

Rapport sur la soixantième session  
du Comité régional de l'OMS  
pour l'Europe



**Organisation  
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Europe**



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation  
mondiale de la Santé**  
**Europe**

Rapport sur la soixantième session  
du Comité régional de l'OMS  
pour l'Europe

Moscou (Fédération de Russie)  
13-16 septembre 2010

Mots clés :

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

**Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :**

Service des publications  
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

**© Organisation mondiale de la santé 2010**

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Photos © Ministère de la Santé et du Développement social, Fédération de Russie, à l'exception de la couverture et des endroits indiqués.

## Sommaire

Ouverture de la session .....	1
Élection du bureau et adoption de l'ordre du jour et du programme de travail .....	1
Allocution de la directrice régionale .....	2
Allocution du Premier ministre de la Fédération de Russie .....	4
Débat général .....	5
Rapport du dix-septième Comité permanent du Comité régional de l'Europe .....	7
Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif .....	8
Gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe .....	8
Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS .....	10
Allocution du directeur général de l'OMS .....	13
Relever les principaux défis de la santé publique et de la politique sanitaire en Europe .....	14
La santé dans la politique étrangère et la coopération au développement .....	17
Hommage au docteur Jo Eirik Asvall .....	19
L'avenir du processus européen Environnement et santé .....	19
Allocution du directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale .....	22
Le financement futur de l'OMS .....	23
Projet de budget programme pour 2012-2013 .....	25
Élections et désignations .....	28
Conseil exécutif .....	29
Comité permanent du Comité régional .....	29
Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales .....	29
Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé .....	29
Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement .....	29
Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2011-2014 .....	30
Éradication de la poliomyélite dans la Région européenne de l'OMS .....	30

Engagement renouvelé envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS d'ici 2015.....	32
Résolutions .....	34
EUR/RC60/R1. Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2008-2009.....	34
EUR/RC60/R2. Améliorer la santé en Europe. Adapter le Bureau régional à l'évolution du contexte européen : perspective de la directrice régionale.....	34
EUR/RC60/R3. La gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.....	35
EUR/RC60/R4. Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS.....	37
EUR/RC60/R5. Relever les principaux défis de la santé publique et de la politique sanitaire en Europe : progresser dans la recherche de l'amélioration de la santé dans la Région européenne de l'OMS.....	38
EUR/RC60/R6. La santé dans la politique étrangère et la coopération au développement : les questions de santé publique sont des questions de santé mondiale .....	40
EUR/RC60/R7. L'avenir du processus européen Environnement et santé .....	41
EUR/RC60/R8. Le financement futur de l'OMS .....	43
EUR/RC60/R9. Projet de budget programme pour 2012-2013 .....	44
EUR/RC60/R10. Dates et lieux des prochaines sessions du Comité régional en 2011-2014.....	45
EUR/RC60/R11. Rapport du dix-septième Comité permanent du Comité régional.....	45
EUR/RC60/R12. Engagement renouvelé envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole et de la prévention du syndrome de rubéole congénitale d'ici 2015 et soutien durable en faveur de la préservation du statut « exempt de poliomyélite » dans la Région européenne de l'OMS .....	46
Annexe 1. Ordre du jour .....	49
Annexe 2. Liste des documents .....	51
Annexe 3. Liste des représentants et autres participants.....	53
Annexe 4. Allocution de la directrice régionale lors de la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe.....	71
Annexe 5. Allocution du directeur général .....	81



## Ouverture de la session

La soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe s'est tenue à l'hôtel Holiday Inn Sokolniki (Moscou, Fédération de Russie) du 13 au 16 septembre 2010. Des représentants de 52 pays de la Région y ont participé. Étaient également présents des représentants du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), de la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies (CEE-ONU), du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de la Banque mondiale, du Conseil de l'Europe, de l'Union européenne (UE), de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et d'organisations non gouvernementales (ONG) (annexe 3).

La première séance de travail est ouverte par le docteur Christos Patsalides, président sortant.



## Élection du bureau et adoption de l'ordre du jour et du programme de travail

(EUR/RC60/2 Rev.2 et EUR/RC60/3 Rev.2)

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

Dr Tatiana Golikova (Fédération de Russie)	présidente
Dr Vladimir Lazarevik (ex-République yougoslave de Macédoine)	président exécutif
Dr Josep M. Casals Alís (Andorre)	vice-président exécutif
M. Haraldur Briem (Islande)	rapporteur

Le Comité régional adopte l'ordre du jour (annexe 1) et le programme de travail.

## Allocution de la directrice régionale

(EUR/RC60/4, EUR/RC60/8, EUR/RC60/9, EUR/RC60/Conf.Doc./1, EUR/RC60/Conf.Doc./4)



La directrice régionale commence son discours (annexe 4) en remerciant le Comité régional pour la confiance qu'il lui a accordée un an plus tôt en la nommant à son poste. Ensuite, elle décrit les sept orientations et priorités stratégiques suivies par le Bureau régional afin de s'adapter aux défis auxquels il est confronté, et le travail qu'il a réalisé ou planifié pour gérer les dossiers les plus urgents dans la Région européenne de l'OMS.

La première orientation stratégique consiste à élaborer une nouvelle politique européenne de la santé (Santé 2020) avec les États membres et les partenaires. Deuxièmement, la gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sera continuellement renforcée en consolidant ses organes directeurs, en créant un forum de haut niveau réunissant des responsables des pouvoirs publics, en continuant à organiser des conférences ministérielles et en se servant du budget programme pour garantir une prise de responsabilités. Troisièmement, en devenant un centre d'excellence technique, le Bureau régional concentrera les fonctions fondamentales de l'Organisation au Bureau de Copenhague (Danemark), procédera à une intégration complète des bureaux géographiquement dispersés et des bureaux de pays, redynamisera les réseaux existants et en établira de nouveaux. Il est en train de soumettre les bureaux géographiquement dispersés et les bureaux de pays à une étude. Quatrièmement, le Bureau régional renforcera encore la collaboration avec les États membres en leur fournissant une assistance de divers types à différents niveaux, en fonction des besoins des pays. Il examine des options telles que des accords sous-régionaux, sur le modèle du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est. Cinquièmement, le Bureau régional concevra une stratégie sur les partenariats pour présentation au Comité régional en 2011. Des travaux sont en cours pour consolider ses relations avec les institutions de l'UE, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et l'OCDE. Sixièmement, le Bureau régional s'emploie à améliorer la manière dont il utilise les technologies de l'information et de la communication. La septième tâche est d'instaurer un environnement de travail enthousiasmant dans lequel le personnel se sente habilité à agir, et d'organiser un financement à long terme pour le Bureau régional.

En évoquant les cinq priorités les plus urgentes pour le Bureau régional, la directrice régionale a décrit les travaux réalisés au cours de la période biennale 2008-2009 et des sept mois écoulés depuis son entrée en fonction, ainsi que les activités programmées. Premièrement, le Bureau régional a fourni des évaluations de risques, des recommandations et diverses formes de soutien tangible aux services de santé de pays touchés par des situations d'urgence et de crise pour la santé publique, comme l'éruption volcanique en Islande, les troubles civils au Kirghizistan, les graves inondations en République de Moldova, et la vague de chaleur et les incendies en Fédération de Russie.

Deuxièmement, la Région n'a pas terminé son travail en matière de lutte contre les maladies transmissibles, malgré de gros progrès dans certains domaines. Lorsqu'une flambée épidémique de poliomyélite au Tadjikistan a remis en question le statut « exempt de poliomyélite » de la Région, l'OMS, UNICEF et d'autres partenaires ont aidé les pouvoirs publics du Tadjikistan et des pays voisins à élaborer des stratégies d'intervention et à mener des activités de vaccination supplémentaires pour les enfants et les jeunes. Le laboratoire régional de référence, en Fédération de Russie, a fourni une aide précieuse. De même, une nouvelle date d'échéance doit être fixée pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région.

Sur une note positive, le succès de la Semaine européenne de la vaccination a incité les Bureaux régionaux de l'OMS pour l'Afrique et le Pacifique occidental à demander au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de les aider à lancer des initiatives similaires. En outre, la Région a accompli de grands progrès sur la voie de l'élimination du paludisme : le nombre de pays touchés est passé de 9 en 2005 à 5 en 2009. De plus, les efforts de l'OMS et des pays durant la pandémie de grippe qui a éclaté en 2009 ont porté leurs fruits et permis de tirer des enseignements utiles, dont la nécessité de plans de préparation flexibles et d'une bonne communication avec le public. Le Bureau régional collabore avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) pour évaluer la pandémie dans sept pays, et a convenu de moyens pour éviter de soumettre deux fois les mêmes données sur la surveillance de la grippe. Qui plus est, le Bureau régional prend des mesures dans la Région contre trois menaces sanitaires mondiales. Il prépare un plan d'action

très complet sur la tuberculose multirésistante et ultrarésistante et une stratégie régionale sur la résistance aux antimicrobiens, en se basant sur le bon travail effectué par la Commission européenne, l'ECDC et d'autres partenaires, et va élaborer une stratégie régionale pour le VIH/sida, alignée sur la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida 2011-2015. Néanmoins, en 2008, la Région a procuré une thérapie antirétrovirale à 90 % des femmes enceintes séropositives des pays à revenus faible et intermédiaire.

En ce qui concerne la troisième priorité du Bureau régional, la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui s'est tenue à Parme (Italie) en mars, a marqué un tournant dans le processus européen Environnement et santé. Le cadre d'action régional sur le changement climatique, approuvé à Parme, orientera les travaux effectués par le Bureau régional dans ce domaine et ceux qui permettront de faire une meilleure place à l'écologie dans les services de santé.

Comme les maladies non transmissibles représentent une part importante de la charge de morbidité dans la Région européenne, elles restent une priorité pour le Bureau régional. En 2008-2009, ce dernier a aidé huit pays à élaborer des programmes nationaux complets de lutte contre le cancer. Il prévoit d'aider les pays à prendre des mesures contre les affections mentales. Il a poursuivi ses activités sur les déterminants de la santé, pour combattre les facteurs de risque communs à toutes les maladies non transmissibles, et mis la première main à un plan d'action visant la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte). En 2010, les pays ont convenu que le Bureau régional élaborera un plan régional de mise en œuvre de la stratégie mondiale concernant la consommation nocive d'alcool et du Cadre européen pour une politique en matière d'alcool. Par contraste, la Région a accompli des progrès considérables dans la lutte contre le tabagisme. Pour combattre la surcharge pondérale et promouvoir une nutrition saine, le Bureau régional a collaboré avec les États membres afin de réduire la consommation de sel, facilité la mise en place de six réseaux d'action, et récemment discuté, avec le secteur de la production d'aliments et de boissons, les moyens d'appliquer les normes et recommandations de l'OMS à ce niveau.

Enfin, dans le cadre des efforts visant à renforcer les systèmes de santé et de santé publique, le Bureau régional a aidé les pays à planifier leurs interventions face à la crise financière et répondu aux demandes d'assistance concernant les réformes sanitaires. De grands progrès ont été accomplis dans la mise en œuvre de certaines dispositions de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, et le Bureau régional continuera à aider les pays à élaborer de nouvelles politiques et stratégies nationales de la santé, et à appliquer et évaluer celles qui existent déjà. En outre, le Bureau régional a soutenu les réformes du financement de la santé dans un certain nombre de pays. Il s'attache actuellement à élaborer une stratégie et à aider les États membres en vue de l'application du nouveau Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, et mené plusieurs activités visant à améliorer l'utilisation des technologies de la santé et des produits pharmaceutiques.

En conclusion, la directrice régionale réaffirme la détermination du Bureau régional à être utile à chaque État membre dans une Région européenne aux multiples facettes, et rend hommage au personnel pour son dévouement en faveur de cet objectif.

## Allocution du Premier ministre de la Fédération de Russie



Le Premier ministre déclare que le choix de son pays comme lieu de réunion pour la soixantième session du Comité régional reflète l'intention de l'OMS d'utiliser le potentiel de la Fédération de Russie en matière de coopération dans le domaine des soins de santé et des programmes internationaux. Les dépenses du pays pour les soins de santé ont presque quadruplé depuis 2001. En 2005, les moyens financiers et administratifs des niveaux fédéral et régional ont été regroupés et, depuis, plus de 590 milliards de roubles ont été investis dans les soins de santé. Au cours des trois prochaines années, 440 milliards de roubles seront encore investis. Des centres ont été établis dans presque toutes les régions du pays pour les victimes de maladies cardiovasculaires et d'accidents de la route ; les centres d'oncologie reçoivent actuellement de nouveaux équipements, et des centres de médecine périnatale et de haute technologie sont en cours de construction.

Démentant la mise en garde d'un certain nombre d'experts, des spécialistes compétents sont disposés à travailler dans de tels centres, dans des régions très éloignées des villes principales. Depuis 2005, la mortalité infantile a été réduite d'un tiers, malgré un taux de natalité en hausse, et, quoique l'espérance de vie dans la Fédération de Russie soit inférieure à celle de certains autres pays européens, une tendance positive peut clairement être observée. Une nouvelle législation est en projet concernant les produits pharmaceutiques, et la loi sur l'assurance maladie obligatoire va être amendée pour garantir le droit des patients à choisir un médecin, un établissement médical et une compagnie d'assurance. Le nombre de centres de santé augmente rapidement, puisque 190 nouveaux centres spécifiquement destinés aux enfants et aux adolescents ont ouvert en 2010. Les citoyens russes sont encouragés à adopter une attitude plus responsable vis-à-vis de leur propre santé en rejetant les mauvaises habitudes telles que le tabac et la conduite dangereuse sous l'influence de l'alcool.

Les maladies infectieuses ne connaissent pas de frontières, et la Fédération de Russie est prête à partager son expérience avec les pays voisins et à leur fournir une assistance technique pour la mise en place d'un système de surveillance international. Son gouvernement a apporté au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme une participation de plus de 250 millions de dollars des États-Unis (USD), et consacré plus de 430 millions d'USD à la santé publique dans le monde entre 2006 et 2011. Il souhaite aux participants à la réunion des délibérations fructueuses.



## Débat général

Au cours du débat qui suit, de nombreux intervenants remercient les autorités russes pour leur chaleureuse hospitalité, et plusieurs d'entre eux félicitent la directrice régionale pour son entrée en fonction et saluent les mesures rapides et efficaces prises sous son autorité jusqu'ici, particulièrement dans le domaine des partenariats et des interventions de lutte contre l'épidémie de poliomyélite et la grippe.

Toutefois, presque tous les intervenants déclarent soutenir fermement la vision de la directrice régionale en faveur d'un changement au Bureau régional et de l'amélioration de la santé en Europe. En particulier, une représentante s'exprimant au nom de l'UE approuve vivement à la fois la vision et les sept orientations stratégiques relatives à sa mise en œuvre, appelant de ses vœux une planification stratégique pour inclure des objectifs clairs dans une feuille de route et un calendrier. Alors qu'elle s'attaque aux défis sanitaires complexes auxquels le monde est confronté, la Région européenne requiert que le Bureau régional exerce résolument son autorité et que les États membres de toute la Région prennent des mesures concertées. L'UE est disposée à se laisser guider par la Déclaration d'Alma-Ata, la Charte de Tallinn et la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé, et estime qu'une nouvelle politique européenne de la santé, élaborée avec les États membres et d'autres partenaires, permettrait à la Région de répondre aux défis actuels tout en se préparant à l'avenir. Dans ses travaux, le Bureau régional doit mettre davantage l'accent sur les déterminants sociaux de la santé, la promotion de la santé et la prévention des maladies, en se focalisant particulièrement sur les maladies non transmissibles, la santé mentale et l'impact de l'environnement sur la santé, tous ces dossiers étant coordonnés avec les travaux sur les systèmes de santé. L'application du Règlement sanitaire international (RSI) et la lutte contre les nouvelles menaces sanitaires et les maladies infectieuses, comme la tuberculose multirésistante, constituent d'autres thématiques majeures. Il est important pour le Bureau régional de se concentrer sur les activités qui apportent une valeur ajoutée appréciable à la Région tout en exploitant les synergies et en évitant la répétition des tâches. L'étude en cours sur les déterminants sociaux fournira les bases nécessaires à la politique de la santé. L'intervenant insiste pour que le processus d'élaboration de la politique s'inscrive dans le prolongement des stratégies mondiales et du programme de réformes de l'OMS, et demande comment les États membres et les autres partenaires y prendront part en 2011 et 2012.

La gouvernance de la santé en Europe et une collaboration plus étroite avec les partenaires sont essentielles pour s'adapter à un environnement en mutation ; l'intervenant apprécie l'accent mis par la directrice régionale sur le rôle du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional (CPCR) et sur la gouvernance au Bureau régional, et demande si les fonctions du forum de haut niveau que l'on se propose de mettre en place recouperont celles du CPCR. L'UE approuve sans réserve le fait que les fonctions stratégiques fondamentales du Bureau régional soient situées au sein du Bureau de Copenhague, et salue l'évaluation menée sur les bureaux géographiquement dispersés et les bureaux de pays. Afin de ménager suffisamment de temps pour les débats, l'intervenant propose que le Bureau régional communique aux États membres les résultats des évaluations ainsi que les propositions pendant ou avant l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2011.

Beaucoup d'autres représentants, dont l'un s'exprimant au nom des pays du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, joignent leurs voix à celle de l'UE pour approuver le programme de changement et de réforme de la directrice régionale. Ils réservent un accueil particulièrement favorable à la proposition de politique européenne de la santé, pour des raisons incluant notamment l'intérêt des pays à élaborer leurs propres politiques, ainsi qu'aux mesures pour une meilleure gouvernance du Bureau régional, notamment les aspects de financement et la notion selon laquelle la santé est une responsabilité générale des pouvoirs publics. L'un des représentants se demande comment le budget programme peut faire office de contrat entre les États membres et l'OMS alors qu'il ne représente que 30 % du total des ressources ; cela montre la nécessité de réformer le processus budgétaire. Certains intervenants saluent la stratégie fondée sur des bases factuelles pour la Santé 2020, y compris l'étude sur les déterminants sociaux, et approuvent l'initiative dirigée par le directeur général sur le financement de l'OMS. D'autres apprécient également que l'accent soit à nouveau mis sur la santé publique, sur une collaboration stratégique avec les États membres et sur la nécessité de réseaux redynamisés, particulièrement les centres collaborateurs.

Les représentants se félicitent de l'engagement renouvelé du Bureau régional envers la santé publique et approuvent les thèmes prioritaires définis par la directrice régionale, insistant sur l'importance des mesures contre les maladies non transmissibles (y compris

les problèmes tels que l'abus d'alcool), suivies par le renforcement des systèmes de santé (y compris une assistance taillée sur mesure pour les États membres), l'environnement et la santé, les maladies transmissibles et les crises sanitaires, pour lesquelles une intervention coordonnée est particulièrement précieuse. Divers intervenants soulèvent d'autres questions revêtant une importance particulière dans leur pays. Plusieurs mentionnent l'impact de la crise financière mondiale sur la santé ; l'un d'entre eux estime que le débat du Comité régional à propos de solutions fondées sur des bases factuelles pour résoudre les inégalités en matière de santé est particulièrement pertinent, et deux autres remercient le Bureau régional d'avoir fourni des données probantes et apporté son appui afin de protéger les ressources de la santé contre des coupes budgétaires. Certains attendent avec impatience les débats sur la coopération sanitaire en matière de politique étrangère et soulignent l'importance de mesures coordonnées relatives aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Les représentants notent les effets néfastes du changement climatique sur la santé autour de la mer d'Aral, expriment leur inquiétude pour l'évolution du processus européen Environnement et santé et appellent les secteurs de l'environnement et de la santé à coopérer en vue d'une gestion saine des produits chimiques obsolètes, notamment des pesticides.

Plusieurs intervenants formulent des suggestions et des conseils au Bureau régional et aux États membres pour faire avancer leurs ambitieux programmes de changement. L'un d'eux espère que le Bureau régional maintiendra son rythme de travail élevé pour gérer non seulement les crises sanitaires, mais également des tâches telles que l'élimination de la rougeole. Plusieurs intervenants se focalisent sur les questions de gouvernance, exhortant le Bureau régional à continuer de faire évoluer ses rôles et sa gestion, à optimiser cette dernière, à reconsidérer ses relations avec le Siège de l'OMS et les bureaux de pays, ainsi qu'à conserver une organisation simple pour ses organes directeurs et à tenir les considérations politiques à l'écart du processus. L'un des intervenants loue vivement le travail du bureau de son pays et demande que la nouvelle Stratégie de pays du Bureau régional tienne spécialement compte de la pertinence et de la valeur des bureaux de pays. Un autre avance que les accords ou partenariats sous-régionaux seraient des structures particulièrement efficaces pour répondre aux besoins des pays. Les représentants demandent instamment que les partenaires soient choisis sur la base de leur valeur ajoutée pour les activités mises en œuvre, saluent les nouveaux progrès accomplis en ce qui concerne la collaboration entre le Bureau régional et l'UE, et insistent pour que les ministres de la Santé siègent au conseil d'administration d'organisations clés pour la coopération en matière sanitaire, comme le Fonds mondial, l'UNICEF, la Banque mondiale, la Banque européenne d'investissement, l'OCDE, le Conseil de l'Europe et la CEE-ONU. L'un des intervenants note l'importance du partenariat avec le Fonds mondial, étant donné que les critères régissant l'éligibilité des pays à une aide doivent être révisés, et espère que ce point sera évoqué non seulement au Comité régional, mais aussi lors de la réunion du Conseil du Fonds mondial en Bulgarie, en décembre. Par ailleurs, les intervenants demandent que les questions prioritaires soient sélectionnées sur la base des données sanitaires et non de la disponibilité de moyens, et espèrent que la réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles, prévue à Moscou en 2011, sera une utile préparation au Sommet des Nations Unies qui se tiendra ultérieurement cette année-là.

Enfin, les intervenants décrivent des initiatives réussies de leurs pays dans des domaines tels que l'amélioration de l'état de santé de leurs populations par le renforcement du système de santé, l'élaboration de politiques et de programmes sanitaires, la lutte contre le paludisme et le tabagisme, et le soutien au processus de transition du Bureau régional.

En réponse, la directrice régionale remercie les États membres pour leur ferme soutien en faveur des sept orientations stratégiques et des questions prioritaires, les assure que toutes les interventions proposées seront adoptées et remercie tous les pays qui ont soulevé différents points. Elle répond à certains de ceux-ci. Premièrement, elle est certaine que le Turkménistan sera certifié « exempt de paludisme » à la fin 2010 et que l'élimination de cette maladie sera effective dans la Région en 2015. Elle remercie la Suisse pour son soutien financier au processus de transition qui a permis l'étude des besoins du Bureau régional en matière de changement.

En ce qui concerne le forum de haut niveau proposé, la directrice régionale demande à chaque ministère de la Santé de désigner une personne, du niveau de directeur général de la santé ou équivalent, afin de l'aider dans la mise en œuvre de nouvelles initiatives, telles que la politique européenne de la santé et l'étude sur les déterminants sociaux. Le forum ne court-circuitera pas les organes directeurs existants mais s'intégrera dans leurs travaux et garantira la participation des États membres au processus d'élaboration des politiques. L'évaluation des bureaux géographiquement dispersés et des bureaux de pays est actuellement en cours. Le Bureau régional fournira d'ailleurs les conclusions aux États membres afin qu'elles puissent être débattues pendant la réunion organisée avec eux avant l'Assemblée mondiale de la santé. Les discussions avec le CPR en novembre en constitueront la première étape. Certes, la nouvelle Stratégie de pays conservera de précieux outils tels que les accords de collaboration biennaux, mais il importe de les concilier avec d'autres priorités et d'en accroître l'efficacité. En outre, et en raison du caractère imprévisible du budget programme, il est difficile d'utiliser ce dernier comme outil stratégique de responsabilité entre la directrice régionale et le Comité régional. Cependant, la directrice consultera le CPR afin de trouver une solution au problème.

Le Bureau régional est également heureux d'aider les pays dans leurs interventions face à la crise économique, qui présente un danger pour la santé. La directrice régionale remercie le ministre de la Santé de l'Ouzbékistan pour l'impulsion qu'il a donnée aux efforts de lutte contre la flambée de poliomyélite, et d'avoir confirmé l'utilité de la réunion organisée par le Bureau régional avec les ministres de la Santé des pays d'Asie centrale et de la Fédération de Russie le soir précédent l'ouverture de la session du Comité régional. Elle espère pouvoir organiser une autre réunion de ce genre avant l'Assemblée mondiale de la santé afin d'évaluer la flambée de poliomyélite sévissant en Europe et d'examiner d'autres thématiques telles que la rougeole, la rubéole et le renforcement des capacités pour le RSI. Elle est consciente des problèmes sanitaires imputables au changement climatique dans la région de la mer d'Aral, et serait heureuse d'examiner une intensification de l'aide apportée par l'OMS aux pays concernés afin de relever ces défis.

Le Bureau régional s'engage à progresser dans la lutte contre les dommages provoqués par l'alcool sur la santé. Ce problème devrait être ajouté à la liste des priorités, et la directrice espère que le Bureau régional élaborera une politique relative à l'alcool d'ici 2011. Elle souhaite que davantage de priorité soit accordée aux maladies non transmissibles et à la prévention des maladies dans le cadre de la stratégie visant à renforcer les systèmes de santé.

Le Comité adopte les résolutions EUR/RC60/R1 et EUR/RC60/R2.



## Rapport du dix-septième Comité permanent du Comité régional de l'Europe

(EUR/RC60/5, EUR/RC60/5 Add.1, EUR/RC60/Conf.Doc./2)

Le président du Comité permanent fait observer que le dix-septième CPCR s'est réuni six fois au cours de l'année. Par souci de transparence, le rapport de chaque réunion est disponible sur le site Web du Bureau régional. Lors de la deuxième journée de la deuxième session du dix-septième CPCR, organisée en novembre 2009 à Ohrid (ex-République yougoslave de Macédoine), la directrice régionale désignée a exposé brièvement sa vision quant à la meilleure manière d'aborder les priorités et les défis qui attendent la Région et le Bureau régional. Parmi les priorités recensées par la directrice, il convient de mentionner les inégalités sociales, la crise financière, le changement climatique et les maladies non transmissibles. En réorganisant le Bureau régional (tout en veillant à ce que les fonctions essentielles restent à Copenhague) et en renforçant la gouvernance de l'Organisation au niveau régional (notamment par la tenue de sessions du Comité régional qui suscitent la participation de ministres et de représentants de haut rang), elle veut s'assurer que le Bureau régional continue à jouer un rôle de chef de file dans le domaine de la santé publique.

Si le CPCR a évalué les mesures prises par le secrétariat dans le cadre du suivi des résolutions adoptées par le Comité régional, il a aussi participé à l'examen des documents préparés sur les questions techniques et politiques qui doivent être abordées pendant la session en cours. Des membres du CPCR présenteront les opinions de ce dernier sur ces questions, au titre des points de l'ordre du jour correspondants.

Le Comité adopte la résolution EUR/RC60/R11.

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

(EUR/RC60/6)



Le membre européen du Conseil exécutif, désigné pour assister aux sessions du CPR en qualité d'observateur, fait remarquer que plus des deux tiers des résolutions adoptées par la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé de mai 2010 concernent directement la Région européenne de l'OMS. Dans le contexte de la session actuelle, le Comité permanent souhaite attirer particulièrement l'attention du Comité régional sur les dossiers suivants : partenariats (résolution WHA63.10), suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (WHA63.15), Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (WHA63.16), stratégie OMS de lutte contre le VIH/sida 2011-2015 (WHA63.19), nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (WHA63.23), constitution d'un groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement (WHA63.28) et produits médicaux contrefaits (décision).

Un représentant exprime l'opinion, d'ailleurs partagée par la directrice régionale et le directeur général, selon laquelle une approche intersectorielle est nécessaire aux niveaux national et européen afin d'appliquer le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé.

## Gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

(EUR/RC60/11, EUR/RC60/Conf.Doc./5)



Le président du Groupe de travail du CPR sur la gouvernance de la santé dans la Région européenne de l'OMS rappelle qu'aux termes de la résolution EUR/RC53/R1, le Comité régional a demandé au Comité permanent de faire rapport, en sa soixantième session, sur l'expérience retirée du recours aux groupements géographiques des pays en vue de sélectionner des candidatures pour siéger au Comité exécutif, avec une périodicité réduite de la représentation au Conseil pour les États membres de la Région européenne de l'OMS qui sont membres permanents du Conseil de sécurité des Nations Unies. En outre, le Comité régional a demandé au CPR, lors de sa cinquante-neuvième session de l'an passé, de faire rapport à la session actuelle sur la gouvernance de la santé dans la Région européenne.

Le Comité permanent a par conséquent créé un groupe de travail de quatre membres qui s'est d'ailleurs réuni à cinq occasions, tenu des consultations avec le directeur général et le conseiller juridique de l'Organisation, et présenté un exposé lors d'une réunion des délégations européennes à l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2010. Les commentaires reçus des États membres européens ont été incorporés dans ses recommandations finales.

Ces recommandations, reprises dans une annexe au rapport du dix-septième Comité permanent (document EUR/RC60/5), peuvent être regroupées sous six grands titres, à savoir :

- les fonctions de gouvernance du Comité régional et du CPR, dont le renforcement du rôle de supervision du Comité permanent ;
- la composition du Conseil exécutif et du Comité permanent, dont le recours à quatre groupements sous-régionaux de pays pour les désignations ou les élections à ces deux organes, et le maintien de la périodicité actuelle en ce qui concerne la représentation semi-permanente au Conseil ;
- la transparence accrue des procédures du CPR ;
- un processus davantage simplifié pour la désignation du directeur régional, notamment les changements apportés au nom et au rôle du Groupe de prospection régional ;
- la date et le lieu des sessions du Comité régional et du Comité permanent ;
- l'harmonisation des règlements intérieurs respectifs du Comité régional et de son Comité permanent avec le règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif.
- Le texte intégral des règlements intérieurs respectifs du Comité régional et de son Comité permanent, avec les amendements proposés, est joint en annexe au document de travail examiné (document EUR/RC60/11).

Une représentante, s'exprimant au nom de l'UE, remercie le Groupe de travail pour sa contribution. Elle se félicite des efforts visant à renforcer le rôle de supervision du CPR et apprécie l'attention portée au renforcement de la transparence à cet égard. Le CPR est encouragé à inviter, le cas échéant, des représentants des États membres et d'ONG à ses réunions. L'élargissement de la composition du Comité permanent aidera à la participation de tous les États membres européens à la gouvernance de l'Organisation ; si cet élargissement devient effectif, il faudra aussi modifier l'article 21 du règlement intérieur du CPR (régissant la constitution d'un quorum). L'UE se félicite de l'officialisation du recours aux groupements sous-régionaux des pays. Celui-ci garantira en effet une répartition géographique équitable en ce qui concerne la composition du Conseil exécutif et du CPR. Finalement, l'UE apporte expressément son soutien à une meilleure coordination entre les États membres européens pendant les réunions de gouvernance de l'OMS, notamment au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la santé.

D'autres représentants se rallient à cet avis, tout en demandant une plus grande cohérence entre les programmes et les priorités des organes directeurs de l'Organisation aux niveaux mondial et régional, ainsi qu'une plus grande participation du directeur général au processus d'élection des directeurs régionaux. La levée de l'interdiction de la double représentation au CPR et au Conseil exécutif, qui, de manière paradoxale, limiterait la participation d'un nombre plus important d'États membres, suscite également des préoccupations. En guise de réponse, le directeur général fait remarquer que la question de sa participation à l'élection des directeurs régionaux ne peut être débattue qu'au niveau mondial.

Le Comité adopte la résolution EUR/RC60/R3 et convient d'accroître le quorum pour le Comité permanent (tel que stipulé à l'article 21 de son règlement intérieur) de 6 à 8 membres.

## Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS

(EUR/RC60/12, EUR/RC60/12 Add.1, EUR/RC60/Conf.Doc./6 Rev.1)



Le conseiller stratégique auprès de la directrice régionale déclare qu'afin de former une alliance pour améliorer la santé en Europe, il est proposé de conclure un partenariat stratégique avec la Commission européenne (vision commune intitulée « Regarder dans la même direction pour agir ensemble dans le domaine sanitaire »). Grâce au partenariat, on élaborera un système de sécurité sanitaire unique pour protéger l'Europe et un système d'information unique pour informer l'Europe ; on échangera les bonnes pratiques et les innovations ; on déterminera conjointement les priorités absolues de la recherche dans le but de maintenir l'avance de l'Europe en matière de recherche ; on formera des coalitions de différents secteurs afin de s'attaquer aux inégalités en santé ; on revendiquera des investissements dans la santé pour atténuer les effets de la crise économique ; et on renforcera la collaboration au sein des pays. De tels partenariats génèrent une valeur ajoutée aux niveaux mondial et régional, et sont essentiels au niveau national. Le cadre de cette collaboration future entre la Commission européenne et le Bureau régional, qui se traduit par une déclaration conjointe, donne un nouvel élan à leur collaboration de longue date pour passer d'une approche basée sur les projets à une approche stratégique.

Un membre du CPR déclare que les membres du Comité sont particulièrement satisfaits de voir la notion de partenariats pour la santé occuper une place aussi importante dans la vision de la directrice régionale. En effet, l'absence de partenariats efficaces peut compromettre la santé des populations et aggraver le manque d'équité en ce qui concerne la répartition des services. Même entre parties prenantes investies de mandats et d'objectifs similaires, la conclusion de partenariats n'est pas un phénomène naturel : leur structure et leur mode de gouvernance peuvent faire obstacle à leur collaboration. Il convient de rechercher des stratégies et objectifs communs par le biais de négociations et d'une approche consultative. Le partenariat conclu actuellement avec l'UE et ses membres constitue un bon exemple de coalition permettant d'améliorer la santé dans tous les pays. Il importe également d'engager une collaboration et un dialogue efficaces avec la Commission européenne afin d'améliorer la cohérence entre les politiques dans la Région européenne. La question que le Comité régional doit essentiellement aborder est la manière dont les différents acteurs peuvent honorer leur engagement envers une vision commune de la santé en Europe, et assurer une collaboration efficace afin d'améliorer la santé dans les États membres.

Au cours de la table ronde qui suit, la directrice régionale clarifie sa vision de la stratégie des partenariats qu'elle a l'intention de proposer en 2011, en mentionnant le besoin d'adaptation aux changements influant sur la santé publique en Europe. En raison de la multiplication des intervenants dans le domaine de la santé publique, il est d'autant plus nécessaire d'aboutir à une cohérence entre les politiques : d'où l'idée d'évaluer les nouveaux partenariats et ceux existants pour trouver le moyen d'améliorer la collaboration en Europe. Si la coopération entre le Bureau régional et la Commission européenne s'est concentrée jusqu'à présent sur des projets, il est temps apparemment de lui donner une nouvelle dimension et de s'attarder sur les priorités. Par exemple, il faudrait établir un seul système commun de surveillance des maladies en Europe. Les systèmes d'alerte et d'intervention rapides devraient être unifiés et élargis, et les activités visant à combattre la résistance aux antimicrobiens devraient être coordonnées.

Le Commissaire européen à la santé et à la politique des consommateurs mentionne trois points saillants. En premier lieu, si les mesures préventives sont un investissement dans l'avenir, les dépenses consenties en Europe à cet égard sont extrêmement peu élevées, soit 3 % seulement de l'ensemble des dépenses en santé. Ensuite, si l'espérance de vie augmente grâce aux progrès de la médecine, il faut aussi que les personnes âgées aient une vie active en bonne santé. Finalement, les problèmes de santé touchent de manière disproportionnée les populations pauvres : ces manques d'équité vont à l'encontre des valeurs européennes et doivent être aplanis. Le passage d'une approche par projet à une approche davantage structurée, fondée sur des priorités, permettra de rationaliser l'établissement de rapports et la fourniture de statistiques par les États membres.

Le directeur exécutif du Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme déclare que le Fonds constitue en lui-même un exemple typique de partenariat, toutes les parties collaborant ensemble à la lutte contre ces trois maladies. Si la notion de partenariats en santé fait depuis des années l'objet d'un débat, sa mise en pratique n'est que relativement récente, avec la

formation du Fonds mondial, de l'alliance GAVI et des partenariats « Halte à la tuberculose » et « Faire reculer le paludisme ». De telles initiatives ont été encouragées par la mondialisation des menaces sanitaires et la reconnaissance du fait que le déploiement d'efforts conjoints est nécessaire pour lutter efficacement contre ces pathologies. Les bailleurs de fonds et les exécutants sont représentés de manière égale dans les organes directeurs de la majorité de ces partenariats. Dans un tel contexte, la cohérence entre les politiques est importante. Le Fonds mondial fournit seulement le financement demandé par les pays, sur la base des décisions prises par l'OMS quant à la nature des interventions.

Le directeur de la Division de la santé de l'OCDE déclare que son organisation se focalise sur les ramifications économiques de la santé : dans bon nombre de pays, le secteur sanitaire est en fait plus important que celui de la manufacture. Beaucoup d'expérience a été acquise dans la mise au point de méthodes d'échange de données par les systèmes d'information sanitaire, de manière à ménager les ressources. Alors que tous les partenaires ne sont pas toujours d'accord quant aux politiques à adopter, les débats libres à ce sujet permettent généralement de limiter les messages contradictoires. Des efforts sont également consentis afin d'aider les pays à tirer les enseignements de leurs erreurs en matière de politiques sanitaires, comme par exemple les investissements inadéquats, la faiblesse des salaires et le long temps d'attente. Étant donné l'importance des flux migratoires internationaux, il est contreproductif de se concentrer uniquement sur les politiques nationales relatives au personnel de santé et à la tarification des produits pharmaceutiques. Quand des acteurs amènent autour de la table différents points forts et points faibles, il est possible de s'en inspirer ou de les compenser selon le cas. Les points forts de son organisation sont d'ailleurs la compilation des données, la rentabilité et les liens intersectoriels, beaucoup moins la santé publique.

Un membre récent du Parlement européen déclare avoir été le témoin du renforcement et de l'accroissement de l'efficacité des relations existant entre cette institution et l'OMS au cours de ces dernières années. Si le lien entre la pauvreté et la santé dans les pays en développement est reconnu depuis longtemps, il est souvent ignoré en Europe. Pourtant, à cet égard, l'objectif visé est aussi celui d'une population en bonne santé dans un environnement sain. Des partenariats doivent être établis entre l'OMS et les institutions européennes, entre l'OMS et les États membres, et avec les ONG qui représentent les patients eux-mêmes. En effet, ces derniers sont souvent les meilleurs experts en matière de maladies dans la mesure où ils les vivent au quotidien. L'impact du changement climatique sur la santé ne peut pas non plus être ignoré : il provoque l'apparition de nouvelles pathologies et accroît l'incidence des maladies respiratoires, des cancers de la peau et des problèmes de la vue. Les maladies négligées devraient faire l'objet d'un fonds équivalent au Fonds mondial, sachant qu'un financement limité améliorerait très largement les conditions de vie d'un très grand nombre de personnes.

Le président du Comité directeur de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé explique que l'expérience acquise par l'Observatoire à ce sujet démontre de façon probante l'importance des partenariats. La question n'est pas de savoir s'il faut conclure un partenariat, mais comment le faire fonctionner. L'une des leçons retenues est qu'il ne faut jamais transiger sur la bonne gouvernance. Tous les acteurs doivent sentir qu'ils participent au processus décisionnel. La bonne volonté, la confiance et le respect mutuel sont aussi importants à la mise en place d'un partenariat efficace. Comme pour un mariage, si les partenariats sont faciles au début, il est en revanche plus ardu de les renforcer à la longue.

Dans la discussion qui suit, plusieurs exemples de partenariats efficaces entre les ministères de la Santé et des organisations techniques et financières sont mentionnés. Une représentante s'exprimant au nom de l'UE rappelle que l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA63.10 dans laquelle est décrite une politique pour la conclusion de partenariats en santé. Elle soutient par conséquent la proposition de la directrice régionale en vue d'évaluer les partenariats du Bureau régional, de clarifier ses relations avec ses principaux partenaires et, par conséquent, de réduire la répétition des tâches et l'établissement de rapports inutiles. La Commission européenne et le Bureau régional partagent les mêmes valeurs et objectifs qui ont été renforcés pendant les dix années de leur partenariat. En outre, l'entrée en fonction de la directrice régionale et du Commissaire à la santé et à la politique des consommateurs constitue une occasion propice pour s'engager dans une nouvelle phase de cette relation. La coopération mutuelle entre ces deux institutions contribuera à la mise en œuvre d'interventions sanitaires plus efficaces à l'adresse de millions de personnes. Elle se félicite du projet de résolution sur les partenariats en santé mais propose une modification au quatrième paragraphe du préambule.

Plusieurs intervenants approuvent les observations de la représentante s'exprimant au nom de l'UE en insistant sur l'utilité des partenariats dans les efforts visant à lutter contre les inégalités en santé. Les partenariats doivent être utilisés avec un maximum d'efficacité, en définissant des priorités ainsi que des objectifs à la fois explicites et mesurables. Clarté et transparence doivent constituer les principes fondamentaux, et les États membres doivent conserver leur fonction de supervision. Plusieurs intervenants proposent que l'on envisage aussi d'intégrer les initiatives à celles d'autres organes, y compris des organisations situées en dehors de la Région.

Le représentant du Conseil de l'Europe déclare que les partenariats en Europe du Sud-Est sont tellement efficaces que divers projets ont été transformés en programme commun. La bonne gouvernance, la transparence et la gestion des conflits d'intérêts sont les clés de cette réussite.

Le représentant du Forum EuroPharm et de la Fédération internationale de l'industrie du médicament fait une déclaration.

Le Comité adopte la résolution EUR/RC60/R4.

La vision commune de la Commission européenne et du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour agir ensemble dans le domaine sanitaire est officialisée par un échange de dossiers contenant la Déclaration conjointe des deux organisations.





## Allocution du directeur général de l'OMS

Après avoir souhaité à la directrice régionale un franc succès pour le premier Comité régional de son mandat, le directeur général déclare (annexe 5) que, face aux crises qui éclatent actuellement en dehors du secteur de la santé, le secteur de la santé publique doit se montrer plus intelligent, plus stratégique et plus ingénieux que jamais. La Région européenne de l'OMS continue à élaborer des politiques et des stratégies innovantes, comme la Charte de Tallinn, qui sont utiles pour la santé publique, où que ce soit. Elle continue aussi à jouer un rôle de chef de file dans la quête d'une politique mondiale de la santé cohérente, ce qui a été démontré à la Conférence de haut niveau de l'UE, en juin 2010. Comme le stipule la Déclaration de Parme, les responsables de la santé doivent nouer des contacts efficaces avec les autres secteurs, qui peuvent être à la fois des sources de solutions contre la mauvaise santé et des causes involontaires de celle-ci.

Des crises mondiales multiples menacent les avancées bienvenues, mais fragiles, obtenues depuis 2000 dans le secteur de la santé. Les OMD ont donné un coup de fouet au développement sanitaire international, et il est avéré que les investissements dans la santé produisent des effets positifs. La baisse de la mortalité des moins de 5 ans et des mères, et le recul de la tuberculose et du paludisme, ainsi que l'amélioration de l'accès à la thérapie antirétrovirale, ont amené d'importants progrès. Toutefois, la crise financière mondiale et le changement climatique, en particulier, remettent en question ces avancées mondiales et le travail de la Région européenne en vue d'éliminer la rougeole et la rubéole, et de garder son statut « exempt de poliomyélite ». Dans le contexte économique actuel, le secteur de la santé, y compris l'OMS, doit lutter non seulement pour son financement, mais aussi contre la lassitude, le relâchement de la vigilance et la tentation de changer de priorités. La révolution de l'information a alimenté deux nouveaux défis : la demande croissante, de la part du public, de soins de haute qualité, et l'éventail plus large de sources d'information exploitées par la population pour se former une opinion sur la santé et les soins de santé. En raison de ce dernier point, la santé publique ne fait plus autant autorité lorsqu'elle dispense des conseils, comme le montre l'expérience du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole et celle de la pandémie de grippe.

L'OMS a accueilli favorablement l'examen, par le Comité de vérification instauré aux termes du RSI, du travail qu'elle a réalisé durant la pandémie, le considérant comme un moyen d'améliorer sa performance en préparation de la prochaine situation d'urgence en matière de santé publique requérant une intervention internationale. L'OMS se félicite de la vigueur modérée de la pandémie, mais admet qu'à beaucoup d'égards, on aurait pu mieux faire. Néanmoins, le directeur général n'a vu aucune preuve que les intérêts du secteur pharmaceutique ou financier, plutôt que les préoccupations ou les données de la santé publique, aient dicté les conseils ou décisions de l'Organisation.

En conclusion, elle réitère son exhortation à être plus intelligent, plus stratégique et plus ingénieux dans le domaine de la santé publique. Premièrement, les arguments économiques sont actuellement plus efficaces pour justifier l'utilité d'un investissement dans la santé. Deuxièmement, il convient de choisir les priorités et politiques adéquates. Ceci requiert un engagement stratégique à trois niveaux, auxquels les pays européens et les ministères de la Santé ont réalisé un travail de pionniers : la mise en œuvre, par la communauté internationale, d'interventions salvatrices ; le renforcement des capacités et infrastructures essentielles en matière de soins de santé ; et l'influence du contexte politique tel qu'il est façonné par tous les secteurs. Troisièmement, il faut trouver des moyens innovants de financer le développement sanitaire et de limiter le gaspillage et l'inefficacité. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2010* met l'accent sur ce dernier point, ainsi que sur la couverture universelle, et le directeur général espère que les pays l'utiliseront, comme ils utiliseront la Charte de Tallinn, pour améliorer la viabilité financière à long terme des systèmes de santé dans la Région européenne et au-delà.

Dans la discussion qui suit, tous les intervenants réaffirment leur soutien à l'OMS et leur confiance envers elle. Un représentant exhorte l'Organisation à redoubler d'efforts pour contribuer à la réalisation des OMD à l'échéance 2015, surtout l'OMD 5 sur la mortalité maternelle. La prochaine session de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les OMD montre l'importance de cette tâche. Les défis mondiaux tels que la crise financière et le changement climatique encouragent les pays à coopérer pour

combattre les inégalités et soutenir les systèmes de santé. Un acteur comme l'OMS est essentiel à ce travail, et son rôle de chef de file doit être renforcé pour asseoir davantage son autorité. En juillet, les ministres de la Santé de l'UE ont, lors d'une réunion informelle, tiré des enseignements de la pandémie de grippe dont la nécessité d'une collaboration pour parachever la mise en œuvre du RSI, d'un mécanisme pour le groupement des achats de vaccins et la négociation de contrats avec l'industrie pharmaceutique par les États membres, d'une meilleure coordination de la communication avec le public et d'une meilleure analyse des risques, ainsi que d'une enquête pour veiller à ce que la planification face à une pandémie soit flexible, proportionnée et adaptée au degré de gravité de la menace. Les ministres ont aussi donné la priorité à la recherche d'une meilleure riposte au cancer.

D'autres intervenants ont approuvé l'analyse, par le directeur général, des défis sanitaires actuels et futurs (notamment les maladies non transmissibles), de l'importance des enseignements à tirer de la pandémie, des crises mondiales qui menacent la santé et des liens toujours plus étroits entre la santé et la politique. Les leçons tirées de la pandémie méritent un débat public dans le cadre de la préparation à la prochaine situation d'urgence pour la santé publique. En plus de prouver la valeur du RSI, la pandémie a montré la nécessité d'une capacité fondamentale d'intervention dans les pays, d'une évaluation par les pays de leur propre réaction, d'un échange d'informations sur le virus, sur ses effets et sur les mesures médicales prises pour le combattre, ainsi que d'une collaboration internationale en vue de l'achat de vaccins (pour lequel les organisations internationales doivent apporter leur aide).

La session de l'Assemblée générale consacrée aux OMD et le Sommet de 2011 sur les maladies non transmissibles montrent l'importance croissante de la santé dans les politiques. Les ministres de la Santé doivent largement participer aux préparatifs de chaque pays à ce sujet, tandis que l'OMS doit jouer un important rôle de chef de file.

En réponse, le directeur général remercie les pays pour leur appui et, s'inspirant de sa propre expérience, tire quelques leçons de la pandémie. Le RSI s'avère être une structure précieuse, et les pays doivent améliorer leur capacité de surveillance et d'intervention. Le fossé entre les connaissances des experts techniques et celles des ministres de la Santé doit être réduit. Le défi représenté par les vaccins naît du fait que les stocks et les capacités sont limités, car basés sur une demande ordinaire réduite. Dans l'une des Régions de l'OMS, les achats groupés ont bien fonctionné, ce qui a empêché les pénuries et les différences de prix. La communication a posé des difficultés dans deux domaines. Premièrement, les pays doivent être capables d'expliquer à leurs citoyens pourquoi leur réaction n'a pas été la même que celle de leurs voisins. Deuxièmement, les États membres et l'OMS doivent s'adapter aux nouveaux médias et sources d'informations, qui ne vérifient pas l'authenticité des faits, mais opèrent plus rapidement que les sources traditionnelles et les autorités sanitaires. L'OMS doit améliorer ses aptitudes dans ce domaine.

## Relever les principaux défis de la santé publique et de la politique sanitaire en Europe

(EUR/RC60/13, EUR/RC60/Conf.Doc./7)



© OMS/R. Kuznetsova

Le directeur de la Gestion des programmes au Bureau régional déclare que la nouvelle politique sanitaire européenne que l'on se propose d'élaborer sera formulée en adaptant le Onzième Programme général de travail de l'Organisation pour répondre aux spécificités des pays de la Région sur le plan épidémiologique, politique et institutionnel. Au cœur de la nouvelle politique, on trouvera la redynamisation de la santé publique sur la base des engagements existants, comme la SANTE 21, la Santé pour tous et la Charte de Tallinn. Afin de lancer le processus participatif qui sera essentiel pour la formulation de la nouvelle politique, une table ronde a été organisée, à laquelle participent le secrétaire d'État belge aux affaires sociales en charge des personnes handicapées, le secrétaire d'État croate à la santé, la ministre finlandaise de la Santé et des Services sociaux, le directeur général français de la

santé, le secrétaire d'État hongrois aux affaires sanitaires, la ministre norvégienne de la Santé et des Services de soins, le sous-secrétaire d'État polonais à la santé, la Haute commissaire portugaise à la santé, le secrétaire général espagnol à la santé, le ministre slovène de la Santé, le directeur général suédois de la santé, le doyen de l'école nordique de la santé publique et le directeur de l'International Institute for Society and Health de l'University College (Londres).

Dans l'ensemble de l'Europe, seulement 3 % des budgets de la santé sont disponibles pour la prévention. Dès lors, les dépenses doivent être minutieusement ciblées, surtout en ce qui concerne les groupes vulnérables. Face à la crise économique mondiale, les dépenses de santé doivent être rationalisées, avec une augmentation des fonds consacrés à la prévention, tout en préservant la solidarité et l'équité. Les participants à la table ronde expriment leur soutien au projet de politique européenne de la santé, et insistent sur le fait que la transparence revêt une importance capitale. On pourrait y parvenir grâce à des consultations intersectorielles, des audiences publiques et d'autres moyens de garantir une participation. La stratégie de la santé dans toutes les politiques, lancée par la Finlande lors de sa présidence de l'UE, requiert que les administrations de la santé communiquent avec d'autres secteurs et avancent des arguments en faveur de la santé tout en respectant les programmes des autres.

La législation est essentielle pour l'équité en ce qui concerne les déterminants des maladies non transmissibles. Les comparaisons avec des politiques menées dans d'autres pays sont également utiles, comme dans le cas de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, qui permet aux pays de tirer des enseignements de l'expérience des autres.

Un intervenant déclare que le principal défi est de garantir une politique de la santé stable et de la maintenir sous les gouvernements successifs. Face à la réduction des dépenses de santé due à la crise financière mondiale, la stratégie de la santé publique en matière de maladies non transmissibles pourrait être adaptée en lançant des activités de prévention, en centralisant les traitements spécialisés et en réorganisant les soins.

La politique doit être fondée sur des informations factuelles, provenant elles-mêmes de données obtenues grâce à la surveillance. Pour faire un meilleur usage de telles données, les options stratégiques doivent être basées sur les conclusions de la recherche. Quoique les médecins ne prescriraient pas un médicament dont l'efficacité n'a pas été prouvée, ils semblent disposés à appliquer des politiques qui n'ont pas encore été testées. La seule manière d'être sûr de la qualité des informations factuelles établissant un lien entre les politiques sociales en général et la santé de la population est d'effectuer des analyses systématiques des études sur lesquelles se fondent ces informations.

La santé publique est au centre des politiques sanitaires, tant pour les services nationaux de la santé que pour la gestion des situations d'urgence. Quoique la réforme des soins de santé primaires puisse entraîner des retombées positives pour la santé au niveau national, les moyennes nationales ne font pas apparaître les groupes défavorisés, et une intervenante rappelle les paroles du directeur général lors de la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé : « Si nous n'améliorons pas la situation des pauvres, nos efforts auront été vains. » L'OMS joue un rôle essentiel pour susciter un engagement politique.

Il ne suffit pas de réunir des données probantes : elles doivent aussi être préparées de manière à servir aux actions de sensibilisation et au processus décisionnel. De plus, on manque encore de bons indicateurs pour l'évaluation des politiques. Comme la plupart des résultats obtenus en matière de santé ne changent que lentement, il faut des indicateurs qui réagissent rapidement aux politiques, et d'autres qui soient sensibles aux politiques à long terme dont la santé n'est que l'un des aboutissements. Il faut une « science de la mise en œuvre » qui comprendrait des moyens de convaincre les responsables politiques de la nécessité de prendre en compte l'équité en matière de santé pour faire progresser leur propre programme.

Même lors de crises mondiales, il convient de respecter les valeurs de base de la couverture universelle, de la solidarité et de l'équité. Les maigres moyens doivent être employés avec encore plus de précaution, en investissant dans la prévention, la promotion et la protection, ainsi que dans des soins adéquats, accessibles et de haute qualité. Les crises doivent être considérées comme des occasions de mettre en place des outils d'évaluation et des interventions plus rentables.

Les soins de santé primaires sont plus qu'un simple niveau de soins dans les systèmes de santé : il s'agit d'un processus pour la santé. La santé pour tous constitue en elle-même une vision, et les systèmes de santé sont des outils qui en permettent la matérialisation. Les services sanitaires et médicaux doivent faire partie d'un grand système dans lequel les éléments fondamentaux sont reliés entre eux par un financement équitable, l'accès universel, une organisation efficace, une bonne gouvernance politique, le suivi et l'évaluation. L'opinion des citoyens est une ressource inexploitée dans la conception des services de santé qui

répondent aux besoins et aux exigences de la société, et des alliances doivent être formées avec d'autres secteurs, comme celui de l'enseignement. En 2006, le Comité régional a approuvé une stratégie pour « Améliorer la santé » par la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre ces maladies. Malheureusement, cette stratégie n'a pas encore été intégralement mise en œuvre.

Sur la question de savoir comment les citoyens et la société civile peuvent être impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre pratique des politiques sanitaires, on fait observer que les personnes ont des besoins différents aux différents âges. Lorsque l'on tente de modifier le comportement des gens, il est important de tenir compte de leurs perspectives.

Le directeur de l'International Institute for Society and Health (University College, Londres) rappelle que, si l'on a réuni des informations sur les inégalités en matière sanitaire au milieu du XIXe siècle, le lien entre la politique sociale et la santé n'est établi que maintenant. Il se félicite que l'OMS ait fait des déterminants sociaux de la santé une priorité et note que 23 pays de la Région ont demandé une aide pour ce type d'activités. Ce sujet a été ignoré en raison d'un manque de compréhension et de l'absence de processus pour la mise en œuvre. La table ronde précédente a montré qu'il existe un mouvement en faveur de l'équité en santé ; ce mouvement devrait maintenant être encouragé.

Le Commissaire européen à la santé et à la politique des consommateurs répète que les inégalités en matière de santé, par exemple en ce qui concerne la mortalité infantile et l'espérance de vie, sont intolérables. La prévention est l'un des piliers sur lequel devrait reposer l'équité en santé ; c'est une ressource sur laquelle la Santé pour tous peut compter. Les obstacles à la bonne exécution, représentés par le manque de moyens humains et financiers, devront être surmontés grâce à une planification et une action concertées dans le cadre de partenariats.

La directrice régionale se déclare encouragée par les réactions positives des participants à la table ronde vis-à-vis du projet de politique sanitaire européenne. Quoique l'espérance de vie ait augmenté dans la Région, il existe une différence de 20 ans entre le taux le plus bas et le taux le plus élevé. Un cadre politique harmonisé améliorerait la situation sanitaire tout en réduisant les inégalités. Il est clair qu'il conviendrait d'investir plus de moyens dans la prévention, mais ceux-ci devraient être investis correctement, de manière à lutter contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles, qui représentent principalement la charge de morbidité. Elle se rallie à l'avis des participants à la table ronde selon lequel la pérennité des politiques intersectorielles doit être garantie après un changement de gouvernement.

Un représentant, s'exprimant au nom du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, déclare que la mise en place ou le renforcement des services de santé publique dans les pays du Réseau est une priorité. Il approuve le projet de résolution et les cinq défis sanitaires définis dans le document. D'autres représentants décrivent la place importante occupée par la santé publique dans leur pays. Ils saluent la proposition d'une nouvelle politique européenne de la santé qui constituera un cadre cohérent pour les politiques nationales. Elle devra se baser sur une analyse systématique des activités de toutes les organisations concernées, y compris le Bureau régional. Les études sur les déterminants sociaux des maladies non transmissibles seront confrontées à des difficultés à long terme, en raison de l'évolution démographique.

Des déclarations sont prononcées au nom de la Coalition européenne pour le diabète, du Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes, de la Fédération internationale de thalassémie, de l'International Insulin Foundation et d'Alzheimer's Disease International.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC60/R5.

## La santé dans la politique étrangère et la coopération au développement

(EUR/RC60/14, EUR/RC60/Conf.Doc./8)

Le conseiller spécial de la directrice régionale déclare que la manière dont les systèmes de santé sont organisés est l'affaire des pays, mais qu'en raison de la nature transnationale de la plupart des risques de santé, les affaires étrangères sont de plus en plus prises en compte pour la protection de la santé des populations. La résolution A/RES/64/108 de l'Assemblée générale des Nations Unies reconnaît l'impact de la politique étrangère sur la santé mondiale, et la Déclaration ministérielle d'Oslo fait un pas de plus : l'impact sur la santé mondiale doit être un élément déterminant de la politique étrangère. En commandant des études, en encourageant le déploiement d'une diplomatie en matière de santé mondiale et en soutenant le groupe de la Déclaration d'Oslo, l'OMS a pris des mesures pour mieux comprendre la relation entre la politique étrangère et la santé mondiale. Le Bureau régional entend poursuivre le dialogue sur la politique étrangère et la santé entre les principales parties prenantes, promouvoir la compilation et l'analyse systématiques des informations relatives à la politique étrangère et à la santé dans la Région, et établir des liens plus étroits avec les universitaires travaillant dans le domaine interdisciplinaire de la santé et de la politique étrangère.

Un membre du CPRC déclare que l'interaction entre les politiques de la santé, étrangères, et de développement constitue un défi à la cohérence entre les politiques de diverses façons. Tout d'abord, la cohérence doit souvent être assurée au niveau national entre au moins trois ministères, à savoir la santé, les affaires étrangères et la coopération au développement, voire même dans certains cas le commerce, les finances, l'environnement, les sciences et la planification. Ensuite, il doit exister un continuum entre les politiques sanitaires nationales, européennes et mondiales, les politiques nationales ne pouvant plus être élaborées isolément. Enfin, la cohérence doit s'appliquer entre les différents forums et organisations internationaux traitant de la santé mondiale. Plusieurs États membres ont pris des mesures pour améliorer la cohérence entre les politiques dans le domaine de la santé mondiale. Il décrit d'ailleurs les mesures prises par son gouvernement à cette fin. La cohérence entre les politiques nécessite la prise d'engagements spécifiques ainsi que de la patience, de la confiance, le renforcement des capacités et l'échange de données d'expérience.

Lors de la table ronde qui suit, l'ambassadeur de Norvège pour le VIH/sida explique que d'énormes progrès ont été accomplis au cours des trois années qui se sont écoulées depuis l'adoption de la Déclaration ministérielle d'Oslo. L'évolution vers une diplomatie de la santé et une gouvernance mondiale pour la santé doit se concentrer sur le commerce, la migration, les affaires humanitaires et les droits de l'homme.

L'ambassadeur de France en Fédération de Russie fait remarquer que la diplomatie et la santé s'entrecroisent : lors des crises politiques et humanitaires comme dans la région des Grands lacs et en Somalie ; dans le financement du développement, le libre échange, la propriété intellectuelle et la commercialisation des médicaments ; ainsi que lors des catastrophes naturelles et des épidémies. Dans tous ces domaines, les compétences pragmatiques des professionnels de santé peuvent compléter les efforts consentis par les diplomates.

Le ministre estonien des Affaires sociales mentionne la nécessité de prendre des mesures décisives tant au niveau national qu'au niveau international, afin de contribuer à l'amélioration de la santé en Europe et dans le monde. Même un petit pays comme l'Estonie peut assumer ses responsabilités à cet égard, tant que l'on dispose de suffisamment de bonne volonté et d'énergie. Il en tient pour preuve la participation de son pays aux opérations de secours en Haïti, au développement du système hospitalier en Afghanistan et à l'élaboration de la Charte de Tallinn.

Une vice-ministre de la Santé de la Fédération de Russie énumère certaines des contributions financières réalisées par son pays, à titre individuel et dans le cadre du groupe des huit plus grandes nations industrialisées (G8), en vue de réaliser l'objectif de la santé mondiale. Il est évident que ce dernier ne peut être accompli par les seules contributions financières. Son pays a aussi établi des unités et des équipes mobiles de prévention des épidémies pour intervenir en cas de crise. Il a mis en place un programme de formation complet et pris des mesures organisationnelles afin de réduire la mortalité maternelle et infantile.

La directrice générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne mentionne certains aspects innovateurs du Traité de Lisbonne. En effet, en permettant à l'Europe de s'exprimer d'une seule voix en politique étrangère, le Traité renforce les efforts en vue de contrer les menaces internationales pour la santé. L'UE estime que le commerce, la migration, la sécurité, l'aide au développement et le changement climatique sont des priorités pour la santé mondiale. Elle attend de l'OMS qu'elle joue un important rôle de chef de file dans ces domaines.

Le directeur du secrétariat de la Convention (Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac) propose que l'on analyse le rôle croissant de la santé dans les politiques de développement. Les derniers instruments de la santé publique devraient être évalués afin d'établir leurs liens avec la politique étrangère. La Convention-cadre constitue en fait le premier exemple concret de ce type de liens. Le commerce et la propriété intellectuelle sont certes abordés dans la Convention mais, et c'est là le point le plus important, la loi internationale figure désormais dans le programme d'action sanitaire mondiale, étant donné que la Convention est un instrument international.

Le directeur du Global Health Programme de l'Institut de hautes études internationales et du développement (Genève) explique que la relation existant entre la santé et la politique étrangère peut être vue sous quatre angles différents : la politique étrangère entravant la santé ; la santé comme instrument de politique étrangère ; la santé comme partie intégrante de la politique étrangère ; et la politique étrangère comme moyen de garantir la santé. L'OMS doit examiner comment la santé peut être un résultat de toute bonne politique étrangère, ou en constituer un point de départ.

Lors du débat qui suit, une représentante s'exprimant au nom de l'UE déclare que, si le Siège de l'OMS doit être l'initiateur des efforts visant à garantir la santé mondiale, la Région européenne doit élaborer ses propres instruments tout en évitant la répétition des tâches. Parmi les priorités européennes en ce qui concerne la santé mondiale, il convient de mentionner l'accès universel à des soins de santé de qualité et la cohérence entre les politiques dans les domaines du commerce et de la finance, de la sécurité, de l'immigration, de la sécurité sanitaire des aliments et du changement climatique. Le renforcement des systèmes de santé et la mise en œuvre de mesures préventives constituent le meilleur moyen de garantir la santé mondiale. Alors que l'UE se félicite du projet de résolution présenté au Comité régional, elle souhaite cependant que le texte corresponde au titre et propose que l'on remplace les termes « politique étrangère » par « politique étrangère et coopération au développement » partout dans le document.

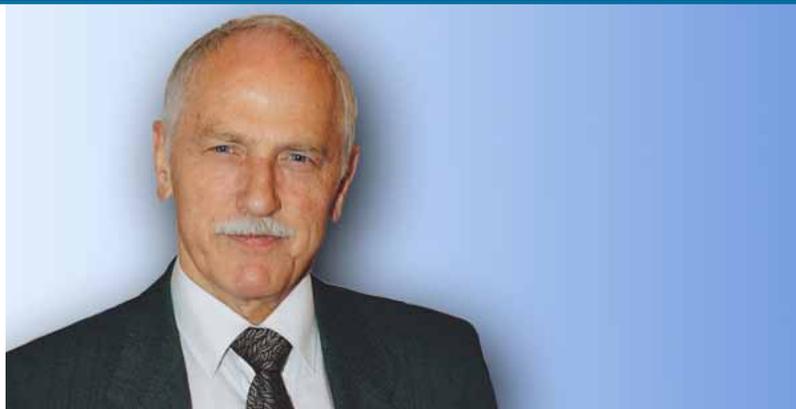
Deux intervenants font référence à la situation particulière des pays dont le système de santé voit son champ d'action élargi pour amplement dépasser le cadre de la population nationale, à cause des flux migratoires ou pour d'autres raisons. L'un d'entre eux explique comment le lien entre la politique étrangère et la santé se reflète dans des interventions de faible envergure, comme la formation des étudiants en médecine étrangers qui peuvent, dès lors, retourner dans leur pays d'origine pour améliorer les soins de santé dispensés à leurs concitoyens.

Un autre intervenant, dont le pays est bénéficiaire d'initiatives internationales dans le domaine sanitaire, espère continuer de profiter de l'expérience positive et moins positive des autres pays. Le renforcement des capacités pour la formation des diplomates et des hauts représentants de la santé dans le domaine de la politique étrangère et de la politique sanitaire est particulièrement bienvenu.

La directrice régionale, répondant à des commentaires, affirme que la santé publique prend une dimension de plus en plus mondiale. Ses liens avec les questions environnementales ne datent pas d'hier ; la Charte de Tallinn a marqué le début d'une collaboration entre les secteurs sanitaire et financier. Cependant, l'entrecroisement entre la santé publique et la politique étrangère constitue un thème relativement nouveau, et le Comité régional s'engage à promouvoir la cohérence dans ce domaine.

Le conseiller juridique fait observer que l'interaction pratique entre la santé publique et la politique étrangère se concrétise en fait sur l'échiquier de la loi internationale, comme l'a mentionné un intervenant. Une telle corrélation est aussi manifeste dans les domaines du commerce, de la propriété intellectuelle, de la migration, de l'environnement et des droits de l'homme. Le projet de résolution présenté au Comité propose des outils susceptibles d'aider les responsables de la santé publique à traiter des questions de politique étrangère. Or, lors des négociations de la Convention-cadre, la nécessité d'élaborer des outils juridiques à l'intention des professionnels de santé a été aussi mise en avant.

Le Comité adopte la résolution EUR/RC60/R6.



## Hommage au docteur Jo Eirik Asvall

En hommage au défunt docteur Jo Eirik Asvall, directeur régional émérite, deux films vidéo illustrant sa vie et son travail sont projetés. La directrice régionale et la ministre de la Santé et des Services de soins de son pays natal, la Norvège, s'adressent à l'assemblée pour décrire l'œuvre accomplie par le docteur Asvall et son rôle de chef de file dans le renforcement de la santé publique en Europe, ainsi que sa vie. Sa fille remercie, au nom de sa famille, la directrice régionale pour l'hommage rendu. Deux intervenants font observer que leurs écoles de santé publique ont créé des bourses en son nom. Un ouvrage commémoratif est ensuite distribué.



## L'avenir du processus européen Environnement et santé

(EUR/RC60/17, EUR/RC60/Conf.Doc./10)

Le coordinateur pour l'Environnement et la santé au Bureau régional rappelle que la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, une étape importante dans les 20 années d'existence du processus européen Environnement et santé, s'est tenue en mars 2010 à Parme (Italie). La Conférence fut l'occasion d'adopter la Déclaration de Parme et l'Engagement à agir qui ont bénéficié de l'appui, sous forme de déclarations, de la CE et des représentants de la jeunesse. Les deux documents de la Conférence portent sur plusieurs domaines nécessitant une action prioritaire, notamment les risques sanitaires posés aux enfants et aux autres groupes vulnérables par des conditions environnementales, de travail et de vie précaires, les inégalités socioéconomiques et sexospécifiques, le changement climatique, les maladies non transmissibles et les substances chimiques toxiques. Pour la première fois, on a défini des cibles mesurables en ce qui concerne l'accès à l'eau salubre et à un assainissement adéquat, les conditions propices à l'activité physique et à l'adoption d'un régime alimentaire équilibré, la qualité de l'air améliorée et l'exposition aux substances dangereuses.

Depuis la Conférence, la Région a subi des éruptions volcaniques, des inondations et de nombreux autres événements météorologiques extrêmes (notamment, la très récente vague de chaleur et les importants incendies qui ont touché la Fédération de Russie). Ceux-ci soulignent l'importance de renforcer la préparation et les capacités techniques, et de procéder à un échange et un transfert rapides des connaissances et des informations. L'OMS a d'ailleurs un rôle à jouer en tant que médiateur dans la mobilisation des compétences et l'apport d'aide aux États membres.

Le processus européen Environnement et santé constitue un exemple de réussite majeure en matière d'approche axée sur la « santé dans toutes les politiques », avec la participation d'une multitude d'acteurs. Comme la poursuite du processus nécessite un leadership politique approprié, la Conférence a permis la mise au point d'un mécanisme de gouvernance renforcé : d'une part, une adhésion accrue de la part des pays aux engagements de Parme et une plus grande responsabilité à cet égard et, d'autre part,

un nouveau Conseil ministériel international afin de renforcer l'importance politique et le leadership du processus. Le Groupe de travail qui l'accompagne fait office de forum pour l'échange des meilleures pratiques, en orientant les activités en vue d'honorer les engagements et en recensant les nouveaux défis.

Un membre du CPR déclare que ce dernier s'est félicité du succès de la Conférence qui a suscité un très vif intérêt. Elle est l'aboutissement d'un long processus de préparation qui a commencé par une réunion d'évaluation à mi-parcours de haut niveau, organisée en 2007 à Vienne. Lors de la Conférence, on est parvenu à un accord par consensus sur la nécessité de garantir une structure de gouvernance efficace pour le processus européen Environnement et santé et ce, pour les années à venir. Un conseil ministériel doit assurer le leadership politique de haut niveau, tandis qu'un groupe de travail permettra de procéder à un échange de données d'expérience, d'établir des réseaux et de fournir un appui mutuel. Le Comité permanent soutient sans réserve et approuve les résultats de la Conférence.

Une table ronde est organisée avec le ministre cyprote de la Santé, une représentante du ministère russe de la Santé et du Développement social, la secrétaire permanente du ministère islandais de la Santé, le ministre serbe de la Santé, le directeur régional pour l'Europe du PNUE, le secrétaire exécutif adjoint de la CEE-ONU, la directrice générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne, et la responsable des relations internationales auprès du Service public fédéral belge, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.

La coopération internationale est essentielle à la protection de l'environnement, ainsi que la conclusion de partenariats efficaces entre les secteurs, y compris la communauté scientifique et les associations professionnelles. Parmi les mécanismes qui peuvent être utilisés pour promouvoir la volonté politique, il convient de mentionner la création de comités consultatifs, des plans d'action dotés de délais précis de réalisation, et la participation de ministres de la Santé au Conseil de l'UE.

En Fédération de Russie, des normes sanitaires ont été fixées dans tous les secteurs, dont celui du commerce, avec un suivi sanitaire dans toutes les régions. Parmi les exemples de coopération intersectorielle, on peut citer un comité gouvernemental sur la sécurité biologique et chimique réunissant des représentants de dix ministères, bien que présidé par le ministère de la Santé. La coopération intersectorielle a été mise à l'épreuve en août quand une vague de chaleur et les incendies qu'elle a provoqués dans la campagne entourant Moscou ont mobilisé de nombreux services. En termes de collaboration intersectorielle, la règle d'or est la définition précise des rôles. Deux autres participants à la table ronde fournissent des exemples de collaboration utile. La secrétaire permanente du ministère islandais de la Santé explique les interventions mises en œuvre dans son pays à la suite de l'éruption du volcan Eyjafjallajökull. Les procédures stipulées dans le RSI ont été d'ailleurs étroitement suivies. En outre, le Bureau régional a créé sans tarder un groupe consultatif ; la Commission européenne et l'ECDC ont également prodigué des conseils. Le ministre serbe de la Santé évoque un programme d'efficacité énergétique, mis en œuvre en 2002, dans son pays avec les secteurs de l'éducation et de la protection sociale. Celui-ci a abouti à la fermeture de nombreux services dans le centre de Belgrade ou à leur conversion au gaz naturel. Ainsi a-t-on pu réaliser une économie d'énergie de l'ordre de 40 %, et diminuer les émissions de dioxyde de carbone de 50 %.

Le représentant du PNUE explique qu'avant de lancer de nouvelles initiatives, il importerait de renforcer celles existantes, telles que l'initiative paneuropéenne en vue de mettre fin à la pauvreté, l'initiative sur les combustibles propres, les négociations en vue d'éliminer les effets de l'exposition au mercure, l'approche stratégique pour la gestion internationale des substances chimiques, les politiques relatives à l'agriculture organique et les initiatives portant sur l'environnement et la sécurité.

Bien que certains aspects de la santé ne soient pas directement liés à l'environnement, les spécialistes de la protection de l'environnement pourraient s'impliquer dans le domaine sanitaire si l'on procède à une redéfinition des priorités de ces deux secteurs. Des liens ont déjà été établis entre la santé et l'eau, la pollution due aux transports et les métaux lourds. La santé profite de l'élaboration de politiques solides en matière d'environnement. L'UE est la seule région où les effets sanitaires de tous les produits chimiques utilisés en agriculture ont été évalués. Les substances cancérigènes, tératogènes et mutagènes ont été abandonnées dans leur ensemble, et les produits chimiques industriels font actuellement l'objet d'une étude. À la lumière de la lutte contre l'obésité et d'autres maladies liées au style de vie, une législation a été adoptée sur la teneur et la reformulation des aliments, ainsi que sur la publicité visant les enfants. La participation des jeunes est particulièrement mise en évidence, afin de renforcer la sensibilisation et la compréhension.

Pour mettre en œuvre la Déclaration de Parme et l'Engagement à agir, les responsables politiques doivent se familiariser avec leur contenu. Il ressort notamment que l'environnement et la santé revêtent une importance égale et qu'ils doivent évoluer

simultanément. L'instauration proposée du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé permettrait de faire avancer la coopération intersectorielle. Des partenariats doivent être conclus avec d'autres entités, notamment des ONG, des organisations de la jeunesse et locales, en vue de concrétiser les déclarations politiques.

La directrice régionale fait observer que la table ronde a constitué un excellent exemple de coopération intersectorielle. Elle note qu'il existe un consensus clair sur les priorités fixées à Parme et sur la poursuite des partenariats. Les mesures doivent être prises sans tarder en raison des inégalités croissantes en santé chez les groupes vulnérables et des effets du changement climatique.

Dans le débat qui suit, la représentante d'un pays, s'exprimant au nom de l'UE, félicite l'Organisation et les États membres pour la Déclaration et l'Engagement à agir. L'UE a fixé plusieurs objectifs importants dans sa stratégie intitulée « Europe 2020 », récemment adoptée, en particulier la hausse du taux d'emploi, l'accroissement des investissements dans la recherche et l'innovation, l'augmentation de l'efficacité énergétique et de la proportion des énergies renouvelables dans la consommation énergétique finale, et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Ces objectifs correspondent parfaitement à ceux mentionnés dans l'Engagement à agir. L'UE accueille favorablement les propositions émises en ce qui concerne l'avenir du processus européen Environnement et santé, dont le renforcement du leadership politique.

D'autres représentants félicitent tous le Bureau régional et le pays hôte, l'Italie, pour le succès de la Conférence et accueillent favorablement la Déclaration de Parme et l'Engagement à agir. Les progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs fixés dans ce dernier document devraient être évalués grâce à des indicateurs prédéfinis. Les activités réalisées dans le cadre du processus européen Environnement et santé devraient mettre en évidence le lien entre les facteurs environnementaux et la prévalence des maladies non transmissibles.

Il était évident, lors de la Conférence, qu'il fallait poursuivre le travail dans le domaine de l'environnement et de la santé : il incombe désormais à tous les acteurs (pas seulement de différents secteurs mais aussi de différents pays) de relever les défis. Il faut obtenir de meilleures informations sur les principaux déterminants de la situation sanitaire des groupes vulnérables (tels que les enfants, les personnes âgées et les personnes défavorisées sur le plan social) afin de cibler les interventions et d'aplanir les inégalités sociales. Les effets du changement climatique et des catastrophes naturelles soulignent le besoin urgent de mettre en place des mesures d'adaptation et de mieux informer le public ; le Bureau régional pourrait constituer un élément moteur et promouvoir l'échange de données d'expérience dans ces domaines.

Les activités du Bureau régional devraient s'intégrer aux mécanismes mondiaux existants dans le cadre du système des Nations Unies. Dans cette optique, le représentant d'un pays se félicite de la création d'un groupe de négociateurs appelé « Les amis de la santé publique », travaillant sur la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques. Un autre intervenant réaffirme l'engagement de son pays en vue de sensibiliser aux effets sanitaires négatifs des pesticides obsolètes et d'autres produits chimiques obsolètes, comme il a été mentionné dans la résolution WHA63.26 de l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2010.

Le représentant du Réseau des jeunes du plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants pour l'Europe (CEHAPE) fait une déclaration.

Le Comité adopte la résolution EUR/RC60/R7.

## Allocution du directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale



Le directeur régional pour la Méditerranée orientale rappelle que cette Région connaît un certain nombre de situations d'urgence complexes, comme en Afghanistan, en Iraq, au Pakistan, en Somalie et au Soudan. La gravité de la situation d'urgence au Pakistan à la suite des récentes inondations, au cours desquelles près de 19 millions de personnes ont été déplacées, commence seulement à être reconnue. Après le tremblement de terre catastrophique dans ce pays en octobre 2005, dans lequel plus de 35 000 personnes ont perdu la vie en sept minutes, il a été possible de prévenir les épidémies de maladies infectieuses telles que le choléra et la poliomyélite. Dans la situation d'urgence actuelle, le principal problème est un manque d'eau potable et la présence de volumes d'eau énormes fournissant aux moustiques des sites de reproduction. Dès lors, le paludisme a refait son apparition, et l'on s'attend à des épidémies de choléra et de maladies à transmission vectorielle. Tous les stocks de tentes et de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été mobilisés, mais il en faut encore des milliers. Le premier appel aux donations a été timide, étant donné que l'on n'avait pas prévu l'envergure des conséquences des inondations. Il faut rapidement beaucoup plus de moyens.

Depuis de nombreuses années, le Bureau régional pour la Méditerranée orientale a de bonnes relations avec le Bureau régional pour l'Europe. L'organisation simultanée de journées de la vaccination pour éviter les épidémies dans des pays aux frontières communes en est un exemple. Cela fait longtemps que le Bureau de la Méditerranée orientale a reconnu l'importance croissante des maladies non transmissibles et de la sécurité sanitaire. Il a en outre identifié les rôles essentiels joués par la réduction de la pauvreté et la responsabilisation des femmes dans le cadre de ses initiatives communautaires en matière de santé.

Un représentant observe que le directeur régional pour la Méditerranée orientale a ouvert les yeux du Comité à l'étendue des difficultés auxquelles il est confronté. Beaucoup des membres représentent des pays qui sont des donateurs de premier plan, et ils relayeront le message aux agences compétentes. Il se réjouit d'apprendre que, malgré les situations catastrophiques qu'il doit gérer, le Bureau régional pour la Méditerranée orientale continue à relever les défis de la santé publique. Les programmes à long terme de lutte contre les maladies non transmissibles sont à la base d'une garantie de prospérité et de croissance.

Le directeur général ajoute que la situation au Pakistan est la plus grave que beaucoup d'agences humanitaires aient jamais vue. La crise évolue toujours, exigeant la mobilisation de multiples secteurs pour fournir de l'eau propre, un assainissement, des abris et de la nourriture, qui seront requis pendant au moins 6 à 12 mois. C'est pourquoi un comité directeur interagences a été créé pour apporter un complément aux activités du coordinateur de l'aide d'urgence. La menace du choléra fait l'objet d'une surveillance exercée par un centre de commandement pour la lutte contre cette maladie. Seulement 50 à 60 % des ressources nécessaires pour l'aide d'urgence et la reconstruction sont disponibles, et elle exhorte les membres du Comité à apporter une participation supplémentaire.

Un représentant remercie le directeur régional pour la Méditerranée orientale du soutien apporté pour une réunion à Kaboul en 2009, qui a débouché sur une collaboration entre l'Afghanistan et le Turkménistan en matière de prévention et de traitement des maladies infectieuses.

La directrice régionale pour l'Europe se félicite de la collaboration qui se poursuit entre les deux bureaux régionaux. Elle nourrit l'espoir que le projet MECACAR (Moyen-Orient, Caucase et républiques d'Asie centrale), pour la vaccination coordonnée d'enfants contre la poliomyélite dans 18 pays des deux régions, soit étendu à d'autres domaines. Elle rappelle aussi que des projets communs contribuent à l'élimination du paludisme dans la Région européenne.



## Le financement futur de l'OMS

(EUR/RC60/18, EUR/RC60/Conf.Doc./12)

La directrice régionale rappelle que, lors des débats budgétaires engagés en 2009 à l'occasion des sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé, les principales questions soulevées ont été un meilleur alignement des priorités convenues par les organes directeurs de l'OMS sur les moyens financiers disponibles, et un financement plus prévisible afin de permettre une planification réaliste et une gestion efficace. Le directeur général a assuré un suivi en se basant sur les résultats d'une consultation informelle avec de hauts responsables d'un groupe représentatif de pays pour formuler un questionnaire affiché sur le site Web de l'Organisation. Les réponses au questionnaire seront combinées aux conclusions des débats dans toutes les réunions de comités régionaux en 2010, et un rapport sera rédigé pour le Conseil exécutif réuni en sa 128<sup>e</sup> session. Le directeur général a envoyé une note à l'ensemble des comités régionaux pour leur demander de mettre en évidence quelques points importants.

Le financement de l'OMS revêt un intérêt particulier pour les États membres européens car ceux-ci jouent un rôle actif dans les débats de l'OMS relatifs aux politiques et dans le développement stratégique global. Ils fournissent en outre 53 % de l'ensemble des contributions volontaires versées à l'OMS par les États membres et 43 % de ses contributions fixées. Bien que le Onzième Programme général de travail 2006-2015 ait défini six fonctions de base pour l'OMS, les réponses au questionnaire montrent que presque tous les États membres souhaitent une définition plus précise du rôle de l'Organisation et une limitation du nombre de ses priorités, un argument particulièrement important dans la Région européenne, qui compte aussi de puissants partenaires internationaux et nationaux.

Il est avancé que les fonctions essentielles du Bureau régional pour l'Europe sont d'effectuer un travail normatif, de proposer des options stratégiques fondées sur des bases factuelles pour soutenir les processus décisionnels nationaux, de conclure des partenariats et de fournir aux États membres une assistance technique. Un pays fait observer que la rédaction d'accords internationaux dans le secteur de la santé publique est une autre fonction essentielle de l'OMS. Les domaines prioritaires pour la Région sont les maladies non transmissibles, les affections résultant du mode de vie et les déterminants sociaux de la santé, les maladies infectieuses et problématiques connexes, la santé maternelle et infantile, le développement des systèmes de santé et l'hygiène de l'environnement.

Le soutien apporté par le Bureau régional aux pays doit être flexible, mais efficace. Une stratégie de pays révisée sera présentée au CPCR et débattue par le Comité régional lors de sa soixante et unième session. Elle inclura un soutien aux États membres pour traduire les décisions des organes directeurs mondiaux et régionaux de l'OMS en mesures à l'échelle nationale et pour coordonner l'aide d'autres partenaires.

En ce qui concerne la question de savoir comment les priorités convenues par les organes directeurs de l'OMS peuvent être mieux alignées sur les moyens financiers disponibles, la directrice régionale mentionne l'important décalage observé à cet égard. Si, par exemple, 40 % du total des contributions volontaires vont aux maladies transmissibles, les maladies chroniques et non transmissibles reçoivent 1,5 %, et les déterminants sociaux et économiques de la santé seulement 0,6 %. L'une des raisons de cette évidente disparité pourrait être le fait que la performance de l'OMS en matière de maladies transmissibles et de sécurité sanitaire est mondialement reconnue. Une meilleure communication et une meilleure information du public concernant le travail de l'Organisation dans d'autres domaines s'imposent par conséquent.

Le Comité régional doit traiter trois points fondamentaux en vue d'orienter le travail de la directrice régionale : les fonctions et priorités essentielles revêtant un intérêt particulier pour le Bureau régional dans les années à venir ; le moyen de garantir un financement adéquat pour ces fonctions et priorités, et le moyen de faire connaître à un plus large public européen l'importance et l'impact du travail du Bureau régional et la valeur de celui-ci pour le développement sanitaire. Il existe des mécanismes intéressants et innovants que les États membres peuvent employer pour faciliter leur collaboration avec le Bureau régional.

Le membre suédois du CPR note que les États membres de la Région sont, de loin, ceux qui ont apporté le plus de réponses au questionnaire, malgré sa complexité. Lors de sa réunion de juin 2010, le Comité permanent a décidé que, vu l'importance de cette problématique, les États membres européens pourraient parrainer une résolution sur le thème du financement futur de l'Organisation. Un projet de résolution a été rédigé par le président du CPR et le président du Groupe de travail sur la gouvernance de la santé du CPR et diffusé auprès des membres européens du Conseil exécutif et des autres membres du CPR. Son adoption ferait la démonstration d'une solidarité avec le directeur général dans sa quête d'un mode de financement meilleur, plus durable pour l'Organisation dans les années à venir.

La présidence demande au sous-directeur général pour l'administration de partager ses impressions sur la manière dont ce sujet a été abordé lors des deux réunions du Comité régional auxquelles il a assisté jusqu'à maintenant. Le Bureau régional de l'Afrique n'a reçu que quelques réponses au questionnaire publié sur le Web, souvent à cause de difficultés techniques. Cependant, il apparaît de manière générale que les six fonctions de base sont explicites et ne doivent pas être modifiées. La réunion du Comité régional de l'Asie du Sud-Est est parvenue à des conclusions similaires. Jusqu'à présent, les réponses apportées au questionnaire et la session des deux comités ont permis d'aboutir au consensus selon lequel l'OMS doit limiter ses actions à celles pour lesquelles elle est la mieux équipée, notamment en cette période d'austérité financière. L'opinion unanime est que ses principales responsabilités sont la fixation des normes et la sécurité sanitaire. Plusieurs pays proposent que l'OMS joue un rôle plus péremptoire dans le domaine de la santé publique au niveau mondial. D'autres, en particulier dans la Région africaine, estiment qu'elle doit se concentrer sur le développement sanitaire. En revanche, les points de vue sont divergents en ce qui concerne l'approche que l'OMS doit adopter pour attirer des financements.

Une représentante, s'exprimant au nom de l'UE, déclare que le Conseil de l'UE de mai 2010 a soutenu le renforcement du leadership de l'OMS aux niveaux mondial, régional et national, dans ses fonctions normatives et d'orientation, ainsi que dans l'aide technique apportée aux systèmes de santé. Il a demandé aux États membres de l'UE de passer du financement d'actions spécifiques de l'OMS au financement de son budget général. Les priorités sélectionnées par le Conseil sont donc les mêmes que celles énoncées par le directeur général de l'OMS. L'Organisation devrait davantage jouer le rôle de facilitateur ou de médiateur plutôt qu'assumer des fonctions de fournisseur ou de « pourvoyeur », de manière à apporter une aide technique au niveau stratégique plutôt qu'au niveau opérationnel. Malgré l'importance d'impliquer les ONG et le secteur privé dans les activités de l'OMS, les décisions doivent rester du ressort des États membres ; on doit aussi réfléchir à la participation des organisations régionales d'intégration économique. L'OMS est exhortée à élaborer une seule approche commune et cohérente de mobilisation des ressources, et à la communiquer clairement aux États membres par l'intermédiaire de tous les niveaux de l'Organisation.

D'autres intervenants répètent qu'en raison des contraintes financières et de personnel, l'accent doit être mis sur les activités de base, qui sont la fixation de normes, la coordination et la sécurité sanitaire, avec une claire délégation des responsabilités. Les États membres doivent garantir une certaine cohérence en ce qui concerne les activités et les priorités qu'ils définissent pour l'OMS afin de réduire le nombre de consultations et de réunions inutiles et de rester efficaces. L'OMS doit rejeter les demandes émanant d'États membres si celles-ci ne sont pas compatibles avec les priorités ainsi fixées. Il incombe aux États membres de veiller à ce que les plans de travail adoptés puissent être financés.

Plusieurs représentants annoncent leur intention de ne plus affecter autant de contributions que possible à des fins spécifiques pour permettre à l'Organisation d'exécuter son budget programme. L'OMS doit pouvoir utiliser le financement qu'elle reçoit avec davantage de souplesse, et réaffecter les montants non utilisés là où elle le juge utile. Une formule innovatrice de partenariat est présentée, selon laquelle les ministres de la Santé et des Affaires étrangères ont conclu un accord de financement sur quatre ans avec l'OMS permettant de garantir la cohérence et d'éviter la répétition des tâches, pour aboutir à une collaboration concrète.

Plusieurs intervenants soulèvent la question de l'équilibre du financement par les pouvoirs publics et d'autres sources. L'Organisation doit rester crédible aux yeux du public en émettant des recommandations et des conseils sur les dossiers de santé publique. Elle doit aussi rester crédible aux yeux des donateurs et des États membres en assurant la transparence et la cohérence dans le suivi des décisions prises par les organes directeurs, notamment en ce qui concerne l'affectation des fonds. Il importe particulièrement de définir des objectifs et des priorités précis, et de procéder à des évaluations approfondies de la performance au moment opportun. Le projet de résolution proposé constitue une étape importante dans la mise en place d'un système durable et prévisible pour le financement futur de l'OMS.

La présidence déclare que, dans le document relatif au financement futur de l'OMS (EUR/RC60/18), l'attention doit être aussi accordée à l'amélioration des pratiques nutritionnelles des États membres en étudiant les possibilités de supplémentation alimentaire pour

prévenir les problèmes de carence en micronutriments. En ce qui concerne les maladies infectieuses et les questions y afférentes, il convient aussi de mentionner l'harmonisation des programmes de vaccination dans la Région en utilisant les recommandations utiles sur les meilleures pratiques. Le programme sur la poliomyélite constitue un autre programme prioritaire, outre ceux évoqués dans le document.

Le directeur général réserve un bon accueil aux recommandations émises. Il est de plus en plus évident que l'OMS appartient aux États membres, et que leur collaboration avec le secrétariat à la gestion de l'Organisation ne cesse de s'amplifier. Elle se rallie au commentaire selon lequel l'OMS devrait avoir le courage de dire « non » aux donateurs qui proposent des fonds à des projets non repris dans les priorités fixées par les États membres, et leur demande l'autorisation d'agir de la sorte. C'est aussi de la faute des donateurs. Les États membres doivent assurer la cohérence au niveau des différents ministères, afin qu'ils soient au courant du financement proposé à l'ensemble des agences des Nations Unies. Elle convient également qu'une meilleure communication est nécessaire, avec la participation des ONG et de la société civile. Elle espère que le processus permettra à l'Organisation d'être plus efficace et plus crédible, et de mieux cibler ses activités.

La directrice régionale explique que la dissonance actuelle entre le financement et les priorités porte atteinte à la crédibilité de l'OMS. Les accords de collaboration biennaux sont en partie responsables de cette situation. Le projet de résolution montre la voie à suivre à cet égard. Elle convient qu'une stratégie est nécessaire pour la mobilisation des ressources, au niveau de l'OMS et du Bureau régional, afin de garantir le respect des différentes priorités. En outre, on procède actuellement à la définition de critères pour la prise de décisions en ce qui concerne l'allocation des ressources financières. Les programmes techniques qui ne sont plus prioritaires seront progressivement supprimés pour faire place à des programmes répondant aux besoins des États membres et en assurer le financement. Une plus grande transparence sera observée en ce qui concerne l'affectation des fonds au sein de l'Organisation et la cohérence des activités menées à différents niveaux.

Le Comité examine un projet de résolution sur le financement futur de l'OMS présenté par l'ex-République yougoslave de Macédoine, coparrainé par l'Allemagne, Andorre, l'Estonie, Monaco, la Norvège, la Suède et la Suisse, et soutenu par l'Azerbaïdjan, la Fédération de Russie et les autres pays de l'UE.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC60/R8.

© OMS/R. Kuznetsova



## Projet de budget programme pour 2012-2013

(EUR/RC60/10, EUR/RC60/10 Add.1, EUR/RC60/Inf.Doc./1, EUR/RC60/Conf.Doc./3)

Un membre du Comité permanent déclare que deux changements significatifs ont été introduits dans l'avant-projet de budget programme 2012-2013 par rapport à 2010-2011 : la ventilation du budget est présentée uniquement par grand bureau pour les objectifs stratégiques (OS) et un chapitre narratif expose les priorités et les grands axes pour chaque OS en 2012-2013, les principales réalisations et difficultés à ce jour, les nouveaux domaines de travail, les domaines sur lesquels il faut mettre l'accent et les changements requis dans l'affectation des fonctions et du personnel dans toute l'Organisation. Le projet de budget programme comporte trois segments : les programmes de base, comprenant les programmes et fonctions essentiels de l'OMS ; les programmes spéciaux et les dispositifs de collaboration ; et les interventions en cas d'épidémies et de crises.

Dans les fonds alloués au Bureau régional lui-même, les changements les plus importants sont les augmentations des budgets pour les OS 3 et 6, qui concernent les maladies non transmissibles, étant donné leur part considérable dans la charge de morbidité des États

membres européens, ainsi que du financement pour l'OS 7, en rapport avec les déterminants sociaux de la santé et spécifiquement axé sur la lutte contre les inégalités de santé. On cherche à gagner en efficacité en ce qui concerne les OS 12 et 13, puisque leurs allocations budgétaires se situent à 5 % sous le niveau des dépenses en 2008-2010. Afin de concrétiser la nouvelle vision de l'avenir du Bureau régional, un nouveau plan d'activités a été préparé. Il aborde les questions de savoir comment mieux aligner les priorités convenues sur les moyens disponibles pour les financer, et comment garantir une plus grande prévisibilité et une meilleure stabilité du financement. Les quatre piliers du plan d'activités sont la marge de manœuvre, le risque financier, la gestion des ressources ainsi que l'obligation de rendre des comptes et la transparence.

Le directeur du département Planification, coordination des ressources et suivi des résultats au Siège de l'OMS déclare que la crise économique mondiale actuelle a de graves répercussions sur la santé. Parmi les priorités de gestion abordées dans l'avant-projet de budget programme 2012-2013, on trouve le renforcement de l'impact du travail de l'OMS au niveau des pays ; l'examen et l'alignement de la répartition des fonctions dans toute l'Organisation ; et une meilleure affectation des ressources. En ce qui concerne les programmes, les grands axes sont notamment le redoublement des efforts en matière de santé maternelle, néonatale et infantile ; l'intensification des activités concernant les maladies non transmissibles ; le renforcement des systèmes de santé et la préparation et l'intervention en cas d'urgence. Le budget global pour les programmes de base est pratiquement inchangé par rapport à 2010-2011, tandis que des augmentations mineures ont été apportées dans les segments relatifs aux programmes spéciaux et aux dispositifs de collaboration, d'une part, et aux interventions en cas d'épidémies et de crises, d'autre part. Néanmoins, l'avant-projet de budget programme représente une réduction en termes réels par rapport à la période biennale précédente, en raison de l'impact de l'inflation et de l'augmentation des frais de fonctionnement, par exemple pour le personnel et pour la sécurité. Il attire l'attention sur les tableaux 1 et 4, consacrés respectivement au résumé du budget par segment et au financement du budget programme. L'OMS poursuivra ses efforts pour améliorer l'efficacité organisationnelle par une gestion axée sur les résultats, une réduction des coûts et des réformes gestionnaires.

Le directeur de la Gestion des programmes au Bureau régional déclare que l'avant-projet de budget programme vise à faire le lien entre la fin et les moyens, et à acheminer les fonds là où l'Europe en a besoin. Toutefois, l'incertitude provoquée par le fait que seul le montant des contributions fixées pour 2012-2013 est connu représente une grande difficulté pour la planification.

Le directeur de la Division de l'administration et des finances au Bureau régional explique que, comme le budget du Bureau régional pour les programmes de base restera inchangé par rapport au niveau de la période biennale précédente, l'objectif de se focaliser sur certains OS ne pourra être atteint qu'en réalisant certains ajustements. Il pourrait en résulter un manque de cohérence entre les priorités fixées par les États membres et les contributions apportées par des donateurs. Actuellement, le budget exprime des aspirations – quelque 30 % seulement seront disponibles au début de la période biennale. C'est une menace pour la planification financière et l'exécution. En outre, il sera encore plus difficile d'attirer le meilleur personnel, avec comme conséquence potentielle une perte de qualité dans le travail du Bureau régional.

Une représentante, s'exprimant au nom de l'UE, déclare que les efforts constants pour aligner les résultats, les ressources disponibles et la réalisation des programmes sont tout à fait bienvenus. Toutefois, les principes régissant la répartition budgétaire ne sont pas tous transparents. Le déséquilibre entre les engagements vis-à-vis des maladies transmissibles et non transmissibles dans le budget programme actuel et le projet de budget programme est regrettable, surtout à la lumière de la forte priorité actuellement accordée à ces dernières. La réduction des fonds alloués à l'OS 4 est déplorable étant donné l'urgence de s'attaquer à l'OMD 5 relatif à la mortalité maternelle. Dans le sillage de la crise financière et avec la nécessité de restrictions budgétaires dans de nombreux États membres, les contributions fixées pour l'Organisation pourraient bien diminuer, et il faut faire preuve de prudence en ce qui concerne une budgétisation basée sur ce type de financement. En dépit de la crise, le budget du Bureau régional devrait rester au même niveau, et il est donc regrettable que sa part de contributions volontaires soit inférieure à celle de tout Bureau régional comparable.

Elle demande une clarification quant à l'impact potentiel sur les activités prévues des réductions significatives planifiées pour les OS 10 et 11. On ne voit pas clairement comment le passage de la politique à l'action et de la recherche à la mise en œuvre pourrait être mis en corrélation avec les fonctions essentielles de l'Organisation, sur lesquelles l'UE estime que l'OMS devrait se concentrer. L'augmentation proposée des réunions intergouvernementales ne doit pas entraîner une hausse des frais de déplacement pour l'Organisation : il convient de préférer aux voyages les moyens de communication les plus modernes. Dès lors, les efforts visant à réduire le budget pour les OS 12 et 13 sont les bienvenus. En ce qui concerne l'OS 6, elle déclare que le travail de normalisation réalisé aux termes de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ne doit pas être répété inutilement, et elle demande instamment une clarification sur la collaboration entre l'Initiative pour un monde sans tabac et le secrétariat de la Convention.

Un autre intervenant formule une mise en garde, à savoir qu'il est peu probable que les contributions fixées augmentent, étant donné la situation économique difficile dans le monde entier, et qu'il ne faut pas permettre à la tendance consistant à affecter les contributions volontaires à une fin précise, qui provoque une distorsion dans le processus de budgétisation pour les priorités de l'OMS, d'évoluer de manière incontrôlée. On espère que la plus grande partie du déficit de financement sera comblée par des contributions volontaires de base provenant de sources extérieures, mais s'agit-il d'une attente réaliste dans le contexte de la crise financière ?

Formulant d'autres observations, les intervenants insistent sur la nécessité de financer le plan-cadre d'équipement. On cherche à clarifier les raisons motivant la réduction proposée du financement pour la santé maternelle, étant donné l'accent mis actuellement sur ce problème, et la manière dont le financement des OS 12 et 13, qui semble se situer à un niveau assez élevé, sera aligné sur les objectifs organisationnels. Des améliorations pourraient encore être apportées en ce qui concerne les principaux indicateurs de performance, afin de faciliter l'évaluation de l'exécution des projets ; le rapport de performance doit mettre l'accent sur les résultats obtenus ainsi que sur le travail produit.

Répondant aux commentaires, le sous-directeur général de l'Administration du Siège de l'OMS déclare que les hypothèses sous-tendant la répartition des moyens ont été exposées dans le mécanisme de validation convenu par le Conseil exécutif. Les problèmes évoqués en ce qui concerne l'alignement des moyens et des priorités peuvent être résolus en abandonnant l'affectation des contributions volontaires à une fin particulière, étant entendu que le directeur général sera tenu strictement responsable de la manière dont les moyens seront utilisés. Ce report n'est pas imputable à un problème d'exécution, mais à des incertitudes en ce qui concerne le financement futur. Le passage de la recherche à l'action correspond, en fait, au désir exprimé par les États membres de voir comment les conclusions d'études sont traduites en politiques et en interventions au niveau des pays. Ce changement n'implique pas que le soutien de l'OMS à la recherche faiblit : au contraire, une stratégie mondiale de la recherche a été adoptée cette année.

Les OS 12 et 13, pour lesquels les fonds affectés ont été qualifiés d'importants, sont souvent perçus comme englobant simplement des fonctions administratives, mais en réalité, ils étaient les fonctions de politique essentielles de l'Organisation : les réunions des organes directeurs et des groupes de travail intergouvernementaux, les négociations, la diffusion de l'information, les échanges scientifiques, les bureaux de pays, la traduction et les publications. Concernant l'usage à réserver aux contributions volontaires de base, il précise qu'une réunion se tiendra très bientôt sur ce sujet et que tous les États membres ont été invités à y assister. L'affectation des contributions volontaires à une fin particulière n'est pas un problème en soi, sauf quand elle empêche de faire correspondre les fonds aux priorités.

Le directeur du département Planification, coordination des ressources et suivi des résultats déclare que les précieux commentaires formulés seront pris en considération pour améliorer l'avant-projet de budget programme. Des inquiétudes ont été exprimées quant à la réalisation des OMD 4 et 5. Ce sont les OS 4 et 9 qui revêtent une importance cruciale à cet égard, et ils recevront tous deux des dotations budgétaires globales beaucoup plus élevées qu'en 2008-2009 : le budget proposé constitue une hausse de 88 % et de 132 %, respectivement, par rapport aux taux d'exécution de ces deux OS en 2008-2009. Les maladies non transmissibles sont couvertes par les OS 3 et 8, et le budget proposé permet un développement de ces activités de 64 et 60 % respectivement, par rapport aux taux d'exécution de 2008-2009. Les participants ayant exprimé des craintes peuvent être assurés que les contributions volontaires de base ne sont affectées qu'aux OS 1 à 11, soit les objectifs techniques. Sur la hausse du budget total de 264 millions d'USD proposée pour 2012-2013, 51 millions d'USD vont aux programmes de base, tandis que 213 millions sont consacrés aux programmes spéciaux et aux dispositifs de collaboration ainsi qu'aux interventions en cas d'épidémies et de crises, soit moins que ce qui a été dépensé pour ces deux segments en 2008-2009. Il admet la nécessité de fournir plus d'informations sur le financement du plan-cadre d'équipement.

Le directeur de la Gestion des programmes se félicite du soutien exprimé en faveur des efforts visant à établir une corrélation logique entre les OS et les ressources, et en faveur de l'augmentation du volume des contributions volontaires non affectées à une fin précise. À son avis, les commentaires sur les écarts de financement en ce qui concerne les OS 1, 2 et 3 signifient non pas que les fonds destinés à ce dernier devraient être réduits, mais que ceux consacrés aux deux premiers devraient être augmentés. Il approuve totalement la nécessité de faire le maximum en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles. L'OS 4, concernant les enfants et les personnes âgées, requiert aussi davantage d'attention. Des synergies peuvent être établies entre les OS 3, 4 et 6, traitant des déterminants sociaux de la santé.

Le directeur de la Division de l'administration et des finances rappelle qu'en 2008-2009, le taux d'exécution pour l'OS 4 était de près de 100 %. Cependant, le budget pour 2012-2013 étant beaucoup plus important, tous les fonds ne seront probablement pas utilisés. D'autre part, moins de ressources sont affectées à l'OS 10 en 2012-2013 par rapport à 2008-2009. Une étude menée par le Siège de l'OMS sur les fonds affectés aux OS 12 et 13 dans plusieurs Régions indique que le nombre d'États membres dans la Région exerce

une forte influence sur le volume des montants alloués. La Région européenne est la région qui compte le plus de pays et de langues utilisées, ce qui augmente les coûts de traduction et de publication. Néanmoins, tout serait mis en œuvre pour réduire « l'élément administratif » de ces OS dans la Région. La politique relative aux déplacements et aux communications téléphoniques y sont déjà les plus restrictives de l'Organisation.

Le directeur général, exprimant son point de vue sur la nature générale du processus budgétaire, déclare qu'il s'agit d'un exercice de planification, avec toutes les lourdeurs que cela impose. C'est aussi quelque peu irréaliste. Bien qu'elle soit reconnaissante pour les 20 % de financement garanti du budget (contributions fixées), ainsi que pour les 80 % provenant des contributions volontaires, elle estime qu'il est de plus en plus difficile d'aboutir aux résultats. Elle a besoin de l'aide des États membres pour faire fonctionner l'OMS comme dans le passé. Telle est la raison pour laquelle le modèle de gestion doit être sérieusement repensé. Les critères utilisés pour les allocations doivent être réévalués une fois que les décisions concernant le financement futur de l'OMS seront prises.

En effet, la situation budgétaire actuelle n'est pas viable. La majoration de 51 millions d'USD pour le financement du programme de base ne compenserait même pas les effets des fluctuations des devises, et ne répondrait pas aux besoins opérationnels et en matière de sécurité. Selon les projections de son personnel, la hausse budgétaire apparente se traduirait en fait par une baisse de financement. Le déficit de la période biennale précédente s'est chiffré à environ 100 millions d'USD et celui de la période actuelle doit atteindre 110 millions d'USD selon les prévisions établies à ce jour. On risque de ne pas disposer de ressources pour le renouvellement de contrats au début de la prochaine période biennale, et il faudrait par conséquent mettre fin à des programmes.

Afin de renverser cette situation, il faut changer le mode de fonctionnement de l'OMS : moins de réunions, plus de téléconférences, moins de déplacements, moins de publications. Et encore, ces mesures ne permettraient que de modestes économies. L'Organisation fait son possible pour combler les lacunes de financement : par exemple, elle a gelé le recrutement au Siège. Cependant, les États membres ont décidé de créer de nouveaux organes (par exemple, pour le RSI et la lutte antitabac), ce qui ne milite pas en faveur des économies. Des progrès ont été accomplis pour réduire la répétition des tâches, et l'on continuerait à conclure des partenariats. Or, pour que le financement de l'OMS soit viable, et pour améliorer l'Organisation, elle a besoin de l'aide des États membres. Ensemble, ils doivent procéder à des changements.

La directrice régionale remercie cordialement le directeur général pour avoir assisté si longuement à la session actuelle du Comité régional, ainsi que pour ses déclarations inspirantes et ses conseils.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC60/R9.

## Élections et désignations

(EUR/RC60/7 Rev.1, EUR/RC60/7 Rev.1 Add.1, EUR/RC60/7 Rev.1 Add.2, EUR/RC60/7 Rev.1 Add.3, EUR/RC60/7 Rev.1 Add.4)

Le Comité régional se réunit en séance privée pour examiner la désignation de deux membres du Conseil exécutif, élire six membres du CPR, un membre du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et quatre membres du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé, et pour désigner des membres du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement.

## Conseil exécutif

Le Comité décide que l'Ouzbékistan et la Suisse présenteront, lors de l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2011, leur candidature en vue d'une élection ultérieure au Conseil exécutif.

## Comité permanent du Comité régional

Le Comité choisit la Bulgarie, la Croatie, l'Espagne, la Pologne, le Royaume-Uni et la Turquie pour un mandat au CPR. Par tirage au sort, il décide que le membre de la Bulgarie siègera pour un mandat de quatre ans à partir de septembre 2010, que le membre de l'Espagne siègera pour un mandat de deux ans, tandis que les membres des autres pays sélectionnés siègeront pour un mandat de trois ans.

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

Conformément aux dispositions du paragraphe 2, alinéa 2.2 du mémorandum d'accord sur le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, le Comité choisit par consensus le Portugal pour un mandat au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial d'une durée de trois ans qui commencera le 1er janvier 2011.

## Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé

Le Comité sélectionne la France, Malte, la Serbie et la Slovénie pour siéger au Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé.

## Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement

Le Comité régional décide que les candidatures des experts suivants au Groupe de travail consultatif d'experts seront présentées au directeur général de l'OMS pour examen :

Mme Ursula Schaefer-Preuss (Allemagne)  
Dr Ara Ter-Grigoryan (Arménie)  
Pr Flemming Konradsen (Danemark)  
Dr Antó Boqué (Espagne)  
Dr Fernando Rodríguez-Artalejo (Espagne)  
Dr Meri Tuulikki Koivusalo (Finlande)  
Dr Jean Edmond Deregnaucourt (France)  
Dr Benny Leshem (Israël)  
Mme Ruzica Milutinovic (Monténégro)  
Dr John-Arne Røttingen (Norvège)  
Dr Isabel Carvalho-Oliveira (Portugal)  
Pr Aurel Grossu (République de Moldova)  
M. Saul Walker (Royaume-Uni)  
Dr Paul Linus Herrling (Suisse)  
Pr Albrecht Jahn (Union européenne).

## Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2011-2014

(EUR/RC60/Conf.Doc./11)



Le Comité adopte la résolution EUR/RC60/R10 dans laquelle il confirme qu'il tiendra sa soixante et unième session à Bakou (Azerbaïdjan) du 12 au 15 septembre 2011 ; sa soixante-deuxième session à Malte du 10 au 13 septembre 2012 ; sa soixante-troisième session au Portugal du 16 au 19 septembre 2013, et sa soixante-quatrième session à Copenhague en 2014 (dates à confirmer). Il décide en outre qu'à partir de 2014, ses sessions devraient se tenir à Copenhague les années paires lorsque le projet de budget programme biennal doit être examiné, ainsi que les années au cours desquelles le directeur régional doit être nommé.

Un film vidéo est projeté par la délégation de l'Azerbaïdjan.

## Éradication de la poliomyélite dans la Région européenne de l'OMS

(EUR/RC60/16, EUR/RC60/16 Add.1, EUR/RC60/Conf.Doc./9)



En guise d'introduction, le directeur de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement explique la menace mettant actuellement en péril le statut « exempt de poliomyélite » de la Région européenne, et les mesures qui doivent être prises pour protéger ce statut jusqu'à l'éradication de la maladie au niveau mondial. La Région doit améliorer l'immunité de la population, renforcer sa capacité de dépistage rapide de toute transmission restante ou de toute nouvelle importation de poliovirus sauvage, et instaurer la crédibilité et la confiance entre les pays. Depuis le début de la flambée épidémique au Tadjikistan au début 2010, le laboratoire régional de référence de l'OMS, situé à Moscou (Fédération de Russie), a confirmé 456 cas de poliomyélite dans plusieurs pays, soit 73 % du nombre total des cas dans le monde. Le dépistage a été rapide, ainsi d'ailleurs que l'intervention. Des campagnes de vaccination, mises sur pied sans tarder par le gouvernement tadjik, ont donné des résultats spectaculaires et ce, grâce au soutien de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres partenaires de l'Initiative mondiale de l'éradication de la poliomyélite (GPEI). La flambée épidémique est due à des problèmes de couverture vaccinale, de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), d'engagement et de ressources. Les pouvoirs publics ont mené des interventions sur plusieurs fronts, avec l'appui des partenaires de la GPEI tels que l'OMS, l'UNICEF, le Rotary International et les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis.

Le plan d'action visant à protéger le statut « exempt de poliomyélite » de la Région européenne comprend des mesures à court et à long termes. Les interventions pour 2010-2011 visent notamment à mettre fin à la flambée épidémique au Tadjikistan, à empêcher sa propagation aux pays voisins, à renforcer la surveillance de la poliomyélite dans les pays à haut risque et à prouver à la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite de l'OMS que la flambée épidémique est terminée. Les interventions pour 2011 et au-delà prévoient notamment de garantir une surveillance conforme aux normes de certification dans tous les États membres, de renforcer la demande de vaccination systématique (en particulier pour les populations isolées ou vulnérables) et de mobiliser des ressources.

Un membre du CPR se rallie à la demande adressée à la Région européenne pour qu'elle s'unisse face à la flambée épidémique actuelle et ce, afin de conserver son statut « exempt de poliomyélite » jusqu'à l'élimination de la maladie au niveau mondial. Les pays touchés et les partenaires de la GPEI méritent une reconnaissance pour les interventions mises en œuvre et leurs activités de prévention. La fragilité du statut « exempt de poliomyélite » de la Région, et les risques posés à l'ensemble des États membres, exigent une réponse unie et solidaire de la Région, notamment un soutien financier et un mécanisme de surveillance et de notification amélioré. Les États membres doivent chacun veiller à ce que leur plan d'action contre l'importation du poliovirus soit mis à jour et prêt à être appliqué, pour l'exécuter le cas échéant. Ils doivent aussi évaluer le statut de la vaccination des groupes sensibles des enfants de moins de 5 ans, et procéder à une vaccination de rattrapage.

Le président de la Commission régionale de certification explique la place de celle-ci dans la structure de certification mondiale, sa méthodologie et son mandat, ainsi que les conditions de la certification régionale, c'est-à-dire les éléments sous-tendant la présentation de ses conclusions. Malheureusement, les événements de 2010 justifient les préoccupations exprimées par la Commission en 2009 quant à la vaccination et la surveillance menées au Tadjikistan et en Ouzbékistan. L'évaluation de la Commission pour 2010 met en évidence la persistance des menaces de transmission dans la Région européenne, sept pays présentant d'ailleurs des risques élevés. Des mesures doivent être prises sans tarder. Les États membres doivent collaborer avec les partenaires internationaux pour obtenir les ressources nécessaires. Ils ont besoin d'un engagement politique ferme pour arrêter la transmission du poliovirus et bénéficier d'un soutien financier durable en vue d'éradiquer la maladie aux niveaux régional et mondial. La Commission se félicite des énormes efforts consentis par le laboratoire régional de référence de Moscou. L'Ouzbékistan doit fournir des données à la Commission afin de confirmer l'absence de cas de poliomyélite dans le pays. L'Ukraine court un risque élevé de subir une flambée épidémique d'envergure en cas de propagation de la maladie sur son territoire. La Région doit désormais mener une surveillance conforme aux niveaux de la certification pour être déclarée exempte de poliomyélite lors de l'examen de la certification à l'échelle mondiale. La Commission mettrait de plus en plus en question les rapports peu convaincants émanant des comités nationaux de certification. Les États membres doivent terminer et tester leur plan d'action national contre l'importation de poliovirus sauvages.

Un représentant conteste l'évaluation réalisée par la Commission et faisant état d'un risque élevé de transmission du poliovirus dans son pays. Il souligne l'engagement pris en vue d'améliorer la santé et en particulier pour réduire les maladies transmissibles.

Des intervenants de plusieurs pays atteints par la flambée épidémique de 2010 expliquent les mesures qu'ils ont prises pour prévenir et lutter contre la maladie, notamment la mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaires et le renforcement de la surveillance et de la vaccination. Ils remercient leurs partenaires dans ces efforts, en particulier l'UNICEF, le laboratoire régional de référence de Moscou et le Bureau régional. Parmi les initiatives particulièrement utiles mises en œuvre par l'OMS, il convient de mentionner la réunion des pays d'Asie centrale et de la Fédération de Russie avant l'Assemblée mondiale de la santé de 2010, et les activités réalisées sans relâche par le programme MECACAR. Les intervenants mettent en évidence l'engagement de leurs pays afin que la Région reste exempte de poliomyélite. Une autre intervenante explique comment son pays a exprimé son engagement envers l'éradication de la poliomyélite en mettant en œuvre des activités de vaccination supplémentaires dans les régions avoisinant les autres pays touchés et en offrant des ressources à l'OMS. Elle se félicite des activités réalisées par le laboratoire régional de référence.

Approuvant la majorité des arguments présentés pendant le débat, le directeur régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants évoque la contribution de l'UNICEF aux interventions de lutte contre la flambée épidémique de 2010, notamment les initiatives prises en ce qui concerne la fourniture des vaccins, la mobilisation sociale et les activités de communication avec les partenaires de la GPEI. La flambée épidémique est un signal d'alarme pour tous les gouvernements et les agences partenaires, les prévenant de la menace persistante des maladies évitables par la vaccination pour les enfants de la Région. Il faut encore accomplir des efforts afin d'assurer l'équité et la qualité des programmes de vaccination, ainsi que l'accès à ces derniers. Les flambées de maladies démontrent que la protection des groupes les plus défavorisés profite à la communauté dans son ensemble. Les pays de la Région possèdent des atouts importants, tels que de solides compétences en matière de prévention des maladies et des agents de santé dévoués. Conjointement avec une volonté politique et un financement adéquat, on pourra atteindre l'objectif de l'éradication des maladies évitables par la vaccination au bénéfice de tous.

En guise de réponse, le directeur de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement résume en substance la réunion en indiquant que toutes les parties reconnaissent la gravité de la situation dans la Région et sont déterminées à prendre les mesures nécessaires au cours de ces prochaines années. Des services de réadaptation sont nécessaires pour les enfants paralysés. Les pays mécontents de l'évaluation des risques réalisée par la Commission sont priés d'envoyer des données au Bureau

régional afin que celui-ci apporte les corrections voulues. La Fédération de Russie doit être remerciée pour les efforts déployés par le laboratoire de référence, ainsi que d'autres partenaires, dont l'UNICEF et le personnel présent sur le terrain.

La directrice régionale insiste sur le fait que l'OMS et les États membres sont pleinement engagés à éradiquer la poliomyélite. Lors de ses visites dans les États membres, elle a été le témoin d'activités d'intervention et de prévention particulièrement impressionnantes. Elle approuve les conclusions de la Commission régionale de certification, et a observé d'importants progrès dans les pays d'Asie centrale ; les actions doivent cependant être intensifiées dans d'autres pays à risque. Elle remercie l'UNICEF pour son partenariat productif et rend hommage à l'excellent travail du personnel du Bureau régional.

## Engagement renouvelé envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS d'ici 2015

(EUR/RC60/15, EUR/RC60/Conf.Doc./9)

La directrice par intérim de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé déclare que l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région reste un objectif non atteint, mais réalisable. Grâce à une couverture de vaccination systématique étendue en plus de laquelle sont organisées des campagnes ciblant les groupes susceptibles restants, le nombre de cas de rougeole et de rubéole a pu être diminué de 96 et de 97 % respectivement depuis 1990. Quatre stratégies éprouvées ont été appliquées. La première est de parvenir à une couverture de plus de 95 % par deux doses de vaccin contre la rougeole et au moins une contre la rubéole, et de maintenir cette couverture. Cependant, à cause d'un relâchement de la vigilance tant de la part des politiques que du public, beaucoup de pays de la Région, notamment dans l'UE, ont une couverture peu étendue. De plus, en raison d'une faible couverture chez certaines populations à haut risque et vulnérables, des poches de populations non vaccinées ou sous-vaccinées sont apparues et des flambées épidémiques de rougeole sont apparues.

La deuxième stratégie est de renforcer la surveillance en matière de rougeole, de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale, et la troisième de ménager une deuxième occasion de se faire vacciner contre la rougeole grâce à des activités de vaccination supplémentaires. La quatrième stratégie est de garantir que les professionnels de santé et le public aient accès à de bonnes informations sur les avantages et les risques de la vaccination, grâce, par exemple, à la Semaine européenne de la vaccination. Le Bureau régional est en train d'envisager d'autres stratégies innovatrices, dont le recours à des médias sociaux.

Ainsi, de grands progrès ont été accomplis sur la voie de l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région, et cet objectif est techniquement réalisable. Toutefois, la date cible de 2010 ne sera pas respectée en raison des poches où la couverture de vaccination est peu étendue et où la surveillance n'est pas à la hauteur des normes établies. L'élimination pourrait devenir une réalité pour 2015 si les mesures sont intensifiées et les engagements réitérés. L'accent doit être mis sur la vaccination des populations à haut risque et vulnérables ayant un accès limité aux services de santé primaires pour des raisons d'ordre géographique, culturel, ethnique ou socioculturel. De plus, la confiance du public envers la vaccination doit être rétablie grâce à la communication d'arguments fondés sur des bases factuelles afin de contrer les rumeurs. Le Bureau régional et ses partenaires sont disposés à aider les États membres à parvenir à l'élimination.

Un membre du CPR déclare que le recul significatif des cas de rougeole et de rubéole dans la Région depuis 1994 est dû à l'engagement des États membres en faveur de la réalisation des objectifs de l'Initiative contre la rougeole et aux fonds fournis pour des activités de vaccination supplémentaires. Néanmoins, des flambées épidémiques de rougeole se sont produites dans la partie

occidentale de la Région, et la couverture vaccinale des deux maladies s'est progressivement rétractée, notamment en raison de croyances religieuses, d'un accès difficile aux soins de santé et de l'action de mouvements opposés à la vaccination. Un engagement politique plus résolu et des ressources financières plus importantes sont nécessaires pour atteindre le nouvel objectif d'une élimination pour 2015.

Un représentant déclare que l'engagement politique est l'élément le plus important dans la lutte contre les flambées épidémiques de maladies infectieuses. Il est fâché que la valeur de la vaccination soit mise en doute, et il n'est pas sûr que l'OMS soit en mesure de remédier à ce problème par une sensibilisation et un soutien technique aux pays. Il suggère un amendement au projet de résolution, pour charger la commission régionale de vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole, que l'on se propose de créer, de constater qu'il n'y a pas de transmission indigène de rougeole et de rubéole au niveau des pays.

Deux représentants décrivent la situation dans leurs pays respectifs et les mesures prises en vue d'une élimination. Un autre représentant souligne l'importance d'un programme de vaccination bien exécuté, mis en place de manière durable dans un système de santé publique bien organisé, au sein duquel la surveillance, le suivi, la notification, la prévention et le traitement sont des éléments capitaux. Selon un intervenant, un certain nombre de spécialistes considèrent que l'usage de vaccins monovalents serait préférable à celui des produits trivalents employés actuellement, afin d'augmenter la spécificité des campagnes.

La directrice par intérim de la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé se félicite de ces témoignages d'engagement politique en faveur de l'élimination de la rougeole et de la rubéole. Répondant aux questions relatives à la faisabilité et aux conséquences financières de mesures prises conformément à l'amendement proposé du projet de résolution, elle rappelle que le terme « élimination » est défini comme l'interruption de la transmission indigène dans une zone géographique étendue et circonscrite. Chaque pays fournirait à la commission régionale de vérification les preuves d'une couverture importante et d'une surveillance effective, et une interruption de la transmission dans chaque pays entraînerait une élimination dans la Région.

La directrice régionale assure les représentants qu'une vérification à l'échelle des pays serait réalisable.

Le Comité régional adopte la résolution EUR/RC60/R12.

## Résolutions

### EUR/RC60/R1

#### Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2008-2009

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2008-2009 (document EUR/RC60/4) et le document d'information connexe sur l'exécution du budget programme 2008-2009 (document EUR/RC60/Inf.Doc./1 (PBPA/2008-2009));

1. REMERCIE la directrice régionale pour le rapport ;
2. EXPRIME sa satisfaction devant les travaux accomplis par le Bureau régional au cours de la période biennale 2008-2009 ;
3. DEMANDE à la directrice régionale de prendre en considération les suggestions formulées au cours du débat tenu à la soixantième session et de s'en inspirer pour élaborer les programmes de l'Organisation et mettre en œuvre les activités du Bureau régional.

### EUR/RC60/R2

#### Améliorer la santé en Europe

#### Adapter le Bureau régional à l'évolution du contexte européen : perspective de la directrice régionale

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport intitulé « Améliorer la santé en Europe – Adapter le Bureau régional à l'évolution du contexte européen : perspective de la directrice régionale »<sup>1</sup> ;

Rappelant ses résolutions précédentes sur les changements proposés au Bureau régional et à sa gouvernance (EUR/RC49/R1, EUR/RC50/R1, EUR/RC51/R1, EUR/RC53/R1, EUR/RC58/R3), sur le renouvellement de la stratégie de la Santé pour tous (EUR/RC49/R9, EUR/RC53/R3, EUR/RC55/R4), sur l'établissement de partenariats stratégiques (EUR/RC56/R3), sur les bureaux de pays et les bureaux géographiquement dispersés (EUR/RC49/R5, EUR/RC50/R5, EUR/RC54/R6, EUR/RC55/R8) et sur la communication régulière de rapports et d'observations au Comité régional (EUR/RC58/R5), ainsi que le rapport<sup>2</sup> et la résolution (EUR/RC56/R3) qu'il a adoptés sur l'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ;

Conscient de l'évolution du contexte mondial et régional dans lequel doit travailler le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, et de l'évolution de l'environnement épidémiologique, où les maladies non transmissibles sont désormais au devant de la scène, et conscient également des perspectives scientifiques et technologiques accrues en matière de prévention et de prise en charge des maladies ;

<sup>1</sup> Document EUR/RC60/8.

<sup>2</sup> Document EUR/RC56/11.

Prenant note des sept grandes priorités stratégiques proposées par la directrice régionale, dont notamment les activités visant à élaborer une nouvelle politique européenne de la santé, les changements à apporter à l'organisation de la gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; la transformation de la structure et du contenu de ses activités ; le renouvellement des relations externes, en particulier celles entretenues avec ses États membres ; l'établissement de partenariats et de coalitions divers pour la santé en Europe ; et la mise au point de nouvelles activités d'information et de communication ;

1. APPROUVE la vision décrite par la directrice régionale dans son rapport intitulé « Améliorer la santé en Europe », ainsi que les sept priorités stratégiques qui y sont mentionnées, tout en tenant compte de la législation et des politiques nationales existantes, le cas échéant ;
2. PRIE INSTAMMENT les États membres de soutenir le développement et la mise en œuvre de cette vision et de la politique européenne de la santé ;
3. NOTE et SOUTIENT l'intention de la directrice régionale d'examiner les besoins et possibilités actuelles et d'adapter le Bureau régional en conséquence ;
4. PRIE la directrice régionale :
  - a) de concrétiser ses propositions en vue de renforcer les activités du Bureau régional et des ses bureaux de pays et géographiquement dispersés dans le plein respect des compétences nationales ;
  - b) de promouvoir la pertinence et l'excellence dans l'élaboration de ses programmes techniques ;
  - c) de renforcer davantage la collaboration avec les États membres et d'autres partenaires, en particulier l'Union européenne, afin de rendre plus stratégique cette collaboration, tout en profitant des synergies et en évitant la répétition des tâches ;
  - d) de prendre des initiatives afin de mobiliser les ressources humaines et financières requises en vue d'une mise en œuvre efficace de la vision ;
  - e) de faire rapport aux sessions concernées du Comité régional sur les progrès accomplis, conformément à la feuille de route et au calendrier mentionnés dans le document.

## EUR/RC60/R3

### **La gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe Amendements aux méthodes de travail et au règlement intérieur du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional**

Le Comité régional,

Rappelant les débats qui ont eu lieu lors de sa cinquante-neuvième session sur la gouvernance de la santé dans la Région européenne de l'OMS et la requête qui s'est ensuivie pour que des consultations supplémentaires soient entreprises par son Comité permanent à ce sujet ;

Faisant observer qu'en conséquence, le dix-septième Comité permanent a décidé, lors de sa session de novembre 2009, d'instaurer un groupe de travail ad hoc sur la gouvernance de la santé dans la Région européenne de l'OMS ;

Notant également que le Comité permanent a approuvé dans leur intégralité toute la série de recommandations relatives aux méthodes de travail et aux amendements au règlement intérieur du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional émanant des analyses du groupe de travail et de ses discussions avec le directeur régional ;

Ayant lui-même examiné ces recommandations telles qu'elles figurent dans le rapport du directeur régional sur la gouvernance (document EUR/RC60/11) ;

Conscient du principe selon lequel tous les États membres de la Région européenne de l'OMS doivent avoir une chance équitable de participer à la fois aux travaux du Conseil exécutif et à ceux du Comité permanent ;

Rappelant sa résolution EUR/RC53/R1 relative à la composition du Conseil exécutif, et notamment le paragraphe 5 dans lequel il demandait au Comité permanent de procéder à l'évaluation de l'expérience acquise dans la mise en application de cette résolution, et de faire part de ses conclusions au Comité régional en 2010 ;

1. APPROUVE la modification des méthodes de travail du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional décrite dans le document EUR/RC60/11 ;
2. ADOPTE les amendements au règlement intérieur du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional repris dans l'annexe au document EUR/RC60/11, qui entreront en vigueur à partir de la fin de la présente session ;
3. CONFIRME, à la lumière de l'expérience glanée grâce à la mise en œuvre de la résolution EUR/RC53/R1, que les États membres de la Région européenne de l'OMS membres du Conseil de sécurité des Nations Unies devraient pouvoir siéger au Conseil exécutif de l'OMS selon une périodicité de trois ans sur six ;
4. RECOMMANDE, afin d'assurer un équilibre géographique équitable entre les membres, que la sélection des États membres de la Région européenne qui pourront soumettre des candidatures pour le Conseil et pour le Comité permanent soit régie, à l'avenir, par les groupements sous-régionaux de pays figurant dans la 1<sup>ère</sup> partie de l'annexe à la présente résolution ;
5. DÉCIDE que, nonobstant les dispositions des paragraphes 2 et 4 ci-dessus, l'augmentation du nombre de membres du Comité permanent sur la base des groupements sous-régionaux révisés prendra effet à partir de 2010 ;
6. EXHORTE les États membres de la Région européenne de l'OMS à prendre en considération les critères repris dans la 2<sup>e</sup> partie de l'annexe à la présente résolution lors de la désignation des personnes qui siégeront au Conseil exécutif et au Comité permanent ;
7. PRIE le Comité permanent d'entamer un cycle d'analyses approfondies de la gouvernance dans la Région européenne de l'OMS et de faire rapport au Comité régional sur les enseignements qu'il en aura tirés, et ce suivant la périodicité que le Comité permanent lui-même juge appropriée.

## Annexe

### Critères à remplir pour siéger au Conseil exécutif de l'OMS et au Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

#### *1<sup>ère</sup> partie : Regroupement sous-régional des États membres*

##### **Groupe A : (17 États membres)**

Allemagne, Belgique, Danemark, Estonie, Finlande, Irlande, Islande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Slovaquie, Suède

Ce groupe disposerait en permanence de quatre sièges au Comité permanent et de deux sièges au Conseil exécutif, ainsi que d'un troisième siège en alternance avec le groupe B.

##### **Groupe B : (17 États membres)**

Andorre, Autriche, Bulgarie, Chypre, Croatie, Espagne, France, Grèce, Hongrie, Italie, Malte, Monaco, Portugal, Roumanie, Saint-Marin, Slovénie, Suisse

Ce groupe disposerait en permanence de quatre sièges au Comité permanent et de deux sièges au Conseil exécutif, ainsi que d'un troisième siège en alternance avec le groupe A.

**Groupe C : (19 États membres)**

Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Géorgie, Israël, Kazakhstan, Kirghizistan, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, Serbie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie et Ukraine.

Ce groupe disposerait en permanence de quatre sièges au Comité permanent et de trois sièges au Conseil exécutif.

**2e partie : Critères de sélection des candidats pour le Conseil exécutif et le Comité permanent**

Il est souhaitable de veiller à ce que les candidats pressentis pour siéger au Conseil exécutif et au Comité permanent maîtrisent un large spectre de compétences et aient une expérience pratique de la santé publique et de l'administration nationale.

Les critères suivants sont proposés en ce qui concerne l'expérience et les domaines de compétence :

- a) position actuelle (ou occupée dans un passé récent) proche du niveau décisionnel au sein de l'administration de la santé de son pays ;
- b) expérience de la collaboration avec des organisations internationales, l'OMS ou d'autres organisations du système des Nations Unies ;
- c) aptitude à collaborer, à coordonner et à communiquer aux niveaux national et international ;
- d) expérience de la coordination de programmes politiques et/ou techniques de haut niveau, au plan national (interrégional, interministériel) ou international (bilatéral ou interpays) ;
- e) disponibilité et engagement ;
- f) sexe (les candidatures féminines étant encouragées).

## EUR/RC60/R4

### Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Ayant examiné les documents EUR/RC60/12 et EUR/RC60/12 Add.1 sur les partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS ;

Rappelant sa résolution EUR/RC56/R3 sur l'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui approuve l'établissement de partenariats solides avec d'autres organisations ;

Conscient du fait que, à la lumière de l'évolution du contexte européen et mondial, il faille examiner et adapter les activités du Bureau régional, en vue d'élaborer une politique européenne de la santé qui tienne compte de la diversité du continent européen et de conclure des partenariats et des coalitions pour la santé en Europe ;

Notant avec satisfaction la réforme en cours au Bureau régional et la priorité davantage accordée au renforcement des programmes techniques, de la gouvernance dans la Région et des partenariats, en profitant des synergies, en évitant la répétition des tâches, en utilisant les données harmonisées et en limitant la charge représentée par l'établissement de rapports ;

1. APPROUVE et soutient avec ferveur les initiatives de la directrice régionale afin d'améliorer les relations avec les partenaires clés en santé publique dans la Région européenne, en commençant par la Commission européenne ;
2. PRIE INSTAMMENT les États membres de soutenir le développement et la mise en œuvre d'un partenariat renforcé pour la santé en Europe et l'établissement de coalitions pour la santé ;
3. SE FÉLICITE de la Déclaration conjointe de la Commission européenne et du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ;
4. PRIE la directrice régionale de prendre bonne note des débats et commentaires du Comité régional en :
  - a) veillant à ce que les partenariats profitent à l'ensemble des États membres et en soulignant le fait que la coopération au niveau national est essentielle pour améliorer la santé ;
  - b) négociant et étudiant davantage les modalités de renforcement des relations avec tous les partenaires pour la santé, y compris l'Union européenne et ses institutions ;
  - c) élaborant une stratégie pour les partenariats en matière de santé dans la Région européenne de l'OMS, à présenter au Comité régional en sa soixante et unième session.

## EUR/RC60/R5

### **Relever les principaux défis de la santé publique et de la politique sanitaire en Europe : progresser dans la recherche de l'amélioration de la santé dans la Région européenne de l'OMS**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport intitulé « Relever les principaux défis de la santé publique et de la politique sanitaire en Europe : progresser dans la recherche de l'amélioration de la santé dans la Région européenne de l'OMS »<sup>3</sup> ;

Conscient des défis communs de la santé décrits dans ce rapport ;

Reconnaissant les progrès accomplis en matière de politique de la santé grâce aux initiatives passées, y compris la Santé pour tous, SANTÉ 21 et la Charte de Tallinn ;

Reconnaissant le besoin continu de réitérer l'engagement envers des politiques de la santé à la fois globales et cohérentes, d'accorder la priorité aux politiques, fonctions et structures de la santé publique, ainsi que de renforcer les systèmes de santé européens et de stimuler la collaboration interrégionale ;

1. CONVIENT de ce qui suit :
  - a) une nouvelle politique européenne de la santé inspirée par le onzième Programme général de travail de l'Organisation pour 2006-2015, conjuguée au renforcement des politiques, stratégies, fonctions et structures de la santé publique, constitue un moyen approprié de mettre au point une intervention cohésive à l'échelle régionale sur les politiques de la santé à venir ;
  - b) la manière la plus efficace de réduire les inégalités en santé, d'agir sur les déterminants de la santé, d'améliorer la santé des populations et de garantir la durabilité des systèmes de santé est d'adopter une stratégie basée sur la Santé pour tous, notamment la santé dans toutes les politiques, qui tienne compte des activités de recherche valables en santé publique, des politiques et des pratiques fondées sur des bases factuelles, et d'une démarche axée sur les systèmes de santé ;

<sup>3</sup> Document EUR/RC60/13.

- c) un cadre commun et adaptable pour les politiques et stratégies nationales de la santé doit être élaboré avec la participation des États membres, afin de faciliter la collaboration entre divers partenaires et acteurs nationaux et internationaux ;
2. APPROUVE les cinq solutions présentées dans le rapport pour relever les grands défis de la santé publique et de la politique de santé en Europe, celles-ci devant inspirer la proposition du Bureau régional en vue de formuler une politique européenne de la santé conformément à la vision de la nouvelle directrice régionale, à savoir :
- a) stimuler les partenariats avec des acteurs mondiaux, régionaux et nationaux de la santé ;
  - b) améliorer la santé par un nouvel engagement en vue de renforcer les systèmes de santé ;
  - c) renforcer les capacités et les services de santé publique, y compris la prévention ;
  - d) s'attaquer aux problèmes structurels des systèmes de santé, et prendre notamment en compte le changement démographique (liens entre santé publique, services de soins de santé et action intersectorielle) ;
  - e) réaliser un examen approfondi de l'efficacité des instruments de santé publique actuellement disponibles ;
3. DEMANDE aux États membres de collaborer à la formulation d'une politique européenne de la santé sous l'égide du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et d'un cadre commun pour les stratégies et politiques nationales de la santé ;
4. DEMANDE à la directrice régionale :
- a) d'élaborer une politique européenne de la santé, sous la forme d'une politique-cadre cohérente, par la mise en œuvre d'un processus participatif avec les États membres, l'Union européenne et d'autres partenaires (cette politique-cadre comprendra une déclaration de la vision conjuguant des valeurs et des principes ainsi que des cibles, des buts, des objectifs et des stratégies) ;
  - b) de promouvoir le renouvellement de l'engagement politique envers l'élaboration ou la reformulation des politiques, stratégies et plans nationaux de portée générale, dans le cadre d'un projet mené par le Groupe de politique mondiale de l'Organisation, pour veiller à ce que l'OMS collabore avec ses États membres et les aide dans leurs initiatives stratégiques en vue d'améliorer les résultats au niveau de la santé et de renforcer leur système de santé ;
  - c) de reprioriser les capacités, fonctions et services de santé publique et de renouveler l'engagement à cet égard, et de faire preuve d'un réel engagement envers la prévention des maladies et la promotion de la santé, accompagné d'un véritable investissement dans ces deux domaines ;
  - d) de poursuivre l'engagement envers le renforcement des systèmes de santé (en aboutissant à un consensus et en précisant davantage, si besoin est, les définitions, concepts et fonctions, ainsi que les liens impliqués, et en élaborant des outils et instruments pratiques pour la mise en œuvre) ;
  - e) d'examiner les outils et les instruments de santé publique pour le XXI<sup>e</sup> siècle ;
  - f) de procéder à une évaluation critique de toutes les activités en cours, notamment celles réalisées dans le domaine de la fixation de normes afin de profiter au mieux de l'expérience et des structures existant dans la Région ;
  - g) en honorant tous ces engagements, de collaborer étroitement avec les États membres et d'autres partenaires afin d'orienter ce processus.

## EUR/RC60/R6

### **La santé dans la politique étrangère et la coopération au développement : les questions de santé publique sont des questions de santé mondiale**

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions A/RES/64/108 et A/RES/63/33 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé mondiale et la politique étrangère, et le rapport A/64/365 présenté par le Secrétaire général, en étroite collaboration avec le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé et en consultation avec les États membres, qui s'intitule « Santé mondiale et politique étrangère : occasions et défis stratégiques » ;

1. PREND NOTE des recommandations de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé mondiale, la politique étrangère et la coopération au développement ;
2. RECONNAÎT que la santé mondiale représente une composante essentielle de la sécurité, de la prospérité, de l'équité et de la dignité au niveau national, dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS et de la communauté internationale, et donc offre un intérêt stratégique pour la politique étrangère et la politique de la santé, et pour les orientations mondiales ;
3. ENGAGE INSTAMMENT les États membres à :
  - a) tenir compte des questions de santé dans la formulation de leur politique étrangère et de leur coopération au développement ;
  - b) renforcer la cohérence entre santé, politique étrangère et coopération au développement ;
  - c) améliorer la formation des diplomates et des responsables de la santé en matière de santé mondiale, de politique étrangère et de coopération au développement ;
  - d) accroître les efforts de politique étrangère et de coopération au développement concernant la santé mondiale en travaillant dans le cadre des enceintes diplomatiques existantes, portant sur la santé ou d'autres domaines, afin de promouvoir la cohérence politique et de faire en sorte que la santé soit partie intégrante des autres politiques mondiales ;
  - e) renforcer l'engagement politique, et les fondements institutionnels, pour une action de politique étrangère et de coopération au développement consacrée à la santé mondiale ;
4. DEMANDE à la directrice régionale :
  - a) d'aider les États membres à mieux intégrer la santé mondiale aux buts et processus de politique étrangère et de coopération au développement, et à favoriser l'acquisition par les ministères de la Santé et le personnel soignant d'une meilleure connaissance de la dynamique des affaires étrangères et de la coopération au développement ;
  - b) de recenser les questions prioritaires pour un dialogue entre le secteur de la santé, celui des affaires étrangères et celui de la coopération au développement, et de contribuer à la tenue de ce type de dialogue à intervalles réguliers ;
  - c) d'analyser les innovations dans les stratégies et les processus de coordination s'étendant aux divers ministères qui ouvrent des perspectives prometteuses d'affiner la politique étrangère et la coopération au développement, et d'améliorer les capacités et les résultats dans le domaine de la santé mondiale ;
  - d) de soutenir la recherche et l'analyse afin de dresser un tableau exhaustif des liens entre la santé mondiale, la politique étrangère et la coopération au développement dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS et d'établir des relations avec les écoles nationales et régionales de diplomatie et des affaires étrangères ;

- e) de contribuer à renforcer les capacités des diplomates et des responsables de la santé en matière de diplomatie consacrée à la santé mondiale et de définir des normes de formation ainsi que des ressources libres en matière d'information, d'éducation et de formation, à cette fin.

## EUR/RC60/R7

### L'avenir du processus européen Environnement et santé

Le Comité régional,

Rappelant ses résolutions EUR/RC49/R4 et EUR/RC54/R3 sur l'environnement et la santé, qui approuvent les conclusions des Troisième et Quatrième Conférences ministérielles sur l'environnement et la santé, tenues respectivement à Londres en 1999 et à Budapest en 2004 ;

Reconnaissant qu'un degré élevé de priorité doit être accordé à l'obtention d'un environnement propice à la santé pour tous, en particulier les enfants et les autres groupes vulnérables, dans la Région européenne de l'OMS ;

Se félicitant des progrès accomplis vers ce but au cours des vingt années écoulées grâce au processus européen Environnement et santé, soutenu par les activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, sous la direction du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES) et en partenariat avec les États membres, des organes du système des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'avec la Commission européenne ;

Reconnaissant le besoin de poursuivre et de renforcer le processus européen Environnement et santé qui continuera d'apporter une importante contribution à la santé des populations de la Région européenne de l'OMS au XXI<sup>e</sup> siècle, notamment en allégeant la charge des maladies non transmissibles, infectieuses et chroniques imputables aux facteurs de risque environnementaux actuels et émergents ;

1. EXPRIME SA GRATITUDE au CEES pour avoir dirigé, dans le passé, le processus Environnement et santé dans la Région européenne de l'OMS ;
2. EXPRIME SA GRATITUDE au gouvernement italien et à la municipalité de Parme pour avoir accueilli la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé à Parme du 10 au 12 mars 2010, et pour avoir contribué à son organisation et à son financement ;
3. EXPRIME SA GRATITUDE au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour son rôle dans l'organisation réussie de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, et pour avoir fait office de secrétariat pour le processus européen Environnement et santé depuis 1989, et en particulier pour les activités techniques de son Centre européen de l'environnement et de la santé (avec ses bureaux de Rome et de Bonn). Ce dernier a, en effet, apporté ses compétences et son aide aux États membres et d'autres acteurs et partenaires dans leurs efforts visant à honorer les engagements pris dans le cadre du processus européen Environnement et santé et des conférences ministérielles sur l'environnement et la santé ;
4. APPROUVE les décisions de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, telles qu'énoncées dans la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé et le document de travail intitulé *Le processus européen Environnement et santé (2010-2016) : cadre institutionnel*<sup>4</sup> ;
5. SE FÉLICITE du soutien apporté au processus européen Environnement et santé et aux engagements de Parme, tel qu'exprimé dans la Déclaration de la Commission européenne et la Déclaration des jeunes à l'occasion de la Conférence de Parme ;
6. RECONNAÎT la nécessité de mettre en place des mécanismes efficaces pour coordonner la collaboration technique et financière entre les secteurs, entre les pays et entre tous les acteurs et partenaires, en vue de stimuler des réformes législatives et institutionnelles, de renforcer les capacités des pays et de réduire efficacement les expositions aux dangers environnementaux, tout en se concentrant sur les activités qui offriront à la Région un important avantage ajouté sans une répétition des efforts et des ressources ;

<sup>4</sup> Document EUR/55934/7, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/104445/Parma\\_EH\\_Conf\\_fdoc07.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/104445/Parma_EH_Conf_fdoc07.pdf).

7. RECONNAÎT la nécessité de donner au processus européen Environnement et santé une empreinte politique adéquate et de lui consentir une action mobilisatrice ;
8. APPROUVE la création, telle que stipulée dans le document intitulé Le processus européen Environnement et santé (2010-2016) : cadre institutionnel, des organes suivants :
  - a) le Groupe de travail européen Environnement et santé (EHTF, pour Environment and Health Task Force), le principal organe intersectoriel international d'application et de suivi du processus européen Environnement et santé ;
  - b) le Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé (CMES), qui sera l'enseigne politique et la force motrice des politiques internationales dans le domaine de l'environnement et de la santé, pour la mise en œuvre des engagements pris dans le cadre du processus européen Environnement et santé ;
9. DEMANDE au CMES et à l'EHTF de se réunir selon le calendrier adopté lors de la Cinquième Conférence ministérielle, et au CMES de faire rapport annuellement au Comité régional de l'OMS pour l'Europe et au Comité des politiques de l'environnement de la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies (CEE-ONU) sur ce qui a été réalisé et sur les domaines nécessitant des efforts plus importants, ainsi que sur les activités, le plan de travail et les besoins financiers du CMES et de l'EHTF ;
10. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres<sup>5</sup> :
  - a) de mettre tout en œuvre, en coopération avec l'ensemble des autres acteurs et partenaires, pour honorer les engagements convenus lors de la Cinquième Conférence ministérielle ;
  - b) d'accorder une attention particulière à la réalisation des cinq cibles mesurables fixées dans la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé et l'Engagement à agir ;
  - c) de relever les principaux défis de notre temps en matière d'environnement et de santé, notamment :
    - i) les impacts sanitaires et environnementaux du changement climatique et des politiques y afférentes ;
    - ii) les risques sanitaires posés aux enfants et aux autres groupes vulnérables par des conditions environnementales, de travail et de vie précaires (en particulier le manque d'eau et d'assainissement) ;
    - iii) les inégalités socioéconomiques et sexospécifiques en termes de santé et d'environnement humains, amplifiées par la crise financière ;
    - iv) la charge des maladies non transmissibles, en particulier dans la mesure où elle peut être atténuée par l'adoption de politiques adéquates dans des domaines tels que le développement urbain, les transports, la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition, et les environnements de vie et de travail ;
    - v) les inquiétudes suscitées par les (nano)particules et les produits chimiques nocifs persistants, perturbateurs du système endocrinien et bioaccumulatifs, ainsi que par les nouveaux problèmes émergents ;
    - vi) les ressources insuffisantes dans certaines parties de la Région européenne de l'OMS ;
  - d) de mettre en place des mécanismes et des structures (ou de renforcer ceux existants) qui peuvent assurer une mise en œuvre efficace, promouvoir l'action locale et garantir une participation active au processus européen Environnement et santé, stimuler les partenariats et les réseaux stratégiques et veiller à ce que la participation des jeunes soit facilitée dans tous les États membres, tant au niveau national qu'au niveau international ;
  - e) d'intensifier les efforts en vue d'élaborer, d'améliorer et d'appliquer la législation dans le domaine de la santé et de l'environnement, et de poursuivre les réformes des systèmes de santé, s'il y a lieu, en particulier dans les nouveaux États indépendants et les pays d'Europe du Sud-Est, en vue de rationaliser, d'améliorer et de renforcer la performance des services de santé publique et environnementaux ;

<sup>5</sup> Et, le cas échéant, aux organisations régionales d'intégration économique

- f) de plaider en faveur des technologies durables, respectueuses de l'environnement et favorables à la santé, et de tout investissement dans ces technologies, en mettant l'accent sur les possibilités ainsi créées, comme les services de santé économes en énergie et les emplois verts ;
  - g) de participer au soutien financier nécessaire des activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe concernant l'environnement et la santé, et en particulier du Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS ;
11. PRIE la directrice régionale :
- a) de continuer à soutenir la mise en œuvre des décisions prises lors des conférences ministérielles précédentes sur l'environnement et la santé et, en particulier, du Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux et de la Charte sur les transports, l'environnement et la santé établie par le Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement de l'OMS et de la CEE-ONU ;
  - b) de tenir les rênes du processus européen Environnement et santé en continuant à promouvoir les activités du Bureau régional et celles des bureaux de pays dans le domaine de l'environnement et de la santé, en accordant une attention particulière aux groupes de population vulnérables et spécialement en luttant contre les inégalités sociales et sexospécifiques dans le domaine de l'environnement et de la santé ;
  - c) de s'attacher particulièrement à stimuler les partenariats et les réseaux stratégiques, de manière à mieux intégrer les questions d'ordre environnemental et sanitaire dans les politiques de tous les secteurs ;
  - d) de continuer à faire office de secrétariat pour le processus européen Environnement et santé, tel que stipulé dans la Déclaration de Parme et *Le processus européen Environnement et santé (2010-2016) : cadre institutionnel*, et, à cette fin, de garantir la capacité et les moyens humains, financiers et organisationnels nécessaires ;
  - e) de mobiliser des moyens internationaux pour encadrer la mise en œuvre, dans les pays, des décisions prises lors de la Conférence de Parme.

## EUR/RC60/R8

### Le financement futur de l'OMS

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport de la directrice régionale sur le financement futur de l'OMS ;

Rappelant le rôle de l'OMS en tant qu'autorité directrice et coordinatrice pour les travaux internationaux en matière de santé, et le rôle actif joué par les États membres européens dans les débats de l'OMS relatifs aux politiques menées et dans le développement général de l'OMS ;

Rappelant également le fait que les contributions des États membres européens représentent plus de 50 % du financement général de l'Organisation et que ce thème revêt donc un intérêt particulier pour cette Région ;

Conscient du fait que le mode de financement actuel de l'OMS, dans lequel environ deux tiers du budget global proviennent de contributions volontaires à affectation très précise, pose de formidables défis pour l'OMS ;

Également conscient du fait qu'il convient de trouver de meilleurs mécanismes pour aligner les priorités convenues par les organes directeurs de l'OMS sur les fonds disponibles pour les financer, assurant ainsi au financement plus de prévisibilité et de stabilité ;

Favorable au renforcement du rôle de chef de file de l'OMS à l'échelle mondiale, régionale et nationale en ce qui concerne ses fonctions d'institution normalisatrice et conseillère traitant des défis sanitaires mondiaux, ainsi qu'en ce qui concerne son appui technique en matière de gouvernance des systèmes de santé et de politique sanitaire ;

1. DEMANDE à la directrice régionale :
  - a) de faire part au directeur général de son avis, de ses commentaires et de ses suggestions quant au financement futur de l'OMS et aux défis connexes en matière de gouvernance sanitaire mondiale pour inclusion dans le rapport sur ce sujet qui sera présenté par le directeur général au Conseil exécutif lors de sa 128e session ;
  - b) de soutenir le directeur général et les États membres européens dans le cadre d'un processus visant à amener des résultats en matière de clarification et de renforcement du rôle de l'OMS par rapport à la gouvernance mondiale de la santé, ainsi que dans le cadre de l'élaboration de mécanismes visant à faciliter un financement adéquat à long terme des priorités de l'Organisation ;
2. PRIE INSTAMMENT les États membres :
  - a) de collaborer activement aux efforts menés sur le plan régional et mondial pour clarifier et renforcer le rôle de l'OMS par rapport à la gouvernance mondiale de la santé, ainsi que par rapport aux débats en cours sur le financement futur de l'Organisation ;
  - b) d'abandonner progressivement, dans la mesure où les processus budgétaires nationaux le permettent, le financement consenti à des fins particulières pour un financement du budget général, ce qui reflète mieux les politiques et stratégies convenues collectivement au sein des organes directeurs de l'Organisation.

## **EUR/RC60/R9**

### **Projet de budget programme pour 2012-2013**

Le Comité régional,

Ayant examiné le projet de budget programme pour la période biennale 2012-2013 (document EUR/RC60/10) et la perspective régionale à son égard (EUR/RC60/10 Add.1), et ayant pris note des commentaires émis à ce sujet par le Comité permanent du Comité régional et le Comité régional ;

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

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

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

Notant avec préoccupation le déséquilibre continu existant entre les grandes priorités de la santé approuvées par les États membres européens de l'Organisation et le financement volontaire désigné pour lesdites priorités ;

1. PREND NOTE du projet de budget programme mondial 2012-2013 repris dans le document EUR/RC60/10, qui devra être financé grâce à des contributions obligatoires et volontaires, dans la mesure où ces dernières peuvent être obtenues ;
2. APPROUVE les orientations stratégiques formulées dans le document « Projet de budget programme 2012-2013 : la perspective de la Région européenne » (EUR/RC60/10 Add.1) ;

3. PRIE la directrice régionale de communiquer au directeur général les points de vue, commentaires et suggestions exprimés par le Comité régional à propos du projet de budget programme, afin qu'il en soit tenu compte pendant la finalisation du budget ;
4. PRIE la directrice régionale d'expliquer également au directeur général que le Comité régional propose un nouveau renforcement des mécanismes et principes utilisés pour affecter des ressources centralisées entre les principaux Bureaux de l'Organisation ;
5. PRIE la directrice régionale (après que l'Assemblée mondiale de la santé aura approuvé le budget programme mondial en 2011) de préparer et de présenter (en collaboration avec le Comité permanent du Comité régional) un ensemble d'indicateurs de la performance et une liste des principaux résultats devant être atteints au Comité régional en sa soixante et unième session afin de renforcer la gouvernance et la fonction de supervision du Comité régional ;
6. PRIE INSTAMMENT les États membres de se rappeler les priorités convenues chaque fois que des contributions volontaires doivent être affectées aux activités de l'OMS.

## **EUR/RC60/R10**

### **Dates et lieux des prochaines sessions du Comité régional en 2011-2014**

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution EUR/RC59/R6 adoptée à sa cinquante-neuvième session ;

1. RECONFIRME que la soixante et unième session se tiendra à Baku (Azerbaïdjan) du 12 au 15 septembre 2011 ;
2. RECONFIRME que la soixante-deuxième session se tiendra à Malte du 10 au 13 septembre 2012 ;
3. RECONFIRME que la soixante-troisième session se tiendra au Portugal du 16 au 19 septembre 2013 ;
4. RECONFIRME que la soixante-quatrième session se tiendra à Copenhague en 2014, dates à confirmer ;
5. DÉCIDE qu'à partir de 2014, les sessions du Comité régional devraient se tenir à Copenhague les années paires lorsque le projet de budget programme biennal doit être examiné, ainsi que les années au cours desquelles le directeur régional doit être nommé.

## **EUR/RC60/R11**

### **Rapport du dix-septième Comité permanent du Comité régional**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du dix-septième Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC60/5 et EUR/RC60/5 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 soixantième session ;
3. PRIE la directrice régionale 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 soixantième session telles qu'elles ont été consignées dans le rapport sur la session.

## EUR/RC60/R12

### **Engagement renouvelé envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole et de la prévention du syndrome de rubéole congénitale d'ici 2015 et soutien durable en faveur de la préservation du statut « exempt de poliomyélite » dans la Région européenne de l'OMS**

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé WHA41.28 sur l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici à l'an 2000, WHA56.20 sur la réduction de la mortalité par rougeole dans le monde, WHA58.15 sur la stratégie mondiale de vaccination (dans laquelle l'Assemblée de la santé saluait le document intitulé « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » comme le cadre dans lequel renforcer les programmes nationaux de vaccination et notait, entre autres, qu'une réduction de la mortalité par rougeole aiderait à atteindre le 4<sup>e</sup> objectif du Millénaire pour le développement, à savoir une réduction du taux de mortalité des moins de 5 ans), et WHA61.1 intitulée « Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication », ainsi que ses résolutions EUR/RC50/R3 sur l'éradication de la poliomyélite et le maintien du statut « exempt de poliomyélite » de la Région européenne de l'OMS et EUR/RC55/R7 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, qui font toutes écho à la nécessité de la vaccination pour améliorer la santé de tous par la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à des maladies évitables par vaccin ;

Appréciant les progrès accomplis par les États membres pour la concrétisation des objectifs régionaux européens d'élimination de la rougeole et de la rubéole en 2010 en mettant en application les éléments du plan stratégique en même temps qu'ils assurent durablement une promotion à haut niveau dans le cadre de la semaine européenne annuelle de la vaccination, mais préoccupé par la menace alarmante pour l'objectif régional européen posée par le nombre croissant de cas de rougeole et de flambées épidémiques, surtout dans la partie centrale et occidentale de la Région ;

Prenant en considération le fait que les objectifs régionaux européens d'élimination de la rougeole et de la rubéole sont réalisables, mais qu'il reste des obstacles qui doivent être levés par les États membres grâce à un engagement politique à haut niveau et à une mobilisation de moyens durable ;

Se souvenant que la Région européenne a été déclarée exempte de poliomyélite le 21 juin 2002 et alarmé, dès lors, par la récente flambée épidémique de poliomyélite au Tadjikistan due à l'importation du virus depuis un pays endémique ;

Reconnaissant le risque potentiel d'une propagation plus importante de la poliomyélite dans la Région vu les défaillances existantes dans la couverture vaccinale, surtout chez les populations vulnérables, et la nécessité de disposer de moyens financiers pour réagir rapidement aux flambées épidémiques futures ;

Appréciant les mesures prises rapidement par le Tadjikistan en réaction à l'importation récente d'un poliovirus sauvage et louant les républiques d'Asie centrale et les autres pays pour leurs mesures préventives visant à renforcer la surveillance et à augmenter la couverture vaccinale contre la poliomyélite ;

Ayant examiné les rapports sur l'engagement renouvelé envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS pour 2015<sup>6</sup> et sur l'éradication de la poliomyélite dans la Région européenne de l'OMS<sup>7</sup> ;

1. EXPRIME SES REGRETS pour les décès et les handicaps dus à la poliomyélite ;
2. ENGAGE le Tadjikistan et tous les autres pays de la Région à maintenir une surveillance efficace concernant la paralysie flasque aiguë (PFA) et à renforcer la couverture vaccinale ;

<sup>6</sup> Document EUR/RC60/15.

<sup>7</sup> Document EUR/RC60/16.

3. APPROUVE :
- a) la nouvelle date butoir de 2015 pour les objectifs régionaux européens d'élimination de la rougeole et de la rubéole tout en réitérant son engagement en faveur de la concrétisation de ces objectifs ;
  - b) la nécessité de réaffirmer son engagement en faveur de la préservation du statut « exempt de poliomyélite » de la Région européenne ;
4. PRIE INSTAMMENT tous les États membres :
- a) de faire le point sur leur engagement politique et les moyens humains et financiers requis pour accélérer les mesures destinées à concrétiser les objectifs de l'élimination de la rougeole et de la rubéole et de renforcer cet engagement et ces moyens ;
  - b) de faire le point sur leur engagement politique et les moyens humains et financiers requis pour maintenir le statut « exempt de poliomyélite » de la Région, y compris pour réagir rapidement à l'importation d'un poliovirus sauvage, et de renforcer cet engagement et ces moyens ;
  - c) de parvenir à une couverture vaccinale étendue<sup>8</sup> au niveau sous-national et de suivre les progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs, et ce grâce aux mesures suivantes :
    - i) renforcer les services de vaccination systématique et mener des activités supplémentaires de vaccination, en tant que de besoin, en mettant l'accent sur les populations à haut risque et vulnérables et en veillant à recourir à des stratégies de communication efficaces sur les risques ;
    - ii) garantir que des vaccins de qualité, administrés dans le cadre de pratiques d'injection sûres, soient disponibles en permanence ;
    - iii) faire de la Semaine européenne de la vaccination un outil de sensibilisation, notamment pour réagir aux stratégies anti-vaccination ;
  - d) de s'engager dans des partenariats avec le public et le privé, en adoptant une démarche multisectorielle, afin de maintenir le statut « exempt de poliomyélite » de la Région et de concrétiser les objectifs régionaux européens d'élimination de la rougeole et de la rubéole ;
  - e) de réussir à éliminer la rougeole et la rubéole grâce aux mesures suivantes :
    - i) introduire et renforcer la surveillance des cas de maladie grâce au réseau existant de laboratoires agréés par l'OMS pour la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, afin de permettre le suivi des indicateurs destinés à vérifier que les objectifs d'élimination soient concrétisés ;
    - ii) élaborer ou réviser les plans nationaux d'élimination afin de tenir compte de tous les éléments de la stratégie d'élimination de la rougeole et de la rubéole, notamment la vaccination des populations susceptibles, et organiser des activités supplémentaires de vaccination en tant que de besoin pour garantir l'administration de deux doses d'un vaccin antirougeoleux ;
    - iii) mettre en place un comité national de vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole afin de recueillir des informations sur les progrès accomplis en vue d'éliminer la rougeole et la rubéole et de faire rapport à une commission régionale de vérification ;
  - f) maintenir le statut « exempt de poliomyélite » de la Région grâce aux mesures suivantes :

<sup>8</sup> Quatre-vingt-dix pour cent ou plus pour le vaccin contre la polio et 95 % ou plus pour les deux doses de vaccin contre la rougeole et la rubéole.

- i) maintenir et renforcer une surveillance conforme aux normes de certification pour les poliovirus grâce au réseau existant de laboratoires agréés par l'OMS, en respectant les principales capacités requises aux termes du Règlement sanitaire international ;
  - ii) maintenir les conditions requises pour le confinement en laboratoire du poliovirus sauvage ;
  - iii) actualiser les plans nationaux de préparation afin de réagir rapidement dans l'éventualité d'une importation de poliovirus sauvage ;
5. PRIE la directrice régionale :
- a) de montrer la voie à suivre aux États membres, de leur indiquer une orientation stratégique et de leur fournir des conseils d'ordre technique, et spécifiquement de coordonner la semaine européenne annuelle de la vaccination, afin d'atteindre les objectifs régionaux de vaccination ;
  - b) de conclure des partenariats à l'échelon mondial et régional, de plaider pour un engagement et des moyens afin de renforcer et de maintenir en place les services de vaccination, et d'organiser la prévention et la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, notamment pour l'éradication de la poliomyélite et l'élimination de la rougeole et de la rubéole ;
  - c) d'instaurer une commission régionale de vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole afin d'examiner les informations en provenance des États membres et de vérifier l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région et, à l'échelle des pays, de vérifier que plus aucune transmission indigène de rougeole et de rubéole ne se produit dans aucun pays ;
  - d) de faciliter l'échange des meilleures pratiques et expériences entre États membres sur l'éradication de la poliomyélite et l'élimination de la rougeole et de la rubéole, et d'employer des indicateurs normalisés pour le suivi des progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs d'élimination ;
  - e) de suivre et d'évaluer la progression des États membres sur la voie de la concrétisation des objectifs de vaccination grâce à des évaluations et des études destinées à confirmer la qualité des données relatives aux taux de couverture vaccinale ;
  - f) de présenter au Comité régional un bilan actualisé des progrès accomplis en vue de l'élimination de la rougeole et de la rubéole lors de sa soixante-troisième session, en 2013.

# Annexe 1

## Ordre du jour

### 1. Ouverture de la session

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

### 2. Allocution du directeur général

### 3. Allocution de la directrice régionale et rapport sur l'activité du Bureau régional

- Améliorer la santé en Europe. Adapter le Bureau régional à l'évolution du contexte européen : perspective de la directrice régionale

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

### 5. Rapport du dix-septième Comité permanent du Comité régional (CPCR)

### 6. Questions de politique et questions techniques

- Avant-projet de budget programme pour 2012-2013
  - Base mondiale
  - Niveau régional
- La gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
- L'avenir du processus européen Environnement et santé
- La santé dans la politique étrangère et la coopération au développement : les questions de santé publique sont des questions de santé mondiale
- Le financement futur de l'OMS
- Relever les principaux défis de la santé publique et de la politique sanitaire en Europe : progresser dans la recherche de l'amélioration de la santé dans la Région européenne de l'OMS
- Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS
- Engagement renouvelé envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS d'ici 2015
- Éradication de la poliomyélite dans la Région européenne de l'OMS

**7. Séance privée : élections et désignations**

- a) Désignation de deux membres du Conseil exécutif
- b) Élection de trois membres du Comité permanent du Comité régional
- c) Élection d'un membre du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
- d) Élection de quatre membres du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé
- e) Élection de membres du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement

**8. Confirmation des dates et lieux des prochaines sessions du Comité régional en 2011-2014**

**9. Questions diverses**

**10. Adoption du rapport et clôture de la session**

**Séances d'information technique**

Santé mondiale et diplomatie de la santé

Cadre pour les politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux

Déterminants sociaux de la santé

L'impact de la crise financière sur la santé et les systèmes de santé

Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé dans la Région européenne de l'OMS – progrès accomplis

## Annexe 2

### Liste des documents

#### Documents de travail

EUR/RC60/1 Rev.2	Liste des documents
EUR/RC60/2 Rev.2	Ordre du jour provisoire
EUR/RC60/3 Rev.2	Programme provisoire
EUR/RC60/4	Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2008-2009
EUR/RC60/5	Rapport du dix-septième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC60/5 Add.1	Dix-septième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC60/6	Rapport de la sixième session
EUR/RC60/6	Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
EUR/RC60/7 Rev.1	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC60/7 Rev.1 Add.1	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC60/7 Rev.1 Add.2	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC60/7 Rev.1 Add.3	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC60/7 Rev.1 Add.4	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC60/8	Améliorer la santé en Europe
EUR/RC60/8	Adapter le Bureau régional à l'évolution du contexte européen : perspective de la directrice régionale
EUR/RC60/9	Questions à examiner à la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe : aperçu et liens
EUR/RC60/10	Avant-projet de budget programme pour 2012-2013
EUR/RC60/10 Add.1	Avant-projet de budget programme pour 2012-2013 : la perspective de la Région européenne
EUR/RC60/11	La gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC60/12	Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC60/12 Add.1	Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC60/13	Relever les principaux défis de la santé publique et de la politique sanitaire en Europe : progresser dans la recherche de l'amélioration de la santé dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC60/14	La santé dans la politique étrangère et la coopération au développement : les questions de santé publique sont des questions de santé mondiale
EUR/RC60/15	Engagement renouvelé envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS d'ici 2015
EUR/RC60/16	Éradication de la poliomyélite dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC60/16 Add.1	Éradication de la poliomyélite dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC60/17	L'avenir du processus européen Environnement et santé
EUR/RC60/18	Le financement futur de l'OMS

#### Documents de conférence

EUR/RC60/Conf.Doc./1	Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2008-2009
EUR/RC60/Conf.Doc./2	Rapport du dix-septième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC60/Conf.Doc./3	Projet de budget programme pour 2012-2013
EUR/RC60/Conf.Doc./4	Améliorer la santé en Europe
EUR/RC60/Conf.Doc./5	La gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC60/Conf.Doc./6 Rev.1	Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC60/Conf.Doc./7	Relever les principaux défis de la santé publique et de la politique sanitaire en Europe : progresser dans la recherche de l'amélioration de la santé dans la Région européenne de l'OMS

EUR/RC60/Conf.Doc./8	La santé dans la politique étrangère et la coopération au développement : les questions de santé publique sont des questions de santé mondiale
EUR/RC60/Conf.Doc./9	Engagement renouvelé envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale d'ici 2015 et soutien durable en faveur de la préservation du statut « exempt de poliomyélite » dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC60/Conf.Doc./10	L'avenir du processus européen Environnement et santé
EUR/RC60/Conf.Doc./11	Dates et lieux des prochaines sessions du Comité régional en 2011-2014
EUR/RC60/Conf.Doc./12	Le financement futur de l'OMS

**Document d'information**

EUR/RC60/Inf.Doc./1	Budget programme 2008-2009 : rapport sur l'appréciation de l'exécution
---------------------	--

**Synthèses**

EUR/RC60/TD.1	Santé mondiale et diplomatie de la santé
EUR/RC60/TD.2	Cadre pour les politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux
EUR/RC60/TD.3	Déterminants sociaux de la santé
EUR/RC60/TD.4	L'impact de la crise financière sur la santé et les systèmes de santé
EUR/RC60/TD.5	Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé dans la Région européenne de l'OMS – progrès accomplis

## Annexe 3

# Liste des représentants et autres participants

### I. États membres

#### Albanie

##### Représentants

Dr Petrit Vasili  
Ministre de la Santé

S. E. M. Sokol Gjoka  
Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire d'Albanie en  
Fédération de Russie

##### Suppléant

Dr Klodian Rjepaj  
Chef de cabinet, ministère de la Santé

#### Allemagne

##### Représentants

Mme Annette Widmann-Mauz  
Secrétaire d'État parlementaire, ministère fédéral de la Santé

Dr Ewold Seeba  
Directeur général, Département des ressources humaines,  
Budget, Affaires européennes et internationales, ministère fédéral  
de la Santé

##### Suppléants

M. Udo Scholten  
Directeur, Politique sanitaire européenne et internationale,  
Département des ressources humaines, Budget, Affaires  
européennes et internationales, ministère fédéral de la Santé

Mme Dagmar Reitenbach  
Chef de division, Coopération multilatérale dans le domaine de  
la santé, ministère fédéral de la Santé

##### Conseillers

Dr Peter Pompe  
Chef de division, Service des visiteurs internationaux, Relations  
avec les ambassades, Service linguistique, ministère fédéral de la  
Santé

Mme Chariklia Tzimas  
Chef de section, Coopération multilatérale dans le domaine de la  
santé, ministère fédéral de la Santé

Mme Gabriele Girnau  
Secrétaire privée auprès de la secrétaire d'État parlementaire,  
ministère fédéral de la Santé

M. Ortwin Schulte  
Chef de division, Politique sanitaire européenne et internationale,  
ministère fédéral de la Santé

M. Norbert Klein  
Premier secrétaire, chef, Unité des affaires sociales, Département  
des affaires économiques et scientifiques, ambassade  
d'Allemagne en Fédération de Russie

Mme Anna Solomatina  
Unité des affaires sociales, Département des affaires  
économiques et scientifiques, ambassade d'Allemagne en  
Fédération de Russie

M. Thomas Ilfland  
Conseiller, Coopération multilatérale dans le domaine de la  
santé, ministère fédéral de la Santé

M. Björn Gehrmann  
Deuxième secrétaire, Politique sanitaire mondiale, Mission  
permanente de l'Allemagne auprès de l'Office des Nations Unies  
et des autres organisations internationales à Genève

Mme Patricia Gehrlein  
Chef de division, Politique sanitaire européenne et internationale,  
ministère fédéral de la Santé

## **Andorre**

### **Représentant**

Dr Josep M. Casals Alís  
Directeur, Projets stratégiques, ministère de la Santé, du Bien-être  
et du Travail

## **Arménie**

### **Représentants**

Pr Harutyun Kushkyan  
Ministre de la Santé

Dr Tatul Hakobyan  
Vice-ministre de la Santé

### **Suppléantes**

Dr Narine Beglaryan  
Chef, Département des relations internationales, ministère de la  
Santé

Mme Marina Babayan  
Conseillère, ambassade d'Arménie en Fédération de Russie

### **Conseiller**

M. Abraham Sargsyan  
Assistant auprès du ministre de la santé

## **Autriche**

### **Représentante**

Dr Verena Gregorich-Schega  
Chef de département, Coordination internationale de la politique  
sanitaire et OMS, ministère fédéral de la Santé

### **Suppléante**

Mme Liana Sargsyan  
Coordination internationale de la politique sanitaire et OMS,  
ministère fédéral de la Santé

## **Azerbaïdjan**

### **Représentants**

Pr Ogtay Shiraliyev  
Ministre de la Santé

Dr Nigar Aliyeva  
Vice-ministre de la Santé

### **Suppléant**

Dr Samir Abdullayev  
Chef, Département des relations internationales, ministère de la  
Santé

### **Conseillère**

Dr Gulsum Kurbanova  
Conseillère principale, Département des relations internationales,  
ministère de la Santé

## **Bélarus**

### **Représentant**

Dr Vasily Zharko  
Ministre de la Santé

### **Suppléant**

Dr Oleg Ivanov  
Ministre-conseiller, ambassade du Bélarus en Fédération de  
Russie

## **Belgique**

### **Représentants**

M. Jean-Marc Delizée  
Secrétaire d'État aux affaires sociales, chargé des personnes  
handicapées, Direction générale Personnes handicapées, Service  
public fédéral (SPF) Sécurité sociale

S. E. M. Guy Trouveroy  
Ambassadeur de Belgique en Fédération de Russie

### **Conseillers**

Mme Leen Meulenbergs  
Chef, service Relations internationales, SPF Santé publique,  
sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

M. Olivier Belle  
Conseiller diplomatique, cabinet de la ministre des Affaires  
sociales et de la Santé publique

M. Bert Schoofs  
Ministre-conseiller, ambassade de Belgique en Fédération de  
Russie

Dr Daniel Reynders  
 Chef, service Coordination internationale et stratégique,  
 Direction générale Soins de santé primaires et gestion de  
 crise, SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et  
 environnement

M. Mark Van de Vreken  
 Conseiller, ambassade de Belgique en Fédération de Russie

Mme Marleen van Dijk  
 Directrice de la communication, service Information et soutien,  
 Agence flamande Soins et santé

M. Stef Peeters  
 Attaché, service Relations internationales, SPF Santé publique,  
 sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

## Bosnie-Herzégovine

### Représentants

M. Sredoje Nović  
 Ministre des Affaires civiles

Dr Safet Omerović  
 Ministre de la Santé

### Suppléants

S. E. M. Željko Janjetović  
 Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire de Bosnie-  
 Herzégovine en Fédération de Russie

Pr Ranko Škrbić  
 Ministre de la Santé et de l'Aide sociale, Republika Srpska

Dr Admir Čandić  
 Chef, Département de la santé, district de Brčko

Mme Vedrana Vuković  
 Conseillère, Coopération internationale et intégration  
 européenne, ministère des Affaires civiles

M. Ivan Figurek  
 Premier secrétaire, ambassade de Bosnie-Herzégovine en  
 Fédération de Russie

## Bulgarie

### Représentants

Mme Dessislava Dimitrova  
 Vice-ministre de la Santé

S. E. M. Plamen Grozdonov  
 Ambassadeur de Bulgarie en Fédération de Russie

### Suppléante

Mme Dessislava Parusheva  
 Premier secrétaire, Direction des droits de l'homme, ministère  
 des Affaires étrangères

### Conseillère

Mme Vera Shatilova  
 Ambassade de Bulgarie en Fédération de Russie

## Chypre

### Représentants

Dr Christos G. Patsalides  
 Ministre de la Santé

### Suppléant

Dr Andreas Polynikis  
 Directeur général de la santé, ministère de la Santé

### Conseillers

Dr Evi Missouri  
 Coordinatrice générale, Secteur de la coordination européenne,  
 ministère de la Santé

M. George Cambanellas  
 Administrateur, ministère de la Santé

## Croatie

### Représentants

Dr Ante-Zvonimir Golem  
 Secrétaire d'État, ministère de la Santé et de la Protection sociale

Dr Krunoslav Capak  
 Directeur adjoint, Institut national croate de santé publique

### Suppléantes

Mme Sibila Žabica  
 Conseillère ministérielle pour l'intégration européenne, ministère  
 de la Santé et de la Protection sociale

Mme Jadranka Japunčić  
 Conseillère, ambassade de Croatie en Fédération de Russie

## **Danemark**

### **Représentants**

Dr Else Smith  
Directrice générale, Conseil national de la santé

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

### **Suppléantes**

Mme Katrine Schjønning  
Chef, Division internationale et juridique, ministère de l'Intérieur et de la Santé

Mme Marianne Kristensen  
Conseillère principale, Conseil national de la santé

### **Conseillères**

Dr Thea Kølsten Fischer  
Conseillère principale, Conseil national de la santé

Mme Helle Engslund Krarup  
Conseillère spéciale, ministère de l'Intérieur et de la Santé

## **Espagne**

### **Représentants**

Dr José Martínez-Olmos  
Secrétaire général pour la santé, ministère de la Santé et de la Politique sociale

Dr Ildefonso Hernández Aguado  
Directeur général, Santé publique et santé extérieure, ministère de la Santé et de la Politique sociale

### **Suppléants**

S. E. M. Juan Antonio March Pujol  
Ambassadeur d'Espagne en Fédération de Russie

Mme Carmen Castañón Jiménez  
Directrice générale adjointe, Relations internationales, ministère de la Santé et de la Politique sociale

### **Conseillers**

M. Javier Parrondo Barbarro  
Conseiller, Mission permanente de l'Espagne auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Ignacio Cartagena Núñez  
Premier secrétaire, ambassade d'Espagne en Fédération de Russie

## **Estonie**

### **Représentants**

M. Hanno Pevkur  
Ministre des Affaires sociales

Dr Maris Jesse  
Directrice, Institut national de développement sanitaire

### **Suppléants**

Mme Liis Rooväli  
Chef, Département de l'information et de l'analyse sanitaires, ministère des Affaires sociales

Mme Marge Reinap  
Chef, Politique de santé, Département de la santé publique, ministère des Affaires sociales

Mme Triin Habicht  
Chef, Département d'économie de la santé, Caisse nationale d'assurance maladie

M. Silver Loit  
Responsable administratif, Affaires politiques et économiques, ambassade d'Estonie en Fédération de Russie

### **Conseillère**

Mme Kristel Abel  
Conseillère, ministère des Affaires sociales

## **Ex-République yougoslave de Macédoine**

### **Représentants**

Dr Bujar Osmani  
Ministre de la Santé

Dr Vladimir Lazarevik  
Professeur assistant, Institut de médecine sociale, Faculté de médecine de Skopje

### **Suppléants**

M. Rijad Ademi  
Directeur, Institut des maladies respiratoires infantiles de Kozle

Mme Biljana Gjorgjievska  
Ministère de la Santé

S. E. M. Iliya Isajlovski  
Ambassadeur de l'ex-République yougoslave de Macédoine en  
Fédération de Russie

Mme Ana Džeparosua  
Deuxième secrétaire, ambassade de l'ex-République yougoslave  
de Macédoine en Fédération de Russie

## Fédération de Russie

### Représentants

Dr Tatiana Golikova  
Ministre de la Santé et du Développement social

Pr Veronika Skvortsova  
Vice-ministre de la Santé et du Développement social

### Suppléants

Pr Vladimir Starodubov  
Directeur, Institut central de recherche en matière d'organisation  
et d'informatisation des soins de santé, ministère de la Santé et  
du Développement social

Pr Gennady Onishchenko  
Directeur, Service fédéral pour la surveillance de la protection des  
droits des consommateurs et du bien-être des populations

Dr Ivan Dubov  
Directeur, Département de la coopération internationale et des  
relations publiques, ministère de la Santé et du Développement  
social

Dr Olga Krivonos  
Directrice, Département de l'organisation des soins médicaux  
et du développement sanitaire, ministère de la Santé et du  
Développement social

Dr Marina Shevyreva  
Directrice, Département des soins de santé et du bien-  
être sanitaire/épidémiologique, ministère de la Santé et du  
Développement social

Mme Valentina Shirakova  
Directrice, Département du développement des soins médicaux  
infantiles et des services de maternité, ministère de la Santé et du  
Développement social

Mme Elena Shipleva  
Directrice, Département des finances, ministère de la Santé et du  
Développement social

Dr Oleg Chestnov  
Directeur adjoint, Département de la coopération internationale  
et des relations publiques, ministère de la Santé et du  
Développement social

Mme Nadezhda Kuleshova  
Consultante, Département de la coopération internationale,  
ministère de la Santé et du Développement social

### Conseillers

Dr Elena Bugrova  
Directrice adjointe, Département de l'organisation des soins  
médicaux et du développement sanitaire, ministère de la Santé  
et du Développement social

Mme Ljudmila Mikhajlova  
Directrice adjointe, Département de l'organisation des soins  
médicaux et du développement sanitaire, ministère de la Santé  
et du Développement social

Dr Oleg Filippov  
Directeur adjoint, Département du développement des soins  
médicaux infantiles et des services de maternité, ministère de la  
Santé et du Développement social

Dr Olga Chumako  
Directrice adjointe, Département du développement des soins  
médicaux infantiles et des services de maternité, ministère de la  
Santé et du Développement social

Dr Nikita Sikachev  
Conseiller principal, Département des organisations  
internationales, ministère des Affaires étrangères

Dr Anatoly Pavlov  
Conseiller, Mission permanente de la Fédération de Russie  
auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations  
internationales à Genève

Dr Marija Churilova  
Deuxième secrétaire, Mission permanente de la Fédération de  
Russie auprès de l'Union européenne à Bruxelles

Dr Galina Chistyakova  
Directrice adjointe, Département des soins de santé et du  
bien-être sanitaire/épidémiologique, ministère de la Santé et du  
Développement social

Dr Irina Bragina  
Directrice, Service fédéral pour la surveillance de la protection  
des droits des consommateurs et du bien-être des populations

Dr Elena Ezhlova  
Chef de direction, Service fédéral pour la surveillance de la protection des droits des consommateurs et du bien-être des populations

Dr Andrej Guskov  
Chef de direction adjoint, Service fédéral pour la surveillance de la protection des droits des consommateurs et du bien-être des populations

Dr Mark Tsechkovsky  
Chef de département, Institut central de recherche en matière d'organisation et d'informatisation des soins de santé, ministère de la Santé et du Développement social

## **Finlande**

### **Représentantes**

Mme Paula Risikko  
Ministre de la Santé et des Services sociaux, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Aino-Inkeri Hansson  
Directrice générale, Département de la promotion du bien-être et de la santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé

### **Suppléants**

Dr Pekka Puska  
Directeur général, Institut national de la santé et du bien-être

Mme Liisa Ollila  
Directrice, Unité des affaires internationales, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Taru Koivisto  
Directrice, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Dr Eero Lahtinen  
Conseiller, Mission permanente de la Finlande auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Ismo Kolehmainen  
Conseiller, ministère des Affaires étrangères

### **Conseillère**

Mme Hannele Tanhua  
Haute fonctionnaire, ministère des Affaires sociales et de la Santé

## **France**

### **Représentants**

S. E. M. Jean de Gliniasty  
Ambassadeur de France en Fédération de Russie

Pr Didier Houssin  
Directeur général de la santé, ministère de la Santé et des Sports

### **Suppléante**

Mme Brigitte Arthur  
Chef, Bureau des affaires internationales dans le domaine de la santé et de la protection sociale, Délégation aux affaires européennes et internationales, ministère de la Santé et des Sports

### **Conseillers**

Mme Geneviève Chedeville-Murray  
Conseiller pour la santé, Mission permanente de la France auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Natacha Tolstoi  
Chef d'équipe, Santé, Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats, ministère des Affaires étrangères et européennes

M. Alexandre de la Volpilière  
Chef d'équipe, Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Sports

Mme Sophie Genay-Diliautas  
Conseiller, Santé et protection sociale, ambassade de France en Fédération de Russie

M. Michel Nercessian  
Attaché, ambassade de France en Fédération de Russie

## **Grèce**

### **Représentants**

Dr Anastasia Pantazopoulou-Foteinea  
Directrice générale, Santé publique, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

M. Antonios Lanaras  
Conseiller, Division des relations internationales, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

## Hongrie

### Représentants

Dr Miklós Szócska  
Secrétaire d'État aux affaires de la santé, ministère des Ressources nationales

Dr Hanna Páva  
Vice-secrétaire d'État, ministère des Ressources nationales

### Suppléant

Dr Árpád Mészáros  
Directeur général adjoint, ministère des Ressources nationales

### Conseillère

Mme Noémi Kondorosi  
Conseillère, Département des affaires internationales et de l'Union européenne, ministère des Ressources nationales

## Irlande

### Représentants

M. James McGovern  
Assistant principal, Unité internationale, Département de la santé et de l'enfance

Dr John Devlin  
Directeur général adjoint de la santé, Département de la santé et de l'enfance

## Islande

### Représentant

S. E. M. Benedikt Ásgeirsson  
Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire d'Islande en Fédération de Russie

### Suppléants

Mme Berglind Ásgeirsdóttir  
Secrétaire permanente, ministère de la Santé

M. Ingimar Einarsson  
Directeur, ministère de la Santé

Dr Haraldur Briem  
Épidémiologiste en chef, directeur, Centre de la sécurité sanitaire et de lutte contre les maladies infectieuses, Direction de la santé

## Israël

### Représentants

M. Yair Amikam  
Directeur général adjoint, Information et relations internationales, ministère de la Santé

Pr Alex Leventhal  
Directeur, Département des relations internationales, ministère de la Santé

### Suppléants

Dr Ronni Gamzu  
Directeur général, ministère de la Santé

M. Roi Rosenblit  
Ministre et chef adjoint de la mission, ambassade d'Israël en Fédération de Russie

M. Eitan Wiess  
Attaché économique, ambassade d'Israël en Fédération de Russie

## Italie

### Représentants

Dr Fabrizio Oleari  
Directeur général, Direction générale de la prévention, ministère de la Santé

Dr Francesco Cicogna  
Médecin principal, Direction générale des relations avec l'Union européenne et internationales, ministère de la Santé

## Kazakhstan

### Représentants

Dr Aida Kurmangalieva  
Vice-ministre de la Santé

Pr Maksut Kulzhanov  
Recteur, Institut supérieur de santé publique

### Suppléants

Mme Gulnara Mukhanova  
Directrice, Bureau de la coopération internationale, Département du développement stratégique, ministère de la Santé

Dr Albert Askarov  
Chef, Département de surveillance de la santé et de l'hygiène,  
ministère de la Santé

Dr Serik Tanirbergenov  
Directeur adjoint, Institut de développement sanitaire

## **Kirghizistan**

### **Représentant**

Dr Sabirjan Abdikerimov  
Ministre de la Santé

### **Conseiller**

Dr Boris Dimitrov  
Conseiller auprès du ministre de la Santé

## **Lettonie**

### **Représentants**

M. Didzis Gavars  
Ministre de la Santé

M. Rinalds Muciņš  
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

### **Suppléante**

Mme Jānis Reirs  
Secrétaire parlementaire, ministère de la Santé

## **Lituanie**

### **Représentants**

M. Raimondas Šukys  
Ministre de la Santé

S. E. M. Atanas Vinkus  
Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire de Lituanie en  
Fédération de Russie

### **Suppléant**

M. Viktoras Meižis  
Chef, Division des relations internationales et des affaires de  
l'Union européenne, ministère de la Santé

### **Conseillère**

Pr Zita Kučinskienė  
Doyenne, Faculté de médecine, Université de Vilnius

## **Luxembourg**

### **Représentants**

Dr Danielle Hansen-Koenig  
Directeur de la santé, ministère de la Santé

Dr Robert Goerens  
Chef de service, Division de la santé au travail, Direction de la  
santé

## **Malte**

### **Représentant**

Dr Raymond Busuttil  
Directeur général, Division de la réglementation de la santé  
publique, ministère de la Santé, des Personnes âgées et des Soins  
de proximité

### **Suppléants**

S. E. M. Charles Inguanez  
Ambassadeur de Malte en Fédération de Russie

Dr Miriam Dalmas  
Directrice, Élaboration de politiques, Union européenne et  
affaires internationales, Département de la stratégie et de la  
durabilité, ministère de la Santé, des Personnes âgées et des  
Soins de proximité

### **Conseillère**

Mme Graziella Galea-Pirotta  
Bureau du secrétaire permanent, ministère de la Santé, des  
Personnes âgées et des Soins de proximité

## **Monaco**

### **Représentantes**

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

Dr Anne Nègre  
Directrice, Direction de l'action sanitaire et sociale, Département  
des affaires sociales et de la santé

### **Suppléant**

M. Frédéric Pardo  
Secrétaire des relations extérieures, Département des relations  
extérieures, ministère d'État

## **Monténégro**

### **Représentants**

Pr Miodrag Radunović  
Ministre de la Santé

Dr Boban Mugosa  
Directeur, Institut de santé publique

### **Conseillères**

Mme Mirjana Djuranović  
Conseillère en coopération internationale, ministère de la Santé

Mme Aleksandra Plamenac  
Interprète

## **Norvège**

### **Représentants**

Mme Anne-Grete Strøm-Erichsen  
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Dr Bjørn-Inge Larsen  
Directeur général de la santé et médecin conseiller technique,  
Direction de la Santé

### **Suppléante**

Mme Hilde Sundrehagen  
Directrice générale adjointe, ministère de la Santé et des Services  
sociaux

### **Conseillers**

M. Bjørn Erikstein  
Directeur général, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Tord Dale  
Conseiller politique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Ingrid Vigerust  
Directrice de la communication, ministère de la Santé et des  
Services sociaux

Mme Benedikte Alveberg  
Conseillère principale, ministère de la Santé et des Services  
sociaux

Mme Vibeke Gundersen  
Conseillère principale, ministère de la Santé et des Services  
sociaux

M. Sverre Berg Lutnæs  
Conseiller principal, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Arne-Petter Sanne  
Directeur, Direction de la santé

M. Bengt Skotheim  
Premier administrateur, Département de la coopération  
internationale, Direction de la santé

M. Thor Erik Lindgren  
Conseiller, Mission permanente de la Norvège auprès de l'Office  
des Nations Unies et des autres organisations internationales à  
Genève

M. Bård Vandvik  
Secrétaire, ambassade de Norvège en Fédération de Russie

## **Ouzbékistan**

### **Représentant**

Dr Adham Ikramov  
Ministre de la Santé

### **Suppléant**

Dr Abdunomon Sidikov  
Directeur, Département des relations internationales, ministère  
de la Santé

## **Pays-Bas**

### **Représentants**

M. Herbert Barnard  
Directeur, Division des affaires internationales, ministère de la  
Santé, de la Protection sociale et des Sports

M. Frederik Lafeber  
Chef, Affaires mondiales, ministère de la Santé, de la Protection  
sociale et des Sports

### **Suppléant**

M. Roland Driecce  
Conseiller, Mission permanente des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

### **Conseillère**

Mme Eva van Woersem  
Conseillère politique, Nations Unies et institutions financières, Mission permanente des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

## **Pologne**

### **Représentants**

Dr Ewa Kopacz  
Ministre de la Santé

Dr Adam Fronczak  
Sous-secrétaire d'État, ministère de la Santé

### **Suppléants**

Dr Wojciech Kutyla  
Directeur général, ministère de la Santé

M. Przemysław Biliński  
Adjoint à l'inspecteur sanitaire général, Inspection sanitaire générale

Pr Mirosław Wysocki  
Directeur, Institut national de santé publique/Institut national d'hygiène

Pr Andrej Wojtczak  
Président, Conseil sanitaire et épidémiologique, Collegium Mazovia

M. Leszek Nahorski  
Chef, Clinique des maladies parasitaires et tropicales, Institut interdépartemental de médecine maritime et tropicale

Dr Szymon Moś  
Conseiller auprès du ministre de la Santé

### **Conseillers**

Mme Justyna Tyburska-Malina  
Experte principale, Unité des organisations internationales, Département de la coopération internationale, ministère de la Santé

M. Wojciech Gwiazda  
Expert en chef, Unité des organisations internationales, Département de la coopération internationale, ministère de la Santé

M. Sławomir Wiesławski  
Conseiller auprès du ministre de la Santé

## **Portugal**

### **Représentants**

S. E. M. Pedro Nuno de Abreu e Melo Bártolo  
Ambassadeur du Portugal en Fédération de Russie

Pr Maria do Céu Machado  
Haute commissaire à la santé, ministère de la Santé

### **Suppléants**

Pr José Pereira Miguel  
Directeur, Institut national de santé Doutor Ricardo Jorge

Mme Ana Maria Ribeiro da Silva  
Conseillère, ambassade du Portugal en Fédération de Russie

Mme Irina Andrade  
Conseillère auprès de la Haute commissaire à la santé, ministère de la Santé

Mme Rita Gião  
Ministère de la Santé

## **République de Moldova**

### **Représentants**

Pr Vladimir Hotineanu  
Ministre de la Santé

S. E. M. Andrei Neaguța  
Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire de la République de Moldova en Fédération de Russie

### **Suppléants**

Pr Ion Ababii  
Recteur, Université de médecine et de pharmaceutique de l'État Nicolae Testimianu

Dr Eugenia Berzan  
Chef, Division des relations extérieures et de l'intégration européenne, ministère de la Santé

Mme Cristina Mahu  
Première secrétaire, ambassade de la République de Moldova en  
Fédération de Russie

## République tchèque

### Représentants

Dr Leoš Heger  
Ministre de la Santé

Dr Michael Vít  
Vice-ministre de la Santé

### Suppléants

M. Jan Růžička  
Directeur, ministère de la Santé

Mme Barbora Neubauerová  
Administratrice, ministère de la Santé

## Roumanie

### Représentants

Dr Adrian Streinu-Cerel  
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

Mme Eva Racz  
Conseillère personnelle auprès du ministre de la Santé

### Suppléante

Mme Roxana Rotocol  
Conseillère aux affaires européennes, ministère de la Santé

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

### Représentants

Pr Sally Davies  
Directrice générale de la santé par intérim, Département de la  
santé

Pr David Harper  
Directeur général, Direction de l'amélioration et de la protection  
de la santé et scientifique en chef, Département de la santé

### Suppléants

Mme Kathryn Tyson  
Directrice, Prestations internationales de santé et de santé  
publique, Département de la santé

M. Nick Tomlinson  
Directeur adjoint, Affaires de l'Union européenne, Département  
de la santé

### Conseillères

Dr Nicola Watt  
Codirectrice de la santé mondiale, Département de la santé

Mme Nicolette Shipton-Yates  
Responsable de la politique mondiale de la santé, Département  
de la santé

## Saint-Marin

### Représentant

Dr Andrea Gualtieri  
Directeur, Autorité sanitaire

## Serbie

### Représentants

Pr Tomica Milosavljević  
Ministre de la Santé

Dr Ivana Mišić  
Vice-ministre pour les services de santé, Secteur de l'organisation  
des soins de santé et de l'inspection de la santé, ministère de la  
Santé

### Suppléant

M. Milan Milošević  
Premier conseiller, ambassade de Serbie en Fédération de Russie

## Slovaquie

### Représentants

Dr Ján Porubský  
Vice-ministre de la Santé

Dr Adam Hochel  
Directeur général, Département de la santé, ministère de la Santé

### **Suppléante**

Mme Eleonóra Bránska  
Directrice générale, Département des relations internationales,  
ministère de la Santé

### **Conseiller**

Dr Ján Mikas  
Directeur, Département d'épidémiologie, Autorité de santé  
publique

## **Slovénie**

### **Représentant**

Dr Dorijan Marušič  
Ministre de la Santé

### **Suppléantes**

S. E. Mme Ada Filip-Slivnik  
Ambassadrice de Slovénie en Fédération de Russie

Dr Vesna-Kerstin Petrič  
Chef, Secteur de la promotion de la santé et des modes de vie  
sains, ministère de la Santé

### **Conseillers**

M. Boštjan Jerman  
Conseiller ministériel, Mission permanente de la Slovénie  
auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations  
internationales à Genève

M. Denis Mancevič  
Troisième secrétaire, ambassade du Slovénie en Fédération de  
Russie

## **Suède**

### **Représentants**

Dr Lars-Erik Holm  
Directeur général, médecin conseiller technique, Conseil national  
de la santé et de la protection sociale

M. Fredrik Lennartsson  
Directeur général adjoint, ministère de la Santé et des Affaires  
sociales

### **Suppléants**

Mme Taina Bäckström  
Directrice, Conseil national de la santé et de la protection sociale

M. Bosse Pettersson  
Conseiller principal, Politique de santé publique, ministère de la  
Santé et des Affaires sociales

Mme Anna Halén  
Directrice adjointe, Division des affaires internationales et de  
l'Union européenne, ministère de la Santé et des Affaires sociales

Mme Sara Johansson  
Chef de service, ministère de la Santé et des Affaires sociales

## **Suisse**

### **Représentants**

M. Pascal Strupler  
Secrétaire d'État, directeur, Office fédéral de la santé publique

Dr Gaudenz Silberschmidt  
Directeur adjoint et directeur, Division des affaires internationales,  
Office fédéral de la santé publique

### **Suppléants**

M. Claude Crottaz  
Directeur adjoint, Division des affaires internationales, Office  
fédéral de la santé publique

Mme Anne-Béatrice Bullinger  
Diplomate, Département fédéral des affaires étrangères

### **Conseillères**

Mme Alexandra Ruppen  
Diplomate, Département fédéral des affaires étrangères

Mme Rhena Forrer  
Scientifique, division Affaires internationales, Office fédéral de la  
santé publique

Dr Ewa Mariéthoz  
Chef de projet, Conférence suisse des directeurs cantonaux de la  
santé publique

## Tadjikistan

### Représentant

M. Noursratullo Salimov  
Ministre de la Santé

### Suppléant

Dr Shamsidin Dzhabirov  
Chef, Centre d'immunoprophylaxie de la République, ministère de la Santé

Dr Bekir Keskinliç  
Directeur général adjoint, Services de soins de santé primaires, ministère de la Santé

Mme Sevim Tezel Aydın  
Chef adjointe, Département des affaires étrangères, ministère de la Santé

M. Azmi Ekmen  
Expert de l'Union européenne, Département de la coordination avec l'Union européenne, ministère de la Santé

## Turkménistan

### Représentant

Dr Gurbanmamet Elyasov  
Ministre de la Santé et de l'Industrie médicale

### Suppléante

Mme Leyli Shamuradova  
Ministre adjointe de la Santé et de l'Industrie médicale

### Conseillère

Mme Maral Aksakova  
Chef, Département de la surveillance épidémiologique, Service épidémiologique sanitaire de l'État, ministère de la Santé et de l'Industrie médicale

## Turquie

### Représentants

Pr Nihat Tosun  
Sous-secrétaire, ministère de la Santé

M. Ö. Faruk Koçak  
Sous-secrétaire adjoint, ministère de la Santé

### Suppléants

Pr Sabahattin Aydın  
Recteur, Hôpital Medipol, Istanbul

M. Kamuran Özden  
Chef, Département des affaires étrangères, ministère de la Santé

Dr Salih Mollahaliloğlu  
Président, Institut de la santé, ministère de la Santé

## Ukraine

### Représentantes

Mme Svitlana Bunina  
Vice-ministre de la Santé

Mme Iryna Fedenko  
Chef adjointe, Département des relations internationales et de l'intégration européenne, ministère de la Santé

### Suppléante

Pr Olesya Hulchiy  
Vice-rectrice, Relations internationales, Université nationale de médecine O. O. Bohomolets

### Conseiller

M. Volodymyr Mamchenko  
Attaché commercial, ambassade de la République d'Ukraine en Fédération de Russie

## II. Représentants de l'Organisation des Nations Unies et des institutions apparentées

### Banque mondiale

M. Abdo Yazbeck  
Responsable de secteur, Région Europe et Asie centrale

### Commission économique pour l'Europe des Nations Unies

M. Andrey Vasilyev  
Secrétaire exécutif adjoint

### **Fonds des Nations Unies pour la population**

Mme Lidia Bardakova  
Représentante assistante, Bureau de la Fédération de Russie

### **Fonds des Nations Unies pour l'enfance**

M. Steven Allen  
Directeur régional, Bureau régional pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants

Dr Octavian Bivol  
Conseiller régional, Systèmes et politiques de santé

### **Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida**

Dr Denis Broun  
Directeur, Équipe d'appui régional pour l'Europe et l'Asie centrale

Dr Lev Zohrabyan  
Conseiller régional, Information stratégique, Équipe d'appui régional pour l'Europe et l'Asie centrale

### **Programme des Nations Unies pour le développement**

M. Frode Mauring  
Coordinateur résident des Nations Unies et représentant résident du PNUD

### **Programme des Nations Unies pour l'environnement**

M. J. Christophe Bouvier  
Représentant régional et directeur, Bureau régional pour l'Europe

## **III. Représentants d'autres organisations intergouvernementales**

### **Conseil de l'Europe**

M. Alexander Vladychenko

M. Piotr Mierzewski

### **Organisation de coopération et de développement économiques**

M. Mark Pearson

### **Union européenne**

Mme Lucie Carroue

Mme Catherione Chapoux

M. Emer Cooke

M. John Dalli

Dr Isabel De la Mata

Mme Paula Duarte Gaspar

Mme Thea Emmerling

Dr Maarit Kokki

M. Canice Nolan

Dr Marc Sprenger

Mme Paola Testori Coggi

M. Paul van Geldorp

M. Alberto Volpato

M. Michael Webb

## **IV. Représentants d'organisations non gouvernementales entretenant des relations officielles avec l'OMS**

### **Alliance internationale des organisations de patients**

Mme Jolanta Bilinska

### **Alzheimer's Disease International**

Mme Maria Gantman

M. Jim Jackson

Dr Olga Sokolova

M. Marc Wortmann

**Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode**

Dr Gregory Gerasimov

Dr Aldo Pinchera

**Fédération internationale de l'industrie du médicament**

M. Denis Hurynovic

M. Michael Manon

M. Vladimir Shipkov

M. Alexey Sichov

Mme Madina Torchinova

**Fédération internationale du diabète**

Pr Sehnaz Karadeniz

**Fédération internationale pharmaceutique**

Dr Theodorus F.J. Tromp

**Fédération internationale pour le planning familial**

Mme Irene Donadio

**Fédération internationale des industries des aliments diététiques**

Dr Jean Claude Javet

**Fédération internationale de thalassémie**

Dr Victor Bulyjenkov

Dr Matheos Demetriades

Dr Androulla Eleftheriou

**Fédération mondiale d'hémophilie**

Mme Catherine Hudon

M. Brian O'Mahony

M. Yuri Zhulyev

**Fédération mondiale du thermalisme et du climatisme**

Dr Natalia Chauskaya

Pr Alexandr Razumov

Pr Umberto Solimene

Pr Nikolai Storozhenko

Pr Igor Zorin

**International Insulin Foundation**

Pr John S. Yudkin

**Rotary International**

M. Stefan Gelineo

**Union internationale des sciences de la nutrition**

Pr Ibrahim Elmadfa

## V. Observateurs

**Agence des États-Unis pour le développement international**

Dr Nikita Afanasiev

Dr Alexey Savinykh

M. William Slater

**Alliance pour la santé et l'environnement**

Mme Gillian Erskine

**Conseil mondial des églises**

Mme Natalia Cebotarenco

**EcoForum européen**

Mme Sascha Gabizon

M. Vladimir Shokhin

Dr Olga Speranskaya

**Fédération européenne des associations d'infirmières**

M. Paul De Raeve

**Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme**

M. Nicolas Cantau

Dr Valery Chernyavskiy

M. Stefan Wilhelm Emblad

Pr Michel Kazatchkine

Mme Maria Kirova

**Forum européen de la santé Gastein**

Mme Boriana Goranova

Pr Günther Leiner

**Forum européen des associations médicales**

M. Vladislav Alpatov

Mme Anastasia Kovalchuk

Dr Leonid Mikhaylov

Dr Mikhail Perelman

Mme Anna Ulianova

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

Dr Elizabeth Rappold

**Réseau des jeunes du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe**

Mme Alina Bezhenar

**Réseau Régions-santé**

Dr Pina Frazzica

**Sheffield Health and Social Care NHS Foundation Trust**

Dr Kevan Wylie

**Women in Europe for a Common Future**

Mme Olga Speranskaya

Mme Sascha Gabizon

M. Vladimir Shokhin

**VI. Hôtes et conseillers temporaires**

Pr Farman Abdullayev

Dr Jessica Allen

Dr Franklin Apfel

Pr Ara Babloyan

M. John Bowis

M. Jos Draijer

Pr Danka Farkašová

Pr Anders Foldspang

Dr Robert Bates Gill

M. David Gleicher

Pr Ilona Kickbusch

Dr Mihály Kökény

M. Marek Maciejowski

Pr Michael Marmot

Pr Martin McKee

Dr Sigrun Møgedal

Pr David Salisbury

Dr Roufat Yansupov

**VII. Pays hôte**

M. Sergej Afanasev

Mme Svetlana Akselrod	Mme Yuliya Mixajlova
Mme Galina Alekseeva	Mme Elena Morozova
Mme Yuliya Bakonina	M. Georgiy Moysyak
Mme Olga Borzova	Mme Natalia Moysyak
Mme Anastasiya Chixrinova	M. Murat Musaev
Mme Galina Chutkova	Mme Nelli Najgovzina
M. Aleksandr Denisov	M. Mikhail Natenzon
M. Vadim Egorov	Dr Aleksandr Nedotko
M. Vadim Filatov	M. Vladimir Neroev
Mme Alla Gext	Mme Irina Nikitina
Mme Antonina Gladkova	M. Rafehl Oganov
M. Sergej Goncharov	M. Vitaliy Omelyanovsky
Mme Olga Ivanova	Mme Valentina Petrenko
Mme Tatyana Kajgorodova	Dr Albina Poliah
Mme Elena Khavkina	M. Sergej Polyakov
M. Aleksandr Kitin	M. Roland Rassoza
Mme Svetlana Konstantinova	M. Ibod Raximov
Mme Anna Korotkova	M. Marat Sakaev
M. Konstantin Korovka	Mme Nadezhda Savolajnen
Dr Natalia Kostenko	M. Andrej Selcovskij
M. Anatolij Kotelnikov	Mme Valerij Seleznev
Dr Evgeny Kovalevskiy	Pr Igor Sheiman
M. Nikolaj Kravcov	Mme Anna Shelovnina
M. Aleksej Kulikov	Pr Sergey Shishkin
Mme Sofiya Malyavina	M. Evgenij Slastnyx
Mme Albina Melnikova	Mme Anastasiya Smirnova
Mme Diana Mihajlova	M. Vyacheslav Smolenskij

M. Oleg Sokolov

M. Dmitrij Sopocinskij

M. Pavel Suslov

Mme Elena Talanova

Mme Elena Telnova

Mme Natalya Tochilova

M. Anatolij Tyulpakov

M. Vladimir Ujba

M. Sergej Velmyajkin

Mme Elena Viskova

M. Jurij Voronin

M. Anatolij Xramov

M. Petr Yablonskij

M. Aleksandr Yakovenko

M. Andrej Yurin

M. Vladimir Zelenskij

M. Sergej Zhuk

M. Dmitrij Zverev

## Annexe 4

# Allocution de la directrice régionale lors de la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe

### Améliorer la santé en Europe : adapter le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à un environnement en mutation

Madame la Présidente, Mesdames et Messieurs les Ministres, vos Excellences, chers délégués, chers collègues, Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi de commencer par vous remercier encore pour la confiance que vous m'avez accordée voici exactement un an. Vous avez jugé mes aspirations ambitieuses, mais nécessaires. Aujourd'hui, je me présente devant vous pour vous assurer à nouveau que nous nous engageons pleinement à relever les nombreux défis et pour mériter votre respect et votre appui. Laissez-moi, s'il vous plaît, vous faire part de nos réalisations à ce jour et de nos projets. Votre aide au cours de cette réunion du Comité régional est d'une importance capitale pour que nous puissions avancer et organiser notre travail pour les années à venir.

L'OMS en tant qu'organisation est reconnue dans le monde entier pour son travail dans le domaine de la santé publique. En Europe, tout comme dans beaucoup d'autres parties du monde, le Bureau régional doit mériter un rôle de chef de file et veiller à gérer brillamment les dossiers de santé et de santé publique.

Je vais donc faire tout ce qui est en mon pouvoir pour renforcer le Bureau régional dans le rôle exceptionnel joué par l'OMS dans la Région européenne et pour vous soutenir dans votre important travail afin de continuer à améliorer la santé de la population européenne et de garantir à notre agence un haut niveau de gouvernance ainsi qu'une qualité scientifique et l'excellence de nos travaux techniques.

Face aux nouveaux défis auxquels nous sommes confrontés dans la Région européenne, nous nous arrêtons pour faire le point, pour reconsidérer notre vision de l'avenir, pour nous attirer la reconnaissance de notre rôle de chef de file dans le domaine de la santé et pour renforcer encore notre collaboration avec vous, les États membres, pour la rendre plus stratégique. Nous devons renouveler et redynamiser nos partenariats pour une meilleure cohérence des politiques en Europe, et nous devons encore développer les extraordinaires capacités techniques, professionnelles et institutionnelles présentes dans toute l'Europe.

Afin d'y parvenir, mon principal objectif est de renforcer encore le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et, à cette fin, j'ai défini sept grandes orientations et priorités stratégiques à discuter lors de cette session du Comité régional et des suivantes. Nous avons entamé nos travaux sur tous ces axes, mais votre participation active en tant qu'États membres européens est essentielle pour la réussite de leur mise en œuvre. Permettez-moi de vous exposer nos réalisations pour quelques-unes des principales orientations dès ce stade, et de vous demander vos recommandations.

#### ***Sept nouvelles orientations et priorités stratégiques***

Une nouvelle politique européenne de la santé – Santé 2020 – sera élaborée dans le cadre d'un processus participatif faisant intervenir les États membres et d'autres partenaires. L'objectif est de garantir un cadre politique cohérent et fondé sur des bases factuelles pour aborder les défis récents en matière de santé et d'équité en santé, et de formuler des politiques et stratégies fondées sur des bases factuelles et d'un bon rapport coût-efficacité pour réagir efficacement à ces défis. Cette politique s'inspirera notamment d'une étude européenne sur les déterminants sociaux, qui viendra l'étayer.

La Santé 2020 constituera une occasion de réitérer l'engagement du Bureau régional en faveur de la santé publique, un secteur qui peut fièrement se réclamer d'une longue tradition dans de nombreux pays européens. Il est de la plus grande importance de remettre l'accent sur la poursuite du développement des systèmes, des capacités et des fonctions de santé publique en Europe, ainsi que sur des ressources humaines correctement formées pour promouvoir efficacement la santé publique. Les investissements dans la prévention doivent être augmentés pour alléger la charge de morbidité et les pressions qui pèsent sur les systèmes de santé.

Grâce à la Santé 2020, nous tenterons de préciser davantage les liens stratégiques existant entre la santé publique et les services de soins de santé, en particulier les soins de santé primaires, tel que cela est prévu dans l'approche globale des systèmes de santé formulée dans la Charte de Tallinn. Cette nouvelle politique positionnera également la santé comme un domaine essentiel du développement, montrera à quel point la sphère de la santé s'est élargie et établira des liens avec les autres secteurs et les autres contextes, promouvant ainsi la santé en tant que responsabilité des pouvoirs publics défendue et supervisée par les ministres de la Santé.

La Santé 2020 sera également source d'inspiration pour les États membres afin que ceux-ci élaborent et actualisent leurs politiques et stratégies sanitaires nationales. Pour ce faire, l'Organisation dans son ensemble tient à travailler avec les pays. Il s'agit d'un projet directement supervisé par le Conseil de la politique mondiale, qui est présidé par le directeur général, et je le soutiens de manière inconditionnelle.

Le travail a déjà commencé au niveau interne dans ce domaine, afin de concevoir le processus. J'attends avec impatience vos conseils demain lors de la table ronde ministérielle.

La gouvernance du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sera continuellement renforcée. L'OMS est une coalition d'États membres. Dès lors, ses organes directeurs jouent un rôle essentiel dans la formulation de politiques et de stratégies à l'échelle régionale.

Un Comité régional (CR) solide et bien encadré est le point névralgique des discussions et décisions importantes qui déterminent les activités de l'OMS dans la Région. Par conséquent, plusieurs propositions vous seront soumises dans l'après-midi, durant la session consacrée à la gouvernance. L'objectif est de trouver le moyen d'attirer des dirigeants de haut rang et de rendre l'ordre du jour à la fois pertinent et suffisamment intéressant pour qu'ils assistent, pour que vous assistiez, aux prochaines sessions du Comité régional. La participation active des États membres sera encouragée, pour garantir qu'ils se sentent parties prenantes dans les initiatives et s'engagent en vue de leur mise en œuvre.

Les conférences ministérielles sur des problématiques prioritaires communes ont été très fructueuses et se poursuivront, surtout dans les domaines qui requièrent une collaboration intersectorielle.

J'envisage également la mise en place d'un forum de haut niveau réunissant des responsables des pouvoirs publics pour veiller à un engagement total dans l'élaboration d'un certain nombre de politiques et de stratégies, dont la Santé 2020, l'étude européenne sur les déterminants sociaux, un engagement renouvelé de la Région contre les maladies non transmissibles, le développement de la santé publique et la prévention des maladies, et d'autres thématiques.

Afin de renforcer la fonction de supervision du CR, je recommande de faire du budget programme un outil stratégique pour garantir une responsabilisation en ce qui concerne la réalisation des résultats convenus collectivement.

Par ailleurs, le rôle du Comité permanent du Comité régional (CPCR) doit encore être élargi pour qu'il puisse gérer efficacement les dossiers qui lui ont été délégués par le CR, être l'organe consultatif pour le directeur régional et aider ce dernier à préparer efficacement les sessions du CR, et jouer son rôle de supervision. Nous devons également veiller à une transparence accrue en ce qui concerne les travaux du CPCR. Je suggère d'augmenter le nombre de membres pour garantir une représentation géographique adéquate des États membres de la Région.

Le Bureau régional sera un centre d'excellence technique, avec toutes les fonctions de base en matière de technique, de stratégie et de diplomatie de la santé intégrées dans le bureau situé à Copenhague et avec intégration complète des centres techniques (bureaux géographiquement dispersés) et des bureaux de pays. Les fonctions fondamentales de l'Organisation (élaboration des politiques, stratégies et programmes techniques, relations stratégiques avec vous, les États membres, partenariats, travaux des organes directeurs, etc.) seront commandées à partir de Copenhague.

Les bureaux géographiquement dispersés continueront à jouer un rôle important en fournissant des bases factuelles et des connaissances à caractère technique, ainsi que des conseils sur les politiques et programmes techniques, en renforçant les capacités dans les pays et – après accord avec le Bureau régional – en contribuant à la réalisation de nos travaux dans les États membres. Pour améliorer encore la parfaite harmonisation de telles activités, une étude est en cours sur les bureaux géographiquement dispersés – elle s'inscrit dans le prolongement des excellents travaux réalisés dix ans plus tôt dans cette Région ; les résultats seront présentés au CR en 2011.

Par ailleurs, le Bureau régional va renouveler et redynamiser ses réseaux et en établir de nouveaux là où cela est nécessaire : les réseaux en rapport avec la santé établis dans le cadre de la stratégie axée sur les contextes existent toujours, mais sont en léthargie. Il convient de porter un regard nouveau sur la stratégie axée sur les centres collaborateurs et d'établir et de renouer des contacts fructueux avec les institutions de la santé publique, les écoles de santé publique et d'autres institutions. Le potentiel est énorme et les retombées positives sont extrêmement importantes si nous nous engageons à fond avec les capacités et l'expertise existantes en Europe.

L'un des rôles essentiels de l'OMS est de continuer à renforcer la collaboration avec les États membres. Les différentes zones de notre Région ont besoin d'un soutien différencié de notre part, et ce à des degrés différents. Tous les pays ont besoin du travail de normalisation de l'OMS, ainsi que de ses politiques, stratégies et programmes fondés sur des bases factuelles. Certains pays ont également besoin d'actions de sensibilisation et d'un partenariat. Toutefois, les pays n'ont pas tous besoin d'une collaboration sur le plan technique.

L'OMS soutiendra tous les pays de la Région dans l'élaboration de leurs politiques sanitaires nationales et le développement de leur système de santé. La collaboration technique devrait se poursuivre dans un esprit de solidarité avec la Communauté des États indépendants (CEI) et les pays d'Europe du Sud-Est. Sont également envisagés un programme de formation pour les décideurs politiques de haut rang et pour les experts techniques, portant sur les engagements concernant les dossiers relatifs aux politiques internationales de la santé et aux politiques mondiales et régionales, ainsi qu'une formation en diplomatie de la santé.

Une analyse des travaux du Bureau régional avec et pour les États membres, comprenant une étude des travaux de nos bureaux de pays, a déjà commencé et sera soumise au CR en 2011, date à laquelle une nouvelle Stratégie de pays sera présentée. Au cours de cette analyse, nous étudions également les options telles que les modes d'organisation sous-régionale, en nous basant sur le modèle du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et sur l'expérience d'autres organisations. Pour cette raison, j'ai décidé de vous décrire, au cours du déjeuner ministériel d'aujourd'hui, les avantages de tels réseaux.

Les partenariats stratégiques pour la cohérence des politiques sont indispensables dans l'Europe d'aujourd'hui, avec les nombreux acteurs qui participent activement à l'évolution du secteur de la santé. L'OMS doit se positionner dans cet environnement complexe et doit progressivement renforcer sa collaboration avec tous les partenaires. Dès lors, une stratégie en matière de partenariats sera élaborée et présentée au CR l'année prochaine. Une première mais très importante étape est prévue cette année : publier avec la Commission européenne une déclaration conjointe portant sur une vision commune de l'avenir. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe poursuivra le renforcement de ses relations avec d'autres institutions de l'Union européenne. Des discussions ont également été entamées avec le Fonds mondial et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Elles se poursuivront dans les prochains mois.

En ce qui concerne les technologies de l'information et de la communication, je vois qu'il s'agit de l'un des atouts stratégiques majeurs que le Bureau régional doit développer pour travailler efficacement et faciliter la fourniture intégrée de résultats. Nous devons être totalement ouverts aux nouvelles technologies et nous interroger sur la manière dont elles peuvent être adoptées pour concrétiser plus facilement le programme de la santé publique dans la Région. Nous avons déjà commencé à travailler avec ardeur dans ce domaine.

L'un des éléments fondamentaux de notre nouvelle stratégie d'information et de communication – qui sera présentée lors de l'une des prochaines sessions du CR – sera le projet d'un système d'information commun sur la santé, au sein duquel les partenaires internationaux recueilleront, analyseront et diffuseront conjointement les données.

De plus, certaines technologies de communication essentielles modifient, à mon avis, notre façon de travailler, par exemple :

- les médias sociaux, plateformes pour l'échange de connaissances, d'idées et d'opinions ;
- une présence accrue et interactive sur le Web pour le Bureau, associée à une fonction de communication performante ;
- une série de bases de données consolidées pour faciliter la prise en compte d'informations probantes dans le processus décisionnel.

Nous avons fait un grand pas en avant lorsque nous avons réaménagé complètement le site Web du Bureau régional, au début de cette année, et les travaux se poursuivront intensivement dans ce domaine.

L'une de nos priorités stratégiques est de créer un environnement de travail enthousiasmant dans lequel le personnel se sent soutenu et habilité à agir, et d'assurer un financement durable pour le Bureau régional. Nous avons instauré plusieurs groupes de travail pour améliorer l'efficacité du Bureau et soutenir l'adaptation aux nouvelles priorités et méthodes de travail. Un nouvel organigramme a été mis en place le 1<sup>er</sup> juillet. Celui-ci a aplani la structure du Bureau et instauré une division du travail plus efficiente.

En juin, nous avons réalisé une analyse de notre travail technique dans toute l'Organisation. Au cours de celle-ci, les cadres supérieurs et les directeurs de programmes techniques ont examiné les progrès qu'ils ont accomplis à ce jour, en décelant les lacunes et les blocages, et en s'accordant sur la marche à suivre pour l'avenir. Les nouvelles priorités seront intégrées dans nos plans de travail après le CR.

Afin de garantir au Bureau régional un financement durable, j'ai considéré comme une priorité urgente de renforcer nos capacités en matière de collecte de fonds. Une nouvelle unité a été spécialement créée pour s'occuper de la planification budgétaire et de la mobilisation des ressources. Ce travail s'inscrit dans le prolongement de l'initiative du directeur général sur le futur du financement de l'OMS.

### **Priorités**

Nos priorités de travail seront analysées de manière plus approfondie au cours du processus d'élaboration de la Santé 2020. À ce stade, permettez-moi, toutefois, d'attirer votre attention sur les priorités absolues pour notre Région.

Depuis mon entrée en fonction, en février, notre Région a vécu une série de situations d'urgence et de crises de santé publique. Cela va continuer et l'OMS doit donc y être préparée, tant dans son travail avec ses États membres qu'au niveau interne.

- Au cours de l'éruption volcanique d'Islande, nous avons assuré un suivi régulier de la situation et avons publié des évaluations des risques ainsi que des conseils et des recommandations sur les conséquences sanitaires potentielles d'une éventuelle exposition aux cendres volcaniques.
- À la suite des troubles civils au Kirghizistan et des déplacements massifs déclenchés par la violence ethnique, des appels aux donateurs ont été lancés au Kirghizistan et en Ouzbékistan, et nous avons mobilisé une aide en faveur des autorités sanitaires de ces deux pays pour fournir les services sanitaires de base aux communautés touchées.
- Après les graves inondations qui ont frappé certaines régions de la République de Moldova en juillet, l'OMS a encadré l'évaluation des dommages et des besoins et, avec l'appui financier très généreux du gouvernement italien, nous avons mobilisé des fournitures médicales et produits pharmaceutiques essentiels pour couvrir les besoins sanitaires des communautés affectées par les inondations.
- Durant la vague de chaleur et les incendies en Fédération de Russie, nous avons compilé des bilans de la situation et, en exploitant les excellentes ressources du ministère russe de la Santé et du Développement social, nous avons diffusé des alertes avec des recommandations de base en matière de santé publique sur le site Web de l'OMS/Europe, avec une actualisation quotidienne.

Nous avons vécu plus récemment une autre situation d'urgence, à savoir l'inondation du Siège du Bureau régional. Le samedi 14 août, à la suite de fortes pluies, notre site de Copenhague a été inondé. Tous nos bureaux situés dans les caves et au premier étage ont été envahis par de l'eau sale qui y a pénétré avec suffisamment de force pour déplacer nos meubles et détruire une partie des bâtiments. L'alimentation électrique, les services de téléphone et de messagerie électronique, ainsi que nos connexions Internet ont été mis hors service. Tout ce qui était entreposé dans la cave (dont du matériel et des documents pour le RC, des ouvrages de la bibliothèque et notre atelier d'imprimerie) a été détruit. Un comité d'urgence a été immédiatement constitué et a travaillé 24h/24 pour assurer la sécurité et la propreté du Bureau afin de permettre au personnel d'y revenir le plus rapidement possible. Dès le début, j'ai donné des instructions qui précisaient clairement que la priorité absolue allait à la sécurité et au bien-être de notre personnel. Nous avons eu énormément de chance que les inondations aient eu lieu un samedi soir, lorsqu'il n'y avait aucun membre du personnel dans les bâtiments, et personne n'a donc été blessé.

Je suis très fier de l'excellent travail réalisé par tous, 24h/24, pour réagir à ces difficultés exceptionnelles, et j'aimerais exprimer ma gratitude à mon personnel. Je voudrais aussi remercier le Siège de l'OMS et les Nations Unies à Copenhague, ainsi que les autorités danoises, pour leur aide et leur appui.

Notre Région est exempte de polio depuis 2002, un statut que nous sommes tous déterminés à maintenir par tous les moyens. En réaction à l'épidémie de poliomyélite au Tadjikistan, qui a également requis des réactions préventives de la part de pays voisins, l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et d'autres partenaires ont réagi rapidement et efficacement pour aider les autorités publiques à organiser des campagnes de vaccination supplémentaires visant 2,7 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans. Un cinquième et un sixième volet sont prévus pour les prochains mois.

Depuis le 4 juillet, plus aucun nouveau cas de paralysie flasque aiguë (PFA) n'a été détecté. Je me suis personnellement rendue dans ce pays dès que les premiers cas de poliomyélite ont été signalés, pour élaborer une stratégie de réaction commune avec le ministre de la Santé, M. Salimov, et pour donner le coup d'envoi du premier volet de la campagne de vaccination. J'aimerais remercier le Président, les autorités publiques du Tadjikistan et vous, M. le Ministre, pour votre esprit d'ouverture et de transparence, pour la manière dont vous avez pris la situation en main immédiatement et de manière appropriée, et ce en étroite collaboration avec l'OMS, et pour la communication active visant à atteindre chaque famille et chaque enfant dans le pays.

J'ai également visité l'Ouzbékistan avec le directeur régional adjoint de l'UNICEF, afin de lancer le second volet de la campagne de vaccination avec le ministre de la Santé, le docteur Ikramov. En Ouzbékistan, 2,85 millions d'enfants de moins de 5 ans ont été ciblés dans le cadre de 3 volets d'activités supplémentaires de vaccination. Ces campagnes et la communication dont elles ont fait l'objet ont été organisées de manière très professionnelle. J'aimerais remercier le docteur Ikramov pour son rôle phare.

Je voudrais profiter de cette occasion pour remercier les autorités publiques de la Fédération de Russie de leur précieux appui tout au long de cette flambée épidémique grâce au travail rapide et efficace du laboratoire régional en charge de la poliomyélite, auquel tous les échantillons ont été envoyés pour analyse.

Toutefois, en dépit de tous ces efforts, mais également grâce à des systèmes de surveillance efficaces dans tous les pays, des cas de poliomyélite importés ont été détectés en dehors du Tadjikistan, dont 3 cas au Turkménistan et quelques cas dans la Fédération de Russie. Des mesures de contrôle ont rapidement été mises en place.

Pour ce qui est de la flambée de poliomyélite et de la réaction... ne pas crier victoire trop tôt. Cette flambée épidémique de poliomyélite au Tadjikistan et les cas détectés dans les pays voisins montrent la vulnérabilité de la Région, et nous signifient clairement que notre travail n'est pas terminé et qu'il nécessite un engagement et une détermination sans faille. La Région a donc besoin de systèmes/fonctions de santé publique performants, d'une veille efficace, d'une couverture de vaccination étendue et d'une transparence parfaite dans le respect du Règlement sanitaire international pour éviter des flambées épidémiques similaires. Il est capital que les pays s'engagent de manière inconditionnelle sur le plan politique et exercent un rôle moteur pour maintenir le statut « exempt de poliomyélite » dont nous jouissons depuis 2002 ! J'attends avec impatience d'avoir avec vous des débats plus approfondis à ce sujet lors de cette session, avec le professeur Salisbury, président du Comité européen de certification pour la poliomyélite.

En ce qui concerne les maladies transmissibles (autres que la poliomyélite), notre travail n'est pas terminé non plus ! Pour l'élimination de la rougeole en Europe, la date cible était 2010, mais nous n'avons pas réussi à l'atteindre ! Il y a plusieurs difficultés majeures : la couverture vaccinale inégale dans les pays entraîne des flambées épidémiques, certains groupes de population vulnérables ne sont pas couverts par les programmes de vaccination et des groupes opposés à la vaccination ont été et sont actifs dans de nombreux pays. Aujourd'hui, près de 1 million d'enfants nés chaque année dans la Région européenne de l'OMS ne bénéficient pas d'une immunisation complète. Un renouvellement de l'engagement en faveur de l'élimination de la rougeole et de la rubéole sera au programme jeudi : je voudrais que nous fixions la nouvelle date d'élimination à 2015, et que nous fassions tout ce qui est en notre pouvoir pour parvenir à notre but ! C'est faisable !

Je me dois également de mentionner la Semaine européenne de la vaccination, qui a recueilli un franc succès et bénéficié cette année de la participation de 47 pays, avec un large éventail d'activités. Beaucoup de partenaires ont rejoint le nouveau site de réseautage social en ligne de la Semaine européenne de la vaccination, qui encourage un dialogue interactif dans toute la Région.

À l'invitation du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Bureau régional de l'Europe apportera une aide active pour la planification de la première Semaine africaine de la vaccination. Nous conseillons également le Bureau régional pour le Pacifique occidental dans le cadre du lancement d'une Semaine de la vaccination dans cette Région l'année prochaine.

J'ai aussi de bonnes nouvelles pour vous : nous progressons sur la voie de l'élimination du paludisme pour 2015.

Depuis 1995, il y a eu une diminution sensible du nombre de cas de paludisme signalés : 285 cas seulement en 1999 contre près de 91 000 cas en 1995. En 2005, nous avons 9 pays touchés ; en 2009, seulement 5. La propagation du paludisme a été interrompue en Arménie, en Fédération de Russie et au Turkménistan. Au Kazakhstan, les derniers cas de paludisme dus à des transmissions locales ont été signalés en 2001.

Il est tout à fait probable que le Turkménistan soit certifié « exempt de paludisme » fin 2010 et l'Arménie, fin 2011.

Il y a une bonne collaboration avec le Fonds mondial : ce dernier soutient inconditionnellement la Déclaration de Tachkent et les efforts de l'OMS en vue de l'élimination du paludisme. Notre collaboration avec le Fonds mondial en ce qui concerne le paludisme est un exemple à suivre dans d'autres domaines.

Au cours de la pandémie de grippe qui s'est déclarée en 2009, nos efforts conjoints ont porté leurs fruits : tous les pays de la Région se sont bien préparés, et nous avons également été mieux préparés collectivement grâce au Règlement sanitaire international (RSI). Dès lors, nous devons développer les capacités de base du RSI avec beaucoup de dynamisme. L'OMS s'engage réellement pour vous soutenir dans cette tâche !

L'OMS entreprend une enquête officielle sur la réaction globale à la pandémie et sur le fonctionnement du RSI, par le Comité d'examen du RSI. Dans la Région européenne, le Bureau régional a lancé, en partenariat avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), une enquête dans 7 pays : l'Allemagne, l'Arménie, la Bosnie-Herzégovine, le Danemark, l'Ouzbékistan, le Portugal et la Suisse.

Les premiers résultats indiquent que la présence de professionnels de santé bien informés dans les services de soins primaires et secondaires, des liens étroits entre les professionnels de la santé publique et les professionnels des systèmes de santé, et la coordination au niveau local, représentent des facteurs de première importance pour la capacité d'un pays à réagir.

Nous avons également appris d'autres leçons : il est important d'être préparés à des scénarios multiples, d'envisager le pire, mais aussi d'être prêts à s'adapter rapidement à une situation bien meilleure. La flexibilité doit faire partie intégrante de nos plans de préparation.

La pandémie nous a montré clairement à quel point la communication peut être essentielle et difficile. La communication qui, aujourd'hui, implique largement les médias sociaux, devrait servir à informer le public des difficultés qui se présenteront éventuellement, mais aussi à le préparer à des changements dans l'évaluation des risques et à susciter une acceptation des mesures prises, notamment de la vaccination.

À la suite de longues négociations entre le Bureau régional et l'ECDC en septembre 2009, ces deux organismes sont parvenus à une solution pour éviter l'établissement de rapports en double exemplaire sur les données relatives à la surveillance de la grippe. Je suis sûre que vous considérerez cela comme une bonne nouvelle.

La tuberculose multirésistante et ultrarésistante est une menace sanitaire qui pèse sur toute l'Europe, et j'en fais donc une priorité régionale ! Sur les 27 pays les plus touchés par la tuberculose multirésistante, qui représentent ensemble 85 % des cas dans le monde, les 15 premiers se trouvent dans la Région européenne. Nous sommes maintenant en train de préparer un grand plan de lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS en 2010-2015.

Il est crucial, pour contrer cette menace mondiale, que le Fonds mondial maintienne son soutien à tous les pays du monde affectés par ces maladies !

La résistance aux antimicrobiens (RAM) représente une autre menace planétaire. Nous sommes heureux de pouvoir annoncer, avec le directeur général, que le sujet de la prochaine Journée mondiale de la santé, en 2011, sera la RAM. Dans la Région européenne, nous avons entamé les préparatifs en concevant une stratégie régionale contre la RAM, en étroite collaboration avec nos partenaires, en particulier l'UE/l'ECDC, qui ont tant œuvré pour faire avancer les choses dans ce domaine. Le moment est bien choisi pour se concentrer sur la RAM, étant donné l'apparition et la propagation, dans la Région, de bactéries résistantes, dont les récents cas de NDM-1 (New Delhi Metallo-bêta-lactamase-1), qui suscitent de grandes craintes pour la santé publique. Cette superbactérie, qui a éveillé un vif intérêt dans la presse, montre l'urgente nécessité d'une riposte internationale coordonnée en matière de surveillance et de recherche, pouvant s'appuyer sur des initiatives nationales performantes en matière de surveillance de la RAM, sur l'usage prudent d'antibiotiques et sur des programmes efficaces contre les infections nosocomiales.

Un autre grand défi lancé à la santé publique dans notre Région reste celui du VIH/sida, dont la propagation s'accélère rapidement dans de nombreux pays européens. L'Europe de l'Est enregistre désormais la croissance la plus rapide du monde pour l'épidémie de VIH, et est la seule région où le nombre annuel de cas de VIH signalés continue d'augmenter. Il est nécessaire de stabiliser et de faire reculer l'épidémie à l'Est et de prévenir sa réapparition à l'Ouest.

L'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH passe par des méthodes qui vont parfois à l'encontre de politiques et de pratiques bien établies dans les États membres. Ceci représente une difficulté et requiert de redoubler d'efforts pour mobiliser un engagement politique en faveur de mesures de prévention fondées sur des bases factuelles et sur les droits de l'homme, comme les interventions pour la réduction des risques, dont le traitement de substitution aux opiacés pour les usagers de drogue par injection.

Dans ces circonstances, c'est une entreprise difficile que d'arrêter la propagation du VIH pour 2015, comme cela est prévu dans l'objectif du Millénaire pour le développement n° 6. Les données scientifiques probantes sont assez nombreuses ; ce qu'il faut, c'est un engagement politique ! Une stratégie régionale pour le VIH/sida, alignée sur la Stratégie mondiale du secteur de la santé 2011-2015 qui fait actuellement l'objet de consultations, sera élaborée.

La Région a atteint un objectif important : en 2008, 90 % des femmes enceintes séropositives résidant dans des pays à revenu bas ou moyen ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale pour la prévention d'une transmission de la mère à l'enfant. Cela a été rendu possible par l'intégration de la prévention du VIH dans les services de santé maternelle et infantile.

Pour passer à un autre sujet, l'hygiène de l'environnement a toujours été un volet important de notre travail, nous assurant une importante visibilité.

La Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui s'est tenue à Parme (Italie) en mars de cette année, a été l'un des grands événements de l'année pour notre Région, et a marqué un tournant dans le processus européen Environnement et santé.

Pour la première fois ont été fixés des objectifs mesurables et définis dans le temps, vers lesquels peuvent tendre les travaux et dont on peut assurer le suivi. De même, une nouvelle structure de gouvernance a été proposée pour améliorer la mise en œuvre à l'échelle nationale et européenne. Un conseil ministériel sera le visage politique et la force motrice des politiques internationales dans ce domaine.

Le processus européen Environnement et santé a plus de 20 ans. C'est l'un des meilleurs exemples de partenariat intersectoriel, et je m'engage résolument en faveur de la poursuite fructueuse de ce processus et de son utilisation comme modèle pour d'autres secteurs et dans d'autres domaines.

Enfin, je mentionne le changement climatique, qui est une source de préoccupation réelle et sérieuse, illustrée de façon frappante par de graves événements météorologiques dans notre partie du monde. Le cadre d'action en matière de changement climatique adopté à Parme donnera une ligne directrice adéquate pour la poursuite de notre travail dans ce domaine, et pour nos travaux visant à ménager une place pour l'écologie dans les services de santé, afin de maximaliser notre participation à la réduction des émissions de gaz à effet de serre.

L'essentiel de la charge de morbidité pesant sur la Région provient des maladies non transmissibles. Les maladies cardiovasculaires, les maladies chroniques du système respiratoire et le diabète sucré représentent la majorité des décès dans notre Région : 86 % des décès et 77 % de la charge de morbidité dans la Région européenne de l'OMS sont causés par ce groupe de maladies, qui sont liées entre elles par les mêmes facteurs de risque, déterminants et possibilités d'intervention.

Quoique les nations occidentales aient fait de grands progrès en matière d'abaissement des taux de mortalité pour les maladies cardiovasculaires, ceux-ci augmentent rapidement dans différentes zones de la Région, comme l'Asie centrale. Et avec eux, les maladies connexes, dont le diabète, minent la santé de la population et le développement humain, surtout dans des contextes de bas revenus, où la population active ayant un travail est la plus touchée.

Dans la partie occidentale de la Région, le cancer s'impose comme l'une des plus graves menaces tant pour la santé que pour les systèmes de santé. En effet, il a remplacé les maladies cardiovasculaires comme cause principale de décès dans au moins 28 des 53 pays de la Région, ce qui a requis des adaptations radicales des systèmes de santé pour répondre aux besoins complexes des

patients cancéreux. En 2008-2009, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a travaillé avec 8 pays pour les aider à élaborer des programmes nationaux de lutte contre le cancer incorporant la prévention primaire et secondaire, les soins palliatifs et la recherche.

La mauvaise santé mentale a été qualifiée d'« épidémie silencieuse », car des maladies telles que la dépression ou l'anxiété échappent souvent au dépistage et ne sont pas traitées, malgré le fait que la dépression est la principale cause d'invalidité dans le monde, tandis que 86 % des suicides ont lieu dans des pays à bas revenu. D'autres troubles mentaux, tels que la maladie d'Alzheimer, apparaissent en raison du vieillissement rapide de la population dans toute la Région, et ces maladies doivent, elles aussi, bénéficier de l'attention voulue. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe s'engage à aider les États membres à ménager aux incapacités mentales une place dans le programme de santé publique, en intégrant le traitement dans les soins primaires, en luttant contre la stigmatisation sociale et en défendant les droits des personnes souffrant d'incapacités mentales.

Derrière ces principales maladies mortelles se cachent un certain nombre de facteurs de risque. L'élimination de ces risques passe par la prévention, la promotion et des systèmes de santé performants, y compris sur le plan de la santé publique. Intervenir sur seulement 7 de ces risques (hypertension, hypercholestérolémie, hyperglycémie, surcharge pondérale, inactivité physique, tabagisme et abus d'alcool) réduirait de près de 60 % les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) dans la Région européenne de l'OMS et de 45 % dans les pays européens à haut revenu. Les travaux se sont poursuivis sur les déterminants de la santé, principalement sur les aspects liés aux modes de vie, mais un renouvellement des engagements politiques est requis dans certains domaines.

Une stratégie régionale intégrée relative aux maladies non transmissibles a été adoptée par le Comité régional en 2006. Au Bureau régional, nous avons désormais commencé à élaborer un plan d'action pour la mise en œuvre de cette stratégie. Celui-ci sera présenté au Comité régional en 2011. Nous voulons intensifier nos travaux dans ce domaine très important !

Une politique régionale est nécessaire en matière d'alcool, étant donné que la charge de morbidité imputable à une consommation nocive d'alcool est significative. Je ne suis pas fier de ce que je vais vous dire, mais la Région est numéro un de la consommation d'alcool.

L'alcool est le deuxième facteur de risque en matière d'AVCI, et le premier dans les pays d'Europe à bas revenu. Pour cette raison, j'ai l'intention d'élaborer un plan de mise en œuvre régional basé sur la récente stratégie mondiale concernant la consommation nocive d'alcool et sur le Cadre européen pour une politique en matière d'alcool. En juin, nous avons organisé sur aimable invitation de l'Espagne une réunion des homologues nationaux lors de laquelle tous les pays ont marqué leur approbation concernant un tel plan.

Des progrès considérables ont été accomplis dans toute la Région en ce qui concerne la lutte antitabac. Plusieurs pays ont adopté ou durci une législation antitabac et veillé plus attentivement à sa mise en œuvre. L'entrée en vigueur de la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac, renforcée par des mesures concrètes dans les pays, a introduit une dynamique. Cette année marque le cinquième anniversaire de la Convention-cadre, et nous le célébrerons pendant la pause-déjeuner de mardi, en mettant en avant les principaux résultats obtenus.

L'un des temps forts de la lutte antitabac durant cette année a été le trophée spécial décerné par le directeur général à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac. Le lauréat est le Premier ministre turc, pour avoir assumé avec détermination et constance un rôle de chef de file aux niveaux national et international. J'ai eu l'honneur et le privilège de lui remettre ce trophée le 19 juillet de cette année à Ankara.

La surcharge pondérale est l'un des plus grands défis auxquels la santé publique est confrontée au XXI<sup>e</sup> siècle : tous les pays sont touchés à différents degrés, et cela pose de gros problèmes, surtout dans un contexte socioéconomique moins favorisé. Le Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012 fixe des buts et des objectifs en rapport avec la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition dans la Région. Plus de 90 % des États membres européens ont élaboré une politique nationale. Le Bureau régional a travaillé avec les États membres pour réduire la consommation de sel et fournir des informations aux consommateurs, et a facilité le développement de six réseaux d'action. Ces dernières semaines, nous avons eu des entretiens avec l'industrie agro-alimentaire afin de définir des efforts coordonnés pour mettre en œuvre les politiques, directives et normes de l'OMS dans la production des aliments et des boissons. Cette collaboration recèle un énorme potentiel, et nous sommes donc désireux de la poursuivre.

Enfin, Mesdames et Messieurs, permettez-moi de mentionner le renforcement du système de santé et de santé publique. Comme nous l'avons souligné plus tôt, le Bureau régional réitérera son engagement en faveur de la santé publique et redynamisera son travail dans cet important domaine. Sans cet engagement, la Région ne sera pas en mesure de réagir face à cette double charge de morbidité :

d'une part, elle deviendra vulnérable aux maladies infectieuses et, d'autre part, elle ne sera pas capable de gérer l'épidémie de maladies non transmissibles. Dès lors, l'évolution dans le domaine de la santé publique sera l'une des priorités de la stratégie de renforcement des systèmes de santé. Des liens seront également établis avec les services de soins de santé primaires, ainsi qu'avec d'autres éléments du système de santé.

Le Bureau régional continuera à honorer les engagements pris lors de la Conférence de Tallinn, en 2008, et mettra en œuvre les résolutions adoptées à cette occasion. Il mettra particulièrement l'accent sur le recours à l'évaluation des performances pour garantir une responsabilisation vis-à-vis de la population, et sur l'adaptation des politiques en fonction des bases factuelles propres à chaque pays. En outre, le Bureau a répondu aux demandes d'assistance de plusieurs pays pour élaborer leurs plans de riposte à la crise financière (par exemple l'Arménie, l'Estonie et la Lettonie) ainsi qu'à plusieurs demandes de soutien d'ordre plus général pour les réformes sanitaires (Bulgarie, ex-République yougoslave de Macédoine, République de Moldova).

En ce qui concerne le travail dans les pays aux termes de la Charte de Tallinn, de grands progrès ont déjà été enregistrés, puisque certaines dispositions de la Charte ont été intégralement mises en application. Parmi les dernières réalisations accomplies, citons l'élaboration et la synthèse de bases factuelles en provenance d'une Région très diverse dans des domaines aussi importants que les réformes du financement du système de santé, les régimes d'assurance maladie et la viabilité financière à long terme.

La Bosnie-Herzégovine, la Finlande, le Kirghizistan, le Portugal, la République de Moldova et le Tadjikistan sont quelques-uns des autres États membres qui ont été aidés à formuler des politiques sanitaires nationales.

Au Tadjikistan, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a aidé à faciliter et à diriger un processus à intervenants multiples afin d'élaborer une nouvelle stratégie nationale dans le domaine de la santé, tandis qu'au Kirghizistan, l'OMS, grâce à une assistance technique de longue durée, a contribué à renforcer le lien entre les bases factuelles et les politiques dans la mise en application de la stratégie nationale de la santé. Une évaluation du plan sanitaire national du Portugal, qui s'inspire de travaux récents en matière d'élaboration d'une stratégie nationale de la santé, a récemment été entreprise, et en Lituanie et au Turkménistan, des travaux ont été entamés concernant de nouveaux plans et stratégies nationaux de la santé.

Avec l'assistance du Conseil de la politique mondiale, présidé par le directeur général, et conformément aux critères établis, les États membres suivants ont été choisis pour être inclus prioritairement dans le premier volet de renforcement des capacités et d'aide technique intensifiée pour le développement de politiques, stratégies et plans d'action nationaux : l'Arménie, l'Ouzbékistan, la République de Moldova, le Tadjikistan, le Turkménistan et l'Ukraine.

En matière de financement de la santé, des progrès visibles ont été accomplis. L'ouvrage relatif à la mise en œuvre des réformes du financement des soins de santé – *Lessons from countries in transition* (Enseignements tirés des pays en transition) – a été finalisé et sera présenté pendant ce Comité régional. Par ailleurs, notre Bureau s'est pleinement impliqué dans la production du *Rapport sur la santé dans le monde*, concernant le financement de la couverture universelle, qui sera présenté à Berlin (Allemagne) en novembre.

Le Bureau régional a également soutenu très activement les réformes du financement de la santé dans certains pays, par exemple en Bulgarie, en République de Moldova et dans les pays d'Asie centrale.

En ce qui concerne les ressources humaines pour la santé, le code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, adopté à l'unanimité par l'Assemblée mondiale de la santé cette année, constitue une avancée historique à la fois pour protéger les travailleurs migrants et pour lutter contre la pénurie catastrophique de professionnels de santé dans les pays en développement. Cela démontre un engagement décidé des États membres sur la scène internationale pour traiter ces dossiers. La Région européenne a largement contribué au processus de rédaction de ce code. Nous travaillons actuellement à une stratégie régionale pour la mise en œuvre du code et de ses principes, et nous fournirons aux États membres une assistance technique dans ce domaine.

Dans le domaine des technologies de la santé et des produits pharmaceutiques, un volume considérable de travail a été effectué pour analyser la qualité des médicaments contre la tuberculose dans la CEI, étudier l'accès au traitement et aux soins pour les patients souffrant du VIH/sida en Lituanie et soutenir l'Institut allemand de qualité et d'efficacité en matière de soins de santé, afin de l'épauler en tant qu'organisme de pointe pour des travaux axés sur les patients et les bases factuelles, afin de donner aux patients et au grand public les moyens d'agir. Le Bureau régional a également soutenu les pays d'Europe du Sud-Est en vue d'une participation à la Journée européenne de sensibilisation aux antimicrobiens.

Mesdames et Messieurs les Ministres, vos Excellences, mes chers collègues, Mesdames et Messieurs,

Avec votre aide, nous avons, au cours de cette année, travaillé avec acharnement pour traiter les dossiers et trouver les occasions à saisir dans le domaine de la santé publique, mais beaucoup reste à faire. Toutes les parties ont pour objectif de parvenir à améliorer la situation sanitaire en Europe. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe continuera à coordonner avec ses partenaires des interventions qui seront menées sur la base de données probantes, pour garantir à toutes les populations de notre Région le niveau de santé le plus élevé possible.

En conclusion, je voudrais réaffirmer que nous sommes conscients qu'il est important de pouvoir apporter quelque chose d'utile à chaque État membre de cette Région riche et diverse. J'ai la conviction que, en ce qui nous concerne, le personnel hautement qualifié et motivé du Bureau régional s'attache à apporter une valeur ajoutée au travail mené dans vos pays.

Je suis sûre qu'en jouant notre rôle particulier dans la Région, et en adhérant à nos principes, nous conserverons votre respect et votre appui au cours des années à venir.

Merci.

## Annexe 5

# Allocution du directeur général

Madame la Présidente, Mesdames et Messieurs les Ministres, Mesdames et Messieurs les délégués, Madame Jakab, Mesdames et Messieurs,

J'aimerais tout d'abord présenter mes meilleurs vœux à votre directrice régionale, Mme Jakab, pour ce premier Comité régional ayant lieu sous son administration.

Nous vivons une époque délicate, où nous devons rendre des comptes. Comme jamais auparavant, il faut être intelligent, stratégique et plein de ressources dans le domaine de la santé publique.

Je me félicite des initiatives, décrites dans votre documentation, pour rendre ce Bureau régional plus réactif aux besoins de ses États membres et aux attentes de ses citoyens. Comme vous le relevez, certaines solutions classiques et certaines manières de penser traditionnelles ne sont plus adaptées aux réalités complexes de la santé publique d'aujourd'hui.

En Europe, l'environnement de la santé évolue, à l'instar de ce qui se passe dans le monde. Il est réconfortant de voir que le renforcement de la contribution européenne à la santé mondiale, par le biais de la politique étrangère également, figure dans les grandes priorités pour l'avenir.

Pendant des décennies, cette Région a été l'indicateur des tendances et des difficultés sanitaires finissant par affecter le reste du monde. Raison pour laquelle vous avez été les pionniers dans la mise en place de politiques et d'approches utiles à la santé publique partout ailleurs. La Charte de Tallinn, par exemple, représente une réalisation historique, valable bien au-delà de l'Europe.

Les pays européens sont également en tête dans la recherche d'une politique sanitaire cohérente à l'échelle mondiale et ils ont raison. Dans la communauté de la santé publique, ils font partie des plus généreux donateurs et, pour être franche, ils figurent également parmi les plus novateurs et les plus tournés vers l'avenir. Ce leadership s'est manifesté de manière particulièrement évidente lors de la conférence de haut niveau de l'Union européenne sur la santé mondiale, organisée en juin. Recherchant une cohérence politique, les pays européens ont exprimé leur engagement en faveur de la couverture universelle et ont insisté sur le renforcement des capacités dans les pays en développement en tant que fondement pour des solutions durables, l'autonomie et une aide plus efficace. L'importance donnée au renforcement des systèmes de santé a été particulièrement encourageante pour moi.

À mes yeux, la Charte de Tallinn a contribué sans aucun doute à donner aux systèmes de santé cette place de choix dans les priorités politiques. Je suis également certaine que la Charte sera utile à cet effort en tant qu'instrument politique orienté sur l'action.

Le besoin d'une politique de santé mondiale cohérente est d'autant plus important que la santé publique est confrontée à des difficultés complexes et diverses. De nos jours, les responsables de la santé doivent aussi s'occuper de politique s'ils veulent avoir des résultats. Les risques auxquels l'humanité a été confrontée tout au long de son histoire ont pris une ampleur toute autre, entraînant des perturbations plus généralisées dans un monde hautement interdépendant et interconnecté.

Les menaces pesant sur la santé sont de plus en plus créées ou amplifiées par les politiques décidées dans d'autres secteurs. Pour combattre à la racine de nombreux problèmes de santé, les responsables doivent en diagnostiquer les causes et les conséquences, dans une terminologie parlante pour les intérêts essentiels de ces autres secteurs.

Récemment, la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé a pris explicitement ce point en compte. Elle reconnaît le rôle de plus en plus essentiel des arguments économiques dans l'élaboration de politiques rationnelles dans tous les secteurs.

La phrase selon laquelle « la santé, c'est la prospérité », pour laquelle le Comité régional aurait pu demander des droits d'auteur, a un corollaire important. Si, d'un côté, il est vrai que les investissements dans la santé contribuent à la richesse nationale, d'un autre côté les politiques qui négligent leur impact sur la santé peuvent s'avérer à double tranchant : il arrive qu'elles créent ou aggravent des problèmes sanitaires coûteux, annulant ainsi tout bénéfice net en termes de progrès humains.

Cette nécessité de tenir compte de l'effet sur la santé est inhérent aux politiques aussi bien au niveau international que national. De plus en plus, la santé est la victime involontaire de politiques décidées par des systèmes internationaux qui lient ensemble les pays, les économies, le commerce, les échanges et les affaires étrangères. C'est la nouvelle cause de reculs au XXI<sup>e</sup> siècle.

J'aimerais illustrer mon propos en prenant en exemple un domaine, la politique alimentaire, et une maladie, le diabète.

L'industrialisation de la production a permis jusqu'à maintenant de nourrir une population mondiale de plus en plus nombreuse et c'est indéniablement une bonne chose. Mais cette tendance, associée à la mondialisation du commerce et de la distribution des denrées alimentaires, fait qu'on trouve maintenant partout dans le monde, y compris dans les villes des pays en développement, des aliments transformés, riches en graisses, en sucres, en sel et pauvres en nutriments essentiels qui, à l'évidence, contribuent à la recrudescence des maladies chroniques.

Les faits montrent de plus en plus que l'obésité et le diabète de type 2, très fortement associés à une alimentation déséquilibrée, ont atteint des proportions épidémiques en Asie, où la transition alimentaire a été particulièrement rapide. Dans cette région du monde, le nombre de personnes développant un diabète à un âge plus jeune est plus grand que dans les pays industrialisés. Malheureusement, elles en meurent aussi plus jeunes. Le diabète est une maladie particulièrement coûteuse, pour les sociétés, en termes de soins chroniques et en termes de factures d'hôpitaux pour des complications bien connues.

Certains économistes ont décrit l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du diabète comme un « effet indésirable du progrès », une conséquence du développement économique. Mais je ne poserai qu'une seule question : est-ce vraiment un progrès ? Où est le bénéfice net quand le développement économique s'accompagne d'un recul de la santé ?

Mesdames et Messieurs,

Nous vivons une époque délicate, où nous devons rendre des comptes. Les échéances se rapprochent et les factures des extravagances du passé vont devoir être payées.

Le ralentissement économique actuel est mondial. C'est le pire que l'on ait connu en une génération et il est loin d'être terminé. Il résulte de la cupidité, aggravée par une carence généralisée dans la gestion du risque, à tous les niveaux du système financier.

Le changement climatique est le prix à payer aujourd'hui pour des politiques favorisant la croissance de la richesse économique, au détriment de la protection de l'équilibre écologique.

De multiples crises mondiales, sur de multiples fronts, ont transformé la première décennie d'un siècle aux débuts si prometteurs, en particulier dans le domaine de la santé publique. Les objectifs du Millénaire pour le développement ont stimulé le développement international de la santé. La première décennie de ce siècle a vu la création de nombreuses initiatives mondiales pour la santé, de nouveaux dispositifs de financement et de nouveaux instruments financiers. Les promesses d'aide officielle au développement pour la santé ont plus que triplé.

Les résultats parlent d'eux-mêmes : l'investissement dans le développement de la santé est fructueux et, finalement, nous nous rapprochons de l'un des buts de la santé publique les plus difficiles à atteindre : étendre la couverture des interventions qui sauvent des vies.

En près de 60 ans, la mortalité des enfants de moins de cinq ans est passée en dessous de 10 millions, puis de 9 millions. Plus tard dans la semaine, l'UNICEF et l'OMS publieront de nouvelles estimations révélant une nouvelle baisse de près d'un million de décès.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le nombre des personnes bénéficiant des traitements antirétroviraux contre le sida est passé de moins de 200 000 fin 2002 à largement plus de 5 millions aujourd'hui, un progrès impensable il y a seulement dix ans.

Le nombre des nouvelles infections tuberculeuses a atteint un pic puis a amorcé une baisse lente, mais régulière. Pour la première fois depuis plusieurs décennies, les données en provenance d'Afrique subsaharienne semblent indiquer un retournement de la situation du paludisme qui, jusque-là, ne cessait de se dégrader. Les pays qui ont réussi à atteindre une haute couverture pour les interventions recommandées ont vu le nombre des décès par paludisme diminuer de plus de 50 %. Les études révèlent maintenant des baisses de 60 % et plus pour la mortalité des jeunes enfants toutes causes confondues.

Demain, l'OMS publiera conjointement avec l'UNFPA, l'UNICEF et la Banque mondiale de nouvelles estimations indiquant une baisse mondiale significative de la mortalité maternelle, les plus fortes diminutions, d'environ 60 %, étant signalées en Asie orientale et en Afrique du Nord.

Dans tous ces domaines, les progrès sont sensibles et très attendus. Mais ils n'en demeurent pas moins fragiles, pour des raisons échappant largement à notre contrôle.

Il est très possible qu'aux yeux de l'histoire, la première décennie du XXI<sup>e</sup> siècle reste celle où les pays se sont trouvés confrontés aux dangers des interactions dans un monde singulièrement plus interdépendant.

Les sceptiques qui doutent de la réalité du changement climatique feraient bien de porter toute leur attention aux événements récents en Chine, au Pakistan, ou encore ici, en Fédération de Russie. Les pluies diluviennes, les glissements de terrain, les inondations, les vagues de chaleur, les sécheresses, les incendies et les récoltes détruites correspondent bien aux prévisions des climatologues. Ils avaient averti le monde à de nombreuses reprises qu'il fallait s'attendre à une fréquence et à une intensité accrues des événements météorologiques extrêmes. C'est ce que nous observons.

On décrit de plus en plus ces événements comme étant les pires du siècle ou les pires jamais enregistrés. Les records sont battus un nombre de fois lui aussi record.

La pression se ressent au niveau international. Les Nations Unies ont lutté pour mobiliser des fonds d'urgence à une échelle correspondant à l'ampleur des souffrances et des pertes au Pakistan, ainsi qu'à la menace bien réelle d'épidémies. En fait, j'ai travaillé jusqu'à 2 heures du matin, discutant avec New York sur la manière de réagir à cette situation. Les pertes énormes de récoltes subies par ce pays et la Fédération de Russie influent déjà sur le prix des céréales sur les marchés internationaux. La Fédération de Russie est le quatrième exportateur de blé et le Pakistan se situe dans les dix premiers. Nous devons anticiper une crise mondiale avec une augmentation des prix des denrées alimentaires qui frappera particulièrement les familles démunies.

L'avenir du financement de l'OMS figure à votre ordre du jour, de même que le projet de budget programme 2012-2013. Le ralentissement économique a affecté d'une manière disproportionnée les pays de cette Région et vos budgets sont épluchés avec la plus grande attention.

L'argent est rare et la santé publique en ressent les conséquences à tous les niveaux, budgets nationaux pour la santé, engagements pour l'aide officielle au développement ou fonds disponibles pour soutenir les travaux du Fonds mondial, de l'Alliance GAVI et d'autres initiatives mondiales.

Je peux vous assurer d'une chose : les perspectives économiques austères affectent aussi l'OMS. Les aspirations décrites dans le projet de budget programme devront peut-être être réajustées pour tenir compte des réalités de la situation économique mondiale.

Mesdames et Messieurs,

La bonne volonté et l'engagement restent inébranlables. L'élan se poursuit, en particulier pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Mais, comme je l'ai dit, l'argent est rare.

Des initiatives telles que le Fonds mondial ou l'Alliance GAVI ont fait beaucoup de bien et sont partout saluées comme des modèles de réussite. Ces initiatives ont introduit le principe du financement fondé sur les résultats. Et cependant, malgré leurs résultats excellents, quantifiables, elles sont désormais financièrement exsangues.

D'autres initiatives ont permis d'accélérer la mise au point de nouveaux vaccins pour prévenir la pneumonie et la diarrhée, qui sont les deux maladies les plus meurtrières chez les jeunes enfants dans le monde en développement. Et pourtant, l'introduction de ces

vaccins vitaux dans les programmes de vaccination systématique se trouve désormais en danger du fait de l'insuffisance des fonds. Cette pénurie de fonds menace aussi de limiter l'introduction d'un puissant nouveau vaccin conjugué visant à réduire l'épidémie dans la ceinture africaine de la méningite.

Une crise financière, semée par l'appât du gain, peut-elle annuler les fragiles avancées obtenues dans le domaine de la santé grâce à tant de bonne volonté et d'innovation ? Que faut-il en penser ? Le pire dans la nature humaine l'emporte-t-il sur le meilleur ? Ces questions ont une large portée, et il faut les poser.

Il y a deux semaines, lors d'une conférence en Australie, M. Michel Sidibe, directeur exécutif de l'ONUSIDA, a exprimé l'avis selon lequel le monde est devenu insensible face au VIH/sida. La réponse apportée, y compris le soutien financier, ne correspond plus à la réalité des 7400 personnes nouvellement infectées chaque jour.

Tandis que vous débattrez lors de cette session, l'objectif 2010 fixé pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole et pour la prévention du syndrome de rubéole congénitale ne sera certainement pas atteint. Bien que parfaitement faisables d'un point de vue technique, les perspectives d'élimination ont été freinées par le relâchement des efforts politiques et publics, ainsi que par les préoccupations infondées des parents quant à la sécurité des vaccins.

Les progrès réalisés en vue de l'éradication de la poliomyélite sont tout aussi fragiles, comme l'a montré récemment l'importation du poliovirus au Tadjikistan qui met en péril le statut de zone exempte de poliomyélite de la Région. Votre directrice régionale vous a mis au courant de la situation actuelle.

Nous devons nous battre pour obtenir de l'argent, mais nous devons aussi nous battre contre le relâchement des efforts et la lassitude. En ces temps d'austérité économique, de dangereux comptes peuvent voir le jour. Combien de vies peuvent être sauvées, dans quelle mesure la pauvreté peut-elle être réduite, par une somme d'argent déterminée ? Nous devons être très prudents à l'égard des changements de priorités. La thérapie antirétrovirale pour lutter contre le VIH/sida est une ligne de vie pour toute l'existence. La seule stratégie de sortie acceptable d'un point de vue éthique consiste à empêcher que de nouvelles infections se produisent.

Et il y a bien d'autres défis à relever.

La demande publique pour des soins de bonne qualité progresse partout, relayée par les nouvelles technologies de communication et les médias sociaux. Il s'agit certes d'une évolution encourageante, mais les systèmes de santé peuvent-ils se permettre de satisfaire ces attentes ?

En outre, les décisions qui ont une incidence sur la santé et les soins font maintenant l'objet d'une nouvelle forme d'examen électronique moyennant lequel les individus obtiennent des informations instantanées à partir de tout un éventail de sources différentes. Ils jugent eux-mêmes des informations à considérer fiables et des conseils à suivre, et se forment ainsi leurs propres compétences. L'époque où la santé publique pouvait délivrer des avis, reposant sur les meilleures données scientifiques disponibles, et attendre du public qu'il se conforme à ceux-ci, sera peut-être bientôt une époque révolue.

Nous avons connu cela avec le vaccin ROR, puis à nouveau au cours de la pandémie de grippe.

Mesdames et Messieurs,

L'OMS fait l'objet d'un examen minutieux pour son action face à la grippe pandémique de 2009. Pour certains, les mesures d'intervention adoptées apparaissent désormais excessives par comparaison à l'impact modéré de la pandémie. Un tel examen est compréhensible, et nous répondons aux préoccupations manifestées.

Nous sommes heureux que l'impact de la pandémie n'ait été que modéré. Si le virus H1N1 avait muté pour devenir plus mortel, nous ferions l'objet d'un autre type d'examen approfondi pour n'avoir pas réussi à protéger un grand nombre de gens.

Les plans de riposte, mis au point pendant les années où le virus de la grippe aviaire H5N1 très dangereux faisait l'objet d'une surveillance inquiète, ont préparé le monde à un événement beaucoup plus grave. Revoir ces plans à la baisse s'est avéré difficile, en partie parce que personne n'était en mesure de répondre avec certitude à une question fondamentale : est-il sans risque de le faire ? Sommes-nous sûrs de ce que nous faisons ? Faut-il oser ?

L'approche en plusieurs phases de l'alerte pandémique, introduite en 1999 comme une stratégie visant à réduire l'anxiété publique, a en fait eu l'effet inverse. Elle a conduit à une dramatisation des étapes menant à la déclaration d'une pandémie, aux yeux du public et des médias. Influencer sur ces perceptions de l'épidémie pour s'adapter à un événement beaucoup moins grave a été problématique.

Les capacités limitées et les temps de production relativement longs des fabricants de vaccins ont été un obstacle à la souplesse de la réaction. Il fallait passer commande avant que ne soient disponibles les données factuelles permettant d'étayer les projections des besoins. Par exemple, certaines commandes ont reposé sur l'hypothèse selon laquelle deux doses seraient nécessaires. Les procédures pour obtenir des dons de vaccins à l'intention des pays en développement se sont avérées beaucoup plus pesantes et longues que prévu. Vous avez peut-être besoin d'entendre que le processus de déploiement des vaccins profite à 83 pays qui, autrement, n'auraient pas eu de vaccins. J'en remercie bon nombre de vos pays, ainsi que beaucoup de partenaires.

À maints égards, nous aurions pu mieux faire. Je m'en remets aux conclusions du Comité d'examen, créé en vertu du Règlement sanitaire international, pour conseiller l'OMS sur les changements nécessaires.

Je ne veux pas préjuger du résultat de cet examen, qui est mené avec une grande rigueur et pris très au sérieux, mais je peux répondre à au moins une question brûlante. L'OMS a-t-elle été influencée par des liens avec l'industrie pharmaceutique ?

J'ai, bien évidemment, largement participé aux discussions qui ont conduit l'OMS à annoncer les changements de phase. Je peux vous l'assurer : jamais, à aucun moment, je n'ai vu la moindre petite preuve que les intérêts pharmaceutiques, par opposition aux préoccupations de santé publique, ont influencé une décision ou un conseil quel qu'il soit fourni à l'OMS par les experts. Jamais je n'ai vu la moindre petite preuve que les profits financiers pour l'industrie, par opposition aux données épidémiologiques et virologiques, ont influencé les décisions de l'OMS.

J'aurai l'occasion, plus tard au cours de ce mois, de présenter mon point de vue au Comité d'examen, ainsi que la documentation complète, à la fois publique et confidentielle, concernant toutes les délibérations et décisions de l'OMS. Tous nos dossiers sont conservés méticuleusement. Comme je l'ai dit, nous accueillons favorablement cet examen comme une occasion d'améliorer nos résultats. La pandémie de grippe 2009 ne sera pas la dernière urgence de santé publique appelant une réponse au niveau international.

Mesdames et Messieurs,

Comme je l'ai dit, il faut être intelligent, stratégique et plein de ressources dans le domaine de la santé publique, plus que jamais auparavant.

Intelligent, parce qu'il convient d'utiliser des arguments économiques pour défendre l'investissement dans la santé, comme vous le faites ici en Europe. Même si le droit fondamental à la santé est inscrit dans la Constitution de l'OMS, les arguments économiques auront sans doute un poids plus important en ces temps d'austérité.

Stratégique, parce qu'il faut fixer les bonnes priorités et adopter les bonnes politiques. L'un des niveaux de cet engagement stratégique est représenté par l'action de la communauté internationale au cours de la dernière décennie : assurer des interventions permettant de sauver des vies sur une très grande échelle. Je remercie les pays de cette Région pour le soutien financier qu'ils ont apporté à ces efforts et pour les initiatives novatrices qu'ils ont contribué à mener.

Un niveau d'engagement stratégique plus élevé passe par le renforcement des capacités et des infrastructures fondamentales, telles que les systèmes d'achat et de prestation, le personnel de santé, les systèmes d'information, les systèmes de financement et les capacités de réglementation. C'est dans ces domaines que l'engagement de la Région européenne et de l'Union européenne est particulièrement apprécié.

D'une certaine façon, le plus haut niveau d'engagement stratégique vise à influencer sur l'environnement politique, tel qu'il est façonné par tous les secteurs pertinents. Il vise à créer les occasions et les conditions qui favoriseront une meilleure santé, et ainsi à s'attaquer aux causes fondamentales des problèmes de santé en remontant en amont aussi loin que possible. C'est un domaine où les ministères européens de la santé ont fait, de l'une des façons les plus marquantes, œuvre de pionnier, longtemps avant que la Commission des Déterminants sociaux de la Santé publie son rapport. Comme le docteur Jo Asvall aimait à le dire, avec la vivacité d'esprit qui lui était propre : créer un tel environnement politique permet de faire en sorte que les choix sains soient les plus faciles.

Il faut aussi être plein de ressources parce qu'il convient de trouver des moyens novateurs de financer le développement de la santé, mais aussi de limiter le gaspillage et le manque d'efficacité.

La viabilité financière des systèmes de santé est citée comme l'un des sept principaux défis auxquels se trouve confrontée la Région. À nouveau, la situation que connaissent les pays européens est une tendance qui se dessine dans le monde entier. Bien que les ressources disponibles pour investir dans les soins de santé soient très différentes, les principaux problèmes sanitaires auxquels se trouvent confrontés les pays riches et les pays en développement deviennent étonnamment semblables. Partout dans le monde, les gens vivent plus longtemps et les technologies qui permettent de prolonger la vie et d'en améliorer la qualité sont de plus en plus coûteuses.

Le *Rapport sur la santé dans le monde* de cette année, consacré au financement des systèmes de santé, propose une série d'options pour lever des ressources suffisantes et supprimer les obstacles à l'accès, en particulier pour les populations défavorisées. L'idée maîtresse est la réalisation de la couverture universelle.

L'une des constatations phares du rapport est que, selon les estimations, de 20 à 40 % de toutes les dépenses de santé sont actuellement gaspillées par manque d'efficacité. Il met en évidence dix domaines spécifiques où de meilleures politiques et de meilleures pratiques pourraient améliorer l'impact des dépenses de santé, parfois de manière radicale. En ces temps d'austérité économique, réduire le gaspillage et l'inefficacité est une solution beaucoup plus judicieuse que de réduire les budgets de santé.

Le Rapport est officiellement présenté à Berlin en novembre. J'espère qu'il pourra contribuer, conjointement à la Charte de Tallinn, à améliorer la viabilité financière des systèmes de santé, dans cette Région comme ailleurs.

Je vous remercie.

## Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.

### États membres

Albanie	Kazakhstan
Allemagne	Kirghizistan
Andorre	Lettonie
Arménie	Lituanie
Autriche	Luxembourg
Azerbaïdjan	Malte
Bélarus	Monaco
Belgique	Monténégro
Bosnie-Herzégovine	Norvège
Bulgarie	Ouzbékistan
Chypre	Pays-Bas
Croatie	Pologne
Danemark	Portugal
Espagne	République de Moldova
Estonie	République tchèque
Ex-République yougoslave de Macédoine	Roumanie
Fédération de Russie	Royaume-Uni
Finlande	Saint-Marin
France	Serbie
Géorgie	Slovaquie
Grèce	Slovénie
Hongrie	Suède
Irlande	Suisse
Islande	Tadjikistan
Israël	Turkménistan
Italie	Turquie
	Ukraine

### Organisation mondiale de la santé

#### Bureau régional de l'Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhague Ø

Danemark

Tél. : +45 39 17 17 17

Fax : +45 39 17 18 18

Courriel : [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)

Site Web : [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)