est d'autant plus urgente que ni l'inaction – ni moins encore l'exclusion de ces personnes – ne se justifient. La Journée mondiale de la santé, l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2001 et le *Rapport sur la santé dans le monde 2001* auront tous pour thème la santé mentale. En cherchant à nous prévaloir de l'expérience des pays – et notamment de certains pays européens –, nous comptons trouver des solutions prometteuses.

L'Europe a aussi un rôle important à jouer dans la lutte antitabac. L'OMS est en première ligne de ce combat vital pour la santé mondiale. Ce que nous voulons, ce n'est pas une guerre du tabac, mais trouver des solutions aux problèmes du tabac. Le mois prochain, les États membres entameront les négociations sur la convention-cadre pour la lutte antitabac ; ce sera la première fois que les responsables de la santé publique négocient un traité. Le processus mis en chantier a déjà suscité un débat mondial et incité les gouvernements, ainsi que les sociétés du tabac, à envisager leurs actions sous l'angle de la santé publique. Le succès de la convention-cadre dépendra de notre capacité à fonder des décisions énergiques sur des données éloquentes.

Les négociations seront précédées de deux journées de débats publics à Genève. Nous entendrons toutes les parties intéressées, y compris les producteurs de tabac et l'industrie, avant de rédiger une réglementation mondiale applicable à la lutte antitabac. Ce sera l'occasion pour ceux qui le souhaitent de contribuer à l'élaboration d'un instrument en faveur de la santé publique.

Monsieur le président,

L'OMS a défini clairement son rôle dans les situations d'urgence. Nous sommes une institution de coordination et de planification stratégique, ce qui nous permet de profiter de l'expérience passée pour l'appliquer aux situations d'urgence nouvelles et aussi de lier nos efforts de secours à court terme aux efforts de plus longue haleine concernant la réadaptation et la reconstruction du secteur de la santé. Nous avons démontré l'utilité de ces efforts aussi bien en Turquie l'an dernier que par notre action qui se poursuit au Kosovo et dans les zones voisines.

Il y a eu une amélioration marquée de la coordination entre le Siège, le Bureau régional de l'Europe et les bureaux de pays concernant la gestion des situations d'urgence en matière de santé. Mais nous devons continuer à améliorer la coordination et les liens entre la planification d'urgence des projets et les activités ordinaires à long terme de l'OMS dans les pays européens confrontés à des situations d'urgence.

La présence de l'OMS dans les pays a été renforcée dans de nombreux pays confrontés à des situations d'urgence grâce à des fonds d'urgence. Ces expériences ont également démontré que la présence sur le terrain joue un rôle capital aussi bien pour l'exécution des projets d'urgence que pour l'appui de la collaboration régulière de l'OMS avec les pays.

Monsieur le président,

Compte tenu des enjeux actuels pour nous tous – gouvernements et organismes techniques – quelles mesures allons-nous prendre, et que sont les États membres maintenant en droit d'attendre de l'OMS ?

L'OMS conserve son rôle unique. En toutes circonstances, notre objectif est l'intérêt des populations que nous servons, à savoir un état de santé optimal pour tous les habitants de nos 191 États membres.

En toutes circonstances, nous nous efforçons de nous appuyer sur les meilleures données factuelles, issues d'une minutieuse analyse de l'expérience acquise et des résultats de recherches pertinentes.

Le meilleur témoignage des changements entrepris à l'OMS pour mieux servir les États membres est le budget programme 2002-2003 qui jouera un rôle capital dans l'accélération des changements et des réformes en cours à l'OMS. Tant par son contenu que par la manière dont il est élaboré, il se distingue sensiblement des précédents budgets biennaux.

Le budget reflète la nouvelle stratégie institutionnelle et indique par quels moyens le secrétariat de l'OMS entend relever les défis liés à l'évolution rapide des problèmes de santé internationaux. Pour chaque domaine d'activité, le programme et le budget ont été élaborés selon un processus qui s'étend à toute l'Organisation et qui associe des personnels des bureaux régionaux et du Siège.

Trente-cinq domaines d'activités ont été recensés pour toute l'Organisation et c'est sur ces bases communes que repose notre travail. En même temps, les 11 priorités approuvées par le Conseil exécutif sont clairement définies et des ressources supplémentaires ont été allouées pour le financement de ces priorités.

La nouvelle méthode de budgétisation et de planification a une signification particulière pour notre action dans les pays. Notre objectif est de favoriser une approche stratégique du développement de la coopération de l'OMS dans les pays. En définissant clairement les priorités, nous serons mieux à même d'accorder les besoins des pays et les stratégies adoptées au niveau mondial. Nous examinerons également avec les pays la manière d'améliorer la coopération avec eux.

Comme vous le savez, l'Assemblée de la santé a adopté en 1998 une résolution sur une nouvelle répartition du budget ordinaire entre les régions. Dans l'exercice en cours, la première application de la résolution s'est traduite par une augmentation des crédits alloués aux régions africaine et européenne et une diminution des crédits pour les quatre autres régions.

La deuxième application de la résolution concernant l'exercice 2002-2003 est fondée sur des données nouvelles. La Région européenne bénéficiera d'une nouvelle augmentation, quoique moins importante que celle de 2000-2001. Après des discussions poussées au sein du cabinet mondial et faisant usage de la latitude que laisse la résolution, j'ai en effet estimé nécessaire de tenir compte du fait que les quatre régions ayant subi une diminution des montants alloués ont été confrontées à de grandes difficultés au cours de cet exercice, et ont dû absorber en plus les effets d'une inflation relativement forte. La réduction concernant les montants alloués à ces régions sera donc de deux pour cent pour 2002-2003, et au total de cinq pour cent pour les deux périodes biennales.

Je continuerai par ailleurs de rechercher les moyens de tenir compte des problèmes auxquels doivent faire face les pays de la Région européenne confrontés aux difficultés de la transition économique et sociale.

Monsieur le président,

Les mentalités évoluent. La santé est à la une des médias. La santé est reconnue comme un élément central pour la réduction de la pauvreté et l'instauration de la croissance économique et du progrès social. Les bailleurs de fonds commencent à allouer des montants accrus en faveur d'interventions destinées à combattre la maladie. Les accords internationaux et la coopération mondiale apparaissent de plus en plus

indispensables contre les menaces pour la santé telles que le tabac. Le fait est que la santé occupe désormais une place centrale dans le programme pour le développement.

La première décennie du siècle nouveau pourrait être celle qui verra les deux milliards d'êtres humains les plus démunis de la planète participer eux aussi à la révolution sanitaire.

Mais ce processus n'a rien d'irréversible. Nous devons continuer à travailler avec acharnement pour maintenir l'élan. Le moindre relâchement, et le rôle central de la santé dans le développement, qu'on croyait définitif, ne sera guère plus que la dernière théorie à la mode.

Une amélioration réelle et substantielle de la santé des plus démunis est à portée de main, mais cela suppose que nous ayons une conception réaliste de ce qu'il nous est possible de faire et de ce dont nous avons besoin pour réussir.

Premièrement, il faut qu'augmentent les ressources en faveur de la santé des plus démunis fournies non seulement par les gouvernements, mais aussi par les donateurs et les fondations. Cette contribution doit s'ajouter aux engagements financiers existants et non les remplacer.

Deuxièmement, des résultats toujours meilleurs et mesurables seront constamment exigés. On verra se tarir les sources de financement supplémentaire si l'on est incapable de démontrer que des activités accrues ont permis d'améliorer les indicateurs en relativement peu de temps.

Troisièmement, il va de soi que le défi concerne en premier lieu les gouvernements de tous les pays eux-mêmes, surtout – dans cette Région – ceux des pays en transition. Le nouvel accent mis sur la santé entraînera des dépenses accrues pour les pays, qui devront renforcer leur capacité d'absorption et améliorer leur gestion. Les habitants d'un pays et leur gouvernement resteront toujours le principal moteur d'une amélioration sensible et durable de la santé.

Ensemble, efforçons-nous de saisir cette opportunité. Veillons à ce que, pendant cette décennie, la révolution sanitaire profite à tous.

Je vous remercie.



*Annexe 5*

## DECLARATION DU DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'EUROPE

Mesdames et Messieurs les participants à la Cinquantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, je voudrais tout d'abord vous présenter les quelques nouveautés introduites à la demande du Comité permanent pour cette session du Comité régional :

- un Comité régional plus court (trois jours et demi au lieu de quatre) ;
- une mise en valeur des sujets majeurs (éradication de la poliomyélite, politique nutritionnelle et alimentaire, stratégie du Bureau régional pour les pays, et budget-programme) ;
- un premier effort pour raccourcir et simplifier les documents (on essaiera de faire encore mieux la prochaine fois) ;
- des tentatives pour animer les sessions et les rendre interactives par des exemples concrets et des opinions présentés par des États membres, des partenaires et des personnalités extérieures. C'est le cas pour la séance sur la politique nutritionnelle et alimentaire. Nous avons demandé à la FAO, l'UNICEF et l'Union européenne de contribuer à notre débat. C'est aussi le cas pour la stratégie au service des pays que nous avons fait précéder, à la demande du Comité permanent, par la présentation des résultats de l'évaluation du programme EUROSANTÉ. Ce sera le cas systématiquement pour les thèmes majeurs par la présentation de l'opinion du Comité permanent juste après la présentation du sujet par le Bureau régional.
- Innovation également cette année avec une séance d'information après le Comité régional et en dehors du programme officiel sur un thème très important : la préparation aux catastrophes jeudi après-midi, après l'adoption du rapport. Si cette initiative a du succès, nous la renouvellerons sur un thème nouveau chaque année. J'invite donc toutes les délégations à participer à cette séance et à nous faire connaître leur point de vue.

Nous souhaitons un Comité régional vivant, productif et intéressant pour les participants. Nous espérons que les délégations des États membres contribueront à cet effort dans leurs exposés et prises de parole. Nous souhaitons entendre les questions, les critiques, mais aussi, bien sûr, le soutien s'il nous est accordé.

Pour mes huit premiers mois de présence, je m'étais donné comme objectif d'observer la Région et de me refamiliariser avec le Bureau et l'Organisation. J'ai visité de nombreux pays. Je vais continuer. J'ai rencontré plusieurs fois les différentes divisions et unités du Bureau. Je voudrais aujourd'hui vous présenter le résultat de cette observation active sous la forme des défis et des opportunités que je perçois pour la Région européenne – ce sera la première partie de mon rapport – et des défis et des opportunités que je perçois pour le Bureau – ce sera la deuxième partie de ce rapport.

En ce qui concerne les défis et opportunités pour la santé dans la Région européenne de l'OMS, il est un fait que le secteur de la santé se trouve aujourd'hui confronté à de nombreux défis complexes et difficiles à surmonter, au moins à court terme. Raison de plus pour saisir les opportunités qui se présentent et même les créer.

Pour ce qui est des maladies infectieuses, il y a vingt ans on pensait pouvoir en venir rapidement à bout. Aujourd'hui, elles explosent. De nouvelles apparaissent. D'autres qu'on croyait disparues réapparaissent. La démographie, l'émigration, la pauvreté, l'affaiblissement des structures de santé, les catastrophes, les changements climatiques, et le mauvais usage des médicaments en sont les principaux responsables. Il y a eu 350 000 nouveaux cas de tuberculose dans la Région en 1999. Le paludisme, qui progresse dans certains pays et en menace d'autres. La syphilis, qui se développe très vite dans l'est du continent. Et bien sûr, toujours le sida. Mais à côté de ce tableau dramatique, une opportunité extraordinaire se dessine : l'éradication de la poliomyélite. À condition, bien sûr, que nous poursuivions nos efforts de vaccination et

de surveillance jusqu'à la certification finale. Ce sujet est à l'ordre du jour de cette session du Comité Régional.

Autre défi : celui des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque. Les maladies chroniques : maladies cardiovasculaires et cancers pèsent d'un poids de plus en plus lourd sur la santé des populations et, en conséquence, sur les systèmes de santé. La lutte contre les facteurs de risque est difficile. Elle se heurte souvent à des intérêts économiques très résistants. Seul un engagement collectif des défenseurs de la santé et une réelle détermination politique peuvent faire évoluer la situation.

La convention mondiale sur le tabagisme représente une opportunité à ne pas manquer. La Région européenne, qui a été un précurseur dans le domaine du tabac, doit maintenir et renforcer son engagement total pour la réussite de ce mouvement. La Conférence ministérielle sur le tabagisme organisée à Varsovie en juin 2001 est conçue comme une étape dans ce processus. Au niveau européen, le plan d'action sur l'alcoolisme et la Conférence de Stockholm en février 2001 peuvent servir de levier pour faire évoluer ce facteur de risque aux conséquences dramatiques pour la santé.

Au cours de cette cinquantième session, nous aurons aussi l'occasion de rouvrir un autre chapitre essentiel pour la santé publique : celui de la politique nutritionnelle et alimentaire. J'espère que le Comité régional se dotera d'un plan d'action complémentaire à la résolution sur la sécurité des aliments adopté par l'Assemblée mondiale. Ce plan d'action permettra au secteur de la santé de se positionner à sa juste place dans ce domaine, où les partenariats sont essentiels en face d'intérêts divergents.

Dans le chapitre des maladies chroniques, nous avons un autre grand défi à relever : celui de la santé mentale, avec des expressions dramatiques telles que le suicide, en particulier chez les jeunes, et la multiplication des dépressions. Il est temps d'aborder ce problème dans toutes ses dimensions et de façon complète et approfondie. Saisissons donc l'opportunité d'une première étape de mobilisation qui nous est donnée par le choix de ce thème comme sujet de la journée mondiale et du Rapport sur la santé dans le monde en 2001.

Il y a aussi le défi pour la santé de certaines populations fragiles. Tout d'abord, la santé des femmes, des mères et des enfants, qui s'est significativement améliorée au cours des dernières décennies dans certaines parties de la Région mais qui demeure très préoccupante dans les pays les moins nantis et pour les catégories sociales défavorisées, même dans les pays les plus riches. La santé des adolescents et celle des personnes âgées, qui imposent la mise en place de nouveaux services mieux adaptés à leur situation et à leurs problèmes, dans un équilibre difficile à trouver entre le social et le médical. L'approche nouvelle proposée par l'OMS d'une prise en compte de l'ensemble du cycle de la vie – de la naissance jusqu'à la mort – est une opportunité pour créer des synergies entre des interventions trop souvent dispersées et manquant de continuité. Cette approche s'intègre dans celle de la santé primaire.

Les déterminants de la santé nous lancent aussi un défi. L'environnement est sans aucun doute le domaine qui illustre le mieux l'influence sur la santé des facteurs extérieurs. La Conférence de Londres et ses conclusions représentent une excellente opportunité pour l'aborder dans sa dimension complète et multisectorielle. Mais le défi de la prise en compte par le secteur de la santé des autres déterminants sociaux, économiques et culturels de la santé reste posé. On en perçoit mieux aujourd'hui l'importance, mais l'intégration de ces dimensions dans les actions de santé est balbutiante. La nouvelle approche de « l'analyse d'impact sur la santé », dans laquelle le Bureau régional a déjà pris des initiatives, représente certainement une opportunité pour l'avenir. Nous espérons aussi que le nouveau centre sur les déterminants de la santé à Venise jouera un rôle de catalyseur pour transformer les nobles intentions en actions concrètes.

Il faut aussi relever le défi de la réforme des systèmes de santé. Faire que nos systèmes de santé soient :

- accessibles à tous, en particulier, aux plus pauvres ;
- de meilleure qualité ;
- respectueux des droits des patients et ouverts aux citoyens ;

- efficaces dans l'utilisation des ressources humaines et financières qui leur sont allouées.

Il s'agit sans aucun doute du défi le plus actuel et le plus répandu qui se pose à tous les responsables de la santé de la Région, et probablement du monde entier. Mais si le défi est important, les opportunités le sont également.

La principale opportunité, c'est l'expérience acquise au travers des succès et des échecs, en particulier dans le domaine de l'organisation et du financement des systèmes. Encore faut-il que chacun puisse bénéficier de l'expérience des autres. Recueillir et analyser impartialement les informations et en faciliter l'accès, en particulier sous la forme d'études de cas, c'est l'un des défis que le Bureau Régional s'engage aujourd'hui à relever. Certaines circonstances peuvent également servir d'opportunité pour donner un coup de fouet aux réformes des systèmes de santé. C'est le cas du processus d'adhésion à l'Union européenne et du regroupement de certains pays dans le Pacte de stabilité. Le Bureau régional, en partenariat avec la communauté internationale, entend saisir ces opportunités pour aider les pays concernés à faire progresser la santé de leurs populations. Enfin, de nombreux pays de la Région, en particulier, ceux de la partie la plus orientale, ont fait de la santé primaire et de la santé familiale la priorité de leur politique de santé. Le passage de l'hygiène à la santé primaire est difficile, mais il est en cours. Le défi pour la communauté internationale est de soutenir ce mouvement de façon cohérente en respectant les choix des pays eux-mêmes.

Défi important : celui des crises sanitaires. Elles se sont multipliées dans la Région au cours des dernières décennies : épidémies, sang contaminé, intoxications, infections d'origine alimentaire, catastrophes naturelles, etc. Le défi pour les responsables de la santé est de mettre en place des systèmes de surveillance et de réponse rapide à ces crises. Celui de l'OMS est de s'assurer que les États membres puissent disposer rapidement d'un bilan de connaissances scientifiques dans les domaines concernés.

Le défi technologique est lui aussi essentiel. Les systèmes de santé seront-ils capables d'utiliser rationnellement les technologies de pointe, en particulier pour rendre la santé primaire accessible à tous? Je pense notamment au développement de la télémédecine. Sauront-ils utiliser les moyens de communication les plus modernes pour améliorer la gestion de leur information et pour mieux communiquer avec les professionnels et avec le grand public, en particulier en période de crise ?

Comment résoudre-ils le problème de l'utilisation incontrôlée du Web par des intérêts dangereux pour la santé des consommateurs? Toutes ces questions fondamentales doivent être posées rapidement pour que la santé puisse bénéficier réellement des progrès technologiques.

Quels sont les défis et opportunités pour le Bureau européen de l'OMS ? Depuis le dernier Comité régional, les unités et les programmes du Bureau ont continué leur travail. Je ne peux pas énumérer ici toutes les activités qui sont reflétées dans le document sur le rapport du directeur régional. Depuis mon arrivée, en février, j'ai entrepris une réforme importante des orientations, de la structure et des modes d'intervention du Bureau. Ce travail est réalisé en plus des engagements antérieurs. Je veux donc saisir cette occasion pour remercier, en présence des délégués de tous les États membres, l'ensemble du personnel pour sa participation et sa conscience professionnelle.

Le principal défi auquel se trouve confronté le Bureau régional est la nécessaire adaptation de ses services aux besoins des États membres de la Région et de la santé de leurs populations. Cette adaptation est le but unique de la réforme en cours. Elle doit être de toute façon permanente, car les situations dans les pays évoluent rapidement. Dans sa phase actuelle la réforme consiste en un bilan et un examen : de la collaboration avec chaque pays ; de tous les programmes techniques ; et des fonctions de base du Bureau régional.

En ce qui concerne la collaboration avec les pays, nous revoyons actuellement les informations que nous possédons dans nos banques de données internes et, à partir des bureaux de liaison, dans les pays où ils existent. Nous analysons également les priorités de notre collaboration avec chacun des pays. Ce travail pour l'instant interne est préalable aux discussions que nous aurons ultérieurement avec les États membres pour fixer les objectifs et les priorités de notre collaboration avec chacun d'eux. Nous aurons

l'occasion de développer ce point au cours de la session du Comité régional consacré à la stratégie du Bureau pour les pays.

L'examen des programmes techniques que nous réalisons actuellement a pour but de vérifier leur opérationnalité et leur adaptation aux besoins des pays. Il porte tout d'abord sur les bases scientifiques sur lesquelles reposent les programmes. Cette question des données factuelles nous semble fondamentale pour garantir la qualité de nos interventions. Elle nous apparaît indispensable pour donner plus de crédibilité à la santé publique.

Nous revoyons également, pour chacun des domaines techniques, les meilleures stratégies d'intervention, la qualité de nos réseaux d'experts et de centres collaborateurs, et les actions menées par nos partenaires. L'examen des fonctions de base du Bureau a pour objectif d'améliorer sa cohérence dans les domaines du partenariat avec les autres organisations et la mobilisation des ressources ; de la gestion de l'information ; de la politique de communication ; et, bien sûr, des services aux pays. Pour chacune de ces fonctions transversales, nous mettons en place des procédures d'intégration et d'harmonisation. Ce travail d'examen et d'adaptation des programmes permettra le développement des quatre orientations stratégiques retenues pour le Bureau :

- considérer l'ensemble des pays dans leur diversité ;
- renforcer le partenariat international pour la santé ;
- s'inscrire dans la stratégie mondiale de l'OMS en direction des pays ;
- intégrer l'expérience acquise par le Bureau européen.

Un nouvel organigramme a été mis en place pour refléter les nouvelles orientations et priorités du Bureau régional, mais également celles de l'ensemble de l'Organisation. Il est construit sur la base des fonctions à remplir par le Bureau et non plus sur les différents domaines de la santé publique. Il est constitué de quatre divisions :

- la première est responsable de la collaboration avec les pays et de la politique et des systèmes de santé.
- la seconde division regroupe l'ensemble des programmes techniques.
- la troisième est responsable de l'information et de la communication.
- la quatrième est responsable du soutien opérationnel (administration, budget et finances).

Les nouveaux domaines de cet organigramme seront introduits dès que possible progressivement. Il s'agit de :

- l'organisation et du financement des systèmes de santé ;
- des déterminants de la santé ;
- de l'analyse de l'impact sur la santé ;
- des bases scientifiques des actions de santé publique ;
- et de la formation du personnel du Bureau régional.

Plus tard, la santé des personnes âgées, la prévention des accidents et la surveillance élargie des maladies.

En conclusion, la réforme en cours sera terminée à la fin de l'année 2000 et sa mise en œuvre se développera dès le début de 2001. Elle doit être comprise comme une adaptation aux réalités actuelles et non comme une remise en cause du passé. Elle se situe dans la continuité de la Santé pour tous, que le Dr Asvall a si brillamment promue.

Permettez-moi ici de mentionner la prochaine conférence sur la SANTE 21 qui se déroulera le mois prochain à Istanbul.

Je voudrais encore souhaiter un Comité régional fructueux et intéressant pour chacun d'entre vous. Égoïstement je sais que s'il est bon pour vous il sera de facto bon pour nous.