



EUROPE

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

Bucarest (Roumanie), 12–15 septembre 2005

EUR/RC55/REC/1

22 septembre 2005

54374

ORIGINAL : ANGLAIS

**RAPPORT SUR LA
CINQUANTE-CINQUIÈME SESSION**

Mots clés

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

Sommaire

page

Ouverture de la session.....	1
Élection du président, du président exécutif, du vice-président exécutif et du rapporteur	1
Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail	1
Allocution du directeur général	1
Allocution du Commissaire européen chargé de la santé et de la protection des consommateurs	3
Allocution du directeur régional.....	4
Questions soulevées par les résolutions et les décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif	6
Rapport du douzième Comité permanent du Comité régional	7
Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional.....	8
Questions de politique et questions techniques	11
Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents, dont le renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS	11
Politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : version actualisée de 2005	13
Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS.....	15
Les traumatismes dans la Région européenne de l'OMS : la charge, les défis et les actions.....	17
Prochaine étape de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : renforcer les systèmes de santé	19
Onzième Programme général de travail 2006–2015	22
Élections et désignations	24
Conseil exécutif.....	24
Comité permanent du Comité régional	24
Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine	24
Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2006 et 2007	24
Séances d'information technique	24
Résolutions	25
EUR/RC55/R1 Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS	25
EUR/RC55/R2 Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale.....	26
EUR/RC55/R3 Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2006 et 2007	28
EUR/RC55/R4 Politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : version actualisée 2005	29
EUR/RC55/R5 Rapport du douzième Comité permanent du Comité régional	30
EUR/RC55/R6 Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents	30
EUR/RC55/R7 Renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS	31
EUR/RC55/R8 Le renforcement des systèmes de santé européens dans le prolongement de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins »	33
EUR/RC55/R9 Prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS	34

Annexe 1. Ordre du jour.....	37
Annexe 2. Liste des documents.....	38
Annexe 3. Liste des représentants et autres participants	39
Annexe 4. Présentation du Rapport du directeur général	60
Annexe 5. Présentation du Rapport du directeur régional.....	64

Ouverture de la session

La cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe s'est tenue au JW Marriott Bucharest Grand Hotel à Bucarest (Roumanie), du 12 au 15 septembre 2005. Des représentants de 52 pays de la Région y ont participé. Étaient également présents des observateurs de deux États membres de la Commission économique pour l'Europe et d'un État non membre, et des représentants de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de la Banque mondiale, du Conseil de l'Europe, du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, de la Commission européenne et d'organisations non gouvernementales.

La session a été ouverte par Sir Liam Donaldson, président sortant. Les participants ont été accueillis par M. Theodor Stolojan, conseiller du Président roumain, au nom de ce dernier, et par le directeur régional de l'OMS pour l'Europe.

Élection du président, du président exécutif, du vice-président exécutif et du rapporteur

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

M. Eugen Nicolaescu (Roumanie)	président
Dr Godfried Thiers (Belgique)	président exécutif
Dr Jens Kristian Gøtrik (Danemark)	vice-président exécutif
Dr Klara Yadgarova (Ouzbékistan)	rapporteur

Le président a déclaré que c'était un grand honneur pour son pays d'accueillir la cinquante-cinquième session du Comité.

Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail (EUR/RC55/2 Rev.1 et /3 Rev.1)

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

Allocution du directeur général

Le directeur général a commencé par donner aux délégués des informations sur le nouveau Dispositif international de financement des vaccinations, qui avait été créé le 9 septembre 2005 avec l'appui de plusieurs États membres européens. La création du Dispositif international était importante, non seulement parce qu'elle augmenterait considérablement le nombre d'enfants qui pourraient être protégés contre des maladies grâce à la vaccination, mais également parce qu'il représentait un engagement collectif à protéger la santé. Il était essentiel que les ministères de la Santé travaillent ensemble et coopèrent avec leurs homologues des différents secteurs, pour pouvoir s'attaquer aux menaces qui pesaient actuellement sur la santé.

L'importance de la préparation aux situations d'urgence et des interventions rapides lorsqu'elles se produisent avait récemment été démontrée lors des inondations qui avaient eu lieu en Roumanie et dans d'autres parties de la Région. Des flambées de grippe aviaire avaient été signalées au Kazakhstan et dans la Fédération de Russie, et l'OMS avait récemment rendu publics des principes directeurs visant à aider les pays à se préparer à une pandémie de grippe ; au cours de la phase pré-épidémique actuelle, il était essentiel de réduire les risques d'infection humaine, de renforcer les systèmes d'alerte avancée et de prendre les meilleures précautions médicales possibles. Pour contenir les épidémies, il serait essentiel de mettre en place les moyens et les ressources, y compris des professionnels de santé bien formés, des antiviraux et des vaccins contre la grippe, et de prendre d'autres mesures (telles que l'abattage des animaux infectés). Une coopération internationale était nécessaire pour préparer des stocks mondiaux d'antiviraux et mettre au point un vaccin utilisable lors d'une pandémie. Les éleveurs de volaille touchés par les épizooties auraient besoin d'un soutien et d'une indemnisation. En conséquence, il était crucial

que les responsables de la santé coopèrent avec d'autres secteurs, partagent les informations et assurent une planification stratégique. Il a demandé au Commissaire européen chargé de la santé et de la protection des consommateurs de relayer ces messages à la Commission, et de le rencontrer pour discuter de la façon de leur donner suite.

Le but principal des efforts déployés par l'OMS pour lutter contre la maladie était un accès universel au traitement, comme le montrait l'initiative « Trois millions d'ici 2005 ». Une épidémie dans un pays représentait une préoccupation pour tous les pays, comme cela avait été reconnu lors de l'élaboration du Règlement sanitaire international de 2005. La Région européenne avait été certifiée indemne de polio-myélite, mais les régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale signalaient encore une transmission et une réinfection, de sorte qu'il était vital de maintenir une immunité élevée au sein de la population et d'assurer une surveillance étroite de cette maladie pour réduire autant que possible le risque d'importation. Il fallait prendre ces mesures face à toute épidémie potentielle de maladie ou d'infection, et elles exigeaient une communication rapide des informations. Les efforts visant à lutter contre la tuberculose bénéficieraient d'un engagement similaire, étant donné que la charge de morbidité relative à cette maladie en Asie centrale et en Europe orientale contribuait de façon importante à la charge mondiale représentée par la tuberculose.

Les taux d'obésité et de maladies chroniques connexes augmentaient dans la Région, et le problème de l'alcoolisme occasionnel prenait une ampleur accrue. L'abus de drogue et d'alcool par les adolescents entraînait des activités menaçant la vie, telles que la conduite en état d'ivresse et les relations sexuelles non protégées. Il s'était produit une augmentation rapide du nombre de personnes atteintes d'infection à VIH en Europe orientale, en particulier parmi les personnes s'injectant de la drogue. L'Europe orientale enregistrait les taux de traumatisme les plus élevés du monde, tandis que d'autres parties de la Région avaient les taux les plus bas et enregistraient des succès exemplaires qui pouvaient être reproduits ailleurs.

Le Comité régional discuterait du projet de onzième Programme général de travail, qui proposait que l'avenir de la santé publique exigeait un cadre de référence plus large, grâce à des relations avec des personnes extérieures au secteur sanitaire classique, tels que des experts en brevet.

En remerciant les gouvernements qui avaient déjà ratifié la Convention-cadre pour la lutte antitabac, le directeur général a demandé instamment à ceux qui n'avaient pas encore ratifié la Convention de le faire.

Au cours de la discussion qui a suivi, plusieurs orateurs ont félicité le directeur général d'encourager les États membres à se préparer à une pandémie de grippe. À propos des catastrophes naturelles qui s'étaient récemment produites dans la Région et ailleurs, un intervenant a mis l'accent sur l'importance de la coopération entre les pays et sur l'investissement dans la préparation aux catastrophes et dans les activités d'intervention au niveau local, ainsi que dans l'infrastructure locale. Il fallait affiner les méthodes par lesquelles des organisations internationales telles que l'OMS pouvaient intervenir dans les zones sinistrées pour fournir une assistance immédiate ; il fallait définir des moyens par lesquels les militaires et la société civile pouvaient coopérer dans le cadre d'opérations de secours.

S'exprimant au nom des États membres de l'Union européenne (UE), des pays qui adhéreraient prochainement à celle-ci et des pays candidats, un orateur a félicité l'OMS de constituer un stock d'antiviraux destiné à être utilisés dans l'éventualité d'une pandémie de grippe. La planification en vue d'interventions d'urgence devait se poursuivre et la réunion de l'UE et de l'OMS prévue pour octobre 2005 donnerait l'occasion d'examiner des domaines essentiels tels que l'évaluation des plans nationaux, l'évaluation des risques, la production de vaccins et l'accès à des médicaments antiviraux. Une coopération internationale et un renforcement des capacités étaient indispensables pour assurer la préparation et les interventions nécessaires.

L'UE était résolue à agir pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé mais, comme les progrès accomplis étaient plus lents que prévu, elle demandait à l'OMS d'envisager d'autres méthodes pour assurer leur réalisation. Le renforcement des systèmes de santé était essentiel pour la réduction de la charge de morbidité dans tous les pays. Les travaux de la Commission concernant les

déterminants sociaux de la santé fourniraient les informations factuelles indispensables concernant les domaines sur lesquels il fallait axer les efforts pour obtenir des améliorations.

En ce qui concerne le onzième Programme général de travail, l'orateur a fait observer qu'un affinement des priorités et de l'orientation était encore nécessaire. Les épidémies de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la perspective d'une pandémie de grippe indiquaient qu'il fallait être souple et que l'OMS devait axer son action sur des questions liées à son mandat principal. Il existait des possibilités considérables de synergie avec les politiques actuelles de l'UE.

L'orateur a rappelé que le directeur général lancerait une stratégie mondiale pour la prévention et l'endiguement des maladies non transmissibles en octobre 2005. De nombreuses questions examinées par le Comité régional présentaient un grand intérêt pour cette stratégie et indiquaient l'importance de ce domaine d'activité dans la Région. En février 2006, la première réunion de la conférence des parties à la Convention-cadre sur la lutte antitabac serait convoquée. Les États membres de l'UE étaient fermement résolus à lutter contre les effets néfastes de la consommation de tabac et s'emploieraient à faire en sorte que la réunion fixe un calendrier clair pour l'adoption de protocoles. La Commission européenne avait joué un rôle essentiel dans les négociations concernant la Convention-cadre et le Règlement sanitaire international. Les États membres de l'UE étaient disposés à travailler avec l'OMS pour faire en sorte que la Commission puisse s'acquitter efficacement de son mandat lors de futures négociations mondiales.

D'autres intervenants ont félicité le directeur général pour son rôle dans l'amélioration de la gestion de l'Organisation, les résultats positifs atteints dans les principaux domaines d'activité et l'adoption du Règlement sanitaire international et de la résolution WHA58.26 sur l'alcool et la santé. Un intervenant a demandé à l'OMS de renforcer les efforts qu'elle déployait pour lutter contre les risques sanitaires résultant de la consommation d'alcool et a souligné la nécessité d'une démarche globale concernant les systèmes de santé.

En réponse à une question sur l'allocation budgétaire de la Région, le directeur général a confirmé que les allocations aux régions et aux pays étaient en cours d'augmentation. En ce qui concerne le rapport du Comité d'enquête indépendant sur la gestion du programme « Pétrole contre nourriture » de l'ONU (rapport Volker), il a déclaré que la fonction de surveillance du Siège de l'OMS devrait être renforcée.

Allocution du Commissaire européen chargé de la santé et de la protection des consommateurs

S'exprimant sur l'invitation du directeur régional, le Commissaire européen chargé de la santé et de la protection des consommateurs a déclaré que sa participation à la session du Comité régional, une première pour un commissaire, indiquait clairement la volonté de la Commission européenne de coopérer plus étroitement avec le Bureau régional et l'OMS dans son ensemble. Il a demandé aux représentants des États membres de s'associer à lui pour convaincre leur gouvernement que les dépenses en matière de santé représentaient un investissement essentiel pour la croissance. En particulier, l'investissement dans la prévention des maladies et la promotion de la santé permettait d'économiser de l'argent et de sauver des vies à long terme. En coopération avec l'OMS, l'UE s'attaquait à des problèmes de modes de vie tels que le tabagisme, l'obésité et la consommation d'alcool, et abordait des questions de santé mentale. Comme des menaces sanitaires telles que les maladies transmissibles ignoraient les frontières, l'UE était également résolue à coopérer avec l'OMS pour se préparer en vue d'une éventuelle pandémie de grippe, notamment en élaborant des plans d'action nationaux.

L'intensification de la coopération entre l'UE et l'OMS présentait deux avantages importants : elle leur permettait de surmonter le problème de la diminution des ressources et d'obtenir un appui politique plus large de tous les secteurs et de toutes les parties prenantes pour les programmes d'activité et les valeurs qu'elles avaient en commun. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies coopérerait étroitement avec l'OMS pour lutter contre les maladies transmissibles ; le nouveau Règlement sanitaire

international constituerait un autre outil important. Le commissaire comptait bien accomplir des progrès dans un autre domaine d'activités commun de l'UE et de l'OMS : la Santé pour tous.

Allocution du directeur régional

Le directeur régional a commencé son allocution en mentionnant trois guides pour les activités du Bureau régional : le programme pour 2004–2005 adopté par le Comité régional, sa conception de la démarche visant à faire du Bureau régional une organisation moderne, plus crédible et adaptable, et la stratégie concernant l'adaptation des services aux besoins des pays, qui se trouvait au cœur de la mission du Bureau régional.

Le Bureau régional avait appliqué cette stratégie de cinq façons : en aidant les pays à faire face à des crises sanitaires, en contribuant à des initiatives mondiales, en menant des activités plus particulièrement régionales, en rendant le soutien du Bureau régional plus efficace et en élargissant encore ses partenariats.

En premier lieu, il avait aidé à coordonner les mesures prises par l'Union européenne pour faire face au tsunami en Asie en 2004 et avait aidé les pays à réagir aux catastrophes qui s'étaient produites dans la Région européenne, dont des inondations, des incendies et un tremblement de terre. Le Bureau régional coopérait également avec le Siège de l'OMS et d'autres Régions pour réagir rapidement et adéquatement à une éventuelle pandémie de grippe.

En deuxième lieu, le Bureau régional avait coopéré avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et les organisations qui le parrainaient, afin d'aider la Région à atteindre le but, fixé dans l'initiative « Trois millions d'ici 2005 », d'une augmentation de 100 000 du nombre des patients bénéficiant d'un traitement d'ici à la fin 2005 ; en outre il s'employait actuellement à atteindre le but d'un accès universel au traitement. Il aidait également les pays à élaborer des propositions pour le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, à réduire le prix des médicaments et à renforcer les systèmes de santé. Il soutenait la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, avait contribué à l'élaboration du nouveau Règlement sanitaire international et avait défini des buts stratégiques concernant les activités relatives aux objectifs du Millénaire pour le développement.

Troisièmement, au sein de la Région, le Bureau régional avait organisé avec succès une conférence sur la santé mentale, suivie par la conférence de 2004 sur l'environnement et la santé, et il avait alerté les ministères de la Santé en ce qui concerne la situation en matière de tuberculose. Il préparait actuellement la première Semaine européenne de la vaccination en octobre 2005 et une conférence sur l'obésité en novembre 2006. Le directeur régional a souligné que des systèmes de santé solides et durables étaient essentiels pour la réussite dans tous ces domaines.

Quatrièmement, le Bureau régional avait tiré les enseignements du processus de conclusion d'accords biennaux de collaboration, formé 245 agents de terrain, poursuivi le programme de Forums du futur et mené des activités spécifiques. Un bureau de pays d'un type nouveau avait été ouvert en Allemagne. La deuxième phase de programmes pour huit pays des Balkans dans le cadre du Pacte de stabilité pour l'Europe du Sud-Est avait été lancée avec l'aide de neuf pays donateurs et de quatre organisations internationales, dont le Conseil de l'Europe. Il a également demandé le versement de contributions d'un million de dollars des États-Unis pour aider au déplacement des personnes du Kosovo se trouvant dans des camps situés dans des zones contaminées par du plomb.

Cinquièmement, le Bureau régional a renforcé ses partenariats avec, par exemple, le Conseil de l'Europe, la Banque mondiale et certains organismes des Nations Unies, en particulier l'UNICEF, et avec des agences nationales de développement, en particulier celles d'Allemagne, des pays scandinaves et du Royaume-Uni. Il avait intensifié sa coopération avec la Commission européenne lors de ses récentes conférences et avec l'UE dans le cadre des programmes des pays assurant la présidence. Il comptait poursuivre sa coopération avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et d'autres agences de l'UE, y compris celles qui avaient des activités dans les domaines de l'environnement, de la sécurité sanitaire des aliments, et des médicaments. Le directeur régional a estimé qu'une telle coopération était bénéfique pour tous les pays

de la Région et il avait l'intention de renforcer la coopération avec des groupes de pays tels que la Communauté des États indépendants (CEI) et les pays du Pacte de stabilité. Le Siège de l'OMS et d'autres régions étaient également des partenaires importants. En partie pour renforcer les partenariats, le directeur régional avait, comme le Comité régional le lui avait demandé l'année précédente, créé un groupe de travail sur l'avenir du Bureau régional.

Au cours de la discussion qui a suivi, de nombreux intervenants ont félicité le directeur régional pour son rapport complet et de qualité élevée, et pour sa direction du Bureau régional. Plusieurs orateurs l'ont félicité pour la reconduction de son mandat et d'autres ont fait l'éloge du Bureau régional pour ses activités concernant l'alcool et toute une série de maladies transmissibles, son insistance sur l'intérêt humain et économique à long terme de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, son approche globale des questions (il définit les principes essentiels et laisse aux pays le choix des moyens de mise en œuvre) et ses publications.

La plupart des orateurs ont souscrit à la stratégie de pays et à ses résultats dans leur pays. Plusieurs représentants se sont félicités de l'aide du Bureau régional qui appuyait les activités de leur pays, par exemple pour le développement de leur système de santé, l'amélioration de l'accès aux médicaments et aux soins de santé, les mesures prises pour lutter contre la menace représentée par la grippe, et la participation à la Semaine européenne de la vaccination et à d'autres efforts visant à lutter contre les maladies transmissibles.

Plusieurs intervenants ont décrit des réussites dans leur pays, en particulier les résultats des projets menés dans le cadre du Pacte de stabilité. Il s'agissait notamment de la création d'une coalition pour la santé dans les pays, de partenariats solides, et de politiques et de législations sanitaires conformes aux normes internationales et à celles de l'UE, ainsi que d'activités concernant le renforcement des systèmes de santé et la lutte contre le tabagisme. Les pays participants s'efforçaient actuellement de transformer les projets en programmes à long terme. En outre, des représentants ont annoncé un séminaire sur le syndrome de l'huile toxique et l'organisation d'une conférence du Conseil de l'Europe sur les soins palliatifs. Enfin, ils ont décrit le succès des programmes de vaccination soutenus par le Fonds mondial.

Diverses suggestions ont été avancées pour la poursuite d'activités, principalement en ce qui concerne la stratégie de pays. Plusieurs représentants ont demandé instamment au Bureau régional de faire en sorte que cette stratégie aide les pays à consolider leur système de santé, à renforcer leurs capacités, à accroître les ressources affectées à la prévention des maladies et à la promotion de la santé, et à utiliser des informations factuelles pour obtenir des améliorations. Certains ont demandé que le Bureau régional continue d'aider les États membres à se préparer à une épidémie de grippe, élabore une stratégie globale sur les maladies transmissibles, soutienne la lutte contre le sida et renforce sa coopération avec l'UE, le Conseil de l'Europe et d'autres partenaires, tout en veillant à ce que les retombées positives de ces partenariats soient ressenties dans tous les pays de la Région. Un intervenant a demandé à ce qu'un plus grand nombre de livres du Bureau régional soient publiés en russe et un autre a demandé que l'un des membres du groupe de travail sur l'avenir du Bureau régional soit russe.

Prenant la parole au nom des États membres de l'UE, des pays candidats et de ceux qui accèderont prochainement à l'UE, un représentant s'est félicité de la présence du commissaire, signe de l'intérêt partagé par la Commission européenne et l'OMS en matière de santé publique. Il a pris note du rôle de partenariat entre l'UE et l'OMS, ainsi qu'avec l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et le Conseil de l'Europe, dans l'action menée récemment par l'UE dans le domaine des maladies rares, des zoonoses, de la santé mentale et de la vaccination contre le VIH/sida. Au cours de sa présidence de l'UE, le Royaume-Uni s'inspirerait de ces efforts et exigerait une plus grande collaboration, par exemple, dans l'étude de mesures concernant les déterminants sociaux de la santé et ceux inhérents aux modes de vie, pour renforcer la sécurité des services et des produits de soins de santé pour les patients, et dans la préparation à une épidémie de grippe. Le partenariat « Dimension septentrionale » et le Centre européen de contrôle des maladies contribueraient de manière significative à la lutte contre la tuberculose et le VIH/sida. L'orateur a accueilli favorablement le groupe de travail sur l'avenir du Bureau régional et les débats que le Comité régional a l'intention de mener sur l'actualisation

de la politique-cadre de la Santé pour tous, l'alcool et le onzième Programme général de travail comme des initiatives devant renforcer la coopération entre l'OMS et l'UE.

Un représentant du Conseil de l'Europe a fait remarquer que, pour accroître la rentabilité, on avait proposé de déléguer certaines de ses activités en matière de santé, mais qu'aucune décision ne serait prise avant novembre 2005. Parmi les activités récentes menées dans le domaine sanitaire, il convenait de mentionner un séminaire sur les médicaments contrefaits, un ouvrage sur la nutrition à l'école devant être diffusé dans le cadre du projet Écoles-santé et de la conférence sur l'obésité, ainsi qu'un plan d'action sur l'invalidité. La synergie très positive existant entre le Bureau régional, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe devait se poursuivre.

Un représentant du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a déclaré que le Fonds avait alloué 700 millions de dollars à la Région européenne et que 136 millions de dollars avaient déjà été utilisés. L'OMS était en fait le principal partenaire du Fonds dans ses activités menées dans 18 pays et territoires de la Région. Il convenait d'évaluer la collaboration entre le Fonds, le Bureau régional et le Siège de l'OMS, notamment en ce qui concernait la demande et l'utilisation des subventions par les pays.

En guise de réponse, le directeur régional a remercié l'ensemble des États membres et des organisations pour leur soutien aux activités du Bureau régional. Il a fait remarquer que les systèmes sanitaires dépassaient bien largement le simple cadre des soins de santé. Tout en remerciant deux pays pour leur participation à la Semaine européenne de la vaccination, il a demandé instamment à tous les États membres d'y participer. Finalement, il a promis que, dans la mesure du possible, davantage de publications du Bureau régional paraîtraient en français, en allemand et en russe, ainsi qu'en anglais.

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

(EUR/RC55/12 et RC/2005/1)

Le membre européen du Comité exécutif invité par le CPCPR à assister à ses réunions en tant qu'observateur a déclaré que, si les 11 décisions et 34 résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé étaient toutes d'une très grande importance pour la santé publique, leur complexité et leur nombre croissants constituaient un lourd fardeau à la fois pour l'Organisation et les États membres. On devait trouver un moyen de se concentrer davantage sur les principales priorités afin de garantir la mise en œuvre de ces instruments d'un intérêt indiscutable.

Deux résolutions représentaient des étapes importantes dans l'histoire de l'Organisation : celle relative au nouveau Règlement sanitaire international, où la santé primait finalement les considérations d'ordre politique et où un compromis avait été atteint ; et celle relative à l'adoption du budget programme pour 2006–2007, qui avait conduit à une augmentation de 4 % du budget ordinaire après une décennie de croissance zéro en reconnaissance, semblait-il, de la plus grande transparence et de la gestion optimisée de l'Organisation ces dernières années.

Le sous-directeur général, Administration, a présenté les principes directeurs de l'allocation stratégique des ressources, tels que soumis pour consultation aux comités régionaux de l'OMS et avant qu'ils ne soient finalisés pour la session du Conseil exécutif en janvier 2006. L'OMS a continué à accorder la priorité à un cadre de gestion axé sur les résultats, avec un plan stratégique à moyen terme de six ans qui établirait des objectifs (plutôt que des domaines d'activités) et un système permettant le suivi des réalisations au fil du temps.

L'allocation des ressources se fondait sur trois perspectives : programmatique (ce qui devrait être fait), organisationnelle (où cela devrait être fait) et fonctionnelle (comment cela devrait être fait). Ces perspectives faisaient respectivement référence à l'orientation et aux objectifs stratégiques de l'Organisation, aux rôles et responsabilités des différents niveaux de l'OMS et à ses fonctions de base. Un mécanisme de validation prendrait en

compte trois composantes : une composante de base reflétant principalement les fonctions normatives, partie inhérente de l'Organisation ; une fonction « engagement » permettant des fluctuations dans le nombre de pays servis ; et une composante axée sur les besoins, reflétant la situation sanitaire et socioéconomique relative ainsi que le nombre d'habitants.

Dans la discussion qui a suivi, il a été souligné que plus la planification était précise, moins elle pourrait être adaptée aux circonstances imprévues. En outre, on se devait d'aboutir à un consensus non seulement dans les domaines nécessitant une augmentation des ressources, mais aussi dans ceux où des réductions devaient être réalisées. En examinant la composante axée sur les besoins, il serait utile de disposer des chiffres précédents ainsi que de prévisions à des fins de comparaison.

Le directeur régional pour la Méditerranée orientale a convenu avec les représentants du caractère approprié des principes directeurs, mais a néanmoins averti les participants de la nécessité d'appliquer ces principes avec prudence ; en effet, les indices utilisés dans le passé ont donné lieu à quelques anomalies. Il a reconnu qu'une planification accrue limitait la souplesse, et signalé que les fonds utilisés pour les situations d'urgence pouvaient être importants et ne devraient pas être inclus dans le modèle proposé.

D'après le sous-directeur général, Administration, et en réponse aux questions sur la gestion des ressources et les priorités, il avait été convenu que toutes les décisions des organes directeurs devaient tenir compte de leurs répercussions financières. Si la transparence budgétaire était un objectif, on ne devait pas oublier que la majorité des activités organisées par l'OMS étaient financées par d'autres sources. Les urgences sanitaires étaient un cas à part et pouvaient être difficilement prévues dans le budget. L'Organisation tentait d'amener une plus grande responsabilisation, à la fois en ce qui concernait le financement et les résultats. La souplesse devait être maintenue afin de faire face aux situations imprévues comme l'apparition d'une nouvelle maladie ou de nouvelles découvertes.

Le directeur régional s'est félicité de l'augmentation du budget ordinaire pour 2006–2007 : si, pendant longtemps, il avait été demandé de faire plus en disposant de moins, il existait désormais un rapport direct entre le budget et les attentes. Cependant, il a insisté sur le besoin de transparence quant à ce qui devait être produit et aux ressources financières nécessaires. Il a demandé à ce que le cadre tienne également compte des ressources extrabudgétaires.

En guise de conclusion, le sous-directeur général, Administration, a assuré aux représentants que l'Organisation travaillait sur un système d'évaluation budgétaire continue, seule et avec les États membres. Si la poursuite d'un dialogue était nécessaire, des efforts avaient déjà été entrepris dans ce sens.

Eu égard aux questions soulevées par l'Assemblée mondiale de la santé, un représentant s'exprimant au nom des pays scandinaves a signalé l'omission de plusieurs résolutions de l'Assemblée dans le document, notamment celles relatives à l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens (WHA58.27) et à la migration internationale du personnel de santé (WHA58.17). Parmi les omissions, il convenait également de signaler la résolution sur le vieillissement (EB115.R7). Pour ce qui était du grand nombre de résolutions actuellement adoptées, il était proposé d'analyser les incidences financières ainsi que la charge de travail nécessaires pour chacune d'entre elles avant de les déposer. On se devait de continuer à respecter clarté et brièveté, deux atouts dans la rédaction des résolutions.

Rapport du douzième Comité permanent du Comité régional (EUR/RC55/4, /4 Add.1 et /Conf.Doc./1)

Le président du Comité permanent a fait remarquer que le douzième CPRC s'était réuni cinq fois au cours de l'année. Les rapports de chaque session étaient disponibles sur le site Web du Bureau régional et un rapport de synthèse était préparé chaque année pour le Comité régional. S'ils comprenaient des informations complètes sur les activités réalisées par le Comité permanent, le président estimait qu'il serait utile de résumer les résultats de ces activités dans un diaporama.

Afin d'élaborer une vision stratégique du rôle et de la position du Bureau régional (telle que proposée à la cinquante-quatrième session du Comité régional), le CPRC avait établi un groupe de travail composé de quatre de ses membres, de deux membres du personnel de l'OMS et de six experts externes. Quatre réunions du groupe de travail avaient été prévues, avec rapport au CPRC à l'issue de chaque réunion et présentation du rapport du groupe au Comité régional en 2006. Pour ce qui était des centres collaborateurs de l'OMS, le CPRC avait demandé au secrétariat de préparer un document d'information pour le Comité régional lors de sa session actuelle (voir document EUR/RC55/13, pages 46–49).

Le CPRC avait adopté une position ferme quant au projet de budget programme de l'Organisation pour 2006–2007 ; c'était notamment la raison pour laquelle le budget ordinaire de la Région européenne pour le prochain exercice biennal avait été augmenté de 6 % lors de l'adoption du budget par la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé. Pareillement, le CPRC avait prié instamment les États membres d'émettre des commentaires sur le projet de principes directeurs pour les ressources budgétaires allouées aux régions lors des prochains exercices biennaux, et il avait été convenu qu'à l'avenir, ces allocations comprendraient trois éléments (une composante de base, une composante « engagement » et une composante tenant compte de la situation socioéconomique des pays). Le CPRC avait également participé au processus de consultation relative au onzième Programme général de travail (2006–2015).

Au cours de l'année, le CPRC avait également examiné l'état des relations avec l'Union européenne, concluant que la coopération était bonne, bien qu'il s'agisse principalement de relations de circonstances. On avait, par conséquent, insisté sur le besoin d'officialiser les procédures et de définir clairement ce que le Bureau régional pouvait proposer à l'UE, tout en recommandant que ce thème soit pris en considération par le groupe de travail sur la vision stratégique à long terme du Bureau régional.

Parmi les autres questions abordées par le CPRC au cours de l'année, il convenait de mentionner les conclusions de la Conférence ministérielle de l'OMS sur la santé mentale (un projet de résolution sur ce sujet serait présenté au Comité régional), l'obésité (le CPRC avait adopté une proposition pour la tenue d'une conférence en Turquie en 2006) et la préparation à la grippe (on avait pris note des progrès réalisés dans certains pays d'Europe centrale quant à l'élaboration de nouveaux vaccins basés sur les techniques de culture cellulaire).

Enfin, et comme d'habitude, le CPRC a investi énormément d'efforts dans la préparation des thèmes à l'ordre du jour de la session actuelle du Comité régional, examinant les projets de résolution qui lui seraient présentés et aboutissant à un consensus quant aux recommandations relatives à la composition des organes et des comités de l'OMS.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC55/R5.

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

(EUR/RC55/13 et /Conf.Doc./8)

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

Le président du Comité européen de l'environnement et de la santé a fait observer que les membres élus du Comité européen (dont le mandat a été renouvelé) provenaient de dix États membres, de sept organisations intergouvernementales et de quatre organisations non gouvernementales. Leur mission était de surveiller et de faciliter la mise en œuvre des engagements pris lors de la quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé tenue à Budapest, et de soutenir et de promouvoir ces activités dans les pays. Le Comité européen de l'environnement et de la santé s'était réuni à deux reprises en 2005 et possédait actuellement 80 correspondants nationaux en matière d'environnement et de santé, originaires de 50 pays. Chaque réunion s'articulait autour de l'un des quatre buts prioritaires régionaux énoncés dans le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe. Tous les États membres ont été conviés à

assister aux réunions du Comité. Celui-ci avait créé un groupe de travail pour le Plan d'action qui se réunissait également deux fois l'an.

L'élaboration du système d'information sur l'environnement et la santé était essentielle à la protection efficace des enfants. Il était coordonné par un groupe composé de 30 pays ainsi que par la Commission européenne et d'autres organisations internationales. Quatre États membres assuraient un rôle pilote dans plusieurs domaines d'activités. En tant que composante de la stratégie de communication pour le Comité européen de l'environnement et de la santé, une carte était d'ailleurs en cours de préparation sur le Web afin de montrer les progrès réalisés par les États membres dans la mise en œuvre des engagements pris à Budapest. Les pays ont été instamment priés de l'utiliser et de l'actualiser. Améliorer la participation des jeunes eux-mêmes constituait une autre initiative menée avec le soutien de plusieurs États membres.

La Conférence ministérielle de Budapest avait suscité de nombreuses attentes, et il était important que l'on y réponde malgré les quelques contraintes financières du Comité européen de l'environnement et de la santé. La deuxième réunion du groupe de travail du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe devait avoir lieu à Édimbourg les 20 et 21 octobre 2005, la 20^e réunion du Comité à Helsinki les 12 et 13 décembre 2005 et la 21^e réunion du Comité en Norvège, au printemps 2006. Il espérait que tous les pays y participeraient.

Dans les débats qui ont suivi, il a été convenu que l'on envisagerait la tenue des réunions du Plan d'action et du Comité au même endroit afin de limiter les frais, et que l'on procéderait à une analyse complète des coûts encourus afin de trouver davantage de ressources financières.

Le directeur régional a exprimé ses remerciements au Comité européen de l'environnement et de la santé pour ses efforts ainsi qu'au professeur Dab pour son aide, celui-ci s'étant rendu dernièrement au Kosovo, à la demande du directeur régional, afin d'établir un rapport sur un groupe d'enfants vivant dans des conditions dangereuses. Il espérait que les pays aideraient à l'obtention de ressources financières afin de résoudre cet épineux problème.

Suite apportée à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale

Le conseiller régional pour la santé mentale a remercié les États membres pour leur engagement et leur contribution à la réussite de la conférence ministérielle. Le défi de ces cinq prochaines années serait la phase de mise en œuvre, en vue d'améliorer la santé mentale et le bien-être de la population. La Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe a permis de définir cinq priorités et les pays aspiraient à franchir certaines étapes d'ici 2010, avec le soutien du Bureau régional, qui assumait également les responsabilités énoncées dans la Déclaration. Cinq centres collaborateurs de l'OMS supervisaient des activités dans plusieurs domaines spécifiques et d'autres partenariats étaient établis par le biais des activités de pays. Un groupe spécial de fédérations professionnelles était en cours de création, et des ONG formaient une fédération pour collaborer avec le Bureau régional. Le Bureau régional travaillait étroitement avec la Commission européenne sur un « livre vert » à paraître sur la santé mentale, ainsi qu'avec le Conseil de l'Europe. Si les bases avaient été posées pour l'amélioration de la santé mentale dans la Région européenne, le défi était maintenant de mener des actions concrètes.

Dans les débats qui ont suivi, les représentants ont convenu que la Conférence ministérielle n'était que le point de départ. Elle témoignait du partenariat créatif existant entre les chercheurs et les responsables politiques. Elle avait démontré qu'il était nécessaire que les services de santé mentale soient mieux intégrés dans les systèmes sanitaires et que les responsables politiques et les professionnels de la santé améliorent leurs compétences techniques en matière de fourniture de soins de santé mentale. Les patients et leur entourage (les aidants) devraient participer à la planification des services de santé mentale.

Certains représentants ont expliqué les réformes entreprises par leurs pays respectifs dans le domaine de la santé mentale, comme la fermeture des grands établissements asilaires, la création d'un réseau d'orientation afin de faciliter l'accès aux systèmes de santé locaux, l'élaboration de programmes nationaux pour la dépression et les troubles du stress post-traumatique ainsi que la préparation de

nouveaux plans nationaux en matière de santé mentale. Un représentant d'un pays en transition a déclaré que, si la modernisation du système de santé mentale représentait une tâche énorme, c'était aussi l'occasion de sortir du cercle vicieux des échecs et d'élaborer des services de proximité modernes.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC55/R2.

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

Le directeur du Soutien technique, Réduction de la charge de morbidité, a annoncé que le Bureau régional disposait désormais de 34 employés à plein temps dans 12 pays travaillant sur le VIH/sida. Leur présence était nécessaire car l'épidémie se propageait toujours au même rythme. La mortalité due au VIH/sida était maintenant en hausse : on a effet observé deux fois plus de décès durant les 8 premiers mois de 2004 que pendant toute l'année 2003. Trente des 52 États membres avaient signalé une augmentation des cas de VIH, dont certains pays d'Europe occidentale – la première fois depuis quatre ans environ. Il existait des écarts entre les différentes régions du continent, mais la transmission se faisait généralement par voie sexuelle en Europe occidentale et centrale et était principalement liée à l'injection de drogue par voie intraveineuse en Europe orientale. En Europe occidentale et centrale, jusqu'à 65 % de l'ensemble des cas concernaient des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, jusqu'à 75 % des cas observés chez les hétérosexuels concernaient des immigrants et jusqu'à 50 % de ceux-ci étaient des femmes. En Europe orientale, jusqu'à 85 % des cas étaient des sujets masculins, jusqu'à 50 % des femmes infectées avaient pour partenaires des toxicomanes par voie intraveineuse et jusqu'à 50 % de l'ensemble des cas d'infection au VIH concernaient des jeunes de moins de 25 ans.

Le but régional de l'initiative «Trois millions d'ici 2005», lancée en 2003, était de mettre 100 000 patients supplémentaires sous thérapie antirétrovirale d'ici la fin 2005, et il semblait probable que cet objectif puisse être dépassé (le nombre de patients traités dans la Région passerait de 242 000 à la mi-2003 à 381 000 à la fin 2005). En mars 2003, 27 États membres seulement pouvaient garantir un accès universel au traitement, mais à la fin 2005, il était probable que ce nombre passe à 49. Concernant ces points importants, les buts seraient atteints.

Les représentants ont soutenu la mise en place d'une stratégie intégrée et la concentration des efforts sur les personnes courant le plus de risques d'être infectées. Ils ont expliqué les défis auxquels leurs pays respectifs étaient confrontés en matière de VIH/sida, comme le manque de personnel épidémiologique bien formé. Ces problèmes étaient pris en compte dans les plans nationaux. Il importait que ces activités soient réalisées en partenariat avec l'ONUSIDA et beaucoup d'autres agences et qu'une démarche harmonisée soit adoptée, comme cela a été souligné par la création de l'équipe spéciale mondiale et par la 17^e réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA.

Un représentant de la Commission européenne a déclaré que le thème du VIH/sida devait être inscrit à l'ordre du jour du Conseil européen et que la Commission européenne préparait une communication dont la version finale serait disponible à la fin 2005 afin de poursuivre et d'intensifier la lutte contre le VIH/sida.

Un représentant a émis la suggestion suivante : étant donné que les taux de nouvelle infection étaient particulièrement impressionnants dans certaines régions, un projet de résolution devrait être présenté au Comité régional en 2006 comprenant des propositions concrètes et globales en vue de mener des actions de prévention du VIH/sida. Il a demandé que le Comité permanent examine cette question lors de sa prochaine réunion.

Hygiène du travail

Certains représentants se sont félicités de la rapidité avec laquelle le Bureau régional a permis le financement et l'élaboration d'un programme sur l'hygiène du travail à la suite des discussions menées lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional. Le réseau des centres collaborateurs apporterait une aide efficace et utile aux États membres afin que ceux-ci puissent relever les défis et lutter contre les

menaces sanitaires auxquels étaient confrontés les travailleurs. Il était important que les activités se poursuivent. Les inégalités en matière de conditions de travail et de services d'hygiène du travail étaient frappantes dans la Région, et une stratégie régionale serait par conséquent la bienvenue.

Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles

Les participants se sont félicités de l'élaboration de cette stratégie. Un représentant a mis en évidence le besoin de prendre des mesures contre le cancer, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques, par exemple. Toute consultation était importante, ainsi que la coordination avec d'autres stratégies (comme celle relative à la nutrition) et d'autres organes, comme la Commission européenne.

Santé génésique

Plusieurs orateurs ont fait part de leur inquiétude face à la progression des maladies sexuellement transmissibles et de la grossesse adolescente. Ils ont exprimé leur soutien à l'élaboration d'un projet de proposition pour une stratégie régionale visant à améliorer la santé maternelle et périnatale. Une telle stratégie devrait aussi s'intégrer à d'autres programmes, dont ceux visant à renforcer les systèmes de santé. Elle était essentielle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, et un orateur a présenté les excellents résultats obtenus dans son pays à la suite de l'adoption de la stratégie nationale de la santé génésique.

Une déclaration a été faite par un représentant du Comité international sur l'hygiène du travail, et des déclarations écrites ont été reçues de l'International Stroke Society et du Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une insuffisance en iode.

Questions de politique et questions techniques

Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents, dont le renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS

(EUR/RC55/6, /7, /Conf.Doc./2 Rev.1 et /Conf.Doc./3 Rev.1)

Le directeur du Soutien technique, Réduction de la charge de morbidité, a décrit le processus de consultation, les programmes pilotes et les réunions qui avaient permis l'élaboration de la Stratégie depuis la présentation initiale d'un document conceptuel au Comité régional, en 2003. Il existait une obligation morale et juridique de protéger et de promouvoir les droits des enfants. De la santé des enfants d'aujourd'hui dépendait la santé de la société de demain, et tout investissement consenti dans les premiers stades de la vie avait une incidence sur le développement et la durabilité économique.

La Stratégie était sous-tendue par un problème important, à savoir les différences considérables au sein de la Région. En effet, on a observé qu'il pouvait y avoir un rapport de 1 à 10 entre les pays en matière de taux de mortalité des nourrissons et des enfants. En outre, les disparités s'accroissaient au sein même des pays : aucun État ne pouvait actuellement garantir les mêmes droits sanitaires à tous ses enfants. Le but était de permettre aux enfants et aux adolescents de jouir d'une santé optimale et de réaliser leur plein potentiel de développement, et de réduire la charge de morbidité et de mortalité évitables. Quatre principes ont été énoncés : une démarche de suivi de la croissance tenant compte du développement de l'individu du stade prénatal à l'adolescence ; l'équité en accordant la priorité aux besoins des plus défavorisés ; l'action intersectorielle et la promotion de la participation du public et des jeunes.

Il ne s'agissait pas là d'esquisser un modèle qui conviendrait à tous les États membres : les pays devraient adapter la Stratégie à leurs besoins, et une méthodologie d'application avait été mise au point à cette fin (information, action et évaluation).

Il a mis en exergue cinq des sept domaines prioritaires de la Stratégie : le VIH/sida, l'obésité, la violence et les traumatismes, la rougeole et la rubéole, et la santé mentale. Au cours de ces six dernières années, les nouveaux cas diagnostiqués de VIH/sida ont été signalés surtout en Europe orientale : pour cette épidémie majeure, 80 % des cas concernaient des jeunes de moins de 30 ans. L'obésité était une épidémie silencieuse qui sévissait dans la Région depuis les années 70, mais il existait des écarts importants, et dans certains États membres, plus de 30 % des enfants souffraient de malnutrition. Il existait également de très fortes fluctuations dans les taux de violence et de traumatismes.

Si les taux de vaccination de la Région étaient généralement bons, près de 600 000 enfants d'un an n'étaient pas protégés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche en 2004. La rougeole pouvait être éradiquée, mais des épidémies persistaient dans les pays développés. Cette affection était aussi exportée d'un pays à l'autre, ainsi que sur le continent américain. L'élimination de la rougeole, une cause évitable des anomalies congénitales, était possible et l'objectif était d'éradiquer à la fois la rougeole et la rubéole pour 2010.

La santé mentale était l'une des autres priorités de la Stratégie : 4 % des jeunes de 12 à 17 ans souffraient de dépression, contre 9 % à l'âge de 19 ans. Le suicide était la troisième cause de mortalité chez les jeunes. En guise de conclusion, il a insisté sur le fait que la promotion et la protection de la santé des enfants et des adolescents constituaient un investissement dans la société de demain.

Dans le débat qui a eu lieu par la suite, tous les orateurs ont exprimé leur soutien à la Stratégie, considérant ce thème comme hautement prioritaire. L'un des représentants a déclaré que la santé infantile était l'indicateur le plus important pour tout ministère de la Santé et, parce que les enfants étaient notre avenir, les responsables politiques ne seraient pas pardonnés si cette question n'était pas prise en compte. Un bon nombre de représentants se sont félicités de la Stratégie, la qualifiant de cadre complet et approprié qui aiderait les États membres à élaborer leurs propres programmes et politiques.

Certains orateurs ont souligné les problèmes particuliers à leur pays : depuis les populations infantiles moins nombreuses, les taux croissants de diabète sucré ou l'augmentation des cas d'asthme et d'allergies alimentaires jusqu'à la consommation abusive d'alcool, la sédentarité ou le marketing ciblant les enfants. Il importait de prendre en compte les besoins et services locaux et de faire intervenir d'autres secteurs que celui de la santé : la responsabilisation et la promotion de modes de vies sains étaient aussi des composantes essentielles de la Stratégie, ainsi d'ailleurs que l'utilisation des bases factuelles.

Une réduction de la mortalité infantile avait déjà été observée dans certains pays du fait de la mise en place de politiques d'aide aux femmes enceintes, aux enfants et aux adolescents, et surtout grâce aux interventions ciblant les populations vulnérables. Plusieurs représentants ont expliqué les progrès réalisés par leurs pays dans certains domaines, comme par exemple la baisse des taux de mortalité maternelle, les initiatives permettant d'atteindre les adolescents et les jeunes adultes, la promotion de l'allaitement maternel, l'emploi accru des sièges de sécurité pour enfants dans les véhicules automobiles ainsi que la mise en œuvre d'autres politiques axées sur les enfants. L'un des États membres disposait même d'un « livre vert » énonçant cinq résultats majeurs pour les enfants et les jeunes. Un autre avait mis en place un programme national mettant en exergue l'autonomie et l'autodétermination dans la fourniture de services, ainsi que leur caractère approprié et continu. Plusieurs représentants de pays ayant connu une période de transition économique ont expliqué dans quelle mesure leur gouvernement avait accordé la priorité aux politiques axées sur les enfants et inscrit dans leur législation l'importance de la famille. Plusieurs orateurs ont estimé que la Stratégie serait essentielle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Certains ont laissé entendre que la Stratégie pourrait mieux refléter quelques-uns des autres domaines d'activités menées par le Bureau régional dans les États membres, comme le réseau des Écoles-santé, les engagements pris lors de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé ainsi que l'égalité des sexes. Un représentant a mentionné le soutien à apporter aux parents afin qu'ils puissent bien remplir leur rôle et éduquer leurs enfants. Un autre a fait remarquer que comme les enfants ne seraient jamais totalement protégés des accidents ou des maladies, on ne pouvait négliger d'améliorer les traitements dispensés aux enfants, dont les soins hospitaliers.

Les objectifs à atteindre pour 2010 en matière de vaccination ont reçu un large soutien. Plusieurs orateurs ont décrit les résultats positifs obtenus dans leurs pays en matière de renforcement des systèmes nationaux de vaccination. Un État membre avait procédé à la vaccination de près de 20 millions d'enfants sur une période de deux ans. Certains pays avaient récemment établi des réseaux de laboratoires et amélioré la surveillance. Un orateur a déclaré que son pays partageait des frontières communes avec d'autres régions de l'OMS et avait dès lors besoin de davantage de soutien : il serait favorable à l'organisation d'une conférence de bailleurs de fonds disposés à accorder leur aide. Un représentant a fait part de ses préoccupations quant au projet de Semaine européenne de la vaccination. Il estimait qu'il était inapproprié de faire de la vaccination l'objet d'une campagne organisée une fois l'an : on ne pouvait en effet transiger sur la vaccination car elle était essentielle. Cependant, un autre orateur a signalé le problème rencontré dans certains pays où de petits groupes de gens refusaient de faire vacciner leurs enfants. Il était donc important que le public comprenne l'enjeu.

Un représentant de la Commission européenne a déclaré que, si la plupart des jeunes étaient en bonne santé, la santé de bon nombre d'enfants était compromise par l'adoption d'un régime alimentaire inadéquat, un encadrement parental médiocre, un environnement précaire et un manque d'activité physique et d'affection. Ces problèmes étaient souvent liés à un faible niveau de revenus et d'instruction, ainsi qu'à un travail/une activité professionnelle de piètre qualité, facteurs entraînant des disparités inacceptables en matière de santé. La Commission avait l'intention de publier un livre vert sur la nutrition, le régime alimentaire et l'exercice physique, des propositions relatives à l'alcool ainsi qu'une communication sur la santé mentale.

Un représentant de l'UNICEF a fait observer que les besoins des enfants et des adolescents devaient faire l'objet d'une approche globale embrassant les aspects psychosociaux essentiels à leur santé. Les pays se devaient de dispenser des services essentiels aux plus vulnérables, et les enfants et les adolescents étaient ceux qui souffraient le plus. Nous pourrions profiter des enseignements de chacun en matière, par exemple, de survie des enfants et de VIH/sida. Les efforts visant à réaliser une iodisation universelle du sel devraient être accélérés.

Le directeur du Centre européen de contrôle des maladies a évoqué la mise en place du nouveau centre qui travaillerait en partenariat avec l'OMS et les États membres dans certains domaines tels que la définition et l'évaluation des risques, la communication en cas de risque, la préparation et les interventions, ainsi que la prévention des maladies transmissibles et la lutte contre celles-ci. Ce Centre apporterait son soutien inconditionnel à l'éradication de la rougeole et de la rubéole.

Lors des débats engagés dans le cadre du point inscrit à l'ordre du jour, des déclarations ont été faites par des représentants du Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes et de l'Association internationale des femmes médecins.

Le Comité régional a adopté les résolutions EUR/RC55/R6 et EUR/RC55/R7.

Politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : version actualisée de 2005

(EUR/RC55/8 et /Conf.Doc./4)

Le directeur régional a présenté ce point en décrivant le processus d'actualisation de la politique-cadre de la Santé pour tous. Le CPCR avait demandé une actualisation (et non l'élaboration d'une nouvelle politique), qui serait aussi précise et aussi concrète que possible, et conserverait les valeurs initiales de la Santé pour tous.

La version actualisée comprenait quatre parties. La première reposait sur les résultats d'une étude effectuée par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, qui montrait que la Santé pour tous avait influencé les politiques sanitaires de nombreux États membres (bien qu'il y ait eu un décalage entre les politiques formulées et leur mise en œuvre), que ses valeurs étaient largement acceptées et qu'il n'était pas réaliste de fixer des buts pour l'ensemble des pays de la Région européenne, vu leur diversité.

La deuxième partie de la version actualisée réaffirmait les trois valeurs fondamentales de la Santé pour tous, à savoir l'équité, la solidarité et la participation des citoyens, et les plaçait dans le contexte des instruments relatifs aux droits de l'homme déjà adoptés par les États membres et de la gouvernance éthique en matière de santé. La troisième partie recommandait l'utilisation par les responsables politiques de dix outils, qui relevaient de quatre catégories : la définition d'un cadre destiné à assurer une gouvernance éthique ; l'intégration des données les plus récentes dans la politique de santé ; l'alignement des politiques sur les valeurs de la Santé pour tous ; et le fait que la politique et l'action devaient reposer sur des informations factuelles. La quatrième partie proposait un ensemble non limitatif de questions que les responsables politiques pouvaient utiliser pour faire en sorte que le contenu des politiques et leur mise en œuvre soient conformes aux valeurs affirmées par eux.

Quinze pays avaient fourni des réponses détaillées au projet de version actualisée au cours de la consultation formelle, qui avait eu lieu de janvier à mai 2005. Certaines de leurs suggestions étaient incorporées dans la version actualisée. D'autres concernaient l'avenir de la Santé pour tous et demandaient au Bureau régional de travailler sur les aspects financiers de la politique et sur la suite à donner au processus, d'inclure des comparaisons entre pays et de suggérer une stratégie de communication pour faire en sorte que la politique soit mieux connue. En conséquence, plutôt que de publier des versions actualisées dans l'avenir, le Bureau régional proposait de créer un processus continu de Santé pour tous enrichi par les expériences des États membres.

S'exprimant au nom du CPR, son ancien président a indiqué que le Comité permanent soutenait la version actualisée, rendue nécessaire par les changements importants qui se poursuivaient dans la Région, et qu'il approuvait un processus ouvert dans le cadre duquel les pays pourraient démocratiquement confirmer les valeurs de la Santé pour tous en tant que fondements de leurs réformes et programmes relatifs aux soins de santé. La Santé pour tous était le pivot autour duquel les programmes et les activités gravitaient à des distances plus ou moins grandes, et l'action sanitaire était à la fois un élément essentiel pour l'accomplissement de progrès dans la Région dans son ensemble et la responsabilité collective de tous ceux qui étaient présents.

Tous les orateurs qui sont intervenus sur ce point de l'ordre du jour se sont félicités de la version actualisée, en soulignant ses points forts : l'analyse des réalisations du passé, dont elle assure le prolongement ; son utilité pour l'orientation des politiques présentes et futures ; le lien qu'elle établissait entre les valeurs fondamentales et l'action grâce au concept de gouvernance éthique, et des aspects tels que la boîte à outils et la liste de contrôle destinée aux responsables politiques. Un représentant s'exprimant au nom des pays scandinaves a estimé que la version actualisée était un outil important pour assurer l'élaboration de politiques de santé durables sur le plan éthique, et a souligné en particulier qu'elle définissait l'équité de façon globale, demandait des stratégies et des actions intersectorielles à large spectre pour bâtir des sociétés plus saines et qu'elle fournissait des outils concrets pour des débats sur la politique à mener dans les États membres.

Certains ajouts à la version actualisée ont été suggérés, dont les suivants : une plus grande insistance sur des mesures concrètes et le maintien du Bureau régional dans le rôle de chef de file du mouvement de la Santé pour tous dans toute la Région ; une plus grande attention pour les échanges d'informations et d'expériences relatives à la santé publique dans les pays ; un accent plus marqué sur la continuité avec la politique de la SANTE 21 ; l'inclusion de la recherche dans la liste des types de programmes contribuant à l'amélioration de la santé ; et la nécessité de rendre compte régulièrement au Comité régional des progrès accomplis. En outre, les indicateurs de la Santé pour tous devraient être harmonisés avec ceux d'autres organisations, telles que l'OCDE, pour alléger le fardeau que les demandes d'informations faisaient peser sur les États membres.

Une déclaration a été prononcée par une représentante du Conseil international des infirmières, et a été soutenue par la Fédération européenne des associations d'infirmières et le Comité international catholique des infirmières et assistantes médico-sociales.

En réponse aux interventions, le directeur régional a remercié les États membres pour leur soutien du document et du processus, et en particulier pour leur bonne compréhension des buts de l'actualisation. Les documents du Bureau régional sur l'actualisation se réfèreraient comme il se doit à la SANTE 21, et le Bureau régional se servirait des indicateurs harmonisés de la Santé pour tous. Les documents du Bureau régional utilisaient l'expression « professionnels de santé » pour désigner les professions très diverses qui participaient à la santé, y compris les infirmières, dont le rôle devait être souligné.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC55/R4.

Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC55/11, /Conf.Doc./7 et /BD/1)

Le directeur du Soutien technique, Réduction de la charge de morbidité, a présenté ce point et signalé que la Région européenne avait la consommation d'alcool la plus élevée et donc la charge la plus élevée de maladies liées à l'alcool dans le monde ; l'alcool était le troisième facteur de risque de mortalité et d'incapacité dans la Région, et le principal facteur de risque parmi les jeunes. La consommation présentait des caractéristiques différentes d'un point à l'autre de la Région : elle était importante et en augmentation dans les pays de la partie septentrionale, elle baissait plus lentement que par le passé dans le sud-ouest et était très élevée dans les pays de la partie orientale.

Les initiatives de l'OMS contre l'alcool dans la Région européenne comprenaient deux plans d'action élaborés dans les années 90, des déclarations de politique générale adoptées lors de deux conférences et les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé de 2004 et 2005. En outre, la Commission européenne élaborait une stratégie en vue de réduire les méfaits de l'alcool. Les activités menées dans la Région depuis 2001 avaient semblé assez limitées, mais le Bureau régional présentait le Cadre pour adoption par le Comité régional.

Les objectifs du Cadre étaient les suivants : renforcer la politique en matière d'alcool dans la Région, résumer la situation et définir les besoins en matière de politique à mener, créer une plateforme commune aux initiatives de l'OMS et à celles d'autres acteurs, tels que la Commission européenne, et établir des liens étroits avec les stratégies et plans d'action nationaux et locaux non seulement relatifs à l'alcool mais concernant également des questions connexes telles que les maladies non transmissibles et les jeunes. Les avantages du nouveau Cadre comprenaient les aspects suivants : il traitait des défis (ré)apparus récemment, énonçait clairement les principes directeurs de l'action, décrivait avec précision les rôles des différents acteurs, abordait des questions suscitant une controverse ou exigeant une formulation plus précise, et identifiait des outils internationaux pour l'action et le suivi.

Un membre du CPR a déclaré que l'ampleur des méfaits de l'alcool conférait à cette question un degré élevé de priorité. Le CPR avait pris note de la nécessité d'une actualisation du Plan d'action européen contre l'alcoolisme pour 2000–2005 et des discussions et résolutions importantes sur l'alcool du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé. Comme l'alcool représentait un risque pour la santé et était un facteur de comorbidité, le CPR avait approuvé le fait que le Conseil exécutif mette l'accent sur la consommation nocive d'alcool, et demandé au Bureau régional d'élaborer le Cadre. Les chiffres moyens sur la consommation et les dommages cachaient d'importantes différences entre les divers pays, dans ces pays eux-mêmes et d'un groupe social à l'autre, ce qui indiquait la nécessité de stratégies ciblant les groupes les plus fortement affectés. La consommation d'alcool par les jeunes (et le phénomène de plus en plus répandu des saouleries) et la mondialisation du commerce de l'alcool, qui déjouait les efforts de lutte contre l'alcool menés par les pays, constituaient quelques-unes des autres questions importantes à aborder. Le Cadre s'inscrivait dans la continuité des progrès déjà accomplis grâce aux plans d'action et aux déclarations des conférences de l'OMS.

Au cours de la discussion qui a suivi, tous les orateurs ont souscrit au Cadre. En particulier, des représentants ont apprécié ses aspects suivants : il pouvait susciter une coopération et une action internationale de plus en plus nécessaires, ainsi qu'une action de la part des États membres pour réduire les méfaits de l'alcool ; il appliquait des idées mondiales au contexte européen ; il clarifiait les rôles des

différents acteurs ; et il présentait une argumentation solide en faveur d'une restriction de l'accès à l'alcool, bien qu'un orateur ait dit que ces limitations ne fonctionneraient pas dans son pays. En outre, la plupart des représentants ont décrit des problèmes propres à leur pays (dont une consommation élevée et accrue et les méfaits qui en résultaient, la consommation d'alcool par les jeunes, et le ciblage des jeunes dans la publicité pour l'alcool et la commercialisation de produits tels que les « prémix ») et des actions réussies, telles que des stratégies, plans, dispositions législatives et politiques fiscales mis en œuvre au niveau national.

Diverses façons de renforcer le Cadre ont été proposées. Un représentant s'exprimant au nom des pays scandinaves a demandé instamment que le Cadre prévoie plus clairement que des considérations de santé publique soient incorporées dans tous les accords internationaux relatifs à l'alcool tels que ceux qui portaient sur le commerce et la fiscalité, et qu'il utilise la même terminologie que la résolution WHA58.26 de l'Assemblée mondiale de la santé sur les problèmes de santé publique causés par la consommation nocive d'alcool. En outre, certains orateurs ont suggéré que le Cadre reconnaisse le rôle de facteurs sociaux et génétiques dans les problèmes d'alcool ; indique la nécessité de former les professionnels de santé à la détection et au traitement de ces problèmes ; demande des limites d'âge en matière d'achat d'alcool et de publicité pour l'alcool, en particulier sur Internet et lorsque les jeunes étaient la cible ; demande l'élaboration de programmes visant à soutenir les familles des personnes alcoolodépendantes ; soutienne des activités de recherche pour obtenir des informations fiables sur l'éducation en matière d'alcool dans les écoles ; et accorde une plus grande attention aux facteurs liés à la diminution de la consommation dans l'Europe du Sud-Ouest.

En outre, le représentant s'exprimant au nom des pays scandinaves a demandé que les activités futures du Bureau régional en matière d'alcool bénéficient de ressources suffisantes et d'un soutien ferme de la part du directeur régional et du Siège de l'OMS et ce, afin de réaliser les objectifs de la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA58.26. D'autres ont préconisé une coopération étroite avec l'UE dans le cadre de manifestations comme un sommet sur les inégalités qui permettrait de promouvoir un marketing responsable, l'établissement d'un lien entre le Cadre et les politiques d'autres secteurs afin d'améliorer la situation des groupes les plus vulnérables, la répétition du message recommandant une consommation modérée d'alcool et la prise en compte de l'obésité liée à l'alcool chez les jeunes dans la préparation de la conférence sur l'obésité prévue pour 2006.

Un représentant de la Commission européenne a remercié l'OMS pour le rôle pilote que l'Organisation a joué en matière de politique relative à l'alcool. Étant donné les méfaits de l'alcool et l'obligation de l'UE de protéger la santé dans toutes ses activités, la Commission européenne était en train de préparer, en collaboration avec l'OMS, une stratégie sur les méfaits de l'alcool à paraître en 2006. Les huit principaux domaines d'action sont les suivants : conduite en état d'ébriété, consommation d'alcool en dessous de l'âge légal, messages commerciaux, information aux consommateurs, disponibilité des boissons alcoolisées et tarifs appliqués, protection des enfants et des familles, traitement et échange d'informations, données et recherche. Il était nécessaire d'adopter une démarche impliquant l'ensemble des parties prenantes, mais délimitant bien le rôle de chacune.

Le directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a signalé que le Bureau régional de la Méditerranée orientale était un environnement sans alcool depuis les années 80. Comme six pays de la Région étaient davantage confrontés aux problèmes liés à l'alcool, il serait utile de mettre en œuvre certaines activités similaires à celles qui avaient fait leurs preuves avec le tabagisme. À titre d'exemple, le Bureau régional de l'Europe pourrait demander qu'une convention-cadre sur la lutte contre l'alcoolisme soit organisée, et la Banque mondiale pourrait établir un rapport sur les aspects économiques du commerce de l'alcool.

Le sous-directeur général pour les Maladies non transmissibles et la santé mentale (Siège de l'OMS) a vanté les mérites du Cadre qui, en ses termes, était l'occasion d'enclencher une action multisectorielle motivée par les intérêts de la santé publique, de renforcer les activités de l'OMS dans le domaine de l'alcool à tous les niveaux et d'assurer la complémentarité des actions menées par le Bureau régional et le Siège, ainsi que par d'autres acteurs comme ceux possédant des intérêts économiques.

Dans sa réponse, le directeur du Soutien technique, Réduction de la charge de morbidité, a remercié l'ensemble des États membres qui se sont exprimés pour la qualité de leurs recommandations. La terminologie serait harmonisée avec celle de l'ensemble des résolutions mondiales. Pour ce qui était du rôle du secteur de l'alcool, le Cadre demandait que celui-ci adopte les plus hautes normes d'éthique commerciale. Le Bureau régional examinerait avec le Siège de l'OMS les moyens d'impliquer le secteur dans les consultations préconisées par la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA58.26. Il s'est félicité du soutien de la Commission européenne au Cadre et a remercié la Suède pour avoir accueilli la réunion du Réseau européen des homologues nationaux en matière d'alcool, qui avait largement contribué à la préparation du Cadre.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC55/R1.

Les traumatismes dans la Région européenne de l'OMS : la charge, les défis et les actions (EUR/RC55/10 et /Conf.Doc./6 Rev.1)

Présentant ce point de l'ordre du jour, le directeur du programme spécial sur la santé et l'environnement a déclaré que les traumatismes, tant involontaires qu'intentionnels, constituaient une importante question de santé publique dans la Région. Il était nécessaire d'agir d'une façon cohérente et efficace. Les traumatismes tuaient environ 800 000 personnes par an et représentaient donc environ 8,3 % de l'ensemble des décès. Ces décès n'étaient que la partie émergée de l'iceberg : pour chaque décès, on estimait que 30 personnes étaient hospitalisées et que 300 personnes avaient besoin d'un traitement hospitalier d'urgence, ce qui représentait 240 millions d'interventions des services d'urgence par an.

La charge représentée par les traumatismes était répartie de façon inégale dans la Région et le risque de mourir d'un traumatisme était plus de huit fois plus élevé dans la partie orientale de la Région que dans la partie occidentale. Aucune autre région du monde ne connaissait une telle disparité. Cependant, il existait dans chaque pays un lien avec la pauvreté, étant donné que les enfants des classes sociales inférieures risquaient trois à quatre fois plus que les autres de mourir de traumatismes.

Le coût des traumatismes était énorme pour la société : à lui seul, le secteur sanitaire supportait des dépenses annuelles s'élevant à pas moins de 81 milliards d'euros. Le coût total pour la société commençait seulement à être évalué, mais à eux seuls les traumatismes résultant d'accidents de la circulation coûtaient, selon les estimations, 2 % du produit intérieur brut. Pourtant, si tous les pays obtenaient les mêmes résultats en matière de sécurité que certains États membres, deux décès par traumatisme sur trois seraient évités : près de 500 000 vies seraient sauvées. Il existait un grand nombre de mesures bien connues et économiquement rentables. Par exemple, chaque euro affecté à l'achat de sièges de sécurité pour enfant permettrait d'économiser 32 euros ; en ce qui concerne les détecteurs de fumée, l'économie était de 69 euros ; et l'obligation universelle d'obtenir un permis pour des armes de poing permettrait d'économiser 79 euros pour chaque euro dépensé.

La prévention des traumatismes devrait être l'une des principales préoccupations du secteur de la santé, mais les responsabilités en la matière sont aussi partagées par la société. Le secteur de la santé, tout en jouant son rôle traditionnel de dispensateur de soins aux victimes, était aussi bien placé pour engager d'autres secteurs à réduire la charge des traumatismes. Parmi les autres fonctions qu'il pourrait lui-même assurer, il convenait de mentionner l'élaboration de systèmes de recherche et de surveillance et la sensibilisation des responsables politiques et du grand public au problème des traumatismes. Des résultats impressionnants pourraient être obtenus en l'espace de quelques années seulement, comme l'a démontré la réduction de 24 % de la mortalité imputable aux accidents de la route enregistrée dans un pays entre 2002 et 2004.

Un membre du Comité permanent a souligné que les solutions aux problèmes complexes des traumatismes et de la violence devaient émaner d'un grand nombre de secteurs. Beaucoup d'accidents évitables pesaient lourdement sur les ressources des services de santé. Il était important de créer des partenariats, notamment et par exemple avec la Commission européenne, la Conférence européenne des

ministres des Transports et l'OCDE. Une conférence devait être organisée en 2006 sur la prévention des accidents. Elle devrait aider à relever l'énorme défi qui nous attendait.

Dans les débats qui ont suivi, les représentants ont chaleureusement accueilli l'initiative sur les traumatismes. Le moment était bien choisi. Le cadre d'action aiderait les responsables politiques à résoudre ce grave problème de santé publique avec synergie et cohérence tout en faisant le meilleur usage des ressources. Dans beaucoup de pays, le nombre de traumatismes était en augmentation et il semblait y avoir urgence.

Les orateurs ont convenu que des solutions multisectorielles étaient indispensables. Un grand nombre de forces devraient être mobilisées, dont les services de police et de secours, les services de soins primaires, d'hygiène du travail et de protection sociale, les ONG ainsi que toute une série d'autres groupes et services. Les traumatismes devaient être intégrés aux stratégies des systèmes de santé. Comme beaucoup de traumatismes étaient liés à l'alcool, en particulier la violence domestique et les décès dus aux accidents de la route, il importait que les plans nationaux soient compatibles avec les stratégies en matière d'alcool. Un représentant a fait remarquer que le concept de correspondant national ne pouvait être appliqué dans son pays.

L'essentiel des activités consisterait en des mesures préventives, et plusieurs pays ont présenté certaines des actions efficaces qu'ils ont menées, notamment l'élaboration de plans nationaux de prévention des traumatismes, la participation au programme de l'OMS relatif à la sécurité au sein des collectivités, les stratégies contre la violence domestique, l'instauration de divers comités et centres multisectoriels et la mise en place de projets locaux tels que les programmes « safe road to school » (le chemin de l'école en toute sécurité). Il existait tout un arsenal de stratégies fondées sur des bases factuelles qui attendaient d'être mises en œuvre. En dix ans, l'un des États membres avait réussi à diminuer de 40 % les traumatismes provoqués chez l'enfant par les accidents domestiques ou lors d'activités de loisirs.

Certains représentants ont aussi fait part de leurs expériences en matière d'investissements consentis dans la formation professionnelle, l'équipement et les soins d'urgence dispensés aux victimes, soulignant l'importance des soins préhospitaliers sur le terrain afin d'améliorer le traitement des traumatismes et les résultats obtenus. Un système d'intervention en préhospitalier était en cours d'élaboration dans une collectivité locale. Il était essentiel de disposer d'informations exactes : l'un des pays avait, au cours de ces trois dernières années, tenu un registre des accidents, un système national et centralisé qui s'était avéré efficace et qui avait été utilisé par un grand nombre d'organisations. Ces dernières avaient également fourni leurs propres données à ce registre.

Il importait de sensibiliser davantage le public au problème des traumatismes et un certain nombre d'instruments de communication adaptables aux besoins des différents pays devraient être élaborés.

Les traumatismes provoquaient la mort d'une manière soudaine et inattendue, et paralysaient des jeunes pour le reste de leur existence : ils causaient d'énormes préjudices. Ils avaient un impact considérable – sur les individus, les familles, les services de santé, la société et le développement économique général d'un pays. Plusieurs orateurs ont mentionné l'importance qu'ils accordaient aux traumatismes causés aux enfants.

Un représentant a proposé qu'un fonds mondial soit créé pour lutter contre les traumatismes. Certains ont laissé entendre que la réduction des traumatismes d'un quart au cours de ces 20 prochaines années pourrait être un objectif réaliste pour la Région. En octobre 2005 serait organisée, en Grèce, une manifestation préalable à la conférence de 2006, et la prochaine réunion des correspondants nationaux européens de l'OMS pour la prévention de la violence et des traumatismes se tiendrait aux Pays-Bas en novembre 2005.

Un représentant de la Commission européenne a déclaré que la Commission préparait une communication sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité, qui serait suivie par une recommandation du Conseil, probablement en décembre 2005. La collecte et la diffusion des informations

sur les accidents et les traumatismes étaient l'un des principaux moyens d'influencer de manière positive les responsables de la politique sanitaire, les professionnels de la santé et le public. Tout investissement consacré à l'allègement du lourd fardeau des traumatismes serait largement amorti.

La représentante du GTZ, l'Agence allemande de coopération technique, a déclaré que le Rapport mondial sur la violence et la santé (2002) contenait d'impressionnantes bases factuelles dont la compilation était le résultat d'une étroite collaboration de scientifiques et de responsables politiques. La prévention de la violence prendrait de plus en plus d'importance étant donné qu'à tous les niveaux, il y avait une tendance de plus en plus marquée à résoudre les conflits par des actes de violence. Les médias avaient contribué à un climat de violence et en avait fait un phénomène normal de la vie de tous les jours. La violence dirigée contre les femmes n'avait pas nettement diminué et il fallait que l'on s'attaque à ce problème d'une manière plus explicite. Le soutien apporté au programme de l'OMS avait permis d'avancer, de progresser vers un monde où la violence serait l'exception.

Un orateur de l'European Child Safety Alliance (Alliance européenne pour la sécurité des enfants, ECSA) a expliqué la collaboration entre cette ONG et l'OMS. Les traumatismes étaient la principale cause de décès chez les enfants européens. Il s'agissait là d'un problème à multiples facettes qui nécessitait la création de partenariats avec un grand nombre de secteurs. L'ECSA fournissait le soutien d'experts techniques en vue d'aider les pays à élaborer des plans d'action nationaux en matière de sécurité infantile (au moins six pays s'y étaient déjà engagés) et maintenait un réseau de mise en œuvre et de sensibilisation. L'Europe finirait par devenir un continent plus sûr pour les enfants, les familles, les populations et la société.

Un représentant du Siège de l'OMS a fait observer que deux initiatives mondiales avaient stimulé les efforts de lutte contre les traumatismes : un programme sur la prévention des accidents et des traumatismes avait été lancé cinq ans auparavant, et le rapport mondial avait été publié deux ans plus tard. La Région européenne avait été la première à élaborer un programme régional et à réunir les correspondants nationaux. Il serait essentiel de renforcer les capacités. Quelques semaines plus tôt, de nouvelles recommandations de l'OMS avaient été publiées sur les premiers soins de santé primaire, et un programme pédagogique était désormais disponible sur CD-Rom, un module de 40 heures destiné à tous les établissements d'enseignement de la santé publique.

Le directeur du Programme spécial sur la santé et l'environnement a remercié les États membres pour leur soutien cordial et a fait observer que la réduction des traumatismes chez les enfants contribuerait également à la réalisation du but prioritaire régional II du Plan d'action sur l'environnement et la santé des enfants en Europe.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC55/R9.

Prochaine étape de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : renforcer les systèmes de santé

(EUR/RC55/9 Rev.1, /Conf.Doc./5 Rev.1 et /Inf.Doc./1)

Un représentant du CPRC a présenté ce point de l'ordre du jour, en faisant observer que le renforcement des systèmes de santé était un domaine essentiel pour l'élaboration de politiques au sein du Bureau régional. Il s'agissait d'une activité aux multiples aspects, en raison des différences entre les divers systèmes de santé de la Région. Cette question avait été portée à l'attention du Comité régional en raison des possibilités qu'elle offrait d'améliorer la santé des populations desservies et du fait de l'importance des systèmes de santé dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et de l'élaboration de stratégies sanitaires. En outre, la meilleure façon de parer la menace posée par les épidémies consistait à disposer de plans nationaux de préparation qu'il était possible d'élaborer grâce à des systèmes de santé efficaces.

Le directeur de la Division du soutien aux pays a présenté un exposé sur le potentiel des systèmes de santé efficaces à sauver plus de vies. Elle a signalé que l'écart d'espérance de vie à la naissance dans les

années 50 entre pays développés et en développement avait été remplacé par un important écart entre les pays en développement ayant des taux de mortalité élevés et tous les autres (pays développés et en développement ayant des taux de mortalité peu élevés), ce qui indiquait que des facteurs autres que le revenu jouaient un rôle dans cette évolution. De nombreux pays considéraient que l'Europe était riche, mais elle était la seule région qui avait connu une baisse de l'espérance de vie, dans la CEI. En revanche, l'amélioration des taux mondiaux de mortalité infantile avait dépassé les prévisions reposant sur le niveau des revenus. L'analyse des variations de taux de mortalité dans les pays en développement montrait que les soins de santé et des facteurs contextuels jouaient un rôle essentiel par rapport à d'autres facteurs dans l'amélioration des taux de mortalité dans ces pays. Cela était également le cas de nombreux pays d'Europe occidentale. Des progrès techniques avaient fortement réduit les taux de mortalité dus à certaines maladies, ce qui prouvait à nouveau l'importance de systèmes de santé efficaces, qui selon une définition large, englobaient les connaissances et les technologies.

Il n'était plus acceptable de limiter les déterminants de la santé à la pauvreté, etc. En effet, le développement économique, la démocratie, les valeurs sociétales et, aspect très important, l'efficacité du système de santé avaient tous des conséquences sur les résultats obtenus en matière de santé. La recherche avait montré que des contraintes liées aux systèmes de santé empêchaient la mise en œuvre d'importantes initiatives mondiales en faveur de la santé et de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ; par conséquent, il importait d'agir sur ces contraintes. Le projet de stratégie du Bureau régional sur les objectifs du Millénaire pour le développement en Europe et les documents EUR/RC55/9 Rev.1 et EUR/RC55/Conf.Doc./5 Rev.1 visaient à aider les États membres à triompher de tels défis.

Le cadre de l'OMS relatif aux performances des systèmes de santé comprenait trois buts (amélioration de la santé, niveau et équité ; équité de la contribution financière avec protection contre les risques financiers, et réactivité) et quatre fonctions (prestation des services, financement, obtention de ressources et direction/gouvernance). L'amélioration de la santé était le but général du système de santé, qui serait réalisé grâce à un ensemble d'interventions portant sur les individus (services de santé individuels), les populations dans leur ensemble (services de santé collectifs), l'action intersectorielle et d'autres facteurs (déterminants sociaux).

La difficulté consistait à trouver les moyens de rendre les systèmes de santé des États membres aussi efficaces que possible dans chaque contexte particulier ; il ne serait donc pas possible d'avoir une seule stratégie pour tous les pays. Il y avait moyen d'améliorer la santé en adoptant des objectifs nationaux spécifiques tels qu'une réduction des taux de mortalité infantile et maternelle, qui seraient ensuite traduits en un ensemble d'objectifs intermédiaires tels que l'augmentation de la couverture vaccinale, l'amélioration des soins prénatals et d'accouchement, un accès plus facile à des services d'accouchement et une amélioration de la nutrition de la mère et du nourrisson. Il serait ensuite nécessaire de définir, pour l'ensemble des fonctions, des réformes qui pourraient être liées de façon optimale aux objectifs. Par exemple, les principaux obstacles à une mise en œuvre efficace des interventions visant à traiter la tuberculose en Europe n'étaient pas le manque de connaissances ; les problèmes étaient systémiques et exigeaient une action coordonnée et multifonctionnelle.

Le Bureau régional était résolu à promouvoir une démarche pour améliorer le soutien aux États membres dans le domaine des systèmes de santé par les moyens suivants : une amélioration des activités dans les pays, en privilégiant les systèmes de santé dans les programmes verticaux ; la mise en place de partenariats avec d'autres parties prenantes, pour renforcer les systèmes de santé ; l'octroi d'une importance particulière au soutien de certaines politiques et interventions reposant sur des informations factuelles ; et l'apprentissage par l'action, sur la base d'une surveillance et d'une évaluation transparentes des réformes.

Le président de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients a fait observer qu'un élément essentiel du renforcement des systèmes de santé consistait à améliorer la sécurité des patients. Depuis 2004, année de création de l'Alliance, des réunions sur cette question avaient été tenues dans cinq des six régions de l'OMS. Environ 140 États membres avaient manifesté de l'intérêt pour une participation aux travaux de l'Alliance, dont de nombreux pays d'Europe. Les défis auxquels les États membres étaient confrontés en

matière d'amélioration de la sécurité des patients étaient similaires. L'Alliance devait jouer un rôle important en aidant à coordonner et à accélérer l'amélioration de la sécurité des patients dans le monde. Les progrès accomplis depuis 2004 comprenaient l'élaboration d'un Défi mondial pour la sécurité des patients, qui prévoyait des actions menées par les États membres pendant une période de deux ans. Les infections liées aux soins de santé avaient été retenues comme thème du premier Défi, qui serait lancé par le directeur général de l'OMS à Genève (Suisse), en octobre 2005. Une campagne internationale de sensibilisation à l'hygiène des mains serait menée, les pays seraient invités à annoncer le versement de contributions pour la réalisation de mesures visant à réduire les infections liées aux soins de santé et à diffuser les résultats, et l'application des nouveaux principes directeurs de l'OMS sur l'hygiène des mains serait testée dans certains districts du monde entier.

Un deuxième domaine d'action de l'Alliance mettait en évidence le rôle important que les patients et leur famille jouaient dans l'amélioration de la sécurité des patients. L'Alliance prévoyait d'organiser un atelier sur ce thème en novembre 2005, à l'occasion du Sommet de la sécurité des patients de l'UE qui était organisé dans le cadre de la présidence du Royaume-Uni. Un troisième domaine d'action était constitué par les travaux relatifs à une taxonomie internationale pour la sécurité des patients, dont l'objet était de faciliter l'agrégation et l'analyse de données provenant de différents pays. Les autres domaines d'action étaient la collecte de données sur la sécurité des patients, en particulier dans les pays en développement, la fixation de priorités pour de futurs travaux de recherche, la mise à disposition des meilleures informations factuelles sur la façon de réduire les risques lors de la dispense des soins de santé et d'améliorer leur sécurité, et la contribution à l'élaboration de principes directeurs de l'OMS concernant les systèmes de notification relatifs à la sécurité des patients. Il serait rendu compte des progrès accomplis dans tous ces domaines lors de la deuxième Journée annuelle de l'Alliance, qui aurait lieu à Moscou (Fédération de Russie), en décembre 2005.

Au cours du débat qui a suivi, les intervenants se sont félicités de la réorientation, à un moment approprié, de la stratégie de pays du Bureau régional vers le renforcement des systèmes de santé. Plusieurs exemples ont été donnés de récentes réformes de systèmes de santé dans la Région et de la nécessité d'une démarche systémique. Il a été reconnu que l'information, le savoir et l'assistance technique de l'OMS étaient cruciaux pour la mise en œuvre de réformes, et qu'il fallait tirer les enseignements de l'expérience d'autres pays, comme l'indiquait la démarche proposée par le Bureau régional. Cependant, les différences entre les situations des différents pays ne devaient pas être perdues de vue et il convenait d'adopter une démarche souple.

Un représentant s'exprimant au nom des pays scandinaves a souligné l'importance de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, qui devaient mettre l'accent sur les services de soins de santé primaires. La question du personnel de santé était particulièrement pertinente compte tenu de l'exposé sur la sécurité des patients, dont les conclusions étaient applicables à tous les pays. La complexité des facteurs qui influencent les systèmes de santé a été reconnue, en particulier le fait qu'un grand nombre d'entre eux se situaient en dehors du domaine d'action des ministères de la Santé. Une collaboration intersectorielle était essentielle.

Plusieurs orateurs ont souligné que l'OMS devait coopérer étroitement avec l'UE, l'OCDE, la Banque mondiale et d'autres organisations internationales dans le domaine des systèmes de santé, notamment en ce qui concerne l'organisation de la conférence ministérielle projetée. L'idée d'une conférence a été reçue très favorablement et le représentant de l'Estonie a proposé que son pays l'accueille.

D'autres questions devaient être examinées au cours de la phase suivante de la stratégie de pays du Bureau régional dans le domaine des systèmes de santé : la sauvegarde de la santé sexuelle et reproductive, l'égalité entre les sexes, les systèmes de gestion des connaissances et la nécessité d'une action concertée pour lutter contre les maladies non transmissibles. Un certain nombre d'intervenants ont fait observer qu'il existait des liens entre les buts de la Santé pour tous et certains des objectifs du Millénaire pour le développement, en soulignant qu'il était important de préserver la clarté. Une politique du Bureau régional sur une clarification plus poussée des méthodes de travail proposées serait appréciée.

Plusieurs représentants ont estimé que les questions soulevées par le document sur la phase suivante de la stratégie de pays étaient d'une complexité et d'une pertinence telles dans la situation actuelle qu'il était nécessaire de procéder à d'autres discussions, débats et consultations avec les États membres afin de produire une stratégie mieux charpentée, en particulier compte tenu des préparatifs de la conférence ministérielle.

La représentante du Conseil de l'Europe a informé le Comité que son organisation menait actuellement une étude sur la sécurité et la qualité dans le domaine des soins de santé, avec adoption d'un projet de recommandation d'ici à la fin de 2005, ainsi qu'une étude sur l'équité entre les sexes en matière d'accès aux soins de santé, qui serait achevée d'ici à la fin de 2006.

Le directeur du Département de l'action en faveur des pays du Siège de l'OMS a parlé de l'importance de la politique de l'Organisation en matière de soutien aux pays, en disant que la réforme et le renforcement des systèmes de santé correspondaient aux besoins prioritaires exprimés par les États membres. Le dialogue et le partenariat, s'ils allaient de pair avec une capacité adéquate dans l'Organisation et les pays, garantiraient le succès de la deuxième phase de la Stratégie de pays du Bureau régional.

Le directeur du Département du financement des systèmes de santé du Siège de l'OMS a fait l'éloge de l'initiative visant à établir un lien entre le développement des systèmes de santé et le soutien aux pays, car il s'agissait d'une démarche très efficace proposée par le Bureau régional de l'Europe. Il a signalé que l'OMS, l'OCDE et la Commission européenne s'employaient à coordonner leurs demandes d'informations sanitaires adressées aux pays. Un important résultat obtenu avait été la mise à jour de statistiques concernant les dépenses privées de santé, dans le cadre d'une collaboration du Bureau régional et du Siège de l'OMS avec d'autres partenaires.

Le directeur de la Division du soutien aux pays a répondu que le document se voulait un appel à l'action pour le lancement d'une initiative. Les activités relatives à la Stratégie se poursuivraient sur la base d'un dialogue et de consultations avec les États membres au cours du processus qui déboucherait sur la conférence ministérielle.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC55/R8.

Onzième Programme général de travail 2006–2015 (RC/2005/2)

Le directeur général adjoint pour la gestion générale a décrit le processus par lequel le onzième Programme général de travail était élaboré. Ce processus, qui avait commencé en mai 2004 par l'approbation de l'avant-projet par le Conseil exécutif, comporterait des consultations avec les États membres de l'OMS, le secrétariat de l'OMS, des organismes du système des Nations Unies et des organisations intergouvernementales, la société civile et d'importantes parties prenantes. Il s'achèverait par la présentation du document complet au Comité exécutif en janvier 2006 et à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2006.

Il a décrit brièvement les principaux problèmes relatifs à la santé qui avaient été recensés jusqu'à présent, à savoir des insuffisances en matière de synergie et de responsabilité (en raison du caractère multisectoriel de la santé), de mise en œuvre, de justice sociale (équité et droits de l'homme) et de connaissances. L'objet du projet de programme sanitaire mondial était d'orienter les réactions des États membres, de l'OMS et d'autres partenaires et acteurs, de définir les domaines prioritaires et d'étudier les actions à mener dans chacun d'eux pour surmonter les obstacles et contribuer à remédier à ces insuffisances, et de mener une action de sensibilisation concernant la façon dont des partenariats nouveaux ou redynamisés pouvaient mieux répondre aux besoins sanitaires mondiaux. Il a invité le Comité régional à présenter des observations sur le projet de programme général, en particulier sur le projet de programme sanitaire mondial et ses incidences pour les États membres et les travaux futurs de l'OMS.

Au cours de la discussion qui a suivi, de nombreux orateurs ont fait l'éloge du projet de programme général. Diverses modifications ont été proposées : les insuffisances en matière de recherche scientifique et de finance (et de volonté politique) devaient également figurer dans la liste des problèmes relatifs à la santé ; le quatrième domaine prioritaire devrait être rebaptisé « Réduire les effets sanitaires de la pauvreté » et le texte correspondant devait mentionner les efforts accomplis par les différents secteurs de la société. On a demandé plus d'informations sur des questions diverses : les mécanismes de renforcement du rôle dirigeant de l'OMS ; les tâches dont l'OMS ne pouvait pas s'acquitter actuellement (ses limites), les secteurs dans lesquels elle souhaitait intensifier ses activités, et les nouvelles compétences qui seraient nécessaires ; les conséquences de la mondialisation (en particulier la migration du personnel de santé) ; la menace posée par la résistance antimicrobienne ; l'importance de la sécurité des patients et du recours à des interventions fondées sur des informations factuelles et des connaissances ; les possibilités d'utiliser les technologies de l'information et de la communication ; et la façon dont le programme général serait utilisé dans la pratique et servirait de guide à l'Organisation. On a fait observer que les pays d'Europe occidentale éprouvaient également des difficultés pour définir l'orientation de leurs systèmes de santé. Plusieurs orateurs ont souligné que l'OMS devait participer aux réformes mises en œuvre par les Nations Unies, promouvoir le programme général et assurer l'adhésion à celui-ci par tous les États membres grâce à un processus de consultation.

S'exprimant au nom des États membres de l'UE, des pays devant prochainement y adhérer et des pays candidats, un représentant a regretté que le Comité régional n'ait eu la possibilité de formuler des observations que sur le résumé, contrairement aux attentes fondées sur les discussions qui avaient eu lieu au cours de la session du Conseil exécutif. Il a demandé plus d'informations sur les activités connexes, pour mieux comprendre la vision générale des choses et l'orientation adoptées, ainsi qu'une explication plus claire du rôle précis de l'OMS dans l'exécution du projet de programme sanitaire mondial. Deux questions préoccupaient particulièrement l'UE : d'une part la nécessité de favoriser des partenariats tout en évitant des doubles emplois et des recoupements avec les travaux d'autres organismes internationaux et, d'autre part, la définition du rôle de l'OMS en ce qui concerne les aspects sanitaires d'autres domaines tels que le commerce international. Pour ce qui est des projets de domaines prioritaires présentés dans le résumé, il a suggéré que le document principal devrait donner des informations détaillées sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dans le cadre du mandat essentiel de l'OMS, sur les liens horizontaux entre les différents domaines prioritaires (pour assurer une démarche cohérente) et sur l'importance accordée à la prévention des maladies et à la promotion de la santé. Des informations plus détaillées seraient également appréciées en ce qui concerne le financement des systèmes de santé (les différences entre les États membres devant être reconnues), les questions relatives à l'équité et à la réduction des inégalités de santé, les effets des activités de la Commission des déterminants sociaux de la santé, la recherche en santé publique et les démarches axées sur les spécificités des sexes. Les États membres de l'UE ont invité le directeur régional à envisager des moyens de les consulter, eux et leurs principaux partenaires (en particulier la Commission européenne) au sujet du développement du Programme général.

Une autre oratrice a suggéré que le document devrait être plus stratégique et davantage axé sur l'action, et inclure un mécanisme clair pour la mise en œuvre et l'examen, qui devrait permettre d'obtenir des informations en retour en vue de l'élaboration d'un instrument actualisé. Compte tenu du rôle crucial de la promotion de la santé dans les travaux futurs de l'Organisation, elle s'est étonnée du fait que cette question ne figurait pas dans le projet d'ordre du jour de la réunion du Conseil exécutif de janvier 2006.

Dans sa réponse, le directeur général adjoint a remercié le Comité régional de son appui et de ses suggestions, qui étaient très utiles et seraient prises en compte lors de la révision du document. Des consultations avaient lieu avec des organisations partenaires à Genève, à New York et à Washington en vue de discuter des domaines intéressant les diverses parties. Il a dit qu'il s'efforcerait d'organiser une consultation régionale sur le programme général une fois que le projet du document intégral serait prêt.

Élections et désignations

(EUR/RC55/5 Rev. 1)

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

Conseil exécutif

Le Comité a décidé par consensus que le Danemark, la Slovénie et la Turquie présenteraient leur candidature à l'Assemblée de la santé en mai 2006 pour une élection ultérieure au Conseil exécutif. Le Comité a aussi convenu par consensus que la Lettonie devrait présenter sa candidature à l'Assemblée de la santé en 2006, si les amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS entraient en vigueur avant l'ouverture de l'Assemblée de la santé.

Comité permanent du Comité régional

Le Comité a convenu par consensus d'élire l'Italie, les Pays-Bas et la Serbie-et-Monténégro pour des mandats d'une durée de trois ans au CPR (de septembre 2005 à septembre 2008).

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

Le Comité a convenu par consensus de sélectionner l'Arménie pour un mandat au Comité Politiques et coordination pour une période de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2006.

Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2006 et 2007

(EUR/RC55/Conf.Doc./9)

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC55/R3, confirmant que sa cinquante-sixième session se tiendrait au Bureau régional de Copenhague du 11 au 14 septembre 2006 et fixant les modalités visant à décider du lieu de la cinquante-septième session, en 2007.

Séances d'information technique

Dans le cadre de la session, trois séances d'information technique ont été tenues : une séance sur les options pour l'organisation du système sanitaire et le financement du secteur de la santé en Roumanie, organisée par le ministère roumain de la Santé, et deux séances organisées par le secrétariat, l'une sur l'obésité, la diététique et l'exercice physique, et l'autre sur le renforcement de la préparation et de l'action face à la pandémie de grippe.

Résolutions

EUR/RC55/R1

Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Réaffirmant que l'usage nocif de l'alcool est l'une des grandes préoccupations de santé publique, la consommation la plus élevée et les méfaits les plus importants étant observés dans la Région européenne de l'OMS ;

Rappelant sa résolution EUR/RC42/R8, par laquelle il a approuvé les première et deuxième phases du Plan d'action européen contre l'alcoolisme, et la Charte européenne sur la consommation d'alcool adoptée lors de la Conférence européenne « Santé, société et alcool » à Paris en décembre 1995 ;

Rappelant ses résolutions EUR/RC49/R8 et EUR/RC51/R4, par lesquelles il a, respectivement, approuvé la troisième phase du Plan d'action européen contre l'alcoolisme, et souscrit à la Déclaration sur les jeunes et l'alcool adoptée lors de la Conférence ministérielle de l'OMS sur les jeunes et l'alcool à Stockholm en février 2001 ;

Rappelant la résolution WHA58.26 de l'Assemblée mondiale de la santé sur les problèmes de santé publique causés par l'utilisation nocive de l'alcool ;

Reconnaissant que les méfaits de l'alcool constituent un problème paneuropéen qui a des conséquences graves pour la santé publique et le bien-être humain et social affectant les individus, les familles, les populations et la société dans son ensemble, et exige une coopération internationale accrue et la participation de tous les États membres à une action financièrement rationnelle, appropriée et globale, tenant dûment compte des diversités religieuses et culturelles ;

Reconnaissant l'existence de différences socioéconomiques et culturelles, de critères biologiques et génétiques spécifiques et de variations dans la santé physique et mentale ;

Notant le besoin de promouvoir et de renforcer davantage la sensibilisation du public aux mesures efficaces pour combattre les méfaits de l'alcool et l'engagement politique envers ces mesures ;

Reconnaissant les menaces que représentent, pour la santé publique, les facteurs ayant induit une disponibilité accrue de l'alcool et une plus grande accessibilité à ces boissons dans certains États membres ;

Reconnaissant qu'il importe de faire en sorte qu'une démarche multidisciplinaire et multisectorielle soit une idée maîtresse de la mise en œuvre du Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS ;

Conscient que les préoccupations de santé publique concernant les méfaits de l'alcool doivent être prises en compte de façon adéquate lors de l'élaboration de la politique économique et commerciale aux niveaux national et international ;

Reconnaissant le rôle de chef de file de l'OMS dans la promotion de la collaboration internationale pour la mise en œuvre de politiques en matière d'alcool efficaces et reposant sur des bases factuelles ;

1. SOUSCRIT au Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS décrit à grands traits dans le document EUR/RC55/11 en tant que cadre d'orientation stratégique et ensemble d'options pour une politique destinés aux États membres de la Région européenne, tenant

compte des engagements politiques existants, ainsi que des nouveaux développements, défis et possibilités d'action nationale et internationale ;

2. PRIE INSTAMMENT les États membres :

- a) d'utiliser le Cadre pour élaborer ou, le cas échéant, réviser des politiques nationales en matière d'alcool et des plans d'action nationaux concernant l'alcool ;
- b) de renforcer la collaboration internationale face à l'ampleur croissante de difficultés et menaces communes et transfrontalières dans ce domaine ;
- c) de promouvoir une démarche multisectorielle et reposant sur des bases factuelles, qui reconnaisse le besoin d'un engagement politique et l'importance d'encourager la mobilisation et la participation des populations et de la société civile dans les mesures nécessaires pour prévenir ou réduire les méfaits de l'alcool ;
- d) de promouvoir des politiques d'absence d'alcool dans un nombre croissant de lieux et de circonstances, tels que le lieu de travail, la conduite de véhicules dans son ensemble, les environnements des jeunes et la grossesse ;

3. PRIE INSTAMMENT les organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales, ainsi que les organisations d'entraide, de soutenir le Cadre et de coopérer avec les États membres et le Bureau régional pour maximiser les effets des efforts accomplis conformément au Cadre pour réduire les conséquences sanitaires et sociales négatives des méfaits de l'alcool ;

4. PRIE le directeur régional :

- a) d'obtenir des ressources pour mener des activités appropriées de promotion de la santé, de prévention des maladies, de recherche sur la prise en charge des maladies, d'évaluation et de surveillance dans la Région conformément aux buts du Cadre ;
- b) de coopérer avec les États membres et les organisations et de les aider dans les efforts qu'ils accomplissent pour prévenir ou réduire les méfaits résultant de la consommation d'alcool et, de ce fait, l'ampleur des problèmes d'alcool dans la Région ;
- c) de mobiliser d'autres organisations internationales pour poursuivre les buts du Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région ;
- d) de poursuivre, de réviser et de mettre à jour le Système européen d'information sur l'alcool pour tenir compte du nouveau Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région et d'inclure une base de données juridique dans ce système ;
- e) d'organiser la réalisation et la publication d'un examen de la situation et des progrès accomplis à l'égard des problèmes et des politiques concernant l'alcool dans la Région, afin de le présenter au Comité régional tous les trois ans.

EUR/RC55/R2

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale

Le Comité régional,

Reconnaissant que la santé mentale représente actuellement l'un des plus grands défis pour tous les États membres de la Région européenne de l'OMS, et que la santé mentale et le bien-être mental sont des conditions fondamentales à la qualité de la vie et à la productivité des individus, des familles, des populations et des nations ;

Rappelant la résolution EB109.R8 adoptée en janvier 2002 par le Conseil exécutif de l'OMS, soutenue par la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA55.10 adoptée en mai 2002, dans laquelle il est demandé aux États membres de l'OMS d'adopter des politiques, des programmes et une

législation en matière de santé mentale tenant compte des connaissances actuelles et de considérations relatives aux droits de l'homme, en consultation avec toutes les parties concernées ;

Rappelant son engagement à la résolution EUR/RC53/R4, adoptée en septembre 2003, et dans laquelle le Comité a exprimé sa préoccupation de constater que la charge de morbidité imputable aux affections mentales ne diminue pas et qu'un grand nombre de personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne reçoivent pas le traitement et les soins dont ils ont besoin, malgré l'élaboration d'interventions efficaces, et dans laquelle il est demandé au directeur régional de prendre des dispositions en vue de la tenue, à Helsinki (Finlande) en janvier 2005, d'une conférence ministérielle sur la santé mentale en Europe ;

1. FÉLICITE le Bureau régional de l'Europe pour l'organisation de la première Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale dans le cadre d'un partenariat efficace avec la Commission européenne et le Conseil de l'Europe ;

2. SOUHAITE exprimer sa profonde gratitude au gouvernement finlandais pour avoir accueilli la Conférence ministérielle ;

3. REMERCIE les gouvernements belge, estonien, français, grec, luxembourgeois et russe d'avoir accueilli les réunions préalables à la Conférence et qui ont contribué de manière significative à la préparation réussie de ladite Conférence, ainsi qu'au gouvernement belge qui a également accueilli une réunion consultative en vue de négocier la Déclaration et le Plan d'action préalablement à la Conférence ministérielle ;

4. SOUTIENT avec satisfaction la collaboration massive et efficace avec les organisations non gouvernementales, dont celles regroupant les patients et les membres de leur famille, les professionnels de la santé et d'autres partenaires ;

5. APPROUVE la Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe adoptée à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, tenue à Helsinki en janvier 2005, ainsi que le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe, approuvée par la Déclaration ;

6. PREND ACTE des cinq priorités de la prochaine décennie :

- a) mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental ;
- b) lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité, et responsabiliser et soutenir les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et leur famille de manière à ce qu'elles puissent participer activement à ce processus ;
- c) concevoir et mettre en place des systèmes de santé mentale complets, intégrés et efficaces englobant la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale ;
- d) répondre au besoin de disposer d'un personnel soignant compétent et efficace dans tous ces domaines ;
- e) reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et des aidants, et s'en inspirer largement dans la planification et l'élaboration des services de santé mentale ;

7. PRIE INSTAMMENT les États membres de s'attaquer à ces priorités de la manière suivante :

- a) en assumant les responsabilités auxquelles ils se sont engagés dans la Déclaration, dans le respect des politiques et des structures constitutionnelles de leur pays, et en fonction du contexte et des besoins nationaux et sous-nationaux, et des ressources disponibles à ces niveaux ;

- b) en franchissant les étapes importantes convenues dans le Plan d'action d'ici 2010 ;
- c) en élaborant, mettant en œuvre et renforçant des politiques globales de santé mentale en vue de parvenir au bien-être mental et à l'intégration sociale des personnes souffrant de problèmes mentaux par l'adoption de mesures appropriées dans les douze domaines d'action répertoriés dans le Plan d'action ;

8. DEMANDE au directeur régional de prendre les mesures nécessaires afin que le Bureau régional apporte son soutien total à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de santé, et afin de garantir l'octroi d'une priorité et de ressources adéquates aux activités et aux programmes visant à réaliser les engagements pris dans la Déclaration et le Plan d'action en menant des actions dans les domaines suivants :

- a) partenariat : encourager la coopération avec les organisations intergouvernementales, dont la Commission européenne et le Conseil de l'Europe, ainsi que les organisations non gouvernementales ;
- b) information sanitaire : soutenir les États membres dans la mise en place d'une surveillance de la santé mentale et la production de données comparatives quant aux progrès réalisés en mettant l'accent sur les améliorations de la santé mentale et l'évolution des effets sur la santé mentale ;
- c) recherche : établir un réseau de centres collaborateurs dans le secteur de la santé mentale offrant des possibilités de partenariats internationaux, de recherche de qualité et d'échange de chercheurs ;
- d) élaboration de politiques et de services : offrir aux gouvernements l'expertise nécessaire pour soutenir une réforme de la santé mentale par la mise en œuvre de politiques efficaces incluant la mise en place d'une législation adéquate, la définition de services et la création d'un réseau de collaborateurs et d'experts nationaux ;
- e) sensibilisation : informer et assurer le suivi des politiques et des activités visant à promouvoir les droits de l'homme et l'intégration des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, à réduire la stigmatisation et la discrimination dont ils sont victimes et à responsabiliser les patients, leur entourage et les organisations non gouvernementales ;

9. SOUTIENT le Plan d'application du Bureau régional pour la santé mentale en Europe 2005–2010 qui sert de cadre aux efforts et aux activités mis en place par l'OMS pour atteindre les objectifs de la Déclaration et du Plan d'action sur la santé mentale, et recense les ressources nécessaires pour y parvenir, comme l'ont demandé les États membres lors de la Conférence ministérielle d'Helsinki ;

10. DEMANDE au directeur régional de faire régulièrement état au Comité régional des progrès réalisés.

EUR/RC55/R3

Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2006 et 2007

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution EUR/RC54/R7 ;

1. CONFIRME que la cinquante-sixième session aura lieu au Bureau régional de l'Europe, à Copenhague, du 11 au 14 septembre 2006 ;

2. DÉCIDE ÉGALEMENT que la cinquante-septième session aura lieu au Bureau régional de l'Europe à Copenhague, du 17 au 20 septembre 2007, à moins que le directeur régional ne reçoive une invitation ferme à des conditions acceptables d'un État membre d'ici au 1er janvier 2006, auquel cas le

directeur régional le fera savoir à la cinquante-sixième session du Comité régional, qui prendra la décision finale sur cette question.

EUR/RC55/R4

Politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : version actualisée 2005

Le Comité régional,

Rappelant la résolution EUR/RC48/R5 relative au renouvellement de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous pour le XXI^e siècle ;

Ayant pris en considération le document EUR/RC55/8 sur l'actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous ;

Réaffirmant les valeurs de base de la Santé pour tous et le besoin d'associer ces valeurs à une action pratique par le biais d'une gouvernance éthique, reposant sur des valeurs ;

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

Reconnaissant l'intérêt exprimé afin que la politique-cadre de la Santé pour tous donne lieu à un processus continu et de durée indéterminée de part et d'autre de la Région ;

1. APPROUVE la version actualisée de 2005 de la politique-cadre de la Santé pour tous en vue d'orienter l'élaboration des politiques sanitaires des États membres ;

2. PRIE les États membres :

- a) d'utiliser le cas échéant la version actualisée de la politique-cadre de la Santé pour tous lors du processus d'élaboration ou d'actualisation de leurs politiques, stratégies et plans d'action nationaux pour le développement de la santé ;
- b) de faire référence aux valeurs ainsi reconfirmées de la Santé pour tous et de les respecter, et d'adopter la stratégie de gouvernance éthique, reposant sur des valeurs, proposée dans la version actualisée ;
- c) d'utiliser dans leur processus de prise de décisions, lorsque cela est approprié, les outils ainsi que les points à vérifier proposés dans la version actualisée ;
- d) de contribuer au processus régional et de durée indéterminée axé sur la Santé pour tous, en proposant au Bureau régional des études de cas liées à l'actualisation de la politique-cadre ;

3. PRIE le directeur régional :

- a) de soutenir les États membres dans l'utilisation de la politique-cadre de la Santé pour tous en vue d'actualiser leurs propres politiques nationales de développement de la santé ;
- b) de garantir la diffusion de la version actualisée de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous auprès d'autres organisations internationales ;
- c) de diriger le processus régional de durée indéterminée axé sur la Santé pour tous en rassemblant des études de cas et d'autres données nationales d'expérience et de les partager avec les autres pays ;
- d) de soumettre au Comité régional en 2006 un document de suivi relatif aux indicateurs coordonnés et, lorsque cela est possible, présentés avec le Siège de l'OMS, l'OCDE et

EUROSTAT susceptibles d'être utilisés pour contrôler la mise en œuvre de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous dans les différents pays ;

- e) d'évaluer l'impact de cette actualisation dans les États membres et de présenter un rapport d'avancement au Comité régional en 2008 afin que celui-ci prenne une décision quant aux actions futures.

EUR/RC55/R5

Rapport du douzième Comité permanent du Comité régional

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du douzième Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC55/4 et EUR/RC55/4 Add.1) ;

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

EUR/RC55/R6

Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents

Le Comité régional,

Rappelant la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA56.21 relative à la stratégie pour la santé et le développement des enfants et des adolescents ;

Rappelant sa résolution EUR/RC53/R7 dans laquelle il a été demandé au directeur régional d'élaborer une stratégie européenne en faveur de la santé des enfants et des adolescents, en collaboration avec les États membres, et de la présenter au Comité régional à sa cinquante-cinquième session, sa résolution EUR/RC52/R9 sur l'Amplification de l'action contre le VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS, sa résolution EUR/RC54/R3 sur l'Environnement et la santé et la Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe (Helsinki, 2005) ;

Reconnaissant le droit des enfants et des adolescents de jouir du meilleur état de santé possible et d'accéder aux soins de santé, tel qu'il est inscrit dans les instruments relatifs aux droits de l'homme et convenu au niveau international ;

Reconnaissant que la santé et la prospérité futures de la Région seront largement déterminées par les investissements consentis dans la santé et le développement des enfants et des adolescents d'aujourd'hui ;

Reconnaissant que des enfants en bonne santé sont plus enclins à devenir des adultes en bonne santé qui joueront un rôle majeur dans l'instauration d'une société plus productive, et imposeront moins de contraintes au système sanitaire ;

Faisant observer que l'amélioration de la santé et du développement des enfants et des adolescents est étroitement liée à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ;

Conscient du fait que la santé est déterminée par l'environnement physique, économique, social, familial, scolaire et éducatif, ainsi que par la qualité des soins de santé dispensés, et que les enfants et les adolescents ont besoin de grandir dans un environnement soucieux de leur bien-être, et qui favorise également l'égalité entre les sexes, afin de devenir des adultes en bonne santé ;

Conscient des nombreuses menaces à la santé des enfants et des adolescents auxquelles aucune société, qu'elle soit riche ou pauvre, ne peut se soustraire ;

1. ADOPTE la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents ;
2. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres :
 - a) de prendre des mesures afin d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies intégrées pour la santé des enfants et des adolescents conformément à la stratégie régionale, tenant compte de la disparité des environnements et pratiques épidémiologiques, économiques, sociaux, juridiques et culturels ;
 - b) d'accorder une grande priorité à l'amélioration de la santé et du développement des enfants et des adolescents par une sensibilisation au plus haut niveau, et en amplifiant les programmes dans ce domaine, en garantissant la mise à disposition de ressources nationales adéquates, en créant des partenariats et en assurant un engagement politique durable ;
3. PRIE le directeur régional :
 - a) de veiller à ce que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe apporte un soutien adéquat et approprié, y compris l'obtention de ressources, aux États membres dans leurs efforts visant à élaborer et à mettre en œuvre des politiques et des stratégies nationales pour la santé et le développement des enfants et des adolescents ;
 - b) de faire rapport à la cinquante-huitième session du Comité régional des progrès réalisés dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre de telles stratégies dans la Région européenne.

EUR/RC55/R7

Renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Rappelant les objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies et les *Orientations stratégiques pour améliorer la santé et le développement des enfants et des adolescents*, qui citent la vaccination comme l'une des stratégies visant à lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants de moins de cinq ans et contribuant à combattre les problèmes de pauvreté chez les populations à haut risque et vulnérables, les recommandations de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants (2002) et les résolutions WHA56.20, WHA56.21 et WHA58.15 de l'Assemblée mondiale de la santé, portant respectivement sur la réduction de la mortalité par rougeole, sur la stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, et sur le projet de stratégie mondiale de vaccination ;

Reconnaissant que la vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces par rapport à son coût et que, depuis des dizaines d'années, les programmes de vaccination font partie

intégrante des systèmes de santé publique et constituent l'une des mesures de prévention essentielles dans le cadre des soins de santé primaires de la Région européenne ;

Reconnaissant que la certification de l'éradication de la poliomyélite, en 2002, a été le résultat d'activités menées de concert par l'ensemble des États membres de la Région afin de veiller à ce que tous les enfants soient protégés par la vaccination et qu'un dispositif performant doit être maintenu pour la surveillance du virus de la poliomyélite jusqu'à la proclamation de l'éradication de cette maladie dans le monde entier ;

Conscient des résultats obtenus dans la lutte contre les maladies grâce à la mise en place de programmes de vaccination performants, mais aussi de la nécessité de leur accorder une attention suivie et un soutien ferme pour conserver ces acquis et enregistrer de nouveaux progrès, y compris par l'introduction de nouveaux vaccins à l'efficacité scientifiquement démontrée ;

Gardant à l'esprit le fait qu'il y a, dans la Région européenne, des populations à haut risque et vulnérables qui ne bénéficient toujours pas d'une couverture vaccinale adéquate vu leur accès restreint à des services de soins primaires, et ce pour des raisons géographiques, culturelles, ethniques ou socio-économiques, ainsi qu'à cause d'une méfiance infondée à l'égard des vaccinations ;

Proclamant que les enfants ont droit au niveau de santé le plus élevé qu'il est possible d'atteindre, ainsi qu'à un accès équitable aux systèmes de santé, et qu'il est nécessaire d'obtenir et de maintenir un taux de couverture élevé en matière de vaccins de l'enfance afin d'assurer la protection de tous les enfants et de limiter autant que possible la transmission des maladies ;

Faisant observer que la réduction de la mortalité par la rougeole facilitera la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans le monde et que la rubéole est une cause reconnue et évitable de graves anomalies congénitales ;

Convenant que la rougeole et la rubéole peuvent être éradiquées dans la Région européenne de l'OMS et que la rubéole congénitale peut être prévenue par l'administration systématique d'un vaccin associé rougeole-rubéole suivant un calendrier à deux doses dans le cadre des programmes de vaccination des enfants, par la mise en place et le maintien d'une couverture vaccinale étendue et par un ciblage des populations à risque, dont les femmes en âge de procréer ;

Ayant examiné le document EUR/RC55/6 sur la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents et le document EUR/RC55/7 sur le renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS ;

1. PRIE INSTAMMENT les États membres :

- a) de s'engager en faveur des objectifs d'éradication de la rougeole et de la rubéole et de prévention de la rubéole congénitale pour 2010 et d'en faire l'une de leurs grandes priorités ;
- b) de mettre en place des programmes de vaccination systématique en atteignant et en maintenant une couverture vaccinale infantile étendue et en veillant à ce que tous les enfants, adolescents et femmes en âge de procréer aient également accès à des services de vaccination sûrs, de haute qualité ;
- c) de veiller à ce que le niveau de surveillance soit suffisant pour concrétiser durablement les objectifs d'éradication, notamment par le recours aux réseaux de laboratoires requis pour la rougeole, la rubéole, la rubéole congénitale et la poliomyélite ;
- d) d'apporter leur soutien, si nécessaire, à l'organisation d'une semaine de la vaccination dans la Région pour une action de sensibilisation visant à favoriser la vaccination ;

- e) d'encourager les partenariats indiqués, y compris des plans en vue d'une coopération intersectorielle, avec les organismes publics et intergouvernementaux, les organisations non gouvernementales et autres partenaires compétents, dont le secteur privé et les entreprises, afin d'assurer le renforcement des services de vaccination systématique et la concrétisation des objectifs d'éradication ;
2. INVITE le directeur régional :
- a) à soutenir et préconiser des efforts conjugués avec les États membres, les organismes publics et intergouvernementaux, les organisations non gouvernementales et autres partenaires compétents afin de consacrer des ressources au renforcement des systèmes nationaux de vaccination systématique, à la concrétisation des objectifs d'éradication de la rougeole et de la rubéole et de prévention de la rubéole congénitale, ainsi qu'à l'organisation d'une semaine de la vaccination dans la Région ;
 - b) à donner aux États membres une orientation stratégique et des conseils techniques comme exposé dans « *La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006–2015* », et ce afin de les épauler dans le renforcement des systèmes nationaux de vaccination systématique, notamment une analyse des raisons de l'insuffisance de la couverture vaccinale et l'introduction de nouveaux vaccins et technologies, ainsi que dans la concrétisation des objectifs d'éradication ;
 - c) à travailler en partenariat avec les autres régions de l'OMS pour faciliter la communication et l'utilisation de méthodes communes, lorsque cela est approprié, concernant la réalisation des objectifs d'élimination ;
 - d) à présenter un rapport d'avancement au Comité régional lors de sa cinquante-huitième session, en 2008.

EUR/RC55/R8

Le renforcement des systèmes de santé européens dans le prolongement de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins »

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions précédentes du Comité régional sur la coopération avec les pays, en particulier la résolution EUR/RC50/R5 sur la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins » et les principes énoncés dans l'Initiative de l'OMS en faveur des pays (document EB111/33) ;

Ayant présentes à l'esprit les discussions et les observations de la cinquante-quatrième session du Comité régional sur la poursuite de la Stratégie de pays et l'accroissement de l'efficacité de celle-ci pour permettre aux pays de renforcer leur système de santé ;

Rappelant la résolution WHA58.34 qui insiste sur le fait que le renforcement des systèmes de santé doit être étayé par la recherche, la résolution WHA58.30 qui souligne que tout progrès rapide en vue de la réalisation des objectifs de développement liés à la santé, dont ceux repris dans la Déclaration du Millénaire, nécessitera la mise en place de systèmes sanitaires efficaces et dotés du personnel requis, la résolution WHA58.33 qui laisse entendre que les systèmes de financement de la santé doivent garantir l'accès aux services nécessaires tout en assurant une protection contre le risque financier, la résolution WHA57.16 qui insiste sur la nécessité de prendre des mesures durables et efficaces en matière de promotion de la santé, et la résolution WHA57.19 sur la migration internationale du personnel de santé ;

Ayant examiné le document EUR/RC55/9 Rev.1 intitulé « Prochaine étape de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : renforcer les systèmes de santé » ;

1. RECONNAÎT que :
 - a) des progrès sont accomplis par le Bureau régional dans les efforts qu'il déploie pour améliorer la qualité des services qu'il offre et les adapter aux besoins sanitaires des États membres, comme l'a indiqué le directeur régional ;
 - b) la Stratégie de pays approuvée par le Comité régional à sa cinquantième session devrait maintenant inclure un appui du Bureau régional visant à aider les États membres à améliorer leur système de santé afin de garantir à leurs populations une meilleure santé, une meilleure équité et une meilleure faculté d'intervention ;
2. PREND NOTE du document EUR/RC55/9 Rev.1, intitulé « Prochaine étape de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : renforcer les systèmes de santé », comme cadre de l'initiative du Bureau régional dans ce domaine et toute activité connexe à mettre en œuvre au cours des cinq prochaines années, en collaboration avec les partenaires ;
3. PRIE les États membres de collaborer à cette nouvelle phase de la Stratégie de pays de la manière suivante :
 - a) garantir une attention adéquate à la qualité et aux compétences des ressources humaines, ainsi qu'aux autres ressources nécessaires au système de santé et s'efforcer de parvenir à l'autosuffisance du personnel de santé tel que convenu dans la résolution WHA58.30 ;
 - b) mettre en œuvre des interventions de prévention des maladies et de promotion de la santé qui soient efficaces et de grande qualité, impliquer une approche sensible aux différences entre les sexes et préconiser une action intersectorielle comme responsabilités intégrales du système de santé ;
 - c) obtenir un financement adéquat et équitable et mettre en place des mesures d'encouragement afin de promouvoir l'accès universel ;
 - d) élaborer leurs objectifs politiques en s'inspirant des valeurs et principes de l'OMS adoptés par les États membres et soutenus par des processus transparents de suivi et d'évaluation ;
4. PRIE le directeur régional :
 - a) de prendre des mesures pour mobiliser les ressources humaines et financières nécessaires pour aider les États membres à élaborer et appliquer leur stratégie de renforcement de leur système de santé, comme cela est décrit dans le document EUR/RC55/9 Rev. 1 ;
 - b) d'organiser une conférence ministérielle européenne intitulée « Le renforcement des systèmes de santé » en 2007 ou 2008, basée sur un processus consultatif et participatif avec les États membres, garantissant collaboration et harmonisation avec les agences partenaires ;
 - c) de faire rapport au Comité régional en 2007 et 2009 sur la mise en œuvre de l'initiative visant à renforcer les systèmes de santé dans le cadre de la coopération du Bureau régional avec les pays dans la Région européenne.

EUR/RC55/R9

Prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé WHA49.25 sur la prévention de la violence : une priorité pour la santé publique ; WHA56.24 sur la mise en œuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé* ; WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé ; et WHA57.12 sur la santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux ; la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies 58/289 sur l'amélioration de la sécurité routière mondiale ; la Journée mondiale de la santé 2004 consacrée à la

sécurité routière ; et la publication du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*, et du rapport du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe* ;

Reconnaissant la charge des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS, qui est même en augmentation dans certains pays de la Région, et le besoin urgent de mettre en œuvre une action de santé publique afin de réduire la perte quotidienne et inexorable de vies humaines et d'atténuer les souffrances causées par les traumatismes non intentionnels et la violence ;

Conscient que cette intervention devrait prendre en compte la diversité de la Région européenne, les inégalités en termes de charge de traumatismes aux niveaux international et national, et les occasions créées par l'adoption d'une stratégie de santé publique qui favorise l'action multisectorielle dans laquelle le secteur de la santé joue un rôle de coordinateur, et par l'intégration de la prévention des traumatismes dans différentes politiques sanitaires et dans les politiques d'autres secteurs ;

Reconnaissant le travail considérable réalisé par l'OMS à l'échelle mondiale et au sein de la Région européenne sur la prévention et la lutte contre les traumatismes non intentionnels et la violence, ainsi que l'engagement actuel des États membres en vue d'améliorer la santé génésique (comme l'illustre la résolution WHA57.12 de l'Assemblée mondiale de la santé), la santé des enfants et des adolescents (résolutions EUR/RC51/R4 et EUR/RC53/R7 du Comité régional), l'environnement et la santé (résolutions EUR/RC49/R4 et EUR/RC54/R3), et de lutter contre les effets néfastes de la consommation d'alcool (résolution EUR/RC49/R8) ;

Ayant examiné le document EUR/RC55/10 intitulé « Les traumatismes dans la Région européenne de l'OMS : la charge, les défis et les actions » ;

1. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres :

- a) d'accorder un degré de priorité élevé à la prévention de la violence et des traumatismes non intentionnels en élaborant des plans d'action nationaux coordonnés avec d'autres plans d'action existants pertinents, de façon à renforcer leurs efforts dans la mise en œuvre des résolutions existantes de l'Assemblée mondiale de la santé et du Comité régional ;
- b) de mettre en place une surveillance des traumatismes afin de mieux en cerner la charge, les causes et les conséquences et de sensibiliser davantage à ce problème de manière à ce que les programmes et les investissements consentis à la prévention, aux soins et à la réadaptation soient mieux ciblés, suivis et évalués ;
- c) de renforcer leur capacité technique et institutionnelle à faire face au problème des traumatismes, tant en termes de prévention que tout au long du continuum des soins en traumatologie, en préhospitalier, en hospitalier et durant la phase de réadaptation, ainsi que de renforcer les interventions sociales visant à faire face à la violence interpersonnelle, comme il convient ;
- d) de promouvoir la recherche sur des mesures d'intervention efficaces et l'adoption de stratégies inspirées des bases factuelles en matière de prévention et de soins qui prévoiraient également la mise en place de mécanismes efficaces permettant de déterminer les bonnes pratiques dans ce domaine et, par conséquent, d'assurer la diffusion et l'échange de ces pratiques tant aux niveaux national et international qu'aux niveaux intrasectoriel et intersectoriel ;
- e) de faire le bilan des activités du réseau des collaborateurs nationaux dans le domaine de la prévention des traumatismes non intentionnels et de la violence et de soutenir ces activités, de promouvoir la diffusion et l'échange des données d'expérience en matière d'élaboration et de

mise en œuvre de politiques et d'actions visant à atténuer la charge des traumatismes dans la Région ;

2. PRIE le directeur régional :

- a) de soutenir les États membres dans leurs efforts visant à renforcer la prévention des traumatismes et à élaborer des plans d'action nationaux ;
- b) de faciliter l'inventaire et l'échange des bonnes pratiques dans le domaine de la prévention de la violence et des traumatismes non intentionnels ;
- c) de stimuler et d'épauler le réseau des collaborateurs nationaux, et de développer la collaboration avec d'autres réseaux d'experts et de spécialistes concernés ;
- d) d'aider à la mise en place des capacités techniques et politiques afin que les États membres puissent mieux faire face au problème des traumatismes (surveillance, pratique s'inspirant des bases factuelles et évaluation) ;
- e) d'apporter une aide technique en vue d'améliorer le traitement et les soins préhospitaliers aux victimes des traumatismes non intentionnels et de la violence ;
- f) de favoriser la création de partenariats et la collaboration avec l'Union européenne et d'autres organismes internationaux, en particulier le Conseil de l'Europe, la Conférence européenne des ministres des Transports, l'Organisation de coopération et de développement économiques, la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Organisation internationale du travail et des organisations non gouvernementales, comme il convient, afin de renforcer l'action à l'égard des problèmes posés par diverses causes de traumatismes ;
- g) de faire rapport au Comité régional en 2008 sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution par le secrétariat et les États membres.

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

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

2. Allocution du directeur général**3. Allocution du directeur régional****4. Questions soulevées par les résolutions et les décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif****5. Rapport du douzième Comité permanent du Comité régional****6. Questions de politique et questions techniques**

- a) Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents, y compris la vaccination
- b) Politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : version actualisée de 2005
- c) Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS
- d) Les traumatismes dans la Région européenne de l'OMS
- e) Prochaine étape de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : renforcer les systèmes de santé
- f) Onzième Programme général de travail 2006–2015

7. Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional**8. Séance privée : élections et désignations**

- a) Désignation de trois membres du Conseil exécutif
- b) Élection de trois membres du Comité permanent du Comité régional
- c) Élection d'un membre du Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine

9. Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2006 et 2007**10. Questions diverses****11. Adoption du rapport et clôture de la cinquante-cinquième session**

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

EUR/RC55/1 Rev.1	Liste des documents
EUR/RC55/2 Rev.1	Ordre du jour provisoire
EUR/RC55/3 Rev.1	Programme provisoire
EUR/RC55/4	Rapport du douzième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC55/4 Add.1	Rapport de la cinquième session du douzième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC55/5 Rev.1	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC55/6	Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents
EUR/RC55/7	Renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC55/8	Politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : version actualisée de 2005
EUR/RC55/9 Rev.1	Prochaine étape de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : renforcer les systèmes de santé
EUR/RC55/10	Les traumatismes dans la Région européenne de l'OMS : la charge, les défis et les actions
EUR/RC55/11	Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC55/12	Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
EUR/RC55/13	Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional de l'Europe

Documents d'information

EUR/RC55/Inf.Doc./1	La stratégie du Bureau régional de l'OMS relative aux objectifs du Millénaire pour le développement en Europe
---------------------	---

Documents de référence

EUR/RC55/BD/1	Rapport sur l'alcool en Europe : document de référence pour le Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS
RC/2005/1 (HQ)	Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources
RC/2005/2 (HQ)	Projet de onzième programme général de travail 2006-2015 : résumé d'orientation

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

Mme Doina Lalo
Première secrétaire de l'ambassade d'Albanie en Roumanie

Allemagne*Représentants*

Susanne Weber-Mosdorf
Directrice de la division E, Politique sanitaire et sociale européenne et internationale, ministère fédéral de la Santé et de la sécurité sociale

Udo Scholten
Directeur de division adjoint, Politique sanitaire et sociale internationale, ministère fédéral de la Santé et de la sécurité sociale

Suppléant

Michael Debrus
Chef de section, Coopération multilatérale dans le domaine de la santé, ministère fédéral de la Santé et de la sécurité sociale

Conseiller

Dr Christian Luetkens
Directeur de division adjoint, Prévention, promotion de la santé et épidémiologie, ministère des Affaires sociales du Land de Hesse

Andorre*Représentants*

Mme Montserrat Gil
Ministre de la Santé, du bien-être et de la famille

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

Suppléants

Dr Margarida Coll Armangué
Directrice des services de promotion, de protection et de planification de la santé, ministère de la Santé, du bien-être et de la famille

Mme Rosa Vidal
Technicienne au service de surveillance épidémiologique du ministère de la Santé, du bien-être et de la famille

Arménie

Représentants

Dr Norayr Davidyan
Ministre de la Santé

Dr Tatul Hakobyan
Ministre adjoint de la Santé

Autriche

Représentant

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

Suppléante

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

Conseillers

Dr Reinhild Strauss
Experte technique à la division Santé publique du ministère fédéral de la Santé et des femmes

Dr Alexandra Punzet
Relations internationales en matière de santé, ministère fédéral de la Santé et des femmes

Azerbaïdjan

Représentant

Professeur Ali Insanov
Ministre de la Santé

Bélarus

Représentante

Dr Liudmila Andreevna Postoyalko
Ministre de la Santé

Conseillère

Mme Tatiana Gennadievna Nikolaenok
Première secrétaire de l'ambassade du Bélarus en Roumanie

Belgique

Représentants

Dr Dirk Cuypers
Président du Comité de direction du Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

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

Suppléants

Dr Godfried Thiers
Directeur de l'Institut scientifique de Santé publique

Mme Machteld Wauters
Relations internationales, ministère de la Santé de la Communauté flamande

Bosnie-Herzégovine

Représentante

Mme Jadranka Kalmeta
Ambassadrice, Mission permanente de la Bosnie-Herzégovine auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Suppléant

Dr Milan Latinović
Ministre adjoint de la Santé et de la sécurité sociale, Republika Srpska

Conseillère

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

Bulgarie

Représentants

Professeur Radoslav Gaydarski
Ministre de la Santé

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

Suppléantes

Dr Jasmina Mircheva-Sirakova
Chef de cabinet du ministre de la Santé

Mme Romyana Toshkova
Experte principale de l'État, Direction de la coopération internationale et de l'intégration européenne au ministère de la Santé

Mme Iskra Angelova
Experte assistante à la Direction des droits de l'homme et des organismes humanitaires
internationaux du ministère des Affaires étrangères

Chypre

Représentants

Mme Angeliki Tapakoude
Directrice générale des soins infirmiers au ministère de la Santé

Dr Christodoulos Kaisis
Conseiller technique principal au ministère de la Santé

Croatie

Représentants

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

Mme Sibila Žabica
Directrice du Service de la coopération internationale au ministère de la Santé et de la sécurité
sociale

Suppléant

M. Zeljko Kuprešak
Ambassadeur de la République de Croatie en Roumanie

Danemark

Représentant

M. Ib Valsborg
Secrétaire permanent au ministère de l'Intérieur et de la santé

Suppléant

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

Conseillers

Mme Marianne Kristensen
Conseillère principale au Conseil national de la santé

Dr Peter Saugmann-Jensen
Conseil national de la Santé

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

Espagne

Représentants

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

M. Juan Pablo García-Berdoy Cerezo
Ambassadeur d'Espagne en Roumanie

Suppléants

Dr Fernando Lamata Cotanda
Secrétaire général de la Santé au ministère de la Santé et de la protection des consommateurs

M. Antonio Morales Piga
Conseiller au cabinet du ministère de la Santé et de la protection des consommateurs

Mme Cristina Pérez Cánto
Directrice du service des communications au ministère de la Santé et de la protection des consommateurs

Conseillers

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

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

M. Nicolás Díaz López
Assistant au ministère de la Santé et de la protection des consommateurs

Estonie

Représentants

M. Jaak Aab
Ministre des Affaires sociales

M. Peeter Laasik
Ministre adjoint des Affaires sociales

Conseillère

Mme Triin Habicht
Directrice des services de la politique de santé, division Santé publique du ministère des Affaires sociales

Ex-République yougoslave de Macédoine

Représentant

Professeur Vladimir Dimov
Ministre de la Santé

Suppléant

M. Tihomir Ilievski
Ambassadeur de l'Ex-République yougoslave de Macédoine en Roumanie

Conseillers

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

Mme Gordana Majnova
Chef de cabinet du ministre de la Santé

Mme Aneta Skartova
Troisième secrétaire de l'Ambassade de l'Ex-République yougoslave de Macédoine en Roumanie

Fédération de Russie

Représentant

M. Oleg Petrovich Chestnov
Directeur adjoint du service de la coopération internationale et des relations publiques au ministère de la Santé et du développement social

Suppléant

M. Marat Vladimirovich Berdyev
Premier secrétaire à l'Office des organisations internationales du ministère des Affaires étrangères

Conseillers

Dr Vladislav Remirovich Kuchma
Directeur de l'Institut de recherche sur la santé de l'enfant et de l'adolescent à l'Académie russe des sciences médicales et chef du service de santé infantile et juvénile à l'Académie médicale I.M. Sechenov de Moscou

Dr Anna Vladimirovna Korotkova
Directrice adjointe du service des affaires internationales à l'Institut central de recherche sur la Santé publique, ministère de la Santé et du développement social

Dr Marija Vladimirovna Churilova
Conseillère de la cellule de réglementation sur les drogues du service des produits pharmaceutiques, de la protection sociale, de la recherche et de l'éducation au ministère de la Santé et du développement social

Finlande

Représentant

Dr Kimmo Leppo
Directeur général au ministère des Affaires sociales et de la santé

Suppléants

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

Dr Marjukka Vallimies-Patomäki
Directrice générale des soins infirmiers au ministère des Affaires sociales et de la santé

Mme Taru Koivisto
Haut fonctionnaire au ministère des Affaires sociales et de la santé

Mme Merja Söderholm
Haut fonctionnaire au ministère des Affaires sociales et de la santé

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

Conseillers

Professeur Kristian Wahlbäck
Professeur en recherche au Centre national de recherche et de développement pour la protection sociale et la santé

Dr Juha Teperi
Directeur du Centre national de recherche et de développement pour la protection sociale et la santé

France

Représentant

M. Hervé Bolot
Ambassadeur de France en Roumanie

Suppléants

Dr Jean-Baptiste Brunet
Président de la cellule des affaires européennes et internationales à la Direction générale de la Santé du ministère de la Santé et des solidarités

M. Guillaume Delvallée
Direction des Nations Unies et des organisations internationales au ministère des Affaires étrangères

Mme Estelle Sicard
Chargée de mission de la délégation aux affaires européennes et internationales au ministère de la Santé et des solidarités

Mme Isabelle Virem
Conseillère à la cellule des affaires européennes et internationales de la Direction générale de la Santé, ministère de la Santé et des solidarités

M. François Delahousse
Ambassade de France en Roumanie

M. Fabrice Desplechin
Ambassade de France en Roumanie

M. Vincent Goudet
Ambassade de France en Roumanie

Géorgie

Représentant

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

Grèce

Représentants

Dr George Constantopoulos
Ministre adjoint au ministère de la Santé et de la solidarité sociale

Mme Aiketerini Fameli
Conseillère spéciale pour la solidarité sociale au ministère de la Santé et de la solidarité sociale

Conseillers

M. Cosmas Fessas
Conseiller scientifique au ministère de la Santé et de la solidarité sociale

Dr Dimitrios Efthimiadis
Cardiologue au Centre national pour les soins d'urgence

Dr Pavlos Theodorakis
Directeur général de l'hôpital de santé mentale de l'État à Chania

Hongrie

Représentants

Dr Gábor Kapócs
Vice-secrétaire d'État au ministère de la Santé

Mme Katalin Novák
Vice-secrétaire d'État adjointe au ministère de la Santé

Irlande

Représentants

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

M. Brendan Phelan
Fonctionnaire en chef au ministère de la Santé et de l'enfance

Islande

Représentants

M. Jón Kristjánsson
Ministère de la Santé et de la sécurité sociale

M. David Á. Gunnarsson
Secrétaire permanent au ministère de la Santé et des services sociaux

Suppléants

Dr Sigurdur Gudmundsson
Médecin conseiller technique, Direction de la Santé

Mme Saeunn Stefansdottir
Conseillère du ministre de la Santé et de la sécurité sociale

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

Mme Ragnheidur Haraldsdottir
Secrétaire permanente adjointe au ministère de la Santé et de la sécurité sociale

Mme Vilborg Ingolfssdottir
Directrice générale des soins infirmiers à la Direction de la Santé

Conseillers

M. Helgi Mar Arthursson
Responsable de l'information au ministère de la Santé et de la sécurité sociale

Dr Asgeir Haraldsson
Conseiller au ministère de la Santé et de la sécurité sociale

Israël

Représentants

M. Yair Amikam
Directeur général adjoint au service de l'information et des relations internationales du ministère de la Santé

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

Italie

Représentants

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

Dr Stefano Moriconi
Conseiller technique à la Direction générale pour l'UE et les relations internationales, ministère de
la Santé

Kazakhstan

Représentant

Professeur Aikan Akanovich Akanov
Premier vice-ministre de la Santé

Kirghizistan

Représentant

Professeur Mitalip Mamytovich Mamytov
Ministre de la Santé

Lettonie

Représentants

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

Mme Līga Šerna
Sous-directrice de la division Politique des soins de santé au ministère de la Santé

Conseiller

M. Viktors Jaksons
Conseiller du directeur de l'agence d'État pour les statistiques de la santé et les technologies
médicales

Lituanie

Représentants

Professeur Žilvinas Padaiga
Ministre de la Santé

Mme Romalda Baranauskienė
Sous-secrétaire au ministère de la Santé

Suppléant

M. Viktoras Meižis

Directeur du service des Affaires étrangères et de l'intégration européenne au ministère de la Santé

Luxembourg*Représentants*

Dr Danielle Hansen-Koenig

Directrice de la Santé

Mme Aline Schleder-Leuck

Conseillère exécutive principale au ministère de la Santé

Malte*Représentants*

Dr Louis Deguara

Ministre de la Santé, des personnes âgées et des soins de proximité

Dr Ray Busuttil

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

Suppléant

M. Saviour Gambin

Assistant personnel du ministre de la Santé, des personnes âgées et des soins de proximité

Monaco*Représentante*

Dr Anne Nègre

Directeur de l'action sanitaire et sociale au ministère d'État

Norvège*Représentants*

M. Ole T. Andersen

Directeur général adjoint au ministère de la Santé et des services sociaux

Dr Gunn-Elin Aa Bjørneboe

Directrice générale de la Santé publique à la Direction de la Santé publique et des affaires sociales

Suppléants

M. Sveinung Røren

Conseiller principal au ministère de la Santé et des services sociaux

M. Bernt Bull

Conseiller principal au ministère du Travail et des affaires sociales

M. Stein Inge Nesvåg
Conseiller au ministère des Affaires étrangères

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

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

Mme Arnhild Haga Rimestad
Chef de projet à la Direction de la Santé et des affaires sociales

Ouzbékistan

Représentant

Dr Abdunumon Siddikov
Directeur du service de la coopération internationale au ministère de la Santé

Suppléante

Dr Klara Yadgarova
Directrice du service de la santé maternelle et infantile au ministère de la Santé

Pays-Bas

Représentants

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

Mme Annemiek van Bolhuis
Directrice, Affaires internationales, ministère de la Santé, de la protection sociale et des sports

Suppléants

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

Mme Gerda Vrielink
Première secrétaire à la mission permanente du Royaume des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Peter J.M. Hartog
Conseiller principal au service des Affaires internationales du ministère de la Santé, de la protection sociale et des Sports

Pologne

Représentant

Professeur Mirosław Wysocki
Directeur adjoint de l'Institut national de l'Hygiène

Suppléante

Mme Joanna Mikula
Directrice de l'agence d'État pour la prévention des problèmes liés à l'alcoolisme, ministère de la Santé

Portugal*Représentant*

Professeur José Pereira Miguel
Directeur général de la Santé au ministère de la Santé

Suppléante

Dr Maria José Laranjeiro
Conseillère technique au ministère de la Santé

République de Moldova*Représentant*

Dr Valerian Revenco
Ministre de la Santé et de la protection sociale

Conseillère

Mme Lilia Russu
Conseillère économique à l'Ambassade de la République de Moldova en Roumanie

République tchèque*Représentants*

Dr Michael Vít
Médecin en chef de la Santé publique et vice-ministre de la Santé

Dr Radek Pech
Ambassadeur de la République tchèque en Roumanie

Suppléants

Professeur Bohumil Fišer
Directeur de l'Institut de physiologie à l'université Masaryk

Dr Kateřina Čihařová
Directrice du service des relations extérieures au ministère de la Santé

Dr Pavel Březovský
Chef du département des soins de santé au ministère de la Santé

Mme Jarmila Pexová
Responsable adjointe du service des relations internationales au ministère de la Santé

Roumanie

Représentants

M. Eugen Nicolaescu
Ministre de la Santé

Dr Vlad Iliescu
Secrétaire d'État pour l'intégration européenne au ministère de la Santé

Suppléants

M. Ioan Roman
Secrétaire d'État pour l'assistance médicale au ministère de la Santé

M. Ervin Szekely
Secrétaire d'État pour les relations avec le Parlement au ministère de la Santé

Dr Cristian Vladescu
Président du Fonds national d'assurance maladie

Conseillers

Dr Carmen Angheluta
Directrice générale adjointe au service de l'intégration européenne et des affaires internationales au ministère de la Santé

Dr Daniela Manuc
Directrice générale adjointe au service de l'intégration européenne et des affaires internationales au ministère de la Santé

Dr Radu Dop
Directeur de l'Hôpital des soins d'urgence de Bucarest

M. Bogdan Marinescu
Directeur de l'Hôpital Panait Sirbu

Mme Adela Neagoe
Secrétaire générale adjointe au ministère de la Santé

M. Florian Stamatian
Directeur des services de Santé publique du district de Cluj

Dr Raied Arafat
Directeur des services mobiles d'urgence de Tirgu Mures

M. Ioan Buraga
Directeur général adjoint au ministère de la Santé

Professeur Florian Popa
Directeur de l'Université de médecine

Dr Aurelia Marcu
Institut de Santé publique

Mme Adriana Galan
Institut de Santé publique

Dr Alina Mandroiu
Ministère de la Santé

Dr Nicolae Beldescu
Directeur de l'Institut de Santé publique

Dr Dana Fărcășanu
Institut national pour la recherche et le développement sanitaires

Dr Daniela Georgescu
Ministère de l'Administration et de l'intérieur

Dr Bogdan Chiritoiu
Conseiller de l'État dans l'Administration présidentielle roumaine

Secrétaires

Mme Oana Grigore
Conseillère en relations publiques au ministère de la Santé

M. Adrian Calugaru
Directeur adjoint au ministère de la Santé

Dr Aurora Dragomiristeanu
Médecin en chef à la Maison de l'assurance maladie de Bucarest

Mme Claudia Dima
Conseillère au ministère de la Santé

Mme Bogdana Tudorache
Conseillère du secrétaire d'État au ministère de la Santé

Dr Florin Popovici
Directeur adjoint des services de Santé publique du district de Bucarest

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

Représentant

Sir Liam Donaldson
Médecin conseiller technique, Direction de la Santé

Suppléants

Dr Fiona Adshead
Médecin conseiller technique adjoint, Direction de la Santé

Dr David Harper
Directeur de la Protection de la santé, Développement sanitaire et scientifique international,
ministère de la Santé

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

M. Anthony Kingham
Directeur de la division internationale, Global Health Team (équipe de la santé mondiale),
ministère de la Santé

Conseillère

Mme Lorna Demming
Directrice administrative, ministère de la Santé, division des affaires internationales

Saint-Marin

Représentants

Dr Massimo Roberto Rossini
Ministre de la Santé et de la sécurité sociale, de la protection sociale, des affaires sociales et de
l'équité

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

Serbie-et-Monténégro

Représentants

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

Professeur Miodrag Pavličić
Ministre de la Santé de la République de Monténégro

Suppléants

M. Dušan Crnogorčević
Ambassadeur de Serbie-et-Monténégro en Roumanie

Professeur Snežana Simić
Vice-ministre de la Santé de la République de Serbie

Dr Slobodanka Krivokapić
Vice-ministre de la Santé de la République de Monténégro

Slovaquie

Représentants

Dr Alexandra Novotná
Secrétaire d'État au ministère de la Santé

M. Jan Šoth
Ambassadeur de la République slovaque en Roumanie

Suppléants

Mme Šárka Kováčsová
Directrice du service des relations internationales au ministère de la Santé

Mme Zuzana Červená
Conseillère au ministère de la Santé

Conseiller

M. Ján Hovorka
Ambassadeur de la République slovaque en Roumanie

Slovénie*Représentants*

Dr Andrej Bručan
Ministre de la Santé

Dr Marija Seljak
Directrice générale au ministère de la Santé

Suppléante

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

Conseillers

Dr Božidar Voljč
Directeur du centre national de transfusion sanguine

Mme Vesna Mitrić
Conseillère au ministère de la Santé

Suède*Représentants*

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

M. Andreas Hilmerson
DResponsable administratif au ministère de la Santé et des affaires sociales

Suppléants

Mme Birgitta Schmidt
Directrice administrative au Conseil national de la Santé et de la protection sociale

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

Mme Ann Gardulf
Responsable des soins infirmiers au Conseil national de la Santé et de la protection sociale

Mme Louise Bermsjö
Directrice des programmes à l'agence de coopération au développement international

Conseiller

M. Bengt Linder
Directeur de l'association suédoise des autorités locales et des régions

Suisse

Représentants

Dr Gaudenz Silberschmidt
Vice-directeur de la division des Affaires internationales à l'Office fédéral de la Santé publique

Cornelia Oertle Bürki
Secrétaire générale adjointe de la Conférence suisse des directeurs cantonaux des affaires sanitaires

Suppléant

Giancarlo Kessler
Suppléant du chef de la division des Affaires internationales à l'Office fédéral de la Santé publique

Tadjikistan

Représentant

Professeur Nusratullo Faizullaevich Faizullaev
Ministre de la Santé

Turkménistan

Représentant

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

Turquie

Représentants

Professeur Recep Akdağ
Ministre de la Santé

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

Suppléants

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

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

Dr Engin Ozkan
Expert, École de Santé publique, ministère de la Santé

Mme Ayşegül G. Karaaslan
Première secrétaire de l'Ambassade de la République de Turquie en Roumanie

M. Hasan Ersen
Attaché à l'Ambassade de la République de Turquie en Roumanie

Ukraine

Représentants

Dr Raisa Moyseyenko
Directrice adjointe du département des soins de santé au ministère de la Santé

Mme Irina Fedenko
Spécialiste principale au service des relations internationales du ministère de la Santé

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

Canada

M. Thomas Townsend
Conseiller en santé et aux affaires sociales à la mission du Canada auprès de l'Union européenne

États-Unis d'Amérique

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

III. Observateurs d'États non membres

Saint-Siège

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

IV. Représentants des Nations Unies et des organismes apparentés

Banque mondiale

Dr Armin H. Fidler
Responsable du secteur santé, Développement humain, Europe et Asie centrale

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)

M. Peer Sieben
Représentant du FNUAP en Roumanie

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

M. Pierre Poupard
Représentant de l'UNICEF en Roumanie

Dr Sanjiv Kumar
Conseiller régional, Santé et nutrition

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

Mme Tanja Wildemann
Responsable des normes alimentaires et de la nutrition au Bureau sous-régional de la FAO pour l'Europe centrale et orientale

V. Représentants d'autres organisations intergouvernementales

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies

Mme Zsuzsanna Jakab
Directrice du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies

Commission européenne

M. Markos Kyprianou
Commissaire européen chargé de la santé et de la protection des consommateurs

M. Philippe Brunet
Directeur de cabinet du Commissaire européen chargé de la santé et de la protection des consommateurs

M. Fernand Sauer
Directeur de la direction « santé publique et évaluation des risques » à la Direction générale « santé et protection des consommateurs »

M. Nick Fahy
Directeur adjoint, stratégie en matière de santé, Direction générale « santé et protection des consommateurs »

Dr Matti Rajala
Déterminants de la santé, Direction générale « santé et protection des consommateurs »

Conseil de l'Europe

Mme Vera Boltho
Chef du service de la santé et de l'accord partiel dans le domaine social et de la santé publique

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

Commission internationale de la santé au travail

Professeur Jorma Rantanen

Conseil international des femmes

Dr Laura Finne-Elonen

Conseil international des infirmières

Mme Gabriela Bocec

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

Dr Michael Zimmermann

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

Professeur Virgiliu Ancar

Fédération internationale de l'industrie du médicament

M. Boris Azaïs

Fédération internationale des associations des étudiants en médecine

M. Vlad Gavrilă

Mme Jana Kammeyer

International Association for Maternal and Neonatal Health

Dr Augustin Rosca

International Pharmaceutical Students' Federation

Mme Katja Hakkarainen

Mme Anca Pop

Mme Ioana Stupariu

Medical Women's International Association

Dr Dorothy Ward

VII. Observateurs

Comité permanent des infirmier(e)s de l'UE

M. Paul De Raeve

European Child Safety Alliance

Mme Joanne Vincenten

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

Mme Lis Wagner

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

Dr Valery Chernyavskiy

Mme Patricia Kehoe

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

Monsieur le président,
Mesdames et messieurs les ministres, Monsieur le commissaire Kyprianou, docteur Gezairy,
Mesdames et messieurs les représentants,
Chers collègues,

Vendredi dernier, plusieurs des gouvernements représentés dans cette salle ont créé le Dispositif international de financement des vaccinations. Un élément central des objectifs du Millénaire pour le développement est l'engagement à réduire de deux tiers la mortalité des enfants d'ici 2015. Jusqu'à la réunion de Londres, on se demandait comment cet engagement pouvait être financé. Nous avons maintenant une réponse partielle. Cependant, l'importance du Dispositif de financement ne réside pas uniquement dans l'ampleur des fonds, qui s'élèvent à environ 4 milliards de dollars ces dix prochaines années. Elle va au-delà de la forte augmentation du nombre de personnes qui peuvent être protégées par la vaccination ou des enfants dont il est possible de sauver la vie en les protégeant contre les maladies diarrhéiques et respiratoires, à mesure que des vaccinations nouvelles contre les rotavirus et les maladies pneumococciques deviennent disponibles. Le Dispositif de financement est certes important pour toutes ces raisons, mais également parce qu'il représente un engagement commun massif à sauvegarder la santé. Ce but de sécurité sanitaire, qui présente de multiples avantages pour nos sociétés, est celui qui nous rassemble ici aujourd'hui. Votre aptitude à travailler ensemble et à coopérer avec des homologues appartenant à diverses disciplines est essentielle pour faire face aux menaces qui pèsent actuellement sur la santé.

Une alerte et une protection précoces de bonne qualité sont fondamentales pour la sécurité sanitaire. Les systèmes de santé doivent être capables d'une détection et de réactions rapides. Les catastrophes naturelles qui se sont produites en Roumanie et ailleurs (Allemagne, Autriche, Bulgarie, Moldova, Suisse, etc.) ont montré qu'il est vital de disposer sur place des ressources appropriées pour pouvoir agir rapidement, non seulement pour faire face à la crise immédiate, mais aussi pour remédier aux conséquences ultérieures en matière de santé publique.

Nous sommes plus proches d'une pandémie de grippe qu'à aucun moment depuis 1968. Les signes avant-coureurs sont manifestement présents. Le virus de la grippe aviaire est déjà bien établi dans la volaille dans certaines parties de l'Asie. À la fin de mois de juillet de cette année, le virus est parvenu ici et des épidémies touchant les volailles et les oiseaux sauvages ont été signalées dans la Fédération de Russie et au Kazakhstan.

Jusqu'à présent, un total de 112 cas humains ont été confirmés dans quatre pays, le Cambodge, l'Indonésie, la Thaïlande et le Vietnam, et 57 personnes sont décédées. Heureusement, le virus ne se transmet pas encore facilement des oiseaux à l'homme et ne se propage pas aisément entre êtres humains. Cependant, l'aire de dispersion du virus augmente les possibilités de survenue de cas humains, ce qui accroît les risques d'une plus grande contagiosité du virus.

L'OMS a récemment élaboré et distribué des principes directeurs qui visent à aider les pays à se préparer efficacement à une pandémie. Ils exposent de façon détaillée les actions stratégiques à mener, et ce en trois phases. Maintenant, au cours de la phase préalable à l'endémie, nous devons réduire les possibilités d'infection humaine et renforcer le système d'alerte avancée. Cette parade tactique va de pair avec la prise des meilleures précautions médicales disponibles.

Un déploiement rapide des moyens d'action et des ressources permet d'endiguer les épidémies à un stade précoce. Il faut donc pouvoir disposer sans délai de professionnels de santé, d'antiviraux tels que le Tamiflu et de vaccins contre la grippe, et prendre des mesures telles que la création de centres de quarantaine et la fermeture d'écoles et d'autres lieux publics. Nous devons pouvoir faire appel à des

professionnels de santé formés, capables de faire face à la pandémie et de mener auprès de la population une action éducative concernant la lutte contre l'épidémie.

Il faut développer rapidement la capacité de production globale du secteur des vaccins, tant dans les pays en développement que dans les pays développés. Nous savons que la demande dépasse de loin l'offre. En conséquence, il nous faut trouver un moyen de remédier à cette pénurie et d'accroître le nombre d'établissements à même de fabriquer des vaccins. Actuellement, le nombre de pays où des entreprises travaillent à la mise au point d'un vaccin contre une pandémie est inférieur à dix.

Les pays pauvres ne pourront se protéger aussi efficacement que les pays riches. Dans le passé, les pays en développement ont généralement reçu des vaccins après la fin de la pandémie. Cela ne doit pas se produire cette fois-ci. Nous avons ici la possibilité de concrétiser nos idéaux relatifs à la Santé pour tous. Nous devons tout mettre en œuvre pour qu'il existe suffisamment de médicaments et de vaccins pour tous.

Il est nécessaire de mettre en place une coopération internationale massive pour contribuer à l'échelle mondiale à la constitution de stocks d'antiviraux et à la mise au point de vaccins contre les pandémies. Il est nécessaire que les donateurs et les partenaires internationaux agissent de façon décisive maintenant pour aider les pays touchés à limiter l'ampleur de l'épidémie de grippe aviaire et à réduire les risques pour les êtres humains.

La planification de l'action de santé publique ne se limite pas aux besoins médicaux immédiats mais inclut les conséquences politiques, sociales et économiques. La pandémie que nous prévoyons comporte un aspect supplémentaire important : à son stade de développement actuel, le virus H5N1 a un réservoir animal potentiel considérable. Plus de 140 millions d'oiseaux ont déjà été abattus et il est estimé que les pertes économiques qui en résultent sont comprises entre 9,7 et 14,6 milliards de dollars.

Les horreurs de l'abattage massif de bétail sont déjà bien connues ici, de même que les incidences sociales et financières de la perte d'une source de revenus, de la mise en quarantaine et de la perturbation des marchés. Nous devons réfléchir à la mise en place d'incitations pour que les éleveurs de volailles coopèrent en cas d'épidémie. Ces derniers auront besoin d'un soutien et d'une indemnisation. Même les mesures prises jusqu'à présent, qui consistent à protéger les volailles contre un contact éventuel avec des oiseaux migrateurs infectés, ont déjà eu des conséquences économiques. Cependant, même si le préjudice de ceux qui sont obligés de tuer leurs troupeaux ou leurs volailles est élevé, l'inaction, dans l'espoir que le pire ne se produira pas, est inacceptable.

Il s'agit d'un moment critique pour vous, les dirigeants de la santé dans vos pays ; vous devez coopérer de façon décisive avec vos homologues dans les secteurs agricole, financier, éducatif et industriel, pour partager les informations et assurer une planification stratégique. M. le commissaire Kyprianou, je me félicite de votre présence ici aujourd'hui et je vous demande de relayer ces messages aux autres commissaires de Bruxelles. Nous devons assurer rapidement une communication et une coordination d'une ampleur qui corresponde aux besoins et assurer l'équité dans l'accès à des vaccins et à des médicaments pouvant sauver des vies. Je serais heureux de vous rencontrer pour discuter de cette question de façon plus approfondie.

L'accès universel est un but crucial dans les efforts que nous déployons pour lutter contre la maladie. L'initiative « Trois millions d'ici 2005 » a commencé à battre en brèche l'idée, largement répandue dans le monde, que l'accès aux médicaments est réservé à ceux qui ont les moyens de les payer. La réunion récente du G8 à Gleneagles a fixé un but plus ambitieux encore. Il s'agissait « de se rapprocher autant que possible d'un accès universel au traitement pour tous ceux qui en ont besoin d'ici 2010 ». L'accès à tous au traitement nécessaire est maintenant reconnu comme non seulement absolument nécessaire pour les personnes infectées par le VIH, mais tout à fait réalisable, si chacun joue son rôle.

Les épidémies qui se produisent dans un pays concernent tout le monde, comme le Règlement sanitaire international de 2005 l'a reconnu. Il sera de plus en plus important de coordonner l'information et les

activités sur les mesures visant à prévenir et à combattre la maladie. Vous y êtes déjà parvenus avec vos voisins de la Région de la Méditerranée orientale, et ce dans plusieurs domaines. Je suis enchanté de voir ici aujourd'hui le docteur Gezairy, directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. Votre présence ici témoigne d'une détermination à conjuguer nos efforts.

Les activités que nous menons dans le domaine de la poliomyélite illustrent bien cet état d'esprit. La Région européenne a déjà été certifiée indemne de poliomyélite. Cependant, les deux régions voisines, la Méditerranée orientale et l'Afrique, continuent de lutter contre la transmission et même la réinfection. Il est vital de conserver une forte immunité dans la population et de procéder à une surveillance efficace des maladies afin de minimiser le risque d'importation de la poliomyélite. Les ressources permettant de conserver les barrières protectrices sont nécessaires non seulement pour la poliomyélite mais aussi pour toute épidémie de maladies ou d'infections. Il est essentiel également d'assurer une diffusion et un partage rapide de l'information. Enfin, il importe de reconnaître que les progrès réalisés dans un pays donné profitent à nous tous. Le soutien financier généreux accordé par les gouvernements européens afin de mener à bien cette tâche et de protéger l'investissement déjà consenti s'inscrit très largement dans les efforts menés au niveau mondial, et je me félicite des 61 millions de livres sterling offerts par le gouvernement britannique.

La lutte actuelle contre la tuberculose profiterait aussi d'un même niveau d'engagement. La charge de morbidité dans les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale concourt de manière significative à la charge mondiale de tuberculose. La lutte est menacée sur divers fronts, de la polypharmacorésistance à la coépidémie de VIH.

La vulnérabilité de notre jeunesse est particulièrement préoccupante. La Stratégie européenne sur la santé et le développement des enfants et des adolescents constitue d'ailleurs une excellente initiative à cet égard. Je me félicite de l'importance accordée au renforcement des systèmes nationaux de vaccination par les travaux réalisés sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole.

Actuellement, l'environnement socioculturel induit des conséquences inacceptables pour la santé. L'obésité est en hausse et, avec elle, des maladies chroniques telles que le diabète. L'Europe enregistre encore les plus hauts niveaux de consommation d'alcool dans le monde et, à l'est comme à l'ouest, on assiste à une augmentation de la consommation occasionnelle excessive. Or, il n'existe pas de solution simple afin de modifier ces comportements aux résultats mortels.

L'adolescence est l'âge où l'on prend normalement des risques et, sous l'influence de la drogue ou de l'alcool (ou des deux), cela se traduit par des comportements à l'issue potentiellement fatale, comme la conduite en état d'ébriété ou des activités sexuelles sans protection avec des partenaires infectés. Le nombre de personnes vivant avec le VIH a rapidement augmenté en Europe orientale en l'espace de quelques années seulement, surtout en Ukraine. Cette épidémie est particulièrement importante en Fédération de Russie. Quatre-vingts pour cent des séropositifs ont moins de 30 ans. L'épidémie touche principalement les toxicomanes par voie intraveineuse. Les jeunes constituent également le plus grand groupe de population nouvellement infectée par le VIH sous l'effet de l'injection de drogue par voie intraveineuse. La transmission du VIH par voie sexuelle se développe également ainsi, d'ailleurs, que la comorbidité avec d'autres infections sexuellement transmissibles et la tuberculose.

L'Europe enregistre l'un des niveaux les plus élevés de traumatismes dus aux accidents de la route ou de la violence interpersonnelle, et l'alcool y contribue notamment. Globalement, la consommation d'alcool concourt à plus de 10 % de la charge de morbidité en Europe, soit plus du double du niveau mondial. Il s'agit là de problèmes particulièrement épineux, et vous êtes les premiers à en débattre.

L'Europe connaît également l'un des taux de traumatismes les plus bas au monde. Certaines mesures ont donné des résultats probants qui peuvent être répétés, comme l'utilisation des ceintures de sécurité, les efforts visant à limiter la vitesse, les programmes de lutte contre la maltraitance des enfants par des visites à domicile et contre la violence envers les femmes par la promotion de l'égalité des sexes. Les succès que vous avez rencontrés nous permettent de tirer des enseignements dans divers domaines : collaboration

multisectorielle, adoption de démarches scientifiques fondées sur la collecte et l'évaluation de données probantes, dispensation de services aux victimes et son importance, et activités visant à combattre les causes profondes de la violence et de la maltraitance.

Cependant, et nous devons le déplorer, nous ne maîtrisons pas la plupart des facteurs qui influencent dans une large mesure le bilan sanitaire. Le profil de la santé a évolué ainsi que notre propre rôle et nos propres responsabilités. Et nous devons faire face à l'ampleur même de ces changements. Notre planification stratégique pour ces 10 prochaines années repose d'ailleurs sur ces préoccupations. Or, il existe d'importantes lacunes quant à notre capacité ou à notre volonté de collaborer afin de modifier le bilan sanitaire et d'assumer nos responsabilités en la matière.

Et des lacunes, il y en a d'autres, qu'il s'agisse du mode de fonctionnement des systèmes, de la manière dont nous exploitons les données que nous recueillons et de la manière dont nous appliquons les considérations d'équité, des droits de l'homme et d'égalité entre les sexes dans notre travail. Cette perspective, dans son ensemble, détermine notre démarche et la planification de nos activités. Cette semaine, vous devrez vous pencher sur un audacieux projet de programme général de travail. Ce document, que vous examinerez et que vous analyserez, laisse entendre que l'avenir de la santé publique exige un cadre de référence plus vaste, fondé sur des relations constructives et résolues avec d'autres secteurs que le secteur traditionnel de la santé.

Par exemple, la question des brevets a directement attiré l'attention des hauts responsables du commerce international sur les problèmes de la santé publique. En effet, l'Assemblée mondiale de la santé a cette année reconnu le danger que représentent les accords rigides de libre-échange bilatéraux. Ces problèmes exigent un niveau d'expertise que l'OMS et le secteur de la santé en général ne disposent traditionnellement pas. Cette spécialisation fait désormais partie du soutien technique que nous pouvons proposer aux pays désireux de conclure de tels accords. Par exemple, l'Estonie et la Lettonie ont de plus en plus de patients devant suivre un traitement antirétroviral. Ces pays devront examiner les possibilités de mise à disposition de ces traitements par une diminution des prix pratiqués et en examinant les problèmes de brevet, tout en se conformant aux engagements pris dans le cadre de l'Union européenne.

La Convention-cadre sur la lutte antitabac constitue un exemple positif de consensus international sur les comportements aux effets néfastes pour la santé et de collaboration à la mise en œuvre de solutions. Je tiens à remercier tous ceux qui ont déjà ratifié ce document. En février 2006 sera organisée la première réunion de la Conférence des parties à la Convention-cadre sur la lutte antitabac. Par conséquent, je prie instamment tous ceux d'entre vous qui n'ont pas encore signé ou ratifié le document de le faire.

L'adoption cette année du Règlement sanitaire international 2005 par l'Assemblée mondiale de la santé est également une étape historique en vue d'améliorer la sécurité sanitaire et la coordination au niveau mondial. Ces documents établissent les structures et concrétisent les attentes d'une meilleure collaboration et d'une meilleure communication. Ces accords doivent être traduits dans les faits et ceux qui ont le pouvoir de les appliquer sont présents ici même, dans cette salle. Les menaces mondiales à la sécurité sanitaire ne changeront pas à moins que nous ne changions la situation. Les défis sont là et nous devons les relever. Je vous souhaite bonne chance dans vos débats tout au long de cette semaine.

Je vous remercie.

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

Monsieur le président, mesdames et messieurs les participants à la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, représentant les pays membres et les autres organisations. Mes chers invités et amis, docteur Lee, directeur général de l'OMS, M. Kyprianou, commissaire européen, et docteur Gezairy, mon collègue, directeur régional du Bureau pour la Méditerranée orientale.

J'ai l'honneur comme chaque année depuis maintenant six ans de vous présenter le rapport sur le travail du Bureau régional depuis septembre 2004.

Cette année encore, notre travail a été déterminé par le programme 2004–2005 de l'OMS que vous avez adopté, et par les commentaires et recommandations que vous avez faits au cours des précédentes sessions du Comité régional. Nous nous sommes aussi inscrits dans la vision du développement du Bureau que je vous ai présentée pour ma re-nomination. L'objectif étant au cours des cinq années de mon mandat de faire du Bureau une organisation moderne, crédible, reconnue et adaptable aux changements de la Région.

Mais ce qui nous a guidés le plus fondamentalement, c'est le cœur de notre mission contenu dans la stratégie adoptée en l'an 2000 par le Comité régional : adapter les services du Bureau aux besoins des pays de la Région. Encore faut-il connaître ces besoins et les interpréter. D'où l'importance que nous accordons à la recherche et à l'application des évidences en santé publique. Le travail que nous avons mené pour la publication du Rapport sur la santé en Europe et qui est aujourd'hui à votre disposition, a aussi contribué à notre connaissance de la situation des pays de la Région.

C'est donc autour de ce thème : répondre aux besoins des pays et des directions que je viens de définir que je vous présente ce rapport.

Répondre aux besoins des pays pour faire face aux crises sanitaires

Répondre aux besoins des pays, c'est d'abord les soutenir et les aider à faire face aux crises sanitaires qui malheureusement se multiplient dans le monde et n'épargnent pas notre Région.

Le tsunami et les inondations

Je commencerai par la catastrophe qui nous a tous bouleversés à la fin de 2004 et au début de 2005. Le tremblement de terre suivi du tsunami en Asie. Dès que l'information nous est parvenue, j'ai proposé notre soutien au docteur Samlee, directeur régional. Des membres du personnel du Bureau ont été intégrés aux équipes de secours de l'OMS.

Nous avons aussi contribué à la coordination de la réponse des pays de l'Union européenne, en réponse à la demande du Luxembourg alors Président de l'Union. Je voudrais rendre hommage à l'activité de ce pays et à son ministre de la Santé, M. Mars di Bartolomeo.

Cet été, notre Région a connu des situations de catastrophes particulièrement nombreuses et meurtrières qui, au-delà des drames humains et immédiats, ont mis à dure épreuve les systèmes de santé des pays concernés.

La Roumanie qui nous accueille aujourd'hui a été sévèrement touchée par les inondations. Ce fut aussi le cas pour l'Allemagne, l'Autriche, la Bulgarie, le Kirghizistan, la République de Moldova, la Suisse et le Tadjikistan. Nous avons aussi tous en mémoire le tremblement de terre en Turquie et les incendies au

Portugal. Chaque fois, le Bureau a proposé son aide et mis à la disposition des gouvernements son savoir-faire basé sur son expérience malheureusement déjà très riche en ce domaine.

La multiplication des catastrophes nous a conduits à renforcer nos programmes d'aide humanitaire. En plus des publications techniques sur les changements climatiques, les conséquences sanitaires des inondations et la communication de crise, nous travaillons sur des recommandations très concrètes incluant des mises en situation et des tests d'adaptabilité.

La réponse au cas par cas est tout à fait insuffisante et il est indispensable de préparer la réaction rapide et adaptée des systèmes à des situations de crise imprévues par définition et de nature extrêmement variable.

La préparation des systèmes de santé aux crises sanitaires est devenue une priorité incontournable pour la santé publique.

La grippe

C'est dans ce même état d'esprit que nous travaillons avec le Siège de l'OMS et les autres Régions, pour répondre de façon adéquate et rapide à l'éventuelle pandémie de grippe qui préoccupe l'ensemble de la planète.

C'est dans cette même perspective que se situe notre collaboration avec l'Union et la Commission européennes, le CDC européen, la FAO et l'OIE (Office international des Épidémiologies). Des exercices pratiques sont en cours de développement dans six pays de la Région, et une réunion de coordination est prévue à Copenhague au mois d'octobre non seulement pour les pays de l'Union mais pour les 52 États membres de la Région européenne.

Notre objectif principal est que chaque pays ait un plan national solide et cohérent avec celui des autres pays de la Région. Nous veillons aussi à ce que les structures de surveillance et de réponse soient prêtes à bien fonctionner.

Selon nos dernières informations, il n'y a pas de cas humains dans la Région et les cas de grippe aviaire animale au Kazakhstan et en Russie concernent des zones géographiques limitées. Zones que les gouvernements concernés s'efforcent de contrôler, en collaboration avec la FAO et l'OIE. Cet effort a pour but de minimiser le risque de transmission à l'homme.

Il nous faut cependant rester vigilants. En effet, si une pandémie devait se produire, la mise au point d'un vaccin à partir du virus responsable nécessitera au moins dix semaines que l'on espère réduire à six. Sa production en grandes quantités et sa distribution à grande échelle demanderont elles plusieurs mois. L'accès rapide à de grandes quantités d'antiviraux pose également des problèmes assez similaires. Ainsi, en dépit de modèles encourageants et des moyens mis en œuvre, ce serait une erreur que de croire que les chances de maîtriser une pandémie à sa source est de 100 %.

Une bonne préparation conduisant à une réponse rapide et adaptée est indispensable car elle seule minimisera les conséquences de la pandémie sur la santé. C'est pourquoi, comme les pays de la Région, le Bureau régional considère aujourd'hui cette question comme la plus urgente des priorités.

Répondre aux besoins des pays en contribuant régionalement à des initiatives globales

Le VIH/sida et le programme 3 par 5

La Région européenne a rempli le contrat qui lui était fixé, à savoir 100 000 nouveaux malades sous traitement à la fin de 2005.

Mais ce résultat encourageant ne doit pas masquer la nécessaire couverture universelle, prochain objectif mondial à l'horizon 2010. Couverture universelle qui concerne bien entendu le traitement et les soins aux malades mais aussi la prévention. Cela signifie pour la Région 300 000 malades supplémentaires sous traitement. Objectif ambitieux mais humainement indiscutable. L'objectif est difficile à atteindre en particulier dans des pays très grands comme la Russie et l'Ukraine où nos équipes travaillent très étroitement avec l'ONUSIDA et tous ses co-sponsors, en particulier l'UNICEF.

Mais traiter tous les malades n'est qu'une partie de la solution. N'oublions surtout pas la nécessité de renforcer la prévention. Depuis 2002, le nombre de nouveaux cas de VIH/sida a augmenté dans 30 pays de la Région aussi bien à l'est qu'à l'ouest. Cette aggravation de l'épidémie impose le renforcement des campagnes de prévention incluant des actions de réduction des risques.

L'OMS a soutenu de nombreux pays dans l'élaboration de leurs propositions pour le Fonds global. La baisse des prix en vue d'un meilleur accès au traitement est un des axes essentiels de notre collaboration avec les pays concernés. Dans le cas de la Fédération de Russie, il en a résulté une division par trois du prix des antirétrovirus. Une fois encore, j'en appelle à la contribution de chaque pays de la Région car au-delà des aspects techniques et scientifiques, la solidarité est essentielle pour venir à bout de cette maladie si dévastatrice.

Là encore, la question du renforcement des systèmes de santé est essentielle, car acheter des médicaments est certes important, mais les faire parvenir aux malades qui en ont besoin et de façon durable l'est encore plus. Nous reviendrons sur ce point demain matin lors de la session sur les systèmes de santé dans les pays.

Le tabac

Le tabac est une autre illustration de l'engagement régional dans un combat mondial. Cette année a été marquée par l'entrée en vigueur de la Convention-cadre sur la lutte antitabac. La Région européenne continue à affirmer la détermination qu'elle a montrée depuis le début de ce processus. Vingt-deux pays de la Région européenne soit 30 % du nombre mondial, et l'Union européenne, ont déjà ratifié la Convention. La ratification est un premier acte. Aujourd'hui, pour l'OMS et pour le Bureau européen, le suivi de la mise en œuvre est une obligation. Dans cette perspective, nous soutenons et soutiendrons tous les pays de la Région, en les aidant à développer leur plan d'action, à partager leurs expériences et à évaluer et à publier leurs résultats. Je signale à titre d'exemple la réunion sur ce sujet organisée plus tard ce mois-ci à Sofia pour huit pays du Sud-Est de la Région.

Le processus adopté pour la Convention-cadre sur la lutte antitabac nous a servi de modèle pour l'adoption du Règlement sanitaire international. Ce règlement, exemple d'un nouvel outil pour la santé publique lui permettant de prendre en compte des menaces émergentes, a été adopté par l'Assemblée mondiale. Comme dans le cas du tabagisme, le Bureau européen a stimulé l'engagement régional pour aboutir à l'issue positive que l'on connaît.

Les objectifs du Millénaire pour le développement

Pour clore ce chapitre des activités régionales en soutien à des programmes globaux, j'évoquerai le travail du Bureau pour les objectifs du Millénaire pour le développement. Ce programme des Nations Unies concerne très largement la santé et le développement dans des domaines comme la pauvreté, la santé de la mère et de l'enfant, le sida et l'environnement. Il implique de façons différentes les différents pays de la Région. L'information dont nous disposons aujourd'hui nous fait pressentir que les pays les plus fragiles de la Région auront des difficultés à atteindre les résultats escomptés en 2015. La désagrégation des données en termes géographique, ethnique, et social révèle des poches de pauvreté où les buts seront plus difficiles à atteindre que dans les parties nanties de la Région.

La recherche du positionnement de la Région tenant compte de ses spécificités a été quelque peu laborieuse. Une stratégie satisfaisante est maintenant disponible. Le Bureau régional souhaite apporter

son concours à tous les États membres de la Région, que ce soit dans leurs efforts pour atteindre les objectifs ou en favorisant les échanges d'informations et l'exercice de la solidarité. Un document d'information mettant en évidence les domaines où l'aide d'EURO est envisagée a été produit pour ce Comité régional. Il est à votre disposition. Un programme appelé MDG+ est en cours de discussion. Il propose une approche et des objectifs pertinents pour la Région européenne. Il ne doit cependant pas être considéré comme une alternative au programme du Millénaire mais comme un complément à ce programme pour notre Région.

Je signalerai enfin dans un domaine proche de celui-ci que la Région contribue, à partir du centre de Venise, à la Commission globale sur les déterminants sociaux de la santé présidée par le professeur Marmot.

Répondre aux besoins des pays par des activités plus spécifiquement régionales

Le Bureau régional a poursuivi cette année ses activités dans les nombreux domaines où il intervient. Vous aurez au cours des sessions du Comité l'occasion de revenir sur nombre de ces sujets. Ne pouvant être exhaustif, je me limiterai aux domaines qui présentent une actualité ou un suivi particuliers.

La santé mentale

L'année 2005 a commencé par la Conférence d'Helsinki sur la santé mentale. La conférence a mis l'accent sur la nécessité de renforcer la sensibilisation à différents niveaux de la société, rejeter la discrimination et soutenir les personnes concernées et leur famille :

- au niveau des responsables de la santé pour qu'ils incluent mieux la santé mentale dans les systèmes de santé et la politique de santé ;
- au niveau des professionnels de santé pour augmenter leurs compétences techniques dans ce domaine ;
- enfin, au niveau des patients et des soignants en reconnaissant et en utilisant leur savoir-faire vécu.

L'environnement et la santé

Au cours de cette année, nous avons aussi prêté une attention particulière au suivi de la Conférence de Budapest sur l'environnement et la santé. Le professeur Dab, président du Comité européen sur l'environnement et la santé vous donnera les détails de ce suivi demain après-midi. Il faut se féliciter dans le domaine de l'environnement de l'entrée en vigueur récente du Protocole sur l'eau et la santé.

La tuberculose

La tuberculose est aujourd'hui dans notre Région un sujet de grande préoccupation. Comme le souligne le Rapport sur la santé en Europe, le nombre de cas a augmenté de plus de 50 % en 12 ans. Les principaux facteurs favorisant l'épidémie sont la pauvreté, la polypharmacorésistance, la co-infection avec le VIH et la propagation parmi les populations carcérales.

J'ai envoyé au mois de février dernier une alerte sur la situation de la maladie à tous les ministères de la Région. Nous devons impérativement inverser, dans la Région, la tendance qu'a prise cette maladie à dimension largement sociale. Elle doit en particulier bénéficier des progrès du développement dans les pays en transition.

Les activités en préparation : la Semaine européenne de la vaccination et la Conférence ministérielle européenne sur la lutte contre l'obésité

Du 17 au 23 octobre 2005 se déroulera la première Semaine européenne de la **vaccination**. L'objectif est d'augmenter la sensibilisation du public et l'engagement politique dans la perspective de garantir à

chaque enfant le droit d'être immunisé contre les maladies évitables par la vaccination. Je suis sûr que tous les pays de la Région participeront à cet événement qui a prouvé son efficacité dans d'autres parties du monde.

Le sujet de l'obésité est lui aussi un thème prioritaire et de grande actualité. Il n'est pas étonnant que l'OMS comme l'Union européenne l'aient mis en même temps dans leurs programmes respectifs et dans celui de leur coopération. J'ai proposé l'organisation d'une conférence ministérielle européenne sur ce sujet qui se déroulera à Istanbul du 15 au 17 novembre 2006. L'Union européenne sera notre partenaire. Nous envisageons aussi d'étendre ce partenariat au Conseil de l'Europe, à la FAO, à l'UNICEF et peut être également à la Banque mondiale et à l'OCDE. Des consultations préalables et des pré-conférences sont d'ores et déjà prévues au Danemark le mois prochain et aux Pays-Bas en juin 2006. À l'issue de la conférence, nous serons en mesure, au cours du Comité régional de 2007, de proposer une révision du Plan d'action européen sur la nutrition.

Ainsi, nos activités couvrent de nombreux domaines mais aujourd'hui la nécessité de les faire reposer sur des systèmes de santé fiables et solides apparaît indispensable. Les progrès de la santé dépendent en grande partie de la capacité des pays à renforcer durablement leurs systèmes de santé. De notre côté, nous renforçons notre programme et nous vous présenterons demain matin notre stratégie.

Répondre aux besoins des pays en améliorant l'efficacité de notre soutien

Cette année, nous avons renforcé notre activité dans les pays en la rendant plus systématique, mieux planifiée et évaluée. Cette direction concerne l'ensemble des pays de la Région.

Pour les 28 pays dans lesquels nous avons un bureau, nous avons acquis une bonne expérience des négociations du contrat biennuel qui contient maintenant des activités sélectionnées très concrètes et financées. Nous avons également des plans de mobilisation de ressources pour chacun d'eux. Au cours de cette année, nous avons intensifié la formation des personnels de terrain qui sont aujourd'hui au nombre de 245 et nous sommes en cours de recrutement de huit chefs de bureau de niveau international. La qualité et l'efficacité de ces équipes de terrain sont très souvent reconnues par les autres organisations internationales et appréciées par les autorités locales.

Pour les 24 autres pays plus à l'ouest de la Région, le programme des Forums du futur s'est poursuivi et une série de rapports est disponible sur la communication de crise, les décisions impopulaires et la gestion de la sécurité des patients. Nous menons aussi pour ces pays des activités spécifiques comme par exemple en Grèce pour l'élaboration de la loi de santé publique, en Allemagne dans le domaine de la pollution de l'air, à Chypre pour la législation sur les assurances de santé, au Luxembourg sur la politique de promotion de la santé et en Suisse pour la revue des systèmes de santé.

L'ouverture cette année d'un bureau en Allemagne représente un nouveau type de présence du Bureau régional pour le groupe des pays de l'ouest qui n'en avait pas jusque là. Nous espérons que cette expérience servira de modèle pour d'autres pays du même groupe.

Le Pacte de stabilité

Dans ce chapitre de notre travail dans les pays, je voudrais donner des nouvelles du programme pour les Balkans que nous avons lancé avec le Conseil de l'Europe en 2001 à la suite des conflits qui ont marqué cette partie de la Région. Une seconde phase de ce programme très apprécié par les pays concernés sera lancée en novembre à Skopje. Cette initiative couvre aujourd'hui sept domaines : la santé mentale, la nutrition, les maladies transmissibles, la formation en santé publique, le tabac, les produits sanguins et les médicaments. Ces programmes sont développés dans huit pays et financés par neuf pays et quatre organisations internationales.

Appel pour le Kosovo

Pour conclure ce chapitre, je voudrais attirer l'attention du Comité régional sur la situation dramatique d'une population du Kosovo soumise à des rejets de plomb et vivant dans des conditions sanitaires inacceptables et inhumaines. De nombreuses femmes enceintes et des enfants voient ainsi leur santé gravement menacée. L'envoyé du secrétaire général des Nations Unies, chef de la mission au Kosovo, m'a demandé le soutien du Bureau régional pour l'aider à mettre un terme à cette situation et à transférer cette population en dehors des camps où elle séjourne aujourd'hui. Je fais appel à votre soutien et à votre générosité pour nous permettre d'accomplir notre devoir technique et de solidarité. Voici un bon moyen de promouvoir l'équité que nous considérons si importante pour la santé de notre Région. Nous avons besoin d'un million de dollars des États-Unis pour renforcer notre équipe et développer un programme rapide et efficace.

Répondre aux besoins des pays par le partenariat

Cette année, nous avons poursuivi et renforcé notre coopération en particulier sur le terrain avec le Conseil de l'Europe, la Banque mondiale et les autres organisations des Nations Unies notamment l'UNICEF. Nous avons approfondi notre coopération avec les agences de développement nationales en particulier le GTZ allemand et celles des pays nordiques et du Royaume-Uni. Nous manquons cependant d'une politique claire et d'un plan d'action pour notre collaboration avec les organisations non gouvernementales.

Avec l'Union européenne, nous participons de plus en plus aux programmes proposés par le pays présidant l'Union, ce fut le cas avec les Pays-Bas et avec le Luxembourg dans les domaines de la pharmacie et de la santé mentale. Nous travaillons aujourd'hui étroitement avec le Royaume-Uni sur la sécurité des patients, les inégalités de santé et bien sûr la grippe. Nous préparons déjà les présidences autrichienne et finlandaise avec comme thème la santé dans les politiques publiques, sujet sur lequel travaille notre Observatoire des systèmes de santé à Bruxelles.

Avec la Commission elle-même, la collaboration s'est visiblement intensifiée dans les domaines de la santé mentale pour la Conférence d'Helsinki. L'environnement et la santé constituent également un domaine fort de partenariat après la Conférence de Budapest. La Conférence ministérielle sur l'obésité, la nutrition et l'exercice physique en 2006 nous donnera une nouvelle occasion de collaborer sur un sujet essentiel de santé publique. L'alcool dont nous reparlerons demain est aussi un sujet où notre coopération s'est intensifiée cette année et continuera à le faire je l'espère dans les années à venir.

Le Bureau régional s'est associé très étroitement à la création en mai dernier à Stockholm du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Notre collaboration avec ce nouvel organisme est déjà bien établie en particulier dans le domaine du recueil et de l'analyse de l'information. Nous venons juste de signer avec le centre un protocole de collaboration. Nous sommes déterminés à poursuivre dans cette bonne direction initiale et la nomination de Mme Jakab, ancien membre de notre équipe, comme directeur facilitera notre travail commun.

Au-delà du CDC européen, nous collaborons avec d'autres agences, en particulier celle sur l'environnement basée à Copenhague. Il serait souhaitable de créer également des liens plus étroits avec l'Agence sur la Sécurité alimentaire et de renouveler notre protocole de collaboration avec l'Agence sur les Drogues à Lisbonne.

Je voudrais remercier tout particulièrement M. Kyprianou d'avoir accepté mon invitation et d'être présent avec nous ce matin. Vous êtes le premier commissaire européen à le faire et je ne peux interpréter votre présence autrement que par votre volonté affirmée de collaboration avec notre Organisation tant au niveau mondial que régional.

Sans être exclusive, notre collaboration avec l'Union est une priorité mais aussi une source d'efficacité qui ne se limite pas à 25 pays mais permet aussi de jeter les ponts avec les autres pays de la Région et de les faire bénéficier des résultats de notre travail commun. Car pour nous, chaque pays a la même importance, membre ou non de l'Union européenne.

Pour clore ce chapitre, je voudrais rendre hommage à mon ami Fernand Sauer qui va bientôt quitter ses fonctions et qui au cours des années a grandement facilité notre travail commun.

Le pilier central de la stratégie du Bureau régional est toujours de travailler en collaboration avec les organisations concernées par la santé et qui partagent nos valeurs. L'espace de la santé est suffisamment large en particulier sur le terrain pour que chacun trouve sa place sans concurrence inutile. Dans cette perspective, nous poursuivrons et renforcerons notre coopération avec des groupes de pays, en particulier la Communauté des États indépendants et les pays membres du Pacte de stabilité que j'ai cités précédemment.

Conclusions

Cette année des progrès visibles ont été réalisés dans la collaboration technique avec la plupart des divisions du Siège et les autres bureaux régionaux. Cher docteur Lee, je ne peux que me réjouir du soutien que vous nous avez toujours apporté et de la disponibilité dont vous faites toujours preuve à mon égard. Savoir que notre dialogue est concret et amical est pour le directeur régional que je suis un avantage dont je mesure toute la valeur. La présence aujourd'hui du docteur Gezairy à nos côtés est aussi le symbole de cette volonté forte de maintenir l'unité de l'Organisation afin de pouvoir fournir à nos États membres les meilleurs services de la part de l'ensemble de l'Organisation. On pourrait donner de multiples exemples de cette collaboration qui est bien sûr facilitée par les moyens modernes de communication électronique que nous utilisons de plus en plus fréquemment.

Je voudrais remercier les membres du Comité permanent pour leur soutien et leur disponibilité et tout particulièrement son président, le docteur Thiers. De nombreux thèmes ont été abordés au cours des réunions du CPRC cette année. Vous aurez l'occasion d'en rediscuter au cours de la présentation du rapport. Je voudrais mentionner en particulier la mise en place du Groupe de travail sur le futur du Bureau régional qui répond à la demande formulée l'année dernière par le Comité régional. Ce groupe de travail incluant des experts de différentes disciplines fournira un rapport qui vous sera présenté l'année prochaine. Ce rapport proposera un positionnement du Bureau régional pour les années 2020 en fonction d'hypothèses d'évolution de la santé publique et du contexte international.

Enfin, je suis sûr que vous m'autoriserez et vous joindrez à moi pour remercier le personnel du Bureau pour son dévouement et sa contribution au travail que je viens de vous présenter. Il est évident que la principale et même la seule richesse d'une organisation technique comme l'OMS ce sont ses ressources humaines, son personnel. Je dois dire qu'à cet égard, le Bureau régional est très riche même avec un budget limité.

J'espère que ce rapport vous aura donné suffisamment d'informations pour vous permettre de vous faire une idée assez précise et complète de nos activités depuis le dernier Comité régional. Je serais bien sûr très heureux de compléter cette information en répondant à vos questions avec l'assistance des équipes du Bureau régional et éventuellement celles du Siège qui sont présentes ici ce matin.

J'espère que ce Comité régional sera actif et productif car, comme vous le savez, nous accordons beaucoup d'importance à vos commentaires et suggestions. Je vous et je nous souhaite donc un bon travail et je vous remercie de votre attention.