



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

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE  
*Quarante-neuvième session, Florence, 13 – 17 septembre 1999*

---

EUR/RC49/RC/1  
14 octobre 1999  
11809  
ORIGINAL : ANGLAIS

# RAPPORT SUR LA QUARANTE-NEUVIÈME SESSION

### **Mots clés**

REGIONAL HEALTH PLANNING  
HEALTH POLICY  
ALCOHOLISM – prevention and control  
PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION  
ENVIRONMENTAL HEALTH  
DISASTER PLANNING  
INTERNATIONAL COOPERATION  
ELECTION OF OFFICERS  
RESOLUTIONS AND DECISIONS  
EUROPE

## SOMMAIRE

	<i>Pages</i>
Introduction .....	1
Ouverture de la session .....	1
Élection du bureau .....	1
Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail .....	1
Examen de l'activité de l'OMS .....	1
Déclaration du directeur général .....	1
Déclaration du directeur régional .....	3
Rapport du Comité permanent du Comité régional .....	5
Membres semi-permanents du Conseil exécutif .....	6
Amendements aux règlements intérieurs .....	6
Collaboration avec les autres institutions des Nations Unies et les organisations d'intégration, les organisations intergouvernementales et non gouvernementales présentes en Europe .....	7
Activité future de l'OMS .....	9
Questions soulevées par les décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif .....	9
SANTÉ 21 : la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS .....	10
Action menée par le Bureau régional eu égard à la réforme de l'OMS et à la SANTÉ 21 .....	10
Promotion de la SANTÉ 21 .....	10
Indicateurs de la SANTÉ 21 et surveillance des progrès accomplis vers la Santé pour tous ...	11
La structure et la fonction de la santé publique en Europe .....	12
Évaluation des phases I et II (1992–1999) du Plan d'action européen contre l'alcoolisme et adoption de la phase III (2000 – 2005) .....	13
Stratégie par pays .....	15
Description des activités pays figurant dans le budget-programme .....	15
Principes et critères de détermination des crédits alloués aux pays .....	15
Environnement et santé .....	17
Renforcement de l'action de santé publique lors de catastrophes naturelles et coopération internationale pour la préparation aux situations d'urgence et exposés sur les activités de l'OMS au Kosovo et en Turquie .....	18
Élections et désignations .....	19
Désignation d'un candidat au poste de directeur régional .....	19
Désignation de membres du Conseil exécutif .....	20
Élection de membres du Comité permanent du Comité régional .....	20
Élection des membres du Comité européen de l'environnement et de la santé .....	20
Élection d'un membre du Comité Politiques et coordination du Programme spécial OMS de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine .....	20
Élection d'un membre du Comité consultatif du Programme d'action pour les médicaments essentiels .....	20
Autres questions .....	20
Hommage au Dr Leo Kaprio .....	20
Date et lieu de la cinquantième et de la cinquante et unième sessions .....	20

Résolutions .....	21	
EUR/RC49/R1	Amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional.....	21
EUR/RC49/R2	Désignation du directeur régional .....	21
EUR/RC49/R3	Vote de remerciements au Dr Jo Eirik Asvall .....	21
EUR/RC49/R4	Environnement et santé .....	22
EUR/RC49/R5	Planification stratégique pour les activités avec les pays et répartition des crédits de pays dans la Région européenne .....	23
EUR/RC49/R6	Action de santé publique nécessaire en cas de catastrophes naturelles et de situations d'urgence et coopération internationale pour la préparation aux situations d'urgence.....	24
EUR/RC49/R7	Date et lieu des sessions ordinaires du Comité régional en 2000 et 2001 .....	25
EUR/RC49/R8	Plan d'action européen contre l'alcoolisme – troisième phase.....	25
EUR/RC49/R9	Renforcer le rôle de la santé publique dans la Région européenne .....	26
EUR/RC49/R10	Indicateurs de la Santé pour tous utilisés pour la surveillance et l'évaluation de la SANTÉ 21.....	28
EUR/RC49/R11	Rapport du Comité permanent du Comité régional.....	29
Annexe 1	Ordre du jour.....	30
Annexe 2	Liste des documents de travail .....	31
Annexe 3	Liste des représentants et autres participants .....	33

## **INTRODUCTION**

### **Ouverture de la session**

La quarante-neuvième session du Comité régional de l'Europe s'est tenue à Florence du 13 au 17 septembre 1999. Les représentants de 50 pays de la Région y ont participé. Des observateurs d'un État non-membre et de deux pays membres de la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies, ainsi que des représentants de la Banque mondiale, du Fonds des Nations Unies pour la population, du Conseil de l'Europe, de la Commission européenne et d'organisations non gouvernementales étaient également présents.

La cérémonie d'inauguration a eu lieu au Palazzo Vecchio le 13 septembre 1999 au soir. Des discours ont été prononcés par le Dr Leonardo Domenici, maire de Florence, Mme Rosy Bindi, ministre italien de la santé, le Dr Vannino Chiti, président de la région de Toscane, le Dr Gro Harlem Brundtland, directeur général de l'OMS, et le Dr Jo Asvall, directeur régional de l'Europe de l'OMS.

La première séance de travail du Comité a été ouverte le 13 septembre 1999 par M. Carsten Koch, président sortant.

### **Élection du bureau**

Le Comité a élu son bureau, composé comme suit :

Mme Rosy Bindi (Italie)	présidente
Dr Danielle Hansen-Koenig (Luxembourg)	présidente exécutive
Dr Jeremy Metters (Royaume-Uni)	vice-président exécutif
Mme Miloslava Kollarova (Slovaquie)	rapporteur

### **Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail (EUR/RC49/1 Rev.1 et /Conf.Doc./1)**

Le Comité a adopté l'ordre du jour et le programme de travail en y ajoutant un point portant sur le renforcement de l'action de santé publique lors de catastrophes naturelles, et de la coopération internationale pour la préparation aux situations d'urgence.

## **EXAMEN DE L'ACTIVITÉ DE L'OMS**

### **Déclaration du directeur général**

Le directeur général a présenté quatre orientations stratégiques mondiales que devra suivre l'OMS à l'aube du nouveau millénaire. La première consiste à réduire les effets de la morbidité, notamment chez les pauvres et les populations marginalisées. Les maladies non transmissibles constituent un problème croissant, toutefois les maladies infectieuses restent une menace capitale pour tous les États membres. Les efforts déployés par l'OMS dans la mise en place de cadres stratégiques communs pour la prévention et la prise en charge des maladies transmissibles ont commencé à porter leurs fruits ; les mesures énergiques visant à lutter contre la diphtérie dans les zones endémiques ont sauvé des milliers de vies, et des actions concertées, dont l'instauration d'alliances efficaces, ont débouché sur un monde en passe d'éradiquer la poliomyélite. Il faut faire reculer le paludisme ; cet objectif peut être atteint dans le cadre d'efforts conjugués et en s'employant à améliorer les interventions, adopter de nouvelles mesures de prévention et trouver de nouveaux traitements, ainsi qu'à mieux cibler l'action des services de santé.

La lutte contre le sida est extrêmement difficile, mais l'engagement de l'OMS en faveur de cette lutte est total. La nécessité d'assurer la sécurité transfusionnelle est considérée comme la clé du succès et la Journée mondiale de la santé 2000 portera sur ce thème. La tuberculose constitue aussi une menace mondiale majeure pour la santé, notamment en Europe orientale et en Asie centrale, et l'OMS redoublera d'efforts pour associer de nouveaux partenaires à la coalition mise en place sous l'égide de l'initiative

Halte à la tuberculose. L'Organisation a besoin de l'engagement de ses États membres pour atteindre une couverture de 100% grâce à la stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) d'ici l'an 2005. D'une manière plus générale, il a été décidé de mettre en place une alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination qui sera dirigée par l'OMS pendant les deux prochaines années.

La deuxième orientation stratégique vise à faire obstacle aux menaces potentielles pour la santé qui résultent des crises économiques, de l'insalubrité de l'environnement et des comportements dangereux. Il faut une volonté politique pour voir la santé publique jouer un rôle central et renforcer les infrastructures de santé publique, mais il importe aussi de se rendre compte plus clairement que certains domaines en dehors du secteur de la santé ont des répercussions importantes sur la santé. La Troisième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé qui s'est tenue à Londres au mois de juin a été l'exemple même d'une collaboration intersectorielle efficace et a montré que les pays pouvaient conclure des accords juridiquement contraignants concernant à la fois le secteur de la santé et d'autres secteurs. De même, il est nécessaire d'adopter une démarche intersectorielle pour s'attaquer à des comportements dangereux pour la santé comme le tabagisme et protéger les jeunes contre la violation de leurs droits par l'industrie du tabac qui mène une offensive envahissante.

La troisième orientation stratégique concerne les systèmes de santé. Les pays comptent sur l'OMS pour les aider à concevoir des systèmes de santé mieux à même de répondre aux besoins présents et futurs. Il est nécessaire de fixer des priorités selon un processus basé sur des données factuelles, éthiquement fondé et socialement acceptable. Les systèmes de santé devront avoir pour objectif d'améliorer l'état de santé, de réduire les inégalités face à la santé et de protéger les gens des pertes financières dues aux dépenses de santé. Un nombre croissant de données permet de penser qu'un système de paiement anticipé est un moyen efficace et équitable de parvenir à cet objectif. Pour preuve de l'importance de ce sujet, le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* lui sera entièrement consacré.

La quatrième orientation concerne le programme de développement. La santé est un élément clé du développement humain et du progrès et il est évident qu'une amélioration de la santé peut briser le cercle vicieux de la pauvreté. L'OMS a récemment réuni les principaux bailleurs de fonds afin de dialoguer sur la façon dont la santé peut contribuer plus puissamment à réduire la pauvreté et à accélérer la croissance. Afin d'étudier cette question essentielle plus en profondeur, le directeur général a décidé de nommer une commission Macroéconomie et santé.

En conclusion, le directeur général a souligné la nécessité pour l'OMS de redéfinir son rôle en tant qu'organisation technique chef de file dans le domaine de la santé, ainsi que de se demander où se situe son avantage comparatif et de définir les fonctions qu'elle est le mieux à même d'exécuter. L'OMS a besoin de se placer dans une position stratégique et de se consacrer aux interventions ayant les plus fortes répercussions. À cette fin, le directeur général avait déjà pris des mesures d'efficacité en se conformant aux demandes de l'Assemblée mondiale de la santé et elle a demandé aux États membres de l'aider dans ses efforts visant à libérer des fonds destinés à financer les domaines prioritaires.

Tous les orateurs ont exprimé leurs félicitations au directeur général pour les résultats auxquels elle était parvenue en si peu de temps : sous sa houlette, l'Organisation est devenue plus transparente, plus responsable et plus efficace. Des représentants ont exprimé leur attachement permanent à la cause de l'OMS et à ses idéaux, ainsi qu'aux quatre orientations stratégiques énoncées par le directeur général.

Un représentant a soulevé la question du conflit au Timor-Oriental et la nécessité pour l'OMS d'apporter une aide humanitaire de toute urgence. Un autre représentant a exprimé les remerciements de ses concitoyens et de son gouvernement pour l'aide apportée par l'OMS, les États membres de la Région européenne et la communauté internationale lors du récent tremblement de terre en Turquie et a sollicité la poursuite de cette aide au moment où le pays s'engage dans un programme de reconstruction. D'autres orateurs ont examiné des préoccupations relatives aux catastrophes dont ont été victimes leurs pays et demandé à l'OMS une aide soutenue.

Plusieurs orateurs ont évoqué la nécessité d'aborder toutes les activités de l'OMS dans une perspective mondiale et interrégionale et félicité le directeur général pour les efforts qu'elle avait accomplis à cet égard ; un représentant a toutefois demandé que soit instauré un mécanisme au sein de l'OMS visant à mettre à profit les compétences techniques des pays d'Europe centrale et orientale (PECO) et des nouveaux États indépendants (NEI) pour aider d'autres pays se trouvant à un stade moins avancé de leur développement, notamment en ce qui concerne la réforme de leur système de santé.

En réponse, le directeur général a déclaré que l'OMS est prête à apporter une aide humanitaire et à utiliser l'expérience acquise dans d'autres pays pour aider le Timor-Oriental. Il importe aussi de collaborer avec les organisations non gouvernementales (ONG) de manière à coordonner les efforts. Enfin, elle a confirmé que, même si des questions, notamment celle des personnes âgées et des malades mentaux, n'avaient pas été abordées dans son discours, elles n'en étaient pas moins importantes pour l'OMS et allaient de soi lorsqu'elle avait parlé de l'équité et de services de santé appropriés et accessibles qui répondent aux besoins de la population. Deux grandes réunions de l'OMS consacrées à la santé mentale auront lieu dans le courant de l'année. La sécurité alimentaire est aussi un domaine dans lequel l'OMS a un rôle important à jouer pour ce qui est de veiller à la fixation et au respect des normes.

### **Déclaration du directeur régional (EUR/RC49/Inf.Doc./1)**

Le directeur régional a commencé par attirer l'attention sur les crises très graves qu'a connu la Région au cours des 12 derniers mois, et notamment les conflits armés comme la guerre au Kosovo, la guérilla au Kirghizistan et au Dagestan (Fédération de Russie) et le tremblement de terre en Turquie. L'OMS s'est efforcée de relever tous ces défis le mieux possible : elle a notamment détaché un fonctionnaire pour occuper les fonctions de commissaire de la santé auprès de la mission de l'Organisation des Nations Unies au Kosovo (UNMIK), participé aux missions d'évaluation de l'Organisation des Nations Unies, donné des conseils sur la mobilisation des ressources, assuré les approvisionnements et ouvert un bureau.

Dans une optique plus positive, l'adoption de la nouvelle politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS – SANTÉ 21 – a donné un coup d'accélérateur à l'élaboration des politiques de la santé en Europe. La SANTÉ 21 a été traduite en douze langues européennes, indépendamment des quatre langues de travail de la Région, et de nombreux pays ont actualisé leur politique nationale ou sont en passe de le faire. L'OMS a créé le centre européen pour l'analyse de la politique sanitaire à Bruxelles qui a pour mission d'appuyer vigoureusement les activités d'évaluation des impacts sur la santé.

Dans le domaine de la lutte contre les maladies, l'Europe est sur le point d'éradiquer la poliomyélite ; en effet, aucun cas n'a été notifié dans la Région depuis huit mois. La stratégie DOTS visant à lutter contre la tuberculose a été adoptée par les pays d'Europe occidentale et orientale et l'épidémie de diphtérie peut être considérée comme vaincue. Malheureusement, le paludisme a fait sa réapparition en Europe et il faut intensifier les efforts, surtout dans les parties septentrionale et orientale de la Région.

Il semble que le nombre de personnes atteintes du sida soit maintenant en diminution dans l'ensemble de la Région, mais la transmission de l'infection à VIH prend une proportion épidémique dans les NEI. Il reste donc beaucoup à faire et l'OMS a établi un nouveau groupe spécial pour aider à coordonner les activités concernant les maladies sexuellement transmissibles. La surveillance des maladies infectieuses a été améliorée grâce à l'introduction d'un nouveau système informatisé d'information ; une bonne collaboration s'est établie entre l'OMS et l'Union européenne.

En ce qui concerne les maladies non transmissibles, le Bureau régional a continué de promouvoir le mouvement de Saint Vincent pour les soins aux diabétiques et rétabli le programme de santé mentale, qui est actuellement centré sur la dépression et le suicide, et sur l'assistance aux pays ravagés par les conflits. Le programme de promotion de la santé a poursuivi la mise en œuvre de « l'initiative de Vérone » et ouvre actuellement un nouveau centre de la promotion de la santé à Venise. Le nouveau Comité pour une Europe sans tabac a tenu sa première réunion à Copenhague en juin, et le Bureau régional établit des plans pour l'élaboration de deux protocoles pour la convention-cadre globale, l'un sur la commercialisation des produits du tabac et l'autre sur le traitement de la dépendance tabagique. Un nouveau plan

d'action régional sur l'alimentation et la nutrition est en cours d'élaboration pour adoption à la cinquantième session du Comité régional ; celui-ci sera l'un des éléments de base d'une grande conférence sur la nutrition et la santé qui sera organisée par la France, en tant que présidente de l'Union européenne, à Paris en décembre 2000. Des préparatifs ont aussi été entrepris pour la tenue d'une conférence européenne sur les jeunes et l'alcool en décembre 2000, qui sera accueillie par le gouvernement suédois.

Le directeur régional a attiré l'attention sur les importantes activités menées dans le domaine de l'environnement et de la santé : la Conférence de Londres a donné de nouvelles impulsions majeures et elle a notamment décidé qu'une quatrième conférence ministérielle serait organisée en Hongrie en 2004. Le programme Environnement et santé a fait la preuve de ses capacités à mobiliser efficacement les ressources et les moyens du département de Copenhague sont maintenant renforcés par les divisions de Bilthoven et de Rome ainsi que sur une nouvelle division qui sera établie à Bonn, et sur sept bureaux de projets.

En novembre 1998, l'OMS avait fêté le vingtième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata ; à cette occasion elle avait réaffirmé l'importance des soins de santé primaires dans l'ensemble du développement sanitaire. Dans le cadre défini par la politique SANTÉ 21, l'OMS a poursuivi ses activités sur les concepts de l'infirmière de famille et du médecin de famille et recherche maintenant des sites pilotes pour leur mise en application. Des préparatifs pour la tenue de la deuxième conférence européenne sur les soins infirmiers (Munich, juin 2000) sont également menés activement.

L'Observatoire européen des systèmes de santé, projet en collaboration du Bureau régional, de la Banque mondiale, de la Banque européenne d'investissement, des gouvernements de Norvège et d'Espagne et de plusieurs centres universitaires éminents, a été officiellement inauguré en février 1999. L'Observatoire devrait fournir des bases factuelles importantes sur les systèmes de santé, et contribuer aux efforts de l'OMS au niveau mondial pour la recherche systématique de données factuelles en matière de politique. Les quatre réseaux OMS pour la réforme des systèmes de santé en Europe ont poursuivi avec succès leur activité ; en outre, d'importants projets pays lancés au Kirghizistan, au Tadjikistan et au Turkménistan ont permis de fournir un soutien renforcé aux systèmes de santé de ces pays et à la réforme des systèmes en général. Enfin, un nouveau centre européen pour les services de santé intégrés et les ressources humaines a été récemment ouvert à Barcelone.

Les partenariats en faveur de la santé, dans le cadre de projets coopératifs entre le Bureau régional et la Commission européenne, le Conseil de l'Europe et les ONG se sont activement développés au cours des douze derniers mois. Les réseaux de collaboration du Bureau (tels que Villes-santé, Écoles-santé et Santé dans les prisons) se sont aussi étendus. Le réseau le plus récent, (Réseau européen de communication sur la santé) aura pour rôle de sensibiliser l'opinion à l'importance de la communication en tant que déterminant de la santé.

La question de la réforme organisationnelle au Bureau régional a reçu une attention considérable au cours de la première partie de l'année ; le directeur général avait alors demandé instamment à tous les bureaux régionaux d'effectuer une évaluation interne pour déterminer si leur structure, leur gestion et leur administration appelaient des modifications. Une équipe spéciale pour les réformes au Bureau régional avait été établie et elle avait présenté son rapport en juin. L'évaluation de ces propositions et l'analyse des observations présentées par le personnel sont en cours.

Enfin, le directeur régional a présenté des informations statistiques sur l'évolution de l'Organisation régionale au cours des dix dernières années (1989–1999). Le nombre d'États membres avait augmenté de 32 à 51, les lieux d'implantation de 3 à 43, les contributions volontaires de 5,3 à 40,8 millions de dollars et l'effectif régional de 300 à 573 ; au cours de la même période le nombre de postes financés à partir du budget ordinaire avait baissé de 245 à 177.

De nombreuses délégations ont commenté positivement le travail accompli par l'OMS et la compétence avec laquelle le directeur régional avait dirigé le Bureau. Ce qu'il avait accompli laisserait un impact permanent sur la santé des populations européennes. Il avait toujours eu foi en l'avenir du Bureau



européen même lorsque l'existence de celui-ci paraissait menacée de différentes parts. Il avait guidé le Bureau dans un processus de décentralisation équilibré et avait forgé avec de nombreux réseaux des alliances nouvelles et orientées vers l'avenir. Il avait su mener de manière très efficace le combat contre les maladies transmissibles nouvelles ou résurgentes à l'époque telles que la diphtérie, le sida et la poliomyélite. Un certain nombre de représentants ont proposé de conférer au Dr Asvall le titre de directeur régional émérite. Il a été annoncé qu'une université avait déjà décidé de décerner au Dr Asvall une médaille d'or.

Plusieurs intervenants ont souligné l'importance du travail de l'OMS dans les pays et ont à ce propos noté avec satisfaction l'augmentation progressive des crédits par pays, ainsi que l'amélioration du suivi de l'activité de l'OMS dans les pays grâce au nouveau système de gestion des activités. Un représentant, s'exprimant au nom d'un groupe de pays, a souligné que l'élaboration d'une stratégie institutionnelle dans l'optique d'une OMS unifiée doit s'appuyer sur la décentralisation et la division du travail. On a aussi fait valoir qu'une autre manière d'améliorer l'efficacité des activités pourrait être de resserrer la coopération avec d'autres bureaux régionaux tels que celui de l'Afrique. L'ouverture des nouveaux centres OMS a été accueillie avec satisfaction ; on a jugé qu'il s'agissait d'une solution novatrice pour améliorer la présence de l'Organisation dans les pays tout en exploitant mieux des ressources limitées. Un représentant a proposé que l'OMS prenne l'initiative d'organiser des réunions auxquelles participeraient d'autres ministères que ceux de la santé.

Les délégations ont attiré l'attention sur de nombreux domaines des activités de l'OMS qui mériteraient de bénéficier d'un effort accru : place donnée à la santé dans les actions politiques de pacification dans les Balkans, séquelles de la catastrophe de Tchernobyl, santé des femmes et des enfants, problèmes d'hygiène de l'environnement en Asie centrale, et politiques de lutte contre l'alcoolisme. Plusieurs délégations ont donné des informations sur des mesures positives adoptées dans leur pays, telles que renforcement des activités de vaccination, développement de la formation en santé publique, amélioration de la coordination entre donateurs et élaboration de politiques basées sur la Santé pour tous.

En réponse, le directeur régional a remercié tous les orateurs pour leurs paroles élogieuses et déclaré qu'il se considérait très heureux d'avoir pu travailler pour l'OMS pendant toutes ces années et qu'il en avait tiré beaucoup de joie et de satisfaction. Il a souligné que les centres OMS situés dans les pays joueront un rôle important dans des domaines clés : le centre de la politique sanitaire de Bruxelles, le nouveau centre de Barcelone et le centre de Venise seront des apports importants pour les moyens du Bureau. Quant à l'Observatoire européen des systèmes de santé, il est appelé à jouer un rôle essentiel pour l'étude de réformes du système de santé fondées sur des bases factuelles, pour la diffusion des informations à ce sujet auprès des États membres, et en tant que projet pilote pour les autres régions et pour le Siège.

Il s'est félicité de l'intérêt porté par les représentants à la nouvelle stratégie de coopération au niveau des pays, et a noté le nombre important et les vastes responsabilités des ministres qui avaient participé à la Troisième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui pourrait servir de modèle utile pour les travaux futurs. L'impact de la santé sur le développement économique général est un concept nouveau qui devra encore être élaboré, mais qui apportera des arguments de poids en faveur de l'investissement dans la santé ; le nouveau centre de Venise sera une ressource utile à cet égard. En réponse aux intervenants qui avaient évoqué l'importance des activités de lutte contre les maladies infectieuses en tant que fonction de base de l'OMS, il a confirmé que le renforcement de la gestion de la santé publique en général nécessiterait une participation plus active de l'OMS. Enfin, un problème majeur dont l'OMS devra continuer de s'occuper est celui du déséquilibre entre les parties orientale et occidentale de l'Europe et des inégalités à l'intérieur des pays.

### **[Rapport du Comité permanent du Comité régional \(EUR/RC49/2, /2 Add.1, /2 Add.2, /Conf.Doc./2, /Conf.Doc./3 et /Inf.Doc./3\)](#)**

La présidente du Comité permanent du Comité régional (CPCR) a brièvement résumé les travaux accomplis par le Comité permanent au cours de l'année écoulée, pendant laquelle six réunions ont été tenues au total. Conformément à ce qui avait été dit à la quarante-huitième session du Comité régional,

son introduction traitera seulement des aspects des travaux du CPR qui ne doivent pas être examinés sous d'autres points de l'ordre du jour. Il s'agira en l'occurrence des « projets de cabinet » du directeur général, de propositions de lancement d'un programme sur les personnes âgées et du programme sur la nutrition, de l'évaluation externe du programme sur les maladies transmissibles et du champ de l'évaluation du programme EUROSANTÉ. Des participants ont félicité le CPR pour le travail accompli au cours de l'année écoulée et pour la qualité et la concision de son rapport.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC49/R11.

### *Membres semi-permanents du Conseil exécutif*

À sa précédente session, le Comité régional avait demandé au CPR de poursuivre ses travaux sur la question des membres semi-permanents du Conseil exécutif, et le Comité permanent avait décidé de tenir une réunion spéciale les 15 et 16 juillet 1999, à laquelle tous les États membres avaient été invités à envoyer des représentants. La réunion avait adopté une solution de compromis tenant compte à la fois de la nécessité d'adopter immédiatement certaines modifications et des délais dont il fallait disposer pour mettre au point un système amélioré à l'avenir.

Le Comité régional a adopté la recommandation du CPR telle qu'elle était présentée dans le document EUR/RC49/2 Add.1, à savoir :

- conserver la pratique actuelle qui consiste à se mettre d'accord chaque année, lors d'une réunion privée du Comité régional, sur les pays qui présenteront leur candidature au Conseil exécutif lors de l'Assemblée mondiale de la santé suivante ;
- mettre en place en 2003 un nouveau système selon lequel l'accord sur les candidats sera guidé par des critères objectifs relatifs à la répartition géographique et à d'autres éléments, conformément aux principes de solidarité et transparence adoptés dans le cadre de la SANTÉ 21 ; à cet effet, le CPR présentera des propositions en vue de leur examen par le Comité régional lors de sa cinquante et unième session en 2001 ;
- adopter, en tant qu'arrangement intérimaire pour les trois membres semi-permanents du Conseil exécutif, une proposition selon laquelle le Comité régional, lors de sa cinquantième session, convient que le Royaume-Uni sera membre du Conseil (à partir de mai 2001) ; que le Comité régional, lors de sa cinquante et unième session, convient que la Fédération de Russie sera membre du Conseil (à partir de mai 2002) ; et que le Conseil régional, lors de sa cinquante-deuxième session, convient que la France sera membre du Conseil (à partir de mai 2003).

### *Amendements aux règlements intérieurs*

Le vice-président du CPR a présenté au Comité régional des informations récapitulant les travaux effectués en ce qui concerne les propositions de modifications des règlements intérieurs du Comité régional et du CPR. Ces modifications sont indiquées dans l'annexe du document EUR/RC49/2. Il a rappelé l'historique, les procédures et le calendrier des activités du CPR et parlé des points principaux sur lesquels il était proposé de modifier les règlements intérieurs. Ces points comprenaient l'élection de membres du CPR et la composition de celui-ci, le programme de travail du CPR, le choix et l'élection des membres du Groupe de prospection régional, l'élection de représentants à d'autres organes, l'élection du vice-président exécutif du Comité régional, et la cohérence dans l'utilisation des termes et descriptions.

Un représentant, parlant au nom d'un groupe de pays, a félicité le CPR pour les travaux accomplis et déclaré que les propositions répondaient jusqu'à un certain point aux soucis exprimés par le Comité régional à sa précédente session. Ces pays étaient d'avis cependant que le CPR aurait pu s'efforcer d'aligner plus étroitement les dispositions du règlement intérieur sur les principes suivis dans les règlements intérieurs de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif, en particulier en ce qui concerne l'élection du bureau du CPR et du Comité régional, ainsi que les pouvoirs du président du CPR. Tout en jugeant qu'il fallait poursuivre l'adaptation des règlements intérieurs, le groupe de pays

en question était prêt à approuver les amendements proposés et le projet de résolution. En réponse à cette intervention, la présidente exécutive a suggéré au CPR de revenir une nouvelle fois sur les points évoqués.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC49/R1.

**Collaboration avec les autres institutions des Nations Unies et les organisations d'intégration, les organisations intergouvernementales et non gouvernementales présentes en Europe (EUR/RC49/6 et /Inf.Doc./2)**

Le conseiller régional chargé des Partenariats pour la santé et les secours d'urgence a déclaré que le Bureau régional s'efforçait, grâce à la politique-cadre de la SANTÉ 21, de partager avec ses principaux partenaires sa vision de l'avenir. Le directeur général a eu des discussions avec la Commission européenne concernant la collaboration stratégique et le Bureau régional s'est occupé de questions comme l'avenir de la politique de la santé publique dans l'Union européenne (UE), les systèmes d'information sanitaire, les Écoles-santé, l'appartenance de la Commission au Comité européen de l'environnement et de la santé et l'aide humanitaire. Le Comité européen de la santé du Conseil de l'Europe a récemment mis l'accent sur l'intensification de la collaboration entre le Conseil de l'Europe, la Commission européenne et l'OMS.

Dans le contexte du processus de réforme des Nations Unies, le Bureau régional a soutenu le rôle des coordinateurs résidents des Nations Unies, souscrit à l'idée d'une présence intégrée des Nations Unies et participé aux activités du Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF). Les programmes du Bureau régional sur les infections sexuellement transmissibles et l'infection à VIH et le sida coopèrent étroitement avec l'ONUSIDA et les autres organisations participantes et le Conseil de l'Europe finance et distribue une publication portant sur la prévention de l'infection à VIH chez les toxicomanes. La Commission économique pour l'Europe de l'ONU (CEE) et le Bureau régional assureront ensemble les fonctions de secrétariat relatives à la mise en œuvre du Protocole sur l'eau et la santé que 35 États membres ont signé lors de la Troisième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé. Le Bureau régional continue de collaborer avec le bureau du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) situé en Norvège, chargé de l'établissement d'une base de données d'information sur les ressources mondiales et d'énormes efforts continuaient d'être déployés pour renforcer la collaboration avec la Banque mondiale.

L'existence de bureaux locaux en Albanie, Bosnie-Herzégovine et dans la République fédérale de Yougoslavie a permis à l'OMS de remplir pleinement son rôle de coordinateur général de la santé en cas de catastrophes et de situations d'urgence. Des systèmes communs de surveillance épidémiologique ont été mis en place en Albanie et dans l'ex-République yougoslave de Macédoine et le Bureau régional a assuré la coordination de programmes de santé mentale, principalement dans les camps de réfugiés situés dans ces pays. L'OMS a rétabli sa présence à Pristina (Kosovo) et l'a considérablement renforcée. Au Tadjikistan, un contrat opérationnel a été signé avec l'Office humanitaire de la Communauté européenne (ECHO) en ce qui concerne la réforme du système de santé, la gestion des stocks de médicaments essentiels et la coordination de l'aide médicale humanitaire.

La réunion annuelle du Forum européen des associations de médecins et de l'OMS, qui avait eu lieu en Israël en mars, avait abordé plusieurs questions importantes ; le nombre d'associations membres du Forum européen des associations d'infirmières et de sages-femmes et de l'OMS, dont la troisième réunion avait eu lieu en mars, avait considérablement augmenté. La septième réunion annuelle du Forum EuroPharm, qui avait eu lieu en novembre 1998, avait pour thème les services pharmaceutiques. En outre, une collaboration active s'était établie entre le Bureau régional, des fondations, des ONG et le secteur privé.

Des orateurs ont déclaré qu'ils approuvaient en règle générale la politique du Bureau régional concernant la collaboration avec d'autres partenaires : il s'agissait certainement de l'un des aspects les plus importants du programme européen de l'OMS. Néanmoins, on pouvait beaucoup mieux faire, y compris

en matière d'analyse et d'évaluation des résultats de la collaboration, et notamment dans la coordination des activités pays pour éviter les chevauchements et redondances et utiliser les ressources disponibles de manière optimale. Il est aussi très important pour l'OMS de conserver et renforcer son rôle d'organisation chef de file dans le domaine de la santé en Europe.

Répondant à certains points, le conseiller régional a souligné l'importance exceptionnelle de la relation entre l'OMS et l'Union européenne et s'est déclaré convaincu que l'échange de lettres prévu aurait lieu très prochainement. Le Bureau régional a l'intention de faire reposer la collaboration avec l'Union européenne non sur des projets, comme cela était actuellement le cas, mais sur une stratégie et veut aussi intégrer le Conseil de l'Europe dans une relation tripartite.

Il a reconnu qu'il existait toujours des problèmes dans le domaine des dons de médicaments et qu'il fallait intensifier les efforts pour assurer l'approvisionnement dans les délais de médicaments sûrs et efficaces. Enfin, il a confirmé que l'OMS s'était engagée à jouer un rôle à part entière dans le processus actuel de réforme du système des Nations Unies.

Le représentant de la Banque mondiale a présenté dans les grandes lignes les priorités stratégiques de la Banque en matière de santé, de nutrition et de population, domaines dans lesquels la Banque et le Bureau régional collaborent très étroitement. La Banque était notamment impliquée dans les problèmes qui avaient surgi dans la Région à la suite de la transition économique et politique, des conflits et des catastrophes naturelles. La Banque est disposée à soutenir l'OMS dans sa lutte contre le tabagisme, en particulier dans le cadre de la récente publication de son rapport intitulé *Curbing the epidemic* et aussi en aidant certains pays de la Région à établir des modèles économétriques visant à démontrer les effets des politiques de lutte contre le tabagisme. À l'échelon mondial, les défis que doivent relever l'OMS et la Banque sont plus nombreux : il faudra porter une plus grande attention aux aspects structurels et sociaux du développement et à l'extension des liens avec d'autres secteurs pour axer les efforts sur l'amélioration de la santé.

Le représentant de la Commission européenne a déclaré que 1999 avait été une année très importante. Suite à l'entrée en vigueur du Traité d'Amsterdam en mars, le Collège des commissaires avait démissionné en bloc, portant un coup d'arrêt à l'élaboration de la future politique de santé et au développement de la collaboration avec d'autres organisations œuvrant dans le domaine de la santé, dont l'OMS. Des événements récents concernant la contamination de produits alimentaires avaient convaincu la Commission de la nécessité d'accorder la priorité à la sécurité alimentaire, domaine dans lequel elle se félicite de pouvoir collaborer avec l'OMS, la Commission du Codex Alimentarius et l'Organisation mondiale du commerce. Elle concentrera aussi l'essentiel de ses efforts sur l'information sanitaire et le renforcement des capacités pour faire face aux situations d'urgence. L'élargissement futur de l'Union européenne et la restructuration de la Commission qui comprendra un commissaire chargé spécifiquement de la santé permettront d'accomplir de nouveaux progrès dans le domaine de la santé.

Le représentant du Conseil de l'Europe a déclaré que le Conseil reconnaissait que la cohésion sociale était l'une des priorités d'une Europe élargie. L'OMS ayant souligné le lien existant entre la santé et la protection sociale, il est donc clair que le Conseil a un rôle à jouer dans le domaine de la santé. Le Conseil a pris une série de mesures visant à faire davantage concorder ses activités avec sa vocation spécifique et à mieux répondre aux besoins de ses membres dont le nombre est en constante évolution. Le département de la santé a orienté ses activités vers la promotion de la cohésion sociale dans une optique sanitaire : l'égalité face à la santé, la participation et l'accès à l'autonomie des patients, les soins de santé sûrs et de bonne qualité et la lutte contre toutes sortes de discriminations. Un programme de coopération avec les pays de l'Europe du sud-est a été établi sur la base de ces principes. Reconnaisant l'OMS comme organisation chef de file pour les questions de la santé en Europe, le Conseil planifie la mise en œuvre de ce programme en étroite collaboration avec l'OMS pour faire en sorte qu'il n'y ait pas de redondance.

Des déclarations ont été présentées par des représentants des organisations non gouvernementales suivantes : Société européenne de médecine générale et familiale, Confédération internationale des sages-femmes, Confédération mondiale pour la thérapie physique, Fédération mondiale de chiropratique,

Fédération mondiale de neurologie et Fédération mondiale des ergothérapeutes, ainsi que par le représentant du Forum européen des associations de médecins et de l'OMS. En outre, des déclarations écrites ont été présentées par le Bureau de liaison du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'International Occupational Hygiene Association, l'Association mondiale vétérinaire, la Confédération mondiale pour la thérapie physique et le Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes et de l'OMS.

## **ACTIVITÉ FUTURE DE L'OMS**

### **Questions soulevées par les décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif (EUR/RC49/4)**

Le directeur régional a présenté le document EUR/RC49/4, qui comportait deux parties. La première partie donne un aperçu des discussions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif qui intéressent les États membres, et la deuxième partie contient les commentaires du directeur régional sur les résolutions adoptées par la cinquante-deuxième Assemblée mondiale de la santé qui ont une incidence sur le programme régional. À propos de la première partie il a noté que le Conseil avait souscrit au principe énoncé par le directeur général selon lequel l'OMS doit parler « d'une seule voix » ; plusieurs mesures ont déjà été prises à cette fin, et d'autres doivent suivre. Il a aussi été décidé que le budget entier de l'OMS, y compris ses volets régionaux, devraient à l'avenir être basés sur la nouvelle structure par groupes de l'Organisation.

L'absence de mesures de compensation des accroissements de coûts dans le budget mondial sera prise en compte dans la planification des activités du Bureau pour 2000–2001, les programmes techniques et dans les pays recevant la plus forte priorité. Le Bureau demandera à recevoir une part des 15 millions de dollars mis en réserve pour les programmes à forte priorité, mais il n'a aucune garantie d'obtenir ces crédits, car ils seront distribués en fonction des besoins.

Les progrès accomplis vers une convention-cadre pour la lutte antitabac sont particulièrement bienvenus ; le Comité pour une Europe sans tabac appuiera les travaux d'élaboration de la convention dans la Région européenne. Quant à l'éradication de la poliomyélite, elle devrait être réalisée dans la Région d'ici 2003 si les progrès se poursuivent au rythme actuel.

Notant que la cinquante-deuxième Assemblée mondiale de la santé avait décidé qu'aucun amendement à la Constitution n'était nécessaire au stade actuel, le directeur régional a rappelé l'adoption d'une résolution par la cinquante et unième Assemblée mondiale de la santé, qui portait de 32 à 34 le nombre de sièges au Conseil exécutif, ce qui donnait un siège supplémentaire à chacune des deux régions de l'Europe et du Pacifique occidental. Il a rappelé au Comité que l'amendement à la Constitution n'entrerait pas en vigueur tant qu'une majorité d'États membres (128) ne l'aurait pas ratifié. Jusqu'ici 55 pays seulement, dont 13 de la Région européenne, l'ont fait. Il a donc invité instamment les pays ne l'ayant pas fait à ratifier cet amendement.

Enfin, pour ce qui est de la question de l'utilisation des langues au secrétariat et dans les publications OMS, la situation en ce qui concerne les besoins des NEI en documentation dans la langue russe pose un défi particulièrement important à notre Région.

La présidente exécutive, rappelant que la pratique des tables rondes avait été instituée à l'Assemblée mondiale de la santé pour discuter de questions particulières, a invité les États membres à présenter des propositions allant dans ce sens pour les sessions futures du Comité régional. Le CPR présenterait des options au Comité régional l'année suivante.

Une représentante, signalant que son pays accueillerait une réunion d'experts OMS en 2000 sur la réglementation des produits du tabac, a demandé à ce que les travaux mondiaux et régionaux sur la

convention-cadre soient conçus de manière à être complémentaires et à venir renforcer les efforts nationaux.

### **SANTÉ 21 : la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS (EUR/RC49/7, /7 Add.1, /11, /12 et /Conf.Doc./4)**

#### *Action menée par le Bureau régional eu égard à la réforme de l'OMS et à la SANTÉ 21*

Le directeur de la gestion des programmes a rappelé au Comité lors de la présentation du document EUR/RC49/12 que le processus de réforme entamé par le directeur général et la SANTÉ 21 faisaient passer tous deux le même message, à savoir que la santé se situe au cœur du développement humain. Pendant les 7 à 8 derniers mois, le Bureau régional avait pris des mesures eu égard à ces deux éléments et entamé une série de réunions de travail et de discussions pour faire en sorte que l'ensemble du personnel comprenne le contenu de la SANTÉ 21 et décider de la manière dont le Bureau devrait planifier son activité à moyen terme. Un groupe spécial avait aussi été établi avec pour mission d'examiner comment donner suite aux réformes entreprises au Siège de l'OMS. Le défi consiste à traduire dans les faits les grandes orientations fixées en mettant à disposition les mécanismes, compétences, connaissances et capacités nécessaires au sein du Bureau régional.

Le professeur Ayşe Akin a exprimé sa reconnaissance, au nom du CPR, pour les travaux actuels visant à élaborer un plan stratégique pour le Bureau pour les cinq prochaines années. Le CPR s'est félicité du fait que le Bureau régional était en train d'aligner son programme sur celui du Siège de l'OMS. Il examinera le document intitulé « L'an 2000 et au-delà : l'action menée par le Bureau régional eu égard à la réforme de l'OMS et à la SANTÉ 21 » à sa réunion de décembre 1999 et fera rapport au Comité régional à sa cinquantième session.

Plusieurs représentants ont accueilli avec satisfaction le fait que le Bureau régional avait entrepris les travaux préparatoires nécessaires en prévision des inévitables changements qui résulteront du programme de réforme du directeur général. On s'est également réjoui des efforts accomplis par le Bureau visant à être mieux en mesure d'aider les pays au moment où ils appliqueront la nouvelle politique-cadre.

Une délégation a déclaré que la planification menée conjointement entre le Siège de l'OMS et le Bureau régional constituait une occasion idéale pour clarifier leur rôle respectif. Cela sera d'autant plus nécessaire si l'on veut utiliser les ressources limitées de manière plus rationnelle étant donné qu'il est peu probable que le budget ordinaire de l'Organisation augmente.

#### *Promotion de la SANTÉ 21*

Le conseiller régional pour la Communication et les relations extérieures a déclaré que la politique de la SANTÉ 21 est un bien commun à tous les États membres, qui pourra être utilisé pour comparer les résultats, promouvoir l'équité et, ce qui n'est pas moins important, améliorer et sauver la vie. Il est essentiel que le message SANTÉ 21 soit immédiatement identifiable. Le Bureau est prêt à coopérer avec les États membres pour les aider à adapter et à diffuser le texte de la SANTÉ 21 et à prendre contact avec tous les publics, ainsi qu'à obtenir l'engagement nécessaire des milieux politiques. Le réseau européen de communication sur la santé de l'OMS sera mis à la disposition des États membres pour organiser une formation aux actions dans les médias en faveur de la SANTÉ 21.

Le professeur Ayşe Akin a dit que, pour le CPR, l'objectif principal était d'obtenir l'acceptation de la SANTÉ 21 par les États membres. Les points d'attrait sur lesquels l'accent sera mis dépendront des groupes cibles choisis, le premier étant les responsables politiques au niveau national. Une fois obtenu le soutien de l'échelon politique le plus élevé, il sera plus facile aux ministres de la santé de convaincre les autres ministres qu'une politique publique favorable à la santé est aussi dans leur intérêt. Les professionnels de la santé devraient être incités à reprendre à leur compte la politique-cadre, qui devrait faire partie des programmes des écoles de médecine et d'universités et des écoles de santé publique.

En ce qui concerne l'action visant à atteindre le grand public, le CPRC avait constaté qu'il était important de recourir à diverses approches. Il avait insisté sur le rôle crucial des médias et félicité le secrétariat pour les efforts faits pour mettre en place un réseau de communication sur la santé et pour organiser des cours de formation à l'action dans les médias. Certains membres du CPRC avaient estimé que la politique consistant à organiser des ateliers lancée par le Bureau régional pourrait être avantageusement appliquée au niveau des pays. Il avait été proposé également d'organiser une manifestation coïncidant avec l'entrée dans le « nouveau millénaire » pour faire connaître la politique-cadre. Enfin, le CPRC estimait qu'il serait utile de disposer d'un mécanisme pour contrôler et suivre ce qui se passait dans les pays. Ils ont également recommandé que les membres du bureau du Comité régional et le directeur régional écrivent aux premiers ministres de tous les États membres européens afin de mettre en avant les avantages que présenterait l'élaboration d'une stratégie nationale globale de la SANTÉ 21.

Plusieurs orateurs ont donné des exemples de la manière dont les pays utilisaient la SANTÉ 21 pour élaborer leur propre politique et ont félicité l'OMS pour avoir établi un excellent document. La nécessité pour tous les pays européens de collaborer, de promouvoir la solidarité et de s'attaquer à la question des inégalités a été largement reconnue. La SANTÉ 21 est considérée comme l'un des meilleurs exemples d'initiatives clairvoyantes en matière de santé publique que le Bureau ait jamais entreprises. Un orateur a estimé qu'il fallait développer davantage certains concepts introduits dans le document pour qu'ils aient davantage de sens pour les États membres, surtout au niveau opérationnel. La politique-cadre représente un vrai défi pour les États membres et leur donne la possibilité d'améliorer l'état de santé de leur population.

Un orateur a fait sienne la proposition du CPRC visant à ce qu'une manifestation soit organisée au début du nouveau millénaire pour faire en sorte que la nouvelle politique bénéficie d'une publicité maximale. Il faut aussi s'assurer qu'elle soit connue tous les secteurs, et non seulement de celui de la santé.

Le représentant de la Commission européenne a aussi accueilli le document avec satisfaction et a déclaré qu'il sera très utile aux travaux de la Commission.

#### *Indicateurs de la SANTÉ 21 et surveillance des progrès accomplis vers la Santé pour tous*

Le conseiller régional pour l'Épidémiologie, les statistiques et l'information sanitaire a rappelé le processus et le calendrier des activités de mise au point des indicateurs de la SANTÉ 21 et passé en revue les principales questions sur lesquelles il avait été demandé aux États membres de formuler des observations. Jusqu'ici des réponses ont été obtenues de 25 pays dont la très grande majorité estime que la liste proposée d'indicateurs est suffisante en nombre et en contenu. Le nombre d'indicateurs « génériques » de la Santé pour tous avait été réduit de 112 en 1991 à 59, par suppression de certains indicateurs et par redéfinition ou regroupement de certains autres.

En ce qui concerne les modalités de réponse des pays au Bureau régional, une règle principale est que l'on demandera seulement aux pays de fournir des données qui ne peuvent pas déjà être obtenues auprès des sources internationales existantes. Toutes les données recueillies sont remises à la disposition des États membres par l'intermédiaire de la base de données de la Santé pour tous. Des documents statistiques par pays (« panoramas de la santé ») sont maintenant disponibles pour tous les États membres ; ils fournissent des données comparatives sur les tendances ce qui permet aux pays de voir comment ils se placent par rapport aux autres.

Le professeur Ayşe Akin a déclaré que le CPRC était favorable à une périodicité de trois ans pour l'exercice de surveillance. Il approuvait également dans ses grandes lignes la liste des indicateurs, tout en jugeant qu'il pourrait être utile de prendre en compte d'autres facteurs tels que ceux relatifs aux conditions socioéconomiques et au sexe. Le CPRC estimait aussi important que l'OMS veille à coordonner ses efforts avec les autres institutions des Nations Unies ainsi qu'avec la Commission européenne.

Plusieurs orateurs ont remercié le secrétariat pour le travail qu'il avait effectué dans l'élaboration de l'ensemble d'indicateurs et ont, en règle générale, estimé que les indicateurs retenus et leur nombre moins élevé constituaient une amélioration. Il a été reconnu qu'il n'était pas facile de choisir des indicateurs qui

répondent aux critères à la fois de contenu et de facilité d'utilisation et qui tiennent compte de la capacité des États membres à fournir les données requises. On a fait valoir que la continuité entre l'ensemble d'indicateurs précédent et les nouveaux indicateurs était importante et devrait être améliorée.

Un soutien vigoureux a été exprimé en faveur de la coordination des activités de toutes les organisations impliquées dans la surveillance de la santé afin d'éviter toutes redondances inutiles et d'assurer la comparabilité à l'échelon international. Un orateur a indiqué qu'il était nécessaire d'approfondir les travaux concernant l'ensemble actuel d'indicateurs afin de garantir la disponibilité et la comparabilité des données. Ces travaux porteront notamment sur l'harmonisation des définitions, ainsi que sur des aspects fondamentaux tels que la collecte et le traitement des données. Son pays a offert d'accueillir une réunion du groupe d'experts chargé d'étudier les observations reçues par l'OMS à la suite de la consultation sur l'ensemble actuel d'indicateurs. Cette proposition a été vigoureusement appuyée par plusieurs autres délégations. Il a été convenu que les résultats de ces travaux pourront être ensuite présentés au CPR à sa réunion de mai 2000.

Le représentant de la Commission européenne a convenu que des progrès avaient été accomplis dans la sélection du nouvel ensemble d'indicateurs et a appelé l'attention sur la coopération dans ce domaine entre la Commission, le Bureau régional et l'OCDE.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC49/R10.

### **La structure et la fonction de la santé publique en Europe (EUR/RC49/10 et /Conf.Doc./6)**

En présentant ce document, le conseiller régional pour la Politique de santé urbaine a déclaré que la décision prise par le Comité régional à sa quarante-huitième session qui visait à demander au secrétariat de poursuivre l'élaboration du document avait été une bonne décision. La poursuite de cette élaboration avait coïncidé avec une analyse effectuée par le Bureau régional sur les répercussions politiques et stratégiques de la SANTÉ 21. Le document actuel avait donc été remanié en profondeur et portait non seulement sur les aspects stratégiques de la promotion de la santé publique dans la Région européenne, mais aussi sur ses répercussions sur la recherche, l'éducation et la formation.

Les faits récents et les changements survenus dans la Région font clairement ressortir la nécessité de renforcer l'importance donnée à la santé publique ; pourtant l'organisation de ce secteur et le statut des praticiens de santé publique demeurent faibles dans de nombreux États membres. Dans beaucoup de pays, la pratique de la santé publique reflète encore un âge où les principales contributions de celle-ci avaient trait seulement à la protection de la santé et à la prévention de la maladie, et non pas aussi, comme aujourd'hui, à la promotion de la santé et à des programmes d'action au sein de la population.

Pour que la santé publique puisse occuper la place qui lui revient en tant qu'instrument clé de la mise en œuvre de la SANTÉ 21, il faudra renforcer sa base factuelle. Cela impliquera de mettre un accent accru sur la recherche et sur des programmes sérieux d'éducation et de formation. De tels programmes ne seront pas seulement nécessaires pour les spécialistes de la santé publique mais aussi pour les autres acteurs, à savoir notamment tous les dispensateurs de soins et gestionnaires de services de santé, de nombreux spécialistes des domaines techniques (économistes, ingénieurs et épidémiologistes) et un certain nombre d'autres travailleurs de santé publique, groupes intéressés et représentants de tous les secteurs. Toutes ces catégories ont besoin de disposer de bases factuelles et d'instruments de décision et d'analyse sur lesquels ils puissent fonder leur action. Il faudra aussi combler le fossé artificiel qui existe entre santé publique et médecine clinique.

En conclusion, le conseiller régional a souligné que des conditions fondamentales, pour les praticiens de santé publique, étaient l'indépendance (non pas en tant que faculté d'appliquer leur propre programme, mais en tant que capacité à informer franchement les décideurs et le public quant à la situation en matière de santé publique), l'autorité, la responsabilité, la base de ressources et le statut professionnel. L'OMS peut les aider dans cette voie en faisant campagne et en donnant des conseils sur les questions de santé publique et en établissant des partenariats à tous les niveaux.



Tous les intervenants ont remercié le secrétariat pour cette nouvelle version très améliorée du document. Différents problèmes tels que celui des aliments génétiquement modifiés et celui de l'action de l'industrie du tabac et d'autres groupes d'intérêt favorisant des choix de mode de vie dangereux pour la santé font ressortir la nécessité de disposer d'une structure solide de santé publique se fondant sur des bases factuelles. La mise en œuvre de la SANTÉ 21 dépend de l'existence d'une fonction efficace et adaptée de santé publique dans les États membres. Étant donné l'importance de cette question, elle devra faire l'objet d'un contrôle et d'un suivi périodiques. Elle justifierait en outre la tenue d'une grande réunion ou conférence devant examiner les rôles des différents acteurs de la santé publique. La Grèce a aimablement offert d'accueillir une telle réunion.

Certains orateurs ont jugé que le document était peut être encore trop ambitieux du point de vue du champ couvert. L'un a jugé que ses grands axes étaient imprécis. Un autre a évoqué l'importance de la rapidité d'intervention et de l'épidémiologie de terrain, deux aspects dont le document ne traite pas, et a proposé que son titre soit modifié pour faire ressortir la nécessité de renforcer le secteur de la santé publique. Un troisième a estimé que dans le cas des entités subnationales, il faudrait disposer d'une définition plus large de leurs acteurs potentiels, pour éviter d'avoir à trop dépendre d'une action au niveau central.

Tout en reconnaissant que les travaux entrepris par l'OMS et les orientations évoquées dans le document étaient complémentaires des éléments du cadre de santé publique tel qu'il était défini dans le traité d'Amsterdam de l'Union européenne, on a souligné qu'il fallait veiller à coordonner les efforts des deux organisations. L'existence de concepts et d'un cadre communs sera particulièrement importante pour les pays qui traversent actuellement des changements rapides du point de vue politique, social et économique. Des actions de santé publique peuvent certes permettre de combattre les effets négatifs de ces changements (accroissement de la mortalité par exemple) mais elles tendent à favoriser la recherche de solutions à court terme. Si par contre le grand public était informé des principes de la santé publique, il y aurait une pression croissante de la part de l'opinion publique sur les hommes politiques eux-mêmes pour les inciter à tenir compte de ces principes et rechercher des solutions viables à long terme. Ce mécanisme contribuerait aussi à renforcer l'approche intersectorielle de la santé publique.

De nombreux représentants ont fait ressortir la nécessité de renforcer la base de recherche en santé publique. Une solution pourrait être que l'OMS encourage la création d'écoles de santé publique. L'OMS devrait aussi étudier l'élaboration d'un programme de base européen de formation en santé publique, où il faudrait rechercher un compromis entre les besoins de formation des travailleurs de santé publique de terrain et des chercheurs travaillant dans les universités. Malgré le fait que de nombreux déterminants de la santé soient situés hors du champ d'action du système de santé, l'existence d'un programme de formation commun, d'écoles de santé publique actives et d'une base de recherche solide seraient des atouts permettant au secteur de la santé de garder le rôle pilote et de coordinateur qui lui revient dans le domaine de la santé publique.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC49/R9.

### **Évaluation des phases I et II (1992–1999) du Plan d'action européen contre l'alcoolisme et adoption de la phase III (2000–2005) (EUR/RC49/9 et /Conf.Doc./5)**

Le conseiller régional pour les drogues psychotropes a informé le Comité des faits positifs survenus depuis l'adoption du Plan d'action européen contre l'alcoolisme en 1992. Un événement notable avait été la Première conférence ministérielle européenne sur l'alcoolisme (Paris, décembre 1995) à laquelle la Charte européenne sur la consommation d'alcool avait été approuvée.

Du récent exercice exécuté par le Bureau régional pour évaluer le plan d'action il ressortait que l'alcool était actuellement une question faisant l'objet de beaucoup d'attention dans de nombreux pays. Il était néanmoins difficile d'évaluer avec précision l'impact du plan, étant donné la complexité de cette question et le grand nombre de variables qui fallait prendre en compte. La brièveté de la période considérée, en outre, rendait cette évaluation plus difficile. Il est clair cependant que la situation économique dans

certaines pays va à l'encontre d'un certain nombre de propositions du plan d'action actuel, et il est donc important que l'OMS poursuive ses efforts avec ses États membres pour combattre ce problème.

À cette fin, le Bureau régional a établi une proposition pour proroger le plan d'action de cinq ans (2000–2005). La troisième phase du plan tient compte de la grande diversité des conditions dans la Région et propose une série de programmes que les États membres peuvent adapter en fonction de leurs besoins propres. Un point du plan qui semble susciter des réserves est celui ayant trait au rôle de l'industrie dans la promotion des boissons alcoolisées. Compte tenu du climat extrêmement concurrentiel qui y règne, ce secteur industriel aura du mal à pratiquer l'autoréglementation. Étant donné l'internationalisation croissante du commerce, il est nécessaire que les États membres s'efforcent de parvenir à un consensus international sur les mesures de réglementation à prendre à cet égard.

Comme l'avait recommandé le CPR, une réunion avait été organisée entre l'OMS et les représentants du groupe d'Amsterdam des entreprises de l'industrie de l'alcool, pour étudier des questions d'intérêt mutuel. Le groupe avait fait un certain nombre de suggestions : l'OMS pourrait mettre plus d'accent sur les aspects bénéfiques de l'alcool, elle pourrait s'efforcer de sensibiliser le public en ce qui concerne la législation sur l'alcool au volant plutôt que de faire campagne pour un renforcement des mesures législatives, elle pourrait promouvoir un comportement responsable chez les consommateurs. On a estimé que certaines de ces suggestions pourraient être suivies, mais qu'il fallait rester prudent sur la question des aspects bénéfiques de l'alcool, étant donné que les faits n'étaient pas concluants.

Enfin, l'attention du Comité a été attirée sur le problème de l'accroissement inquiétant de la consommation d'alcool chez les jeunes. Compte tenu de la gravité de cette évolution il était justifié de la prendre pour thème de la prochaine conférence ministérielle sur l'alcool, que la Suède avait généreusement offert d'accueillir en décembre 2000.

Un certain nombre de représentants ont déclaré que leur pays avait suivi les conseils donnés par le Bureau régional et élaboré des politiques et plans d'actions nationaux. Certains ont aussi établi des comités ou groupes directeurs à un échelon élevé du gouvernement. Il y a un large accord sur le fait que l'abus d'alcool cause une morbidité considérable dans de nombreux pays et qu'il doit donc être combattu d'une manière systématique. Un orateur cependant s'est déclaré préoccupé de ce que l'alcool soit traité séparément des autres aspects de la consommation de drogues, et il a fait valoir en outre que la prévention n'était qu'un des éléments de l'action à mener : le traitement des personnes affectées par l'abus d'alcool était aussi une tâche très importante dans tous les États membres.

La proposition de proroger pendant cinq ans encore la durée du plan d'action a été bien accueillie, ainsi que les informations indiquant que le plan tenait compte de la diversité des caractéristiques de la Région européenne. On a généralement reconnu qu'une telle approche permettait d'élaborer des plans d'action spécifiques par pays qui tenaient compte d'environnements culturels, sociaux, économique et juridique différents.

L'implication des collectivités dans l'élaboration de la politique, de manière à ce que celles-ci reprennent à leur compte cette politique, a aussi été considérée comme une condition importante. Pour la mise en œuvre du plan d'action, l'OMS a été encouragée à mener des activités au niveau subrégional ainsi qu'en coopération avec d'autres organisations intéressées telles que l'Organisation internationale du travail (OIT). Une telle approche permettrait de maximiser les effets et de minimiser les redondances.

Plusieurs orateurs ont fait valoir qu'il était nécessaire d'établir des indicateurs et instruments de mesure afin de disposer d'une information de bonne qualité dans toute la Région. Il a aussi été suggéré que le groupe d'experts dont la création avait été proposée par un État membre pour examiner dans une optique plus large les indicateurs de la Santé pour tous incluent l'alcool parmi les points importants à examiner en profondeur.

Un intervenant a vivement approuvé la proposition du CPR selon laquelle le plan d'action devrait inclure l'objectif de parvenir à une interdiction à l'échelle de toute l'Europe de la publicité pour l'alcool aux manifestations sportives et des formes de publicité s'adressant particulièrement aux jeunes.

Plusieurs représentants se sont déclarés particulièrement préoccupés par l'aggravation du problème de l'alcool chez les jeunes, et un large soutien a été exprimé à la tenue d'une conférence sur cette question.

En réponse, le conseiller régional a déclaré qu'il était extrêmement satisfait du soutien apporté au Plan d'action et reconnaissant pour la contribution financière substantielle versée par un État membre. De toute évidence, les pays attendent beaucoup du Plan, qui, dans de nombreux cas, avait déjà été pris en considération dans les politiques nationales contre l'alcoolisme. La nécessité de surveiller les progrès accomplis a été notée et le Bureau régional est en passe de créer une base de données plus complète avec des indicateurs plus affinés. Le conseiller régional a appuyé la proposition visant à créer un groupe d'experts chargé de définir des indicateurs appropriés. Il est évident que les politiques de lutte contre l'alcoolisme ont besoin du soutien de la population pour porter leurs fruits et la deuxième conférence européenne sur l'alcoolisme prévue en décembre 2000 permettra de mobiliser ce soutien. Des partenaires importants comme la Banque mondiale, la Commission européenne, le Conseil de l'Europe, l'UNICEF et l'OIT devraient participer à la conférence.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC49/R8.

### **Stratégie par pays (EUR/RC49/8 et /Conf.Doc./8)**

#### *Description des activités pays figurant dans le budget-programme*

Le directeur du département Développement sanitaire des pays a résumé les travaux effectués comme suite aux discussions de la quarante-huitième session. Compte tenu de l'évaluation prévue du programme sur le développement sanitaire des pays, le CPR avait recommandé d'attendre pour une discussion complète de la stratégie par pays du Bureau la cinquantième session du Comité régional. Il est donc demandé au Comité régional d'examiner seulement certaines questions stratégiques relatives au programme par pays, y compris la formule proposée pour la détermination des crédits alloués aux pays et le niveau actuel du soutien fourni aux pays par l'OMS.

Le Bureau régional poursuit activement une politique d'activités dans les pays depuis de nombreuses années. Il est cependant devenu nécessaire de mettre au point des approches mieux intégrées dans la stratégie et répondant mieux aux besoins de chaque pays, tout en renforçant la présence de l'OMS dans les pays. D'autre part, bien que la stratégie doive continuer d'inclure les 51 États membres de la Région européenne, le principe selon lequel un soutien accru doit être fourni aux pays les plus en difficulté reste valable. L'action future se fondera sur les partenariats et les approches intégrées, avec un accent renforcé sur les activités interinstitutions et multisectorielles. Un effort accru sera fait pour aider les pays à élaborer des politiques et plans d'action en matière de santé. Les possibilités offertes par une approche et une structure subrégionales seront étudiées avec l'objectif de maximiser les ressources disponibles. La fonction des bureaux de liaison actuels sera renforcée et l'on s'efforcera de tirer le parti maximal des programmes techniques, centres collaborateurs et réseaux OMS. Le processus de planification s'appuiera sur un travail d'équipe entre les différents services du Bureau et les homologues nationaux.

D'après des travaux d'analyse poussés effectués au cours de l'année écoulée, on peut estimer que 50% de toutes les activités de l'OMS dans la Région européenne correspondent en fait à des activités dans les pays.

#### *Principes et critères de détermination des crédits alloués aux pays*

Dans les crédits du budget 2000–2001 approuvés par le Comité régional en septembre 1998, la première tranche supplémentaire (égale à 2 millions sur un montant total de 2,2 millions de dollars) affectée au Bureau (résultant de la nouvelle politique de répartition interrégionale de l'OMS) avait été également répartie entre les six pays « à faible revenu ». La vice-présidente du CPR a présenté le modèle recom-

mandé par le Comité permanent pour l'affectation future des crédits budgétaires aux pays. L'application des principes de ce modèle aboutirait aux résultats suivants :

- les six pays bénéficiant de crédits accrus pour 2000–2001 continueraient d'en bénéficier au cours des exercices ultérieurs jusqu'à la dernière année (2010) ;
- la tranche supplémentaire de 2 millions de dollars qui devrait être reçue en 2002–2003 serait distribuée aux 22 autres pays remplissant les conditions pour recevoir des crédits de pays ; à cette fin l'on appliquerait un facteur basé sur l'indicateur du développement humain du PNUD (HDI) et l'on ajouterait le montant ainsi obtenu aux crédits affectés à ces pays lors de l'exercice antérieur ;
- ce processus serait répété au cours de chaque exercice biennal jusqu'en 2008–2009 ;
- à compter de 2010–2011, la formule basée sur l'indicateur HDI serait la seule appliquée pour la détermination des crédits affectés aux pays.

Les délégués ont pris note avec satisfaction des explications qui leur avaient été données et ils ont félicité le directeur du département Développement sanitaire des pays et l'équipe EUROSANTÉ, y compris les chargés de liaison, pour l'aide extrêmement importante qu'ils avaient apportée aux pays en transition économique. Ils ont appelé l'attention sur la nécessité de continuer à analyser la stratégie actuelle d'action au niveau des pays et de formuler une telle stratégie pour l'avenir. Deux orateurs cependant se sont demandés si la présentation de cette stratégie arrivait au bon moment compte tenu de l'évaluation qui devait être faite du programme EUROSANTÉ. Un représentant s'est déclaré peu satisfait du mode de classement appliqué pour décrire la présence et l'action totales du Bureau régional dans les pays. Des préoccupations ont aussi été exprimées en ce qui concerne la structure subrégionale proposée, qui risquait de favoriser un renforcement des structures bureaucratiques et un gaspillage de ressources.

La nouvelle formule d'affectation des crédits a été approuvée en principe. Toutefois, certains pays, conscients que les résultats donnés par la formule dépendaient de la justesse des données utilisées, appréhendaient les conséquences qui pourraient résulter pour eux de l'utilisation de données insuffisantes ou inexactes. Plusieurs représentants ont fait observer que, quelle que soit la formule d'affectation, les crédits disponibles étaient insuffisants eu égard à la situation socioéconomique dans de nombreux NEI et PECO.

Les propositions tendant à aligner le statut des chargés de liaison OMS sur celui des représentants des Nations Unies dans les pays et à renforcer les partenariats avec les autres institutions des Nations Unies ont été généralement approuvées. Un orateur a suggéré que l'on devrait aussi envisager le partage de ressources. Un autre a souligné l'intérêt de faire davantage appel aux compétences locales disponibles dans les pays.

En réponse le directeur du département Développement sanitaire des pays a remercié les représentants du soutien et des encouragements exprimés aux travaux effectués par le département. Elle a noté avec beaucoup de plaisir que les pays étaient favorables à l'approche proposée pour une nouvelle stratégie par pays, et approuvaient manifestement le nouveau modèle d'affectation des crédits.

Le Bureau régional est en train d'adopter un nouveau système amélioré de planification et d'évaluation et de prendre des mesures pour assurer une intégration plus étroite des activités dans les pays. En ce qui concerne la structure subrégionale proposée, il est prévu de ne l'utiliser que lorsqu'elle apporte des avantages concrets et qu'elle ne risque pas de nuire aux activités menées avec des pays individuels. Elle s'est déclarée d'accord avec les orateurs qui préconisaient de développer et utiliser plus largement les capacités du personnel national, et de ne recourir à des consultants internationaux que lorsque les qualifications requises n'existaient pas au niveau local. Elle reconnaissait l'importance des chargés de liaison pour les activités dans les pays et estimait elle aussi qu'ils devraient recevoir un statut plus élevé.

Elle a convenu que le système de classement utilisé pour décrire la présence et l'action totales de l'OMS dans un pays n'était pas satisfaisant, mais elle a fait valoir qu'il appartenait au Siège de corriger ce point. La présidente exécutive a proposé que celui-ci soit invité à réexaminer cette question.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC49/R5.

### **Environnement et santé (EUR/RC49/3 et /Conf.Doc./10)**

Le directeur du département Environnement et santé a informé le Comité régional que 1146 participants de 54 pays, dont 73 ministres, avaient participé à la Troisième conférence européenne ministérielle sur l'environnement et la santé qui avait eu lieu à Londres en juin. Deux conférences avaient eu lieu précédemment, l'une à Francfort en 1989 et l'autre à Helsinki en 1994. La première avait été axée sur l'élaboration de politiques et la seconde sur la planification ; quant à la Conférence de Londres, elle avait eu pour thème les « partenariats pour l'action ». Dans le cadre de ce thème, un très grand nombre de pays et d'ONG avaient participé de manière très constructive à la préparation de la Conférence et à l'élaboration des documents de la Conférence. Le directeur a déclaré qu'il fallait de toute évidence poursuivre le processus et exprimé sa reconnaissance au gouvernement hongrois pour avoir proposé d'accueillir la prochaine conférence ministérielle à Budapest en 2004.

Le Protocole sur l'eau et la santé, qui avait été adopté à Londres et signé par 35 pays, marquait une étape importante dans l'activité de l'OMS. Il est ouvert à la signature auprès du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies à New York jusqu'en juin 2000. Parmi les autres résultats importants, la Conférence a abouti à l'adoption d'une Charte sur les transports, l'environnement et la santé incitant les ministres de la santé à faire porter leurs efforts sur la prévention. Le directeur s'est déclaré satisfait de constater que de nombreux pays voulaient mettre en œuvre les actions énoncées dans la Charte, et la première réunion du groupe directeur aura lieu à Rome en octobre.

La stratégie du département Environnement et santé porte sur l'ensemble des points de l'ordre du jour de la Conférence de Londres, ainsi que sur un certain nombre de sujets qui n'avaient pas fait l'objet d'un débat précis lors de la Conférence. Certains programmes relevant de cette stratégie sont prêts à être mis en œuvre, même à l'échelon mondial, tandis que d'autres constituent des initiatives prises dans de nouveaux domaines.

Le nouveau Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES), doté d'une composition et d'un mandat élargis, est une instance extrêmement importante pour promouvoir l'application des décisions prises à Londres par les ministres et coordonner les actions nécessaires. Le directeur a aussi exprimé sa reconnaissance à « l'ancien » CEES pour les travaux qu'il avait effectués, et notamment le rôle qu'il avait assumé en tant que comité directeur de la Conférence de Londres.

S'agissant de l'organisation de l'activité future du département, le directeur a indiqué que les effectifs du département étaient dispersés dans une grande partie de l'Europe, même si la majorité se trouvait à Copenhague et dans les deux divisions du Centre européen de l'environnement et de la santé à Rome et à Bilthoven. Le centre comptera, à partir de 2001, une nouvelle division à Bonn financée par le gouvernement allemand. Enfin, le directeur a exprimé sa reconnaissance pour les travaux accomplis au sein des groupes sous-régionaux de pays et l'intérêt exprimé par de nombreux pays à accueillir des centres qui apporteront leur soutien au département.

La vice-présidente exécutive a rappelé qu'à sa toute dernière réunion, le CPR avait souligné la nécessité de poursuivre les initiatives prises et de collecter des fonds suffisants pour permettre au nouveau CEES de mener à bien les activités importantes qui lui incombent. Le CPR avait aussi accueilli avec satisfaction la participation des ONG aux travaux du CEES.

Lors des débats qui ont suivi, un certain nombre d'orateurs ont indiqué que leur pays avaient déjà proposé de piloter la mise en œuvre du Protocole sur l'eau et la santé. Il a été cependant souligné que ce Protocole n'entrera pas en vigueur avant d'avoir été ratifié par au moins 16 pays. Il faudrait donc que le processus de ratification démarre immédiatement dans les pays pour permettre au Protocole d'entrer en vigueur dès que possible. Il a aussi été souligné que l'adoption de la Charte sur les transports constituait le point de départ d'un processus visant à poursuivre les actions qui avaient été décidées et à étudier la nécessité de faire de la Charte un instrument juridiquement contraignant, c'est-à-dire une convention sur l'environnement et la santé. Les participants ont donc accueilli avec satisfaction la décision de tenir la première réunion du groupe directeur dans un avenir proche.

De nombreux pays se sont félicités de constater que l'élaboration des plans d'action nationaux pour l'hygiène de l'environnement avait facilité la coopération entre des secteurs qui n'avaient pas collaboré auparavant. En outre, de nombreux pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne considèrent l'élaboration et la mise en œuvre de ces plans d'action comme un moyen utile dans le processus d'adhésion. Les travaux menés au sein des groupes sous-régionaux ont été accueillis très favorablement et des propositions visant à créer des centres chargés d'appuyer la mise en œuvre des plans d'action nationaux ont été formulées.

Les participants se sont félicités des nouvelles initiatives prises dans le cadre de l'ordre du jour de la Conférence de Londres et formulées dans le document sur la stratégie. Certains pays considèrent en particulier la question de la santé des enfants et l'environnement comme un élément décisif pour la santé des générations futures et il a donc été proposé de convoquer une réunion en 2002 pour examiner cette question importante de manière plus approfondie.

De nombreux pays ont félicité le CEES pour avoir assumé le rôle de comité directeur de la Conférence de Londres et instauré un cadre de partenariats entre des secteurs qui n'avaient pas coopéré jusqu'à présent de manière suffisamment étroite. Les participants ont accueilli favorablement la nouvelle composition du CEES qui comprendra aussi des représentants des ONG et du secteur privé et dont le mandat sera élargi.

De nombreux représentants ont été sensibles au rôle important joué par le Centre européen de l'environnement et de la santé et à la générosité du gouvernement allemand. Cependant, étant donné la dispersion des effectifs du département Environnement et santé et le grand nombre de programmes à mettre en œuvre, il est nécessaire de coordonner les activités, de fixer les priorités avec soin et de disposer d'une base de financement solide.

Le conseiller juridique a informé le Comité régional que les travaux consacrés au Protocole sur l'eau et la santé avaient mis en évidence le fait que l'Assemblée mondiale de la santé devait examiner s'il fallait déléguer aux comités régionaux le pouvoir d'adopter des conventions sur des questions régionales. Cette question sera inscrite à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée mondiale.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC49/R4.

### **Renforcement de l'action de santé publique lors de catastrophes naturelles et coopération internationale pour la préparation aux situations d'urgence (EUR/RC49/Conf.Doc./6) et exposés sur les activités de l'OMS au Kosovo et en Turquie (EUR/RC49/Inf.Doc./5 et /Inf.Doc./6)**

Un exposé a été fait au Comité sur les activités menées par l'OMS au Kosovo après que l'ONU ait reçu la responsabilité d'administrer cette zone, dont la population est actuellement estimée à 1,6 – 1,8 million. Aux termes de la résolution 1244 de l'ONU, il a été mis sur pied une mission des Nations Unies au Kosovo (MINUK), chargée d'assurer le gouvernement à titre provisoire. Un fonctionnaire de l'OMS a été nommé au poste de commissaire pour la santé ; il prendra en charge le secteur sanitaire de l'administration civile au nom de la MINUK. L'OMS emploie sur le terrain 25 fonctionnaires internationaux et 38 fonctionnaires nationaux dans le cadre de ses activités humanitaires et pour le compte de la MINUK. Pour le financement de cette action, l'OMS a pu mobiliser des ressources s'élevant à 10,8 millions de dollars.

Les principaux problèmes rencontrés au Kosovo sont le sous-développement du système de soins primaires, l'existence d'un système de santé exagérément hospitalo-centrique et la nécessité d'améliorer la formation du personnel de santé (en premier lieu médecins et infirmières), pour lui permettre de rattraper le retard pris en matière de connaissances au cours des huit années de troubles et d'hostilités. Les premières tâches du commissaire pour la santé ont été de payer les salaires des quelques 11 000 travailleurs de santé du Kosovo, d'établir des lignes directrices politiques pour le secteur sanitaire, de mettre sur pied un budget pour la santé, de reconstruire le service de santé publique, d'établir des équipes internationales de gestion hospitalière dans les établissements de soins du deuxième niveau, de retirer de la circulation les médicaments dangereux et de rétablir les services de vaccination.

Un exposé a aussi été présenté au Comité sur les activités de l'OMS liées au tremblement de terre qui s'était produit en Turquie en août 1999. Une superficie importante de la région nord-ouest du pays, peuplée par environ 20 millions d'habitants, avait été sinistrée. La catastrophe avait fait plus de 15 000 morts, plus de 24 000 blessés déclarés et plus de 300 000 sans-abri. La réponse de l'OMS avait été immédiate. Des trousseaux de matériel chirurgical et orthopédique avaient été envoyés dans la zone sinistrée, l'OMS avait participé à une mission d'évaluation des Nations Unies et le directeur de la Gestion des programmes s'était rendu en Turquie pour apporter une assistance au ministère de la santé. Près de 12 pays européens avaient envoyé des équipes de sauvetage et une aide d'urgence à la Turquie ; cette entraide avait été reçue avec gratitude.

Plusieurs délégations ont exprimé leur solidarité et leur sympathie aux peuples turc et grec pour ces catastrophes ayant fait un grand nombre de victimes. L'envoi d'une aide d'urgence était considérée comme le strict minimum que l'on puisse faire. Les pays limitrophes ont souligné l'importance d'améliorer la préparation aux situations de catastrophe. Il faudrait mettre en place des actions mieux concertées non seulement pour répondre aux besoins immédiats (opérations de sauvetage et traitement aux blessés) mais aussi pour prendre en charge les conséquences psychologiques à long terme pour les victimes. Il sera indispensable d'établir un système d'alerte précoce, ainsi qu'une liste permanente d'experts internationaux et des principes directeurs sur la manière de répondre efficacement aux situations d'urgence. Un orateur a rappelé que les principes directeurs établis par le Siège de l'OMS avaient récemment été actualisés, mais on a estimé que les principes directeurs ne suffisaient pas, les catastrophes ayant par nature des caractéristiques imprévisibles. Il a été demandé au directeur général de soulever la question de la préparation aux situations de catastrophes au niveau mondial lors de la prochaine Assemblée mondiale de la santé.

Un représentant a exprimé ses vives préoccupations à propos des effets sur la population du conflit qui sévissait au Timor-Oriental ; il a suggéré qu'une aide humanitaire d'urgence soit fournie par les États membres européens de l'OMS et il a soumis un projet de résolution à ce sujet pour examen et adoption.

Un autre représentant, parlant au nom des 15 États membres de l'Union européenne a exprimé la sympathie et la solidarité de l'Union européenne pour les réfugiés et personnes déplacées du Timor-Oriental, qui étaient privés de nourriture, d'eau et des soins essentiels. Un autre orateur a confirmé cet engagement. L'Union européenne s'est engagée expressément à fournir une aide humanitaire à la population du Timor-Oriental dès que cela sera possible ;

Compte tenu de l'aide humanitaire promise par l'Union européenne, il a été décidé de retirer le projet de résolution sur le Timor-Oriental.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC49/R6 sur l'action de santé publique en cas de catastrophe naturelle et de situation d'urgence et la coopération internationale pour la préparation aux situations d'urgence.

## **ÉLECTIONS ET DÉSIGNATIONS**

Le Comité s'est réuni en séance privée pour désigner un candidat au poste de directeur régional de l'Europe de l'OMS, procéder à la désignation de membres du Conseil exécutif et à l'élection de membres du CPRC, du Comité européen de l'environnement et de la santé, du Comité Politiques et coordination du Programme spécial OMS de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, et du Comité consultatif du Programme d'action pour les médicaments essentiels.

### **Désignation d'un candidat au poste de directeur régional (EUR/RC49/Conf.Doc./9)**

Le Comité s'est réuni pour examiner ce point en séance privée et, par la résolution EUR/RC49/R2, a demandé au directeur général de proposer au Conseil exécutif la nomination du Dr Marc Danzon à compter du 1<sup>er</sup> février 2000.

Pour remercier le Dr Jo Asvall des nombreuses années qu'il a passées au service de l'Organisation mondiale de la santé, et en particulier pour les 15 ans en qualité de directeur régional de l'Europe, le Comité a adopté la résolution EUR/RC49/R3 déclarant le Dr Asvall directeur régional émérite.

#### **Désignation de membres du Conseil exécutif (EUR/RC49/5)**

Le Comité régional a élu l'Italie, la Lituanie et la Suède afin qu'ils présentent leurs candidatures à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2000 en vue de leur élection ultérieure au Conseil exécutif.

#### **Élection de membres du Comité permanent du Comité régional (EUR/RC49/5)**

Le Comité régional a élu la Pologne (Dr Jacek Piatkiewicz), la Roumanie (Dr Anca Dumitrescu) et la Fédération de Russie (Dr Nikolaj Fetisov) membres du CPRC pour un mandat de trois ans (de septembre 1999 à septembre 2002).

Compte tenu de l'élection du Dr Jeremy Metters comme président exécutif adjoint du Comité régional (et, partant, président du CPRC), et conformément à l'article 2.9 du Règlement intérieur du CPRC, il a été en outre noté que la Turquie (professeur Ayşe Akin) reprendra le siège laissé vacant par le Royaume-Uni pour l'année du mandat restant à courir.

#### **Élection des membres du Comité européen de l'environnement et de la santé (EUR/RC49/5 Add.1 et /5 Add.1 Corr.1)**

Le Comité régional a élu la Hongrie (Dr Alán Pintér), l'Irlande (M. Tom Mooney), le Royaume-Uni (professeur Liam Donaldson) et la Turquie (professeur Cağatay Güler) membres du Comité européen de l'environnement et de la santé pour un mandat de deux ans (de septembre 1999 à septembre 2001).

#### **Élection d'un membre du Comité Politiques et coordination du Programme spécial OMS de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (EUR/RC49/5)**

Le Comité régional a élu l'Ouzbékistan (Dr Dilbar Makhudova) membre du Comité Politiques et coordination du Programme spécial OMS de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine pour un mandat de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000.

#### **Élection d'un membre du Comité consultatif du Programme d'action pour les médicaments essentiels (EUR/RC49/5)**

Le Comité régional a élu l'Espagne (Dr Alfonso Rodriguez-Alvarez) membre du Comité consultatif du Programme d'action pour les médicaments essentiels pour un mandat de trois ans à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2000.

### **AUTRES QUESTIONS**

#### **Hommage au Dr Leo Kaprio**

Le Comité a observé une minute de silence en l'honneur du Dr Leo Kaprio, décédé le 14 août 1999. Le Dr Kaprio avait été directeur régional de l'OMS pour l'Europe pendant 18 ans jusqu'en 1985, puis avait été nommé directeur régional émérite.

#### **Date et lieu de la cinquantième et de la cinquante et unième sessions (EUR/RC49/Conf.Doc./7 et /Inf.Doc./4)**

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC49/R7 confirmant que sa cinquantième session aurait lieu au Bureau régional, à Copenhague, du 11 au 15 septembre 2000, et décidant que sa cinquante et unième session se tiendrait en Espagne du 10 au 14 septembre 2001, à l'aimable invitation du gouvernement espagnol.



## RÉSOLUTIONS

### EUR/RC49/R1

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

Le Comité régional,

Ayant examiné les recommandations du Comité permanent du Comité régional (figurant dans l'annexe 2 du document EUR/RC49/2) concernant les amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional ;

ADOpte les amendements figurant dans l'annexe 2 du document EUR/RC49/2 pour qu'ils entrent en vigueur immédiatement.

*But européen 0 de la SANTÉ 21.*

### EUR/RC49/R2

#### DÉSIGNATION DU DIRECTEUR RÉGIONAL

Le Comité régional,

En vertu de l'article 52 de la Constitution de l'OMS,

Et conformément à l'article 47 de son Règlement intérieur,

1. DÉSIGNE le Dr Marc Danzon au poste de directeur régional pour l'Europe ;
2. PRIE le directeur général de proposer au Conseil exécutif la nomination du Dr Marc Danzon à compter du 1<sup>er</sup> février 2000.

*But européen 0 de la SANTÉ 21.*

### EUR/RC49/R3

#### VOTE DE REMERCIEMENTS AU DR JO EIRIK ASVALL

Le Comité régional,

Se déclarant très reconnaissant au Dr Jo Eirik Asvall pour son engagement de tous les instants et pour les services éminents qu'il a rendus à la cause de la santé publique et du développement internationaux au cours de sa longue carrière à l'Organisation mondiale de la santé, en particulier en tant que directeur régional de l'Europe,

Estimant que, lorsqu'il quittera ses fonctions le 31 janvier 2000, il aura apporté à l'amélioration de la santé des populations de toute la Région européenne une contribution qui mérite une reconnaissance particulière de la part de l'Organisation mondiale de la santé,

1. EXPRIME ses sincères remerciements au Dr Asvall pour tout ce qu'il a fait pour promouvoir l'action de l'OMS ;

2. DÉCERNE au Dr Jo Eirik Asvall le titre de directeur régional émérite de l'Organisation mondiale de la santé.

*But européen 0 de la SANTÉ 21.*

## EUR/RC49/R4

### ENVIRONNEMENT ET SANTÉ

Le Comité régional,

Insistant sur le fait qu'il convient d'accorder un degré élevé de priorité aux mesures visant à parvenir à un environnement favorable à la santé pour tous dans la Région européenne,

Se félicitant des progrès accomplis au cours des dix dernières années dans le cadre du processus Environnement et santé afin de parvenir à ce but, qui a bénéficié du soutien des activités du Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS et du Comité européen de l'environnement et de la santé,

Convaincu que le processus Environnement et santé continuera de jouer un rôle important pour la santé de la population de la Région européenne au XXI<sup>e</sup> siècle,

1. REMERCIE les gouvernements français, italien et néerlandais pour l'aide extrêmement précieuse qu'ils ont apportée au mouvement Environnement et santé au cours des années 90 par leur appui au Centre européen de l'environnement et de la santé ;
2. REMERCIE le gouvernement allemand pour sa proposition visant à accueillir à Bonn une troisième division du Centre européen de l'environnement et de la santé à compter de 2001 ;
3. REMERCIE le gouvernement hongrois d'avoir proposé d'être l'hôte de la Quatrième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé en 2004 qui servira de catalyseur pendant la période allant jusqu'à cette date ;
4. APPROUVE la décision de la Troisième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui a eu lieu à Londres en juin 1999, visant à prolonger le mandat du Comité européen de l'environnement et de la santé et d'élargir sa composition ;
5. INVITE le Comité européen de l'environnement et de la santé à surveiller, faciliter et promouvoir la mise en œuvre des actions énoncées dans la Déclaration de la Troisième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Déclaration de Londres) en appelant particulièrement l'attention sur la nécessité :
  - a) de promouvoir par la ratification, l'entrée en vigueur et la mise en œuvre transitoire du Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 de la CEE sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux ;
  - b) de promouvoir des actions visant à faire en sorte que la Charte sur les transports, l'environnement et la santé soit mise à exécution, fasse l'objet d'un suivi et d'un rapport, et de procéder à des travaux préparatoires en vue de l'examen de nouvelles initiatives internationales dans ce domaine ;
  - c) d'être l'instigateur de mesures pratiques visant à atteindre les objectifs et mener les actions énoncées dans la Déclaration de Londres, par exemple en instituant des équipes spéciales ou d'autres mécanismes selon les besoins ;

- d) d'utiliser pleinement les ressources existantes, par exemple en développant au maximum le rôle du Comité européen de l'environnement et de la santé, en assurant une coordination étroite avec le processus Un environnement pour l'Europe et encourageant la collaboration avec la Commission européenne, les organisations internationales et d'autres partenaires ;
- e) de continuer à renforcer la participation du public et les partenariats intersectoriels, tel qu'énoncé dans la Déclaration, conformément à la politique-cadre de la SANTÉ 21 ;
6. INVITE instamment les États membres :
- a) à exploiter leurs ressources politiques, techniques et financières de manière à favoriser l'exécution des actions décidées à Londres dans le cadre de partenariats dans leur pays et dans l'ensemble de la Région ;
- b) à fournir au Comité européen de l'environnement et de la santé le soutien financier dont il a besoin, à s'associer aux efforts de l'Italie, des Pays-Bas et du Bureau régional afin d'assurer une base de soutien scientifique et opérationnel pour mener des actions efficaces ;
7. AUTORISE le directeur régional à exercer les fonctions de secrétariat pour le Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de la CEE de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux, tel que le prévoit l'article 17 du Protocole, et à conclure avec le secrétaire exécutif de la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies un mémorandum d'accord arrêtant les modalités de la répartition de leurs tâches ;
8. PRIE le directeur régional de continuer à donner des impulsions au processus Environnement et santé dans la Région européenne et à assurer le soutien nécessaire du Bureau régional à ce processus, y compris l'affectation de fonds appropriés, ainsi que la coordination efficace de la coopération entre les divers services du Centre européen de l'environnement et de la santé.

*Buts européens 10, 14 de la SANTÉ 21.*

## **EUR/RC49/R5**

### **PLANIFICATION STRATÉGIQUE POUR LES ACTIVITÉS AVEC LES PAYS ET RÉPARTITION DES CRÉDITS DE PAYS DANS LA RÉGION EUROPÉENNE**

Le Comité régional,

Ayant examiné le document EUR/RC49/8, qui contient un plan concernant les activités avec les pays de la Région européenne ; des propositions tendant à inclure dans le budget-programme des informations en vue de donner une représentation réaliste de l'assistance aux pays ; et la proposition concernant les crédits à affecter aux pays, qui tient compte des allocations supplémentaires accordées conformément à la résolution WHA51.31,

Notant également les recommandations du Comité permanent du Comité régional concernant les activités de l'Organisation régionale avec les pays,

1. REMERCIE le Comité permanent et le secrétariat pour les travaux considérables qu'ils ont accomplis ensemble pour parvenir aux propositions et recommandations ;
2. INVITE le Comité permanent du Comité régional et le directeur régional à poursuivre leur examen des principes fondamentaux de la stratégie de pays de la Région européenne en tenant compte des résultats de l'évaluation du programme EUROSANTÉ, du rapport du Comité permanent du Comité régional (EUR/RC49/2), des questions soulevées dans le document EUR/RC49/8 et des débats au Comité régional portant sur le point 3 e) de l'ordre du jour, et à faire rapport au Comité régional à sa cinquantième session ;

3. DÉCIDE de maintenir le niveau des crédits supplémentaires alloués à l'Arménie, à l'Azerbaïdjan, à la Bosnie-Herzégovine, au Kirghizistan, à la Moldavie et au Tadjikistan (comme convenu dans la résolution EUR/RC48/R9) jusqu'à ce que l'allocation supplémentaire finale de la Région soit reçue, moment à partir duquel leurs crédits reposeront uniquement sur l'indicateur du développement humain du Programme des Nations Unies pour le développement ;
4. ADOPTE la proposition selon laquelle les allocations budgétaires supplémentaires futures (c'est-à-dire à compter de 2002–2003) seront réparties entre les autres pays d'EUROSANTÉ (Albanie, Biélorussie, Bulgarie, Croatie, Estonie, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Géorgie, Hongrie, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, Malte, Ouzbékistan, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Tchéquie, Turquie, Turkménistan, Ukraine, Yougoslavie<sup>1</sup>) sur la base de l'indicateur du développement humain, étant entendu que, lors de l'application des dispositions de la présente résolution jusqu'en 2010–2011, si un pays nommé au paragraphe 3 ci-dessus ou au présent paragraphe du dispositif devient un pays à revenu élevé, selon la définition de la Banque mondiale à ce moment-là, il devrait alors cesser de recevoir ces allocations ;
5. DEMANDE au directeur régional de soumettre au Comité régional en 2010 un rapport d'évaluation sur l'utilisation de l'indicateur du développement humain de manière à lui permettre d'examiner s'il y aurait lieu de procéder à une modification pour les périodes biennales ultérieures ;
6. DÉCIDE qu'une annexe supplémentaire révisée comportant des renvois, reposant sur le dernier indicateur de développement humain en date, correspondant à la proposition contenue dans le document EUR/RC49/8 et son annexe 1, sera jointe au futur projet de budget-programme afin de donner une représentation plus réaliste de l'assistance aux pays de la Région européenne.

*But européen 0 de la SANTÉ 21.*

## **EUR/RC49/R6**

### **ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE NÉCESSAIRE EN CAS DE CATASTROPHES NATURELLES ET DE SITUATIONS D'URGENCE ET COOPÉRATION INTERNATIONALE POUR LA PRÉPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE**

Le Comité régional,

Considérant les répercussions effroyables et tragiques des tremblements de terre catastrophiques qui ont eu lieu récemment en Turquie et en Grèce et les énormes souffrances causées à la population,

Désirant exprimer sa profonde sympathie à la population de Turquie et de Grèce et partager sa douleur et sa détresse,

Se félicitant de la solidarité manifestée et de l'aide apportée à ces pays par la communauté internationale,

Considérant la menace de nouvelles catastrophes similaires due au fait que certains États membres de la Région sont situés sur une ligne de faille majeure ou qu'ils sont exposés à d'autres risques de catastrophes naturelles,

Soulignant la nécessité d'une intervention d'urgence intégrée, rapide et coordonnée, tant à l'échelon local qu'international, face à des catastrophes naturelles majeures, notamment pour sauver des vies et alléger les souffrances humaines,

---

<sup>1</sup> À partir du moment où la Yougoslavie pourra redevenir un État membre actif de la Région.

PRIE le directeur régional :

- a) d'examiner les capacités et les activités du Bureau régional dans les domaines de la préparation aux situations d'urgence et de la prévention des catastrophes ;
- b) de définir des mécanismes permettant d'assurer une action internationale coordonnée et immédiate dans le domaine de la santé publique et d'améliorer le rôle du Bureau régional lors des interventions en cas de catastrophes naturelles majeures en portant une attention particulière à :
  - l'examen des lignes directrices concernant la préparation aux situations d'urgence et de leur application pour faire en sorte que la capacité locale de réaction rapide soit renforcée ;
  - la création de réseaux de collaboration entre les États membres en utilisant les technologies de l'information pour améliorer et accélérer les activités de secours internationales ;
- c) de porter la présente résolution à l'attention du directeur général aux fins d'un éventuel examen au niveau mondial de l'Organisation ;
- d) de présenter un rapport sur ce qui précède aux fins d'examen par le Comité permanent du Comité régional et ultérieurement par le Comité régional à sa cinquantième session.

*But européen 10 de la SANTÉ 21.*

## **EUR/RC49/R7**

### **DATE ET LIEU DES SESSIONS ORDINAIRES DU COMITÉ RÉGIONAL EN 2000 ET 2001**

Le Comité régional,

Ayant examiné la décision prise à sa quarante-huitième session, telle qu'elle est exprimée dans la résolution EUR/RC48/R7,

1. CONFIRME que sa cinquantième session se tiendra du 11 au 15 septembre 2000 au Bureau régional de l'Europe à Copenhague ; et
2. DÉCIDE que sa cinquante et unième session se tiendra du 10 au 14 septembre 2001 en Espagne à l'invitation du gouvernement espagnol.

*But européen 0 de la SANTÉ 21.*

## **EUR/RC49/R8**

### **PLAN D'ACTION EUROPÉEN CONTRE L'ALCOOLISME – TROISIÈME PHASE**

Le Comité régional,

Rappelant la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne au XXI<sup>e</sup> siècle qu'il a adoptée en 1998 (résolution EUR/RC48/R5) et en particulier le but 12 portant sur la réduction des dommages causés par l'alcoolisme ;

Rappelant sa résolution EUR/RC42/R8, dans laquelle il a approuvé les première et deuxième phases du Plan d'action européen contre l'alcoolisme, et la Charte européenne sur la consommation d'alcool adoptée lors de la Conférence européenne « Santé, société et alcool », qui a eu lieu à Paris du 12 au 14 décembre 1995 ;

Ayant examiné le document EUR/RC49/9, qui contient des propositions pour la troisième phase du Plan d'action européen contre l'alcoolisme ;

1. ADOPTE la troisième phase du Plan d'action européen contre l'alcoolisme en tant qu'ensemble de principes directeurs que les États membres devraient suivre en tenant compte de leurs différences de culture et de contextes social, juridique et économique ;
2. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres :
  - a) d'élaborer ou d'élaborer à nouveau des politiques nationales en matière d'alcool qui soient conformes à la Charte européenne sur la consommation d'alcool et de mettre au point des programmes conformes aux résultats et aux mesures décrites dans la troisième phase du Plan d'action ;
  - b) de prendre conscience de l'importance d'une action multisectorielle et des rôles importants que jouent les localités et les systèmes de santé dans la promotion et la mise en œuvre du Plan d'action ;
  - c) de soutenir la réalisation d'activités visant à atteindre les résultats prévus dans le Plan d'action dans des organisations qui peuvent fournir une aide pour la réalisation des objectifs généraux ;
  - d) d'adopter des mesures visant à protéger les jeunes des méfaits de l'alcoolisme et d'élaborer des programmes s'adressant aux jeunes ;
3. DEMANDE INSTAMMENT aux organisations d'intégration, intergouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'aux groupes d'entraide, d'entreprendre des actions communes avec les États membres et le Bureau régional pour maximiser les efforts entrepris à l'échelle de l'ensemble de la Région pour réduire les dommages qui résultent de la consommation d'alcool ;
4. PRIE le directeur régional :
  - a) de faire en sorte que le Bureau régional et ses réseaux soutiennent le Plan d'action, en utilisant des fonds provenant du budget ordinaire de l'OMS et en accomplissant des efforts pour obtenir une augmentation des contributions volontaires ;
  - b) de coopérer aux efforts accomplis par les États membres et d'autres organisations pour réduire les dommages résultant de la consommation d'alcool et ainsi les problèmes liés à l'alcool dans la Région, et de les aider à cet égard ;
  - c) d'établir un système d'information pour la Région européenne sur les problèmes d'alcoolisme visant à recueillir, analyser et diffuser des informations concernant la mise en œuvre du Plan d'action régional ;
  - d) de faire rapport, dans le cadre du rapport du directeur régional, tous les deux ans au Comité régional sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action.

*But européen 12 de la SANTÉ 21.*

## **EUR/RC49/R9**

### **RENFORCER LE RÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LA RÉGION EUROPÉENNE**

Le Comité régional,

Reconnaissant l'importance de la santé publique dans le cadre de la SANTÉ 21, la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne,

Reconnaissant en outre qu'il est nécessaire que les gestionnaires de la santé publique et les autres travailleurs de la santé publique désignés dans la politique-cadre de la Santé pour tous aient l'intégrité et le statut professionnel élevé nécessaires pour pouvoir assurer la coordination entre secteurs et établissements et obtenir le soutien politique et des communautés,

Convaincu que la santé publique est intrinsèquement multidisciplinaire et doit faire appel à une gamme de compétences professionnelles,

Conscient du rôle essentiel que les établissements de formation en santé publique et en particulier les écoles de santé publique peuvent jouer en contribuant à faire en sorte que l'infrastructure et le personnel de santé publique soient capables de traduire dans les faits les valeurs et les buts de la SANTÉ 21,

1. SOUSCRIT aux principes et stratégies concernant le renforcement de la fonction de santé publique et de l'infrastructure, de la formation et de la recherche relatives à la santé publique dans la Région européenne, comme indiqué dans le document EUR/RC49/10 et conformément à la SANTÉ 21 ;
2. DEMANDE instamment aux États membres :
  - a) de veiller à ce que les principales tâches et fonctions, l'infrastructure, la formation et la recherche en matière de santé publique répondent aux objectifs, aux principes et aux stratégies décrits dans le document EUR/RC49/10 et dans la SANTÉ 21 ;
  - b) d'accorder une importance particulière à un programme complet de mise en valeur des ressources humaines grâce à la formation initiale, du troisième cycle et permanente en santé publique du personnel de santé et d'autres professions dont les activités ont des effets sur la santé, étant entendu qu'il est prioritaire de disposer de spécialistes compétents en santé publique et d'assurer leur formation dans des écoles de santé publique ou des établissements analogues ;
3. PRIE le directeur régional :
  - a) de renforcer l'aptitude du Bureau régional à donner des impulsions et une assistance pour favoriser l'organisation et la pratique de la santé publique dans l'ensemble de la Région européenne et d'améliorer la communication et la coopération de l'OMS avec d'autres organisations et institutions ayant des activités dans ce domaine ;
  - b) d'établir des stratégies, des orientations et des outils pour les systèmes de santé publique et pour le renforcement des capacités en matière de santé publique ; de favoriser la création d'écoles de santé publique et d'instituts nationaux ou d'autres instituts de santé publique ; de renforcer la coopération entre les chercheurs en santé publique, les chercheurs en médecine clinique et ceux de la recherche fondamentale ; et d'aider à concevoir des modèles de formation et des programmes universitaires fondés sur les principes de la SANTÉ 21 ;
  - c) de favoriser la mise en place d'un mécanisme par lequel les institutions de formation en santé publique de la Région puissent travailler en réseau pour améliorer leur communication et leur coopération, en particulier sur les activités liées aux buts de la SANTÉ 21 ;
  - d) d'exploiter en pratique les possibilités d'activités de coopération entre l'OMS et la Commission européenne ;
  - e) de faire rapport au Comité régional à intervalles réguliers sur les mesures prises pour mettre en œuvre la présente résolution.

*Buts européens 18, 21 de la SANTÉ 21.*

**EUR/RC49/R10****INDICATEURS DE LA SANTÉ POUR TOUS UTILISÉS  
POUR LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION DE LA SANTÉ 21**

Le Comité régional,

Ayant examiné le document EUR/RC49/7 sur les indicateurs de la Santé pour tous utilisés pour la surveillance et l'évaluation de la SANTÉ 21 ;

Rappelant la résolution WHA39.7, qui décide notamment d'instituer des intervalles de trois ans pour la présentation des rapports sur la surveillance de la Santé pour tous ;

Rappelant la résolution EUR/RC48/R5 sur la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne au XXI<sup>e</sup> siècle ;

1. APPROUVE les indicateurs régionaux de la Santé pour tous qui ont été élaborés et la simplification proposée de l'exercice de surveillance de la Santé pour tous pour 2000–2001, qui établit spécifiquement une distinction entre surveillance et évaluation ;
2. PRIE INSTAMMENT les États membres :
  - a) de faire en sorte que des mécanismes appropriés soient mis en place ou que ceux existants soient utilisés pour mener à bien avec efficacité la surveillance et l'évaluation de la Santé pour tous dans leur pays, en fonction des besoins de l'élaboration de la politique sanitaire à différents niveaux ;
  - b) de fournir au Bureau régional des données statistiques et d'autres informations pertinentes conformément au calendrier et à la procédure proposés ;
  - c) de solliciter, au besoin, l'aide du Bureau régional pour la mise en œuvre de ces activités ;
  - d) de continuer à appuyer le Bureau régional dans ses efforts visant à améliorer l'exploitation et la comparabilité internationale des données de la Santé pour tous ;
3. DEMANDE au directeur régional :
  - a) de transmettre tous les documents pertinents ainsi que le rapport de la quarante-neuvième session du Comité régional au directeur général pour permettre une coordination des stratégies régionale et mondiale ;
  - b) de contribuer à renforcer le potentiel des systèmes nationaux d'information afin de favoriser l'interaction, dans la Région, entre les activités de l'OMS et celles de tous les autres organismes concernés afin de stimuler la comparabilité entre eux des critères et des normes applicables aux données ;
  - c) d'engager l'exercice de surveillance de la Santé pour tous en 2000 et de rendre compte des résultats de cet exercice au Comité régional, à sa cinquante et unième session.

*But européen 21 de la SANTÉ 21.*



**EUR/RC49/R11****RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DU COMITÉ RÉGIONAL**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC49/2 et EUR/RC49/2 Add.1), et les mesures proposées et les recommandations qui y figurent,

1. REMERCIE 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 quarante-neuvième session ;
3. PRIE le directeur régional de donner les suites voulues aux conclusions et aux propositions figurant dans le rapport du Comité permanent, en tenant pleinement compte des modifications décidées par le Comité régional à sa quarante-neuvième session, telles qu'elles ont été consignées dans le rapport sur la session.

*But européen 0 de la SANTÉ 21.*

*Annexe I*

## ORDRE DU JOUR

1. **Ouverture de la session**
  - a) Élection du président, du président exécutif, du vice-président exécutif et du rapporteur
  - b) Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail
2. **Examen de l'activité de l'OMS**
  - a) Déclaration du directeur général
  - b) Déclaration du directeur régional
  - c) Rapport du Comité permanent du Comité régional (comportant notamment des propositions visant à élaborer un accord régional sur les membres semi-permanents du Conseil exécutif et une proposition d'amendements aux Règlements intérieurs respectifs du Comité régional de l'Europe et du Comité permanent du Comité régional)
  - d) Collaboration avec les autres institutions des Nations Unies et les organisations d'intégration, les organisations intergouvernementales et non gouvernementales présentes en Europe
3. **Activité future de l'OMS**
  - a) Questions soulevées par les décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
  - b) SANTÉ 21 : la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS :
    - action menée par le Bureau régional eu égard à la réforme de l'OMS et à la SANTÉ 21
    - promotion de la SANTÉ 21
    - indicateurs de la SANTÉ 21 et surveillance des progrès accomplis vers la Santé pour tous
  - c) La structure et la fonction de la santé publique en Europe
  - d) Évaluation des phases I et II (1992–1999) du Plan d'action européen de lutte contre l'alcoolisme et adoption de la phase III (2000–2005)
  - e) Stratégie par pays (comportant notamment la description des activités pays figurant dans le budget-programme, et les principes et critères de détermination des crédits alloués aux pays)
  - f) Environnement et santé
  - g) Renforcement de l'action de santé publique lors de catastrophes naturelles et coopération internationale pour la préparation aux situations d'urgence
4. **Élections et désignations**
  - a) Désignation d'un candidat au poste de directeur régional
  - b) Désignation de membres du Conseil exécutif
  - c) Élection de membres du Comité permanent du Comité régional
  - d) Élection d'un membre du Comité Politiques et coordination du Programme spécial OMS de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine
  - e) Élection d'un membre du Comité consultatif du Programme d'action pour les médicaments essentiels
  - f) Élection des membres du Comité européen de l'environnement et de la santé
5. **Questions diverses**
  - a) Dates et lieu de la cinquante et unième session en 2001
  - b) Autres questions
  - c) Approbation du rapport et clôture de la quarante-neuvième session

*Annexe 2*

## LISTE DES DOCUMENTS

**Documents de travail**

EUR/RC49/1 Rev.2	Ordre du jour
EUR/RC49/2	Rapport du Comité permanent du Comité régional (CPCR)
EUR/RC49/2 Add.1	Compte rendu d'une réunion spéciale du Comité permanent du Comité régional, Copenhague, 15–16 juillet 1999
EUR/RC49/2 Add.2	Rapport de la sixième réunion du Comité permanent du Comité régional
EUR/RC49/3	Environnement et santé
EUR/RC49/4	Questions soulevées par les décisions et résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
EUR/RC49/5 et /5 Corr.1	Composition du Conseil exécutif et de divers autres comités
EUR/RC49/5 Add.1	Composition du Conseil exécutif et de divers autres comités
EUR/RC49/5 Add.1 Corr.1	Composition du Conseil exécutif et de divers autres comités – Rectificatif
EUR/RC49/6	Collaboration avec des organisations ayant des activités dans le domaine de la santé en Europe – Résumé
EUR/RC49/7	Indicateurs de la Santé pour tous utilisés pour la surveillance et l'évaluation de la SANTÉ 21
EUR/RC49/7 Add.1	Compendium of replies from Member States to the written consultation on the draft list of HEALTH21 indicators
EUR/RC49/8	Renforcement du partenariat avec les pays européens – Vers une stratégie rénovée concernant les activités dans les pays
EUR/RC49/9	Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005
EUR/RC49/10	L'évolution du rôle de la santé publique dans la Région européenne
EUR/RC49/11	SANTÉ 21 : la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne
EUR/RC49/12	L'an 2000 et au-delà : l'action menée par le Bureau régional eu égard à la réforme de l'OMS et à la SANTÉ 21

**Documents de conférence**

EUR/RC49/Conf.Doc./1 Rev.1	Programme
EUR/RC49/Conf.Doc./2	Rapport du Comité permanent du Comité régional (CPCR)
EUR/RC49/Conf.Doc./3	Amendements aux règlements intérieurs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional
EUR/RC49/Conf.Doc./4	Indicateurs de la Santé pour tous utilisés pour la surveillance et l'évaluation de la SANTÉ 21
EUR/RC49/Conf.Doc./5	Plan d'action européen contre l'alcoolisme – troisième phase
EUR/RC49/Conf.Doc./6	L'évolution du rôle de la santé publique dans la Région européenne
EUR/RC49/Conf.Doc./7	Dates et lieu des sessions ordinaires du Comité régional en 2000 et 2001.
EUR/RC49/Conf.Doc./8 Rev.1	Planification stratégique pour les activités avec les pays et répartition des crédits de pays dans la Région européenne
EUR/RC49/Conf.Doc./9	Désignation du directeur régional

EUR/RC49/Conf.Doc./10	Environnement et santé
EUR/RC49/Conf.Doc./11	Vote de remerciements au Dr Jo Eirik Asvall
EUR/RC49/Conf.Doc./12	Aide humanitaire à la population du Timor-Oriental
EUR/RC49/Conf.Doc./13	Action de santé publique nécessaire en cas de catastrophes naturelles et de situations d'urgence et coopération internationale pour la préparation aux situations d'urgence

**Document d'information**

RC49/Inf.Doc./1	Situation Report on Communicable Diseases in the European Region as at 1 June 1999
RC49/Inf.Doc./2	Collaboration with agencies and organizations active in health in Europe
RC49/Inf.Doc./3	Amendements aux règlements intérieurs respectifs du Comité régional et du Comité permanent du Comité régional de l'Europe
RC49/Inf.Doc./4	Dates et lieu de la cinquante et unième session du Comité régional en 2001
RC49/Inf.Doc./5	The role of WHO in health and health care in Kosovo
RC49/Inf.Doc./6	The earthquake in Turkey: its health implications

*Annexe 3*

## LISTE DES REPRÉSENTANTS ET AUTRES PARTICIPANTS

**I. ÉTATS MEMBRES****Allemagne**

<i>Représentants</i>	Andrea Fischer Ministre fédéral de la santé  Helmut Voigtländer Directeur, Direction des affaires européennes et de la coopération internationale, Ministère fédéral de la santé
<i>Suppléants</i>	Michael Debrus Chef de la Division de la coopération multilatérale en matière de santé, Ministère fédéral de la santé  Dr Hans Stein Chef de la Division des questions de principe concernant l'Union européenne et la politique de santé européenne, Ministère fédéral de la santé  Dr Fritjof von Nordenskjöld Ambassadeur, Ambassade de la République fédérale d'Allemagne à Rome
<i>Conseillers</i>	Dr Eltje Aderhold Premier secrétaire, Mission permanente de l'Allemagne auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève  Professeur Ilona Kickbusch Yale University, New Haven (États-Unis d'Amérique)  Dr Christian Luetkens Chef de division, Ministère des affaires sociales de Hesse  Dr Christian Behles Conseiller personnel du ministre fédéral de la santé  Horst Dedecke Consul honoraire de la République fédérale d'Allemagne à Florence
<i>Secrétaires</i>	Christa Merk Interprète auprès du Ministère fédéral de l'Intérieur  Alexander Schmidt Interprète, Ambassade de la République fédérale d'Allemagne à Rome

**Albanie**

<i>Représentant</i>	Dr Leonard Solis Ministre de la santé
---------------------	--

**Andorre**

*Représentants* Dr Josep M. Goicoechea  
Ministre de la santé et de la protection sociale  
Mme Rosa M. Mandicó Alcobé  
Directeur de la santé et de la protection sociale

**Arménie**

*Représentant* M. Sevak Avagyan  
Vice-ministre de la santé

**Autriche**

*Représentants* Dr Gunter Liebeswar  
Directeur général, Département de la santé publique, Ministère fédéral du travail, de la santé et des affaires sociales  
Dr Verena Gregorich-Schega  
Directeur, Division des affaires internationales, Ministère fédéral du travail, de la santé et des affaires sociales

*Suppléant* Dr Sieglinde Weinberger  
Directeur adjoint, Division des affaires internationales, Ministère fédéral du travail, de la santé et des affaires sociales

**Azerbaïdjan**

*Représentant* Dr Ali B. Insanov  
Ministre de la santé

*Suppléant* Dr Alexander Umnyashkin  
Conseiller auprès du ministre de la santé

**Belgique**

*Représentants* Dr Godfried Thiers  
Directeur, Institut scientifique de la santé publique  
Mme Anne-Marie Sacre-Bastin  
Conseiller f.f., Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement

*Suppléant* M. Jan Dams  
Adjoint au directeur, Direction soins de santé, Ministère de la Communauté flammande

*Conseillers* Dr René Snacken  
Conseiller, cabinet du ministre de la protection de la consommation, de la santé publique et de l'environnement

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

M. Marc Vinck  
Premier secrétaire, Mission permanente du Royaume de Belgique auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

### **Biélorussie**

*Représentants*

Dr Igor B. Zelenkevich  
Ministre de la santé

M. Eduard Glazkov  
Chef du département des relations internationales, Ministère de la santé

### **Bosnie-Herzégovine**

*Représentants*

Dr Božo Ljubić  
Ministre de la santé

M. Žarko Pavić  
Vice-ministre de la santé, Republika Srpska

### **Bulgarie**

*Représentants*

Professeur Peter Boyadjiev  
Ministre de la santé

Dr Staiko Koulaksazov  
Chef du département de la politique sanitaire et de la coopération internationale, Ministère de la santé

*Suppléant*

M. Vencislav Ivanov  
Directeur, Organisations internationales et droits de l'homme, Ministère des affaires étrangères

### **Croatie**

*Représentant*

Professeur Željko Reiner  
Ministre de la santé

*Suppléant*

Dr Davorin Rudolf  
Ambassadeur de la République de Croatie en Italie

*Conseillers*

Mme Vesna Vukovic  
Chef de département, Ministère des affaires étrangères

Mme Sanja Blazevic  
Troisième secrétaire, Ministère des affaires étrangères

Mme Duška Paravić  
Conseiller, Ambassade de la République de Croatie à Rome

**Danemark**

<i>Représentants</i>	M. Carsten Koch Ministre de la santé  M. Ib Valsborg Secrétaire permanent, Ministère de la santé
<i>Suppléants</i>	Dr Einer Krag Directeur général de la santé, Direction nationale de la santé  M. Mogens Jørgensen Chef de division, Ministère de la santé  Mme Eva Vinding Directeur général adjoint, Direction nationale de la santé
<i>Conseillers</i>	M. Søren Thomsen Chef de section, Ministère de la santé  Mme Marianne Kristensen Conseiller, Direction nationale de la santé
<i>Secrétaire</i>	M. Morten Frank Pedersen Secrétaire particulier du ministre de la santé

**Espagne**

<i>Représentant</i>	Dr José M. Martin-Moreno Directeur de l'École nationale de santé publique
<i>Suppléants</i>	Dr Pedro Garcia-Gonzalez Directeur général adjoint, Relations internationales, Ministère de la santé et de la consommation  Dr Isabel de la Mata-Barranco Conseiller auprès du sous-secrétaire à la santé et à la consommation, Ministère de la santé et de la consommation
<i>Conseiller</i>	Dr Alfonso Rodriguez-Alvarez Chef de service, Direction générale de la pharmacie, Ministère de la santé et de la consommation

**Estonie**

<i>Représentants</i>	M. Hannes Danilov Chancelier, Ministère des affaires sociales  M. Üllar Kaljumäe Vice-chancelier, Ministère des affaires sociales
----------------------	---



**ex-République yougoslave de Macédoine**

<i>Représentant</i>	Dr Dragan Danilovski Ministre de la santé
<i>Suppléants</i>	M. Viktor Gaber Ambassadeur en Italie  M. Kiro Salvani Sous-secrétaire, Ministère de la santé
<i>Conseillers</i>	M. Dragan Gorgev Directeur de l'Institut de protection de la santé  Dr Dimitrije Pasenku Chef de cabinet du ministre de la santé

**Fédération de Russie**

<i>Représentant</i>	Dr Yury L. Shevchenko Ministre de la santé
<i>Suppléant</i>	M. Nikolaj N. Fetisov Directeur du département des relations internationales, Ministère de la santé
<i>Conseillers</i>	M. Sergej V. Trifonov Conseiller du gouvernement  M. Viktor K. Riazantsev Chef de la division de la coopération avec la CEI, l'OMS et les autres organisations internationales, Département des relations internationales, Ministère de la santé

**Finlande**

<i>Représentants</i>	Dr Jarkko Eskola Directeur général, Département de la promotion et de la prévention, Ministère des affaires sociales et de la santé  Dr Kimmo Leppo Directeur général, Département des services sociaux et sanitaires, Ministère des affaires sociales et de la santé
<i>Suppléants</i>	Dr Marjatta Blanco-Sequeiros Directeur adjoint, Département des services sociaux et sanitaires, Ministère des affaires sociales et de la santé  Mme Liisa Ollila Chef de section pour les Nations Unies et la coopération multilatérale, Bureau des affaires internationales, Ministère des affaires sociales et de la santé  Dr Merja Saarinen Directeur des services médicaux, Département de la promotion et de la prévention, Ministère des affaires sociales et de la santé

<i>Conseillers</i>	M. Kari Paaso Conseiller du gouvernement, Département de la promotion et de la prévention, Ministère des affaires sociales et de la santé
	Mme Taru Mikkola Conseiller principal, Bureau des affaires internationales, Ministère des affaires sociales et de la santé
	Mme Hanna Rinkineva-Heikkilä Conseiller, Mission permanente de la Finlande auprès de l'Office des Nations Unies et d'autres organisations internationales à Genève

### France

<i>Représentants</i>	Mme Dominique Gillot Secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale
	Professeur Jean-François Girard Conseiller d'État
<i>Suppléants</i>	Professeur Abenhaim Directeur général de la santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité
	Mme Jeanine Harari-Antourville Direction générale de la santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité
	M. Cyrille Baumgartner Premier secrétaire, Ambassade de France à Rome
	Mme Michèle Boccoz Mission permanente de la France auprès de l'Office des Nations Unies et d'autres organisations internationales à Genève
<i>Conseillers</i>	Mme Aurélie Lapidus Conseiller technique, Cabinet du secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale
	M. Michel François Délégation aux affaires européennes et internationales, Ministère de l'emploi et de la solidarité
	Mme Chantal Poiret Directeur adjoint des Nations Unies et des organisations internationales, Ministère des affaires étrangères
	M. François Poinot Direction des Nations Unies et des organisations internationales, Ministère des affaires étrangères
	Dr Marc Danzon Mutualité française
	Dr Maguy Jeanfrançois Délégation aux affaires européennes et internationales, Ministère de l'emploi et de la solidarité
<i>Secrétaires</i>	M. M. Wiléf Interprète auprès de la secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale
	M. François Roche Directeur de l'Institut français de Florence

**Géorgie**

<i>Représentant</i>	Dr Avtandil Jorbenadze Ministre de la santé
<i>Suppléants</i>	Dr Akaki Zoidze Ministre de la santé adjoint  Dr Nino Vepkhvadze Chef de département, Université médicale d'État
<i>Secrétaire</i>	Mme Nino Chikovani Chef du service des programmes, Département de la santé urbaine

**Grèce**

<i>Représentants</i>	M. Ioannis Korinthios Conseiller, Ministère des affaires étrangères
<i>Suppléants</i>	Professeur Aris Sissouras Université de Patras  Dr Meropi Violaki-Paraskeva Directeur général honoraire de la santé, Ministère de la santé et de la protection sociale
<i>Conseillers</i>	M. Antonios Lanaras Conseiller juridique, Division des relations internationales, Ministère de la santé et de la protection sociale  M. Vasiliki Karaouli Chef de section, Division de l'hygiène de l'environnement, Ministère de la santé et de la protection sociale  Professeur Jenny Kremastinou-Kourea École nationale de santé publique  Professeur Anastassios Philalithis Université de Crète  M. Demetrios Yalamas Attaché culturel, Ambassade de Grèce à Moscou
<i>Secrétaire</i>	Mme Demetra Moraitis Secrétaire auprès du vice-ministre de la santé et de la protection sociale

**Hongrie**

<i>Représentants</i>	Dr Árpád Gógl Ministre de la santé  Dr Zoltán Varga Vice-secrétaire d'État, Ministère de la santé
----------------------	---

*Suppléants* Mme Katalin Novák  
Directeur, Département de la coopération internationale et de la coordination de l'intégration européenne, Ministère de la santé  
Dr Ágnes Czibalmos  
Expert, Ministère de la santé

### **Irlande**

*Représentants* Dr James Kiely  
Directeur général de la santé, Département de la santé et de l'enfance  
Mme Mary Aylward  
Conseiller principal adjoint, Service des affaires internationales, Département de la santé et de l'enfance

*Suppléant* M. Brian Brogan  
Administrateur, Service des affaires internationales, Département de la santé et de l'enfance

### **Islande**

*Représentants* Mme Ingibjörg Pálmadóttir  
Ministre de la santé et de la sécurité sociale  
M. Davíð Á. Gunnarsson  
Secrétaire général, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

*Suppléants* Mme Ragnheiður Haraldsdóttir  
Vice-secrétaire permanent, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

*Conseillers* Mme Ragnhildur Arnljótsdóttir  
Directeur, Administration générale, Ministère de la santé et de la sécurité sociale  
Mme Vilborg Ingólfssdóttir  
Directrice des soins infirmiers, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

### **Israël**

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

*Suppléant* M. Yair Amikam  
Directeur général adjoint, Information et relations internationales, Ministère de la santé

### **Italie**

*Représentants* Mme Rosy Bindi  
Ministre de la santé  
Professeur Vittorio Silano  
Directeur, Bureau des relations internationales, Ministère de la santé

*Suppléants*

Dr Antonino Lusi  
Chef de Cabinet, Ministère de la santé

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

Dr Fabrizio Oleari  
Directeur, Département de la prévention, Ministère de la santé

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

*Conseillers*

Dr Assia Fabi  
Secrétaire particulier du ministre de la santé

Dr Chiara Rinaldini  
Chef du service de presse, Ministère de la santé

Dr Silvia Castorina  
Conseiller technique principal, Cabinet du ministre, Ministère de la santé

Dr Maria Luisa Tenderini  
Conseiller technique, Cabinet du ministre, Ministère de la santé

Dr Maria Linetti  
Administrateur, Cabinet du ministre, Ministère de la santé

Professeur Riccardo Poli  
Cabinet du ministre, Ministère de la santé

Dr Giuseppe Pluchino  
Conseiller technique principal, Ministère de la santé

M. Gaetano della Gatta  
Administrateur principal, Ministère de la santé

Dr Stefano Moriconi  
Conseiller technique, Ministère de la santé

Dr Gianfranco Costanzo  
Conseiller technique, Ministère de la santé

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

Dr Donato Greco  
Directeur du Laboratoire d'épidémiologie et de biostatistique, Institut national supérieur de la santé

Dr Emanuele Scafato  
Chercheur, Institut national supérieur de la santé

Dr Massimo Attilio Iannucci  
Directeur adjoint, Département de la coopération et du développement, Ministère des affaires étrangères

Dr Leonardo Baroncelli  
Chef du Service des affaires multilatérales, Département de la coopération et du développement, Ministère des affaires étrangères

Dr Maria Pia Rizzo  
Conseiller technique, Département de la coopération et du développement, Ministère des affaires étrangères

Dr Eduardo Missoni  
Conseiller, Service technique, Département de la coopération et du développement, Ministère des affaires étrangères

Dr Vannino Chiti  
Président de la région de Toscane

Dr Leonardo Domenici  
Maire de Florence

Dr Claudio Martini  
Conseiller sanitaire régional, Région de Toscane

Dr Giacomo Billi  
Conseiller sanitaire, Municipalité de Florence

Mme Edy Cardini  
Administrateur, Région de Toscane

M. Graziano Piccardi  
Administrateur, Municipalité de Florence

*Secrétaires*

Mme Luisa Gabrielli  
Bureau des relations internationales, Ministère de la santé

Mme Maria Giulia Spinola  
Bureau des relations internationales, Ministère de la santé

Mme Katia Demofonti  
Bureau des relations internationales, Ministère de la santé

Mme Alessandra Pappagallo  
Bureau des relations internationales, Ministère de la santé

**Kazakhstan**

*Représentants*

Olzhas Suleimenov  
Ambassadeur du Kazakhstan en Italie

Dr Talgat A. Muminov  
Recteur de l'Université médicale d'État

**Kirghizistan**

*Représentants*

Dr Naken Kasiev  
Ministre de la santé

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

**Lettonie**

*Représentant*

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

**Lituanie**

<i>Représentants</i>	Dr Raimundas Alekna Ministre de la santé Professeur Vilius Grabauskas Recteur de l'Académie de médecine de Kaunas
<i>Suppléant</i>	M. Arturas Gailiunas Premier secrétaire, Mission permanente de la Lituanie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

**Luxembourg**

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

**Malte**

<i>Représentants</i>	Dr Louis Deguara Ministre de la santé Dr Ray Busuttil Directeur général de la santé, Ministère de la santé
<i>Suppléants</i>	Dr Ray Xerri Directeur, Département de la politique et de la planification sanitaires, Ministère de la santé Dr Andrew Amato-Gauci Coordinateur, Affaires internationales, Ministère de la santé
<i>Conseiller</i>	Dr Lucienne Licari Directeur, Politique d'hygiène de l'environnement, Ministère de la santé
<i>Secrétaire</i>	M. Saviour Gambin Secrétaire auprès du ministre de la santé

**Moldavie**

<i>Représentant</i>	Dr Andrei Usatai Vice-ministre de la santé
---------------------	---

**Monaco**

<i>Représentant</i>	Mme Claudette Gastaud Directeur de l'action sanitaire et sociale
---------------------	---

**Norvège**

<i>Représentants</i>	Dr Anne Alvik Directeur général de la santé, Direction nationale de la santé Mme Hilde C. Sundrehagen Directeur général, Ministère de la santé et des affaires sociales
<i>Suppléants</i>	Mme Ellen Seip Directeur général, Ministère de la santé et des affaires sociales Mme Anne-Sofie Trosdahl Oraug Directeur général adjoint, Ministère de la santé et des affaires sociales Dr Ottar Christiansen Conseiller, Mission permanente de la Norvège auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève Dr Per Wium Conseiller principal, Direction nationale de la santé Dr Anne W. Shetelig Directeur de département, Direction nationale de la santé

**Ouzbékistan**

<i>Représentant</i>	Professeur Feruz Nazirov Ministre de la santé
<i>Suppléant</i>	Dr M. Khadzhibekov Vice-ministre de la santé
<i>Conseillers</i>	Mme D. Makhmudova Directeur de l'Institut de recherche en pédiatrie Dr A. Junuskhodzhaev Département du contrôle de la qualité et de normalisation des médicaments, Ministère de la santé M. H. Babashev Ambassade d'Ouzbékistan à Rome



**Pays-Bas**

<i>Représentants</i>	Dr E. Borst-Eilers Ministre de la santé, de la protection sociale et des sports  Dr Harm Schneider Directeur général de la santé, Ministère de la santé, de la protection sociale et des sports
<i>Suppléants</i>	Dr Geert M. van Etten Chef de la division des affaires internationales, Ministère de la santé, de la protection sociale et des sports  Mme Monique A.C.M. Middelhoff Conseiller principal, Division des affaires internationales, Ministère de la santé, de la protection sociale et des sports
<i>Conseiller</i>	M. Jacob Waslander Premier secrétaire, Mission permanente du Royaume des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

**Pologne**

<i>Représentants</i>	Dr Andrzej Ryś Vice-ministre de la santé et de la protection sociale  Dr Andrzej Pajak Chef du département d'épidémiologie clinique et d'études démographiques, Institut de santé publique
<i>Suppléant</i>	Mme Barbara Bitner Directeur du département de l'intégration européenne et des relations internationales, Ministère de la santé et de la protection sociale

**Portugal**

<i>Représentants</i>	Dr Francisco Ramos Secrétaire d'État à la santé  Dr Constantino Sakellarides Directeur général de la santé
<i>Conseillers</i>	Dr Celeste Gonçalves Conseiller auprès du secrétaire d'État à la santé  Dr Ana Maria Santos Silva Directeur des services de santé, Direction générale de la santé

**Roumanie**

<i>Représentants</i>	M. Gabor Hajdu Ministre de la santé  Mme Luminita Popescu Directeur des relations internationales, Ministère de la santé
----------------------	--

*Suppléant* Dr Anca Dumitrescu  
Conseiller auprès du ministre de la santé

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

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

*Suppléants* Dr Jeremy Metters  
Directeur général adjoint de la santé, Ministère de la santé  
  
M. Nick Boyd  
Chef du service des affaires internationales, Ministère de la santé  
  
M. Anthony Kingham  
Chef de section, Affaires internationales, Ministère de la santé

*Conseillers* M. Guy Warrington  
Premier secrétaire, Mission permanente du Royaume-Uni auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève  
  
M. Robert Dickman  
Directeur commercial, Affaires internationales, Ministère de la santé  
  
Dr Jürgen C. Schmidt  
Conseiller sanitaire et démographique, Secrétariat d'État au développement international  
  
Dr David Macfadyen  
Conseiller, Affaires internationales, Ministère de la santé

### **Saint-Marin**

*Représentants* Dr Luciano Ciavatta  
Ministre de la santé et de la sécurité sociale  
  
Mme Federica Bigi  
Ministre plénipotentiaire, Représentant permanent adjoint de la République de Saint-Marin auprès des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

*Suppléants* Dr Mauro Chiaruzzi  
Coordonnateur, Département de la santé et de la sécurité sociale  
  
Dr Dario Manzaroli  
Directeur du service hospitalier et spécialisé de l'Hôpital de la République de Saint-Marin

*Conseiller* Mme Anna Maria Bernardi  
Fonctionnaire du Ministère de la santé et de la sécurité sociale

**Slovaquie**

<i>Représentants</i>	Professeur Tibor Šagát Ministre de la santé  Dr Ivan Rovný Secrétaire d'État, Ministère de la santé
<i>Suppléants</i>	Mme Miloslava Kollárová Directeur du département des affaires internationales, Ministère de la santé  Mme Zuzana Cervená Conseiller, Ministère de la santé
<i>Conseiller</i>	Dr Fedor Rosocha Premier secrétaire, Mission permanente de la Slovaquie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

**Slovénie**

<i>Représentant</i>	Dr Dunja Piškur-Košmač Secrétaire d'État, Ministère de la santé
<i>Conseiller</i>	Dr Metka Macarol-Hiti Directeur de l'Institut de santé publique

**Suède**

<i>Représentants</i>	Mme Kerstin Wigzell Directeur général, Direction nationale de la santé et de la protection sociale  Mme Ann-Christin Filipsson Directeur adjoint, Ministère de la santé et des affaires sociales
<i>Suppléants</i>	M. Bosse Pettersson Conseiller pour la promotion de la santé, Institut national de la santé publique  Mme Maria Renström-Törnblom Conseiller, Ministère de la santé et des affaires sociales  M. Tore Zetterberg Conseiller, Ministère des affaires étrangères  M. Bengt Linder Directeur de la Fédération des conseils régionaux  Mme Birgitta Schmidt Directeur, Direction nationale de la santé et de la protection sociale  Mme Cecilia Björner Conseiller, Mission permanente de la Suède auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève
<i>Conseiller</i>	M. Anders Milton Expert, Association nationale des médecins suédois

### Suisse

<i>Représentants</i>	Professeur Thomas Zeltner Directeur, Office fédéral de la santé publique  Mme Alice Scherrer Conseillère d'État, Direction de la santé
<i>Suppléants</i>	Dr Stephanie Zobrist Cheffe de la section des relations internationales, Office fédéral de la santé publique  M. Franz Wyss Secrétaire principal, Conférence des directeurs suisses de la santé
<i>Conseillers</i>	M. Jürg Burri Diplomate, Département fédéral des affaires étrangères  M. Lorenz Hess Chef de l'information, Office fédéral de la santé publique

### Tadjikistan

<i>Représentant</i>	M. Rakhmin I. Rakhminov Conseiller auprès du ministre de la santé
---------------------	--

### Tchéquie

<i>Représentant</i>	Dr Ian David Ministre de la santé
<i>Suppléant</i>	M. Pavel Skoda Haut fonctionnaire, Département des Nations Unies, Ministère des affaires étrangères

### Turquie

<i>Représentants</i>	Dr Osman Durmuş Ministre de la santé  Dr Sefer Aycan Directeur général, Direction générale des soins de santé primaires, Ministère de la santé
<i>Suppléant</i>	M. Bekir Metin Directeur du département des relations extérieures, Ministère de la santé
<i>Conseillers</i>	Professeur Ayşe Akin Département de santé publique, École de médecine de l'Université Hacettepe  Mme Sanivar Kizildeli Chef de département, Ministère des affaires étrangères  Dr Oya Afşar

Directeur du département des maladies infectieuses, Direction générale des soins de santé primaires, Ministère de la santé

*Secrétaires*

M. Nursal Kasapoğlu  
Responsable de la sécurité au Ministère de la santé

M. Orhan Ozar  
Consul général de la République de Turquie

**Turkménistan**

*Représentant*

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

**Ukraine**

*Représentant*

Dr Olga Bobyleva  
Premier vice-ministre de la santé

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

*Canada*

Mme Nora Ritchie  
Conseiller, Direction des affaires internationales, Santé Canada

*États-Unis d'Amérique*

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

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

*Saint-Siège*

Mgr Jean-Marie M. Mpendawatu  
Fonctionnaire au Conseil Pontifical pour la Pastorale des services de la santé

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

*Banque mondiale*

Mme Annette Dixon

*Fonds des Nations Unies pour la population*

M. Erik Palstra

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

Dr Georgios Gouvas  
M. Germain Thinus

*Conseil de l'Europe*

M. Piotr Mierzewski

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

M. Odyer Sperandio

*Association internationale des Lions Clubs*

M. Giuseppe Emanuela Cantafio

*Association internationale des technologistes de laboratoire*

Mme Maria Grazia Benetti

*Association vétérinaire mondiale*

Professeur Adriano Mantovani

*Comité catholique international des infirmières et assistantes médico-sociales*

Mme Isabelle Wilson

*Confédération internationale des sages-femmes*

Mme Eva Selin

*Confédération mondiale pour la thérapie physique*

M. Cosimo Bruno

*Conseil international des femmes*

Mme Pnina Herzog

*Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique*

Dr Giorgio Vittori

*Fédération internationale de l'industrie du médicament*

M. Jeffrey Sturchio

*Fédération internationale du diabète*

Professeur Massimo Massi Benedetti

*Fédération mondiale de chiropratique*

Dr Urs Bütler

*Fédération mondiale de neurologie*

Dr Francesco Paladin

*Fédération mondiale des associations de santé publique*

Dr Wadie W. Kamel

*Fédération mondiale des ergothérapeutes*

Mme Clephane Hume

*Industrie mondiale de l'automédication*

Professeur Jasmina Mircheva

*International Occupational Hygiene Association*

Dr Danilo Cottoca

*La Lèche League International*

Mme Elise Chapin

*Organisation mondiale des médecins de famille*

Dr Juan Mendive

**VII. OBSERVATEURS***Association italienne des industries pharmaceutiques*

M. Lorenzo Terranova

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

Dr Yoram Blachar

*Forum européen des associations nationales de pharmaciens et de l'OMS (Forum EuroPharm)*

M. Hans-Günter Friese

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

Mme Jette Søre

*Open Society Institute*

Mme Nina Schwalbe

*Société canadienne de santé internationale*

M. Chris Rosene

Mme Janet Hatcher Roberts

M. Jean Devlin