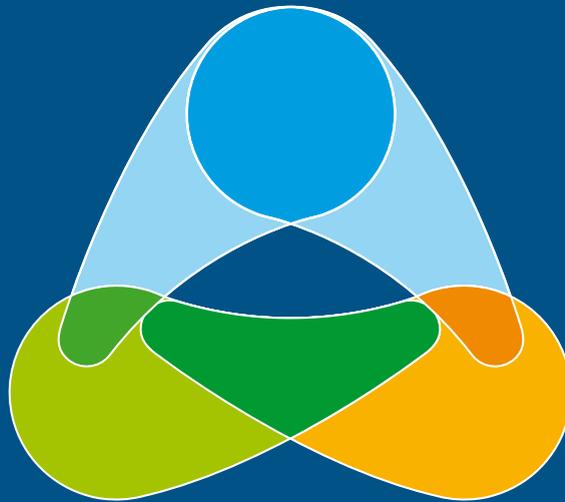




EUROPE



Conférence ministérielle européenne
de l'OMS sur les systèmes de santé :

«**SYSTÈMES DE SANTÉ,
SANTÉ ET PROSPÉRITÉ**»

Tallinn (Estonie), 25–27 juin 2008

RAPPORT

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies qui est chargée de diriger et de coordonner les activités internationales relatives aux questions sanitaires et de santé publique. Conformément à sa constitution, l'OMS doit diffuser des informations et des conseils objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine. Elle s'acquitte de cette tâche notamment par le biais de ses publications, qui visent à aider les pays à élaborer des politiques favorables à la santé publique et de nature à remédier aux problèmes les plus préoccupants qui se posent dans ce domaine.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'Organisation. Chacun d'entre eux a son programme distinct, qui est adapté aux problèmes de santé propres aux pays qu'il dessert. La Région européenne, peuplée d'environ 880 millions d'habitants, s'étend de l'océan Arctique au nord à la Méditerranée au sud et de l'Atlantique à l'ouest au Pacifique à l'est. Le programme européen de l'OMS aide tous les pays de la Région à optimiser leurs politiques, systèmes et programmes de santé ; à prévenir et à surmonter les menaces d'ordre sanitaire ; à se préparer aux problèmes de santé futurs ; et à préconiser et à mettre en œuvre des actions de santé publique.

Pour que des informations et des recommandations dignes de foi sur des questions sanitaires soient disponibles aussi largement que possible, l'OMS a mis en place un réseau international étendu pour la diffusion de ses publications et encourage la traduction et l'adaptation de celles-ci. Les ouvrages de l'OMS contribuent à promouvoir et protéger la santé et à prévenir et combattre la maladie, favorisant ainsi l'accomplissement de progrès vers l'objectif principal de l'Organisation : la jouissance par tous du meilleur état de santé possible.



Conférence ministérielle européenne
de l'OMS sur les systèmes de santé :
«**SYSTÈMES DE SANTÉ,
SANTÉ ET PROSPÉRITÉ**»

Tallinn (Estonie), 25–27 juin 2008

RAPPORT

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », Tallinn (Estonie), 25–27 juin 2008 : rapport.

1.Délivrance soins 2.Planification régionale santé 3.Développement économique
4.Politique sanitaire 5.Congrès 6.Europe

ISBN 978 92 890 2413 6

(Classification NLM : WA 540)

ISBN 978 92 890 2413 6

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

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

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

© Organisation mondiale de la santé 2009

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

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

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

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

SOMMAIRE

Introduction	1
Systèmes de santé, santé et prospérité : réexaminer les pensées conventionnelles	3
Discours-programmes	3
Points de vue des États membres : 1 ^{ère} table ronde ministérielle	7
La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité	8
Systèmes de santé : aspects techniques	9
Discours-programme	9
Points de vue des États membres : 3 ^e table ronde ministérielle.....	11
Les quatre fonctions des systèmes de santé : sessions parallèles	12
Systèmes de santé, santé et prospérité : un point de vue politique	14
Discours-programmes	14
Points de vue des États membres.....	18
Apport des partenaires.....	22
Signature de la Charte de Tallinn et clôture de la Conférence	25
Bibliographie	26
Annexe 1. La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité.....	28
Annexe 2. Programme	34
Annexe 3. Principales publications.....	44
Annexe 4. Liste des participants	45

Introduction

Donnant suite à une résolution du Comité régional de l'OMS pour l'Europe adoptée en 2005 (1), le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a organisé la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité » à la salle de concerts et opéra national Estonia de Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008. Cette conférence a été accueillie par le gouvernement estonien. Les participants à la Conférence, qui se sont concentrés sur la relation dynamique entre les systèmes de santé, la santé et la prospérité :

1. ont analysé comment des systèmes de santé performants contribuent non seulement à la santé, mais aussi à la prospérité et au développement économique (via, par exemple, une main-d'œuvre plus nombreuse, une productivité accrue, l'abaissement du coût de la maladie et la diminution du nombre de ceux qui cherchent à prendre une retraite anticipée) ;
2. ont étudié dans quelles circonstances une bonne gouvernance garantit que la prospérité (le développement économique) amène des améliorations en matière de santé, et vice versa ;
3. ont examiné comment un investissement productif dans les systèmes de santé peut contribuer à la fois au développement économique et au bien-être collectif.

© OMS/Erik Peinar



**Le lieu de la
Conférence**

Les objectifs de la Conférence étaient spécifiquement les suivants :

- permettre une meilleure compréhension des effets des systèmes de santé sur la santé des populations et, par conséquent, sur la croissance économique de la Région européenne de l'OMS ;
- recenser les dernières bases factuelles et données scientifiques relatives à des stratégies efficaces afin d'améliorer la performance des systèmes de santé, vu les contraintes de plus en plus lourdes pour garantir leur durabilité et le principe de solidarité ;

- avoir pour temps fort l'adoption d'une charte sur les systèmes de santé qui servirait de cadre stratégique pour le renforcement des systèmes de santé dans toute la Région et qui favoriserait l'engagement et l'action politiques, tout en reconnaissant la diversité des systèmes de santé et des contextes politiques dans la Région.

Pendant deux jours et demi, les participants :

1. ont analysé la philosophie sous-tendant le concept d'un système de santé et sa relation dynamique avec la santé et la prospérité ;
2. ont débattu de sujets à caractère technique en rapport avec les quatre fonctions des systèmes de santé (2) : dispensation de services, financement, mise en place du personnel de santé et d'autres ressources et direction/gouvernance ;
3. ont eu des débats politiques sur les systèmes de santé, puis ont pris l'engagement politique de donner un prolongement à la Conférence en adoptant la Charte de Tallinn (annexe 1).

Par ailleurs, le programme de la Conférence (annexe 2) incluait un atelier sur le recours à l'évaluation de la performance pour améliorer les systèmes de santé et six événements satellites, et le Réseau des bases factuelles en santé du Bureau régional et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ont fourni aux participants des synthèses et des documents de référence qui développaient les thèmes de la Conférence (annexe 3).

Plus de 500 participants (annexe 4) ont assisté à la Conférence, dont des ministres responsables de la santé, des affaires civiles, ainsi que des finances et des affaires économiques de 52 des 53 États membres de la Région, des experts de renommée internationale spécialisés en systèmes de santé, des observateurs, des représentants d'organismes internationaux ou d'associations de la société civile, et des mass médias. Les participants ont élu Mme Maret Maripuu, ministre estonienne des Affaires sociales, comme présidente de la Conférence et le professeur Tomica Milosavljević, ministre serbe de la Santé, comme vice-président. Une vidéo de l'intégralité de la Conférence – ainsi que des bulletins d'actualité, des photographies et des interviews – peut être consultée sur le site Web du Bureau régional (3).

Mme Maripuu ouvre la Conférence en souhaitant la bienvenue aux participants et en félicitant les organisateurs pour la préparation sans faille de l'événement, au cours duquel les éléments nécessaires, à long terme, pour les quatre fonctions des systèmes de santé, seront évoqués. Les participants à la Conférence, affirme-t-elle, ont rassemblé les bases factuelles, les connaissances et les engagements politiques en un lieu approprié : l'Estonie, qui a vu des réformes sanitaires améliorer la santé de la population, puis la situation économique.

Le docteur Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe, souhaite la bienvenue aux participants, aux observateurs et au personnel de l'OMS employé dans la Région européenne et au-delà, et remercie le gouvernement estonien d'avoir accueilli la Conférence. Il est convaincu qu'il s'agira d'un événement historique et que la charte proposée aura autant d'influence que les déclarations énoncées lors de conférences antérieures, comme la Déclaration d'Alma-Ata (4) et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (5). Tout porte à croire, explique-t-il, que cette conférence peut constituer un tournant en matière de santé publique, à la fois sur le plan technique et politique. Il y a une prise de conscience récente, mais profonde, du fait qu'un système de santé de haute qualité est essentiel pour des améliorations durables de la santé publique, et les crises sanitaires récentes ont montré la nécessité de systèmes solides et durables pour étayer les réactions aux niveaux national et international.

Systemes de santé, santé et prospérité : réexaminer les pensées conventionnelles

Discours-programmes

Trois orateurs analysent les liens entre les systèmes de santé, la santé et la prospérité dans l'optique internationale et européenne et dans le cadre de la santé en tant que droit de l'homme. Le quatrième se penche sur la nécessité de réaliser une évaluation de la performance des systèmes de santé.

Perspective internationale : des systèmes de santé articulés autour d'objectifs sociaux

Le professeur Uwe Reinhardt se fonde sur les conclusions de la recherche pour décrire comment, dans toutes les parties du monde, les pays structurent leur système de santé en fonction de différents objectifs sociaux, et comment les systèmes de santé peuvent contribuer au bien-être. Premièrement, la plupart des pays échafaudent leur système de santé sur la base d'une série d'objectifs sociaux, dont une éthique de la répartition, qui déterminent la structure du système. Par exemple, beaucoup de pays européens et le Canada considèrent la santé comme un bien purement social pour tous et ont chacun mis en place des systèmes assez équitables ; les États-Unis considèrent la santé comme un bien privé et ont un système à plusieurs échelons. En fonction de leur culture, de leur histoire et de la répartition actuelle des revenus, divers pays imposent donc une éthique sociale différente en matière de systèmes de santé. La plupart des pays développés expriment cette éthique par une réglementation stricte du financement et de l'aspect assurance-santé de leur système. Les systèmes fondés sur l'éthique de la solidarité sociale visent à ce que la plupart, ou l'ensemble, des citoyens bénéficient de soins de santé à des conditions équivalentes, et bon nombre de ces systèmes exploitent l'assurance-santé sociale pour financer les soins et répartir les risques.

Deuxièmement, dans les diverses parties du monde, les systèmes de santé sont opérés par divers acteurs et ont des formules de financement différentes (tableau 1). Les systèmes qui recourent à une quelconque forme d'assurance-santé sociale, dont la plupart de ceux de la Région européenne de l'OMS, présentent deux grandes caractéristiques.

1. Généralement sous les auspices des pouvoirs publics, ils ont institué une mise en commun des risques à grande échelle, permettant aux individus ou aux familles de déplacer le risque financier qu'ils encourent face à la maladie.
2. La participation de l'individu ou de la famille (primes ou impôts) à cette mutualisation des risques est principalement basée sur la capacité à payer, et non sur l'état de santé (risque mathématique).

Si les pouvoirs publics réglementent les fonctions de financement et d'assurance du système de santé afin d'instaurer l'éthique de répartition souhaitée, les fonctions de dispensation et d'achat des services de santé peuvent être privées et basées sur l'initiative personnelle. En revanche, les systèmes recourant à l'assurance-santé privée, comme celui des États-Unis, basent leurs primes sur l'état de santé de la personne assurée et le financement de la santé sur l'initiative personnelle, en violation du principe de la solidarité sociale et avec pour corollaire d'énormes frais administratifs.

Enfin, les systèmes de santé pourraient, plutôt que de n'être que des dispensateurs de soins de santé, promouvoir le bien-être en élargissant leur champ d'action afin de tenir compte du large éventail de facteurs interconnectés d'ordre social, environnemental et personnel qui, en même temps que les soins,

sont source de bien-être. Des recherches menées dans 22 pays (6) ont révélé, en Europe, des variations de l'ampleur des inégalités en matière de santé selon le statut socioéconomique. Ces inégalités pourraient être limitées en améliorant les possibilités de formation, la répartition des revenus, les comportements des individus au regard de leur santé ou l'accès aux soins de santé. Par exemple, dans le cadre d'un bon système de santé, il faudrait intervenir dans le système éducatif pour promouvoir des modes de vie sains. La mesure de la performance est essentielle pour un bon système de santé. Pour garantir que les dispensateurs se montrent responsables de leurs actes, il faut une nouvelle profession – celle de comptable en soins de santé – et des moyens adéquats.

Tableau 1. Taxonomie des composants d'un système de santé

Prestataires responsables	Financement et assurance-santé				
	Assurance sociale (financement d'après la capacité à payer)		Assurance privée (financement défini sur une base actuarielle)		Pas d'assurance santé
	Payeur unique	Contributeurs multiples	But non lucratif	But lucratif	Payable par le patient
Pouvoirs publics	A	D	G	J	M
Privé, mais non lucratif	B	E	H	K	N
Privé et commercial	C	F	I	L	O

Perspective européenne : synergie entre la santé, la prospérité et les systèmes de santé

Le professeur Martin McKee décrit les liens bilatéraux entre les systèmes de santé, la santé et la prospérité. Depuis la Conférence de l'OMS sur la réforme des soins de santé en Europe, en 1996 (7), un consensus a été atteint dans la Région européenne de l'OMS quant à la nécessité de baser les réformes sur des données scientifiques, et l'insistance sur la compression des coûts et le financement a fait place à un nouveau paradigme dans le cadre duquel les pays tendent à la fois à la santé et à la prospérité, en synergie, par des moyens tels que des investissements réfléchis dans les systèmes de santé. Comme le symbolise le logo de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, la santé, la prospérité et les systèmes de santé ont entre eux des liens qui se renforcent mutuellement, ce qui montre la voie à suivre pour l'Europe. Le défi, pour tous, est de créer les conditions dans lesquelles les politiques réuniraient ces trois éléments pour créer un cercle vertueux.

Il est bien connu que la prospérité contribue à la santé : les personnes et les pays plus riches ont une espérance de vie plus longue. Inversement, la santé contribue à la prospérité de plusieurs manières. Par exemple, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (8) a démontré que, dans les pays occidentaux, les personnes en bonne santé sont plus productives. Un lien a été établi entre un meilleur état de santé et des investissements dans le domaine de l'éducation ou de l'épargne dans les pays à hauts, moyens ou faibles revenus. De plus, des projections ont montré que la croissance économique se voyait freinée si l'on n'arrivait pas à réduire la mortalité chez les adultes, et que dans le cas où l'on ne s'attaquait pas aux inégalités en matière de santé dans les pays occidentaux, cela entraînait des coûts économiques importants.

© OMS/Erik Peinar



Les orateurs principaux

Il existe aussi un lien bilatéral entre la santé et les systèmes de santé. La recherche a démontré que les systèmes de santé modernes ont contribué à d'importantes réductions de la mortalité évitable. La partie orientale de la Région a de réels problèmes à cet égard, quoique le succès de l'Estonie quant à la réduction du nombre de décès et de handicaps dus à des accidents vasculaires cérébraux grâce à des soins primaires modernes a montré ce qui peut être fait tout en indiquant les effets d'une meilleure santé sur les systèmes de santé. En ce qui concerne ce dernier point, le rapport britannique Wanless (9) a démontré qu'un scénario d'engagement total – dans lequel la priorité est donnée à la prévention et à un traitement rapide et efficace – réduirait nettement les coûts futurs pour le système de santé. Contrairement à ce que d'aucuns affirment, un prolongement de la vie n'augmenterait pas, en soi, les frais futurs ; le facteur moteur n'est pas l'âge, mais la proximité de la mort.

En ce qui concerne les systèmes de santé et la prospérité, les pays riches peuvent se permettre de meilleurs systèmes de soins de santé. Inversement, certains pays ont pris conscience du fait que les systèmes de santé pouvaient contribuer à la prospérité : par exemple, en attirant les investissements dans des programmes de développement régionaux.

L'approche des droits de l'homme, finalité et moyen du renforcement des systèmes de santé

Le travail en faveur des droits de l'homme, avance Mme Mary Robinson, profite au travail de renforcement des systèmes de santé, et vice versa. Le droit à la santé et l'équité en matière de santé sont à la fois le fondement et l'objectif du renforcement des systèmes de santé, et une démarche axée sur les droits de l'homme apporte les principes et les outils nécessaires à cette tâche. La Charte de Tallinn, telle qu'elle est proposée, a pour fondement l'engagement des États membres envers le droit de l'homme à la santé, tel qu'il est exprimé à la fois dans la Constitution de l'OMS (10) et dans son onzième programme général de travail (11).

Un système de santé solide est essentiel pour concrétiser le droit de tous à la santé. Il aide à améliorer la situation sanitaire et à réduire les inégalités criantes entre les pays et au sein d'un même pays, y compris le fossé toujours plus grand entre l'est et l'ouest de la Région européenne.

En outre, une démarche axée sur les droits de l'homme pourrait soutenir les efforts visant à renforcer les systèmes de santé en donnant des pouvoirs aux personnes et aux communautés ; elle promouvrait des solutions équitables et fournirait un cadre au sein duquel assurer un suivi et exercer un contrôle des responsables. Elle requiert non seulement que des services de santé de haute qualité soient disponibles pour tous et accessibles à tous, mais aussi que des mesures soient prises pour lutter contre les inégalités économiques, sociales et politiques qui se cachent derrière un mauvais état de santé. De plus, cette démarche amène un système permettant d'assurer le suivi de la réduction des inégalités en matière de santé via des mécanismes incluant des organismes internationaux créés par traité pour défendre les droits de l'homme et des institutions nationales consacrées aux droits de l'homme, et requiert la mise au point d'indicateurs afin de mesurer les progrès accomplis.

Dans le monde entier, les faits fournissent des exemples de la manière dont une démarche axée sur les droits de l'homme contribue à un système de santé efficace, intégré et accessible. L'alliance GAVI a œuvré à l'amélioration de la couverture vaccinale en Géorgie par le renforcement du système de santé de ce pays. En Indonésie, le travail en faveur de la transparence et de l'accès à l'information a amélioré la répartition des budgets nationaux et régionaux. En Tanzanie, la participation et le dévouement d'un réseau d'organisations non gouvernementales a permis à ce réseau d'apporter des bases factuelles afin d'améliorer l'allocation de moyens aux personnes socialement exclues dans le secteur de la santé. Quoique ces succès aient le potentiel de renforcer les systèmes de santé et de les rendre plus réactifs, ils pourraient être rendus encore plus éclatants s'ils reflétaient la prise en compte de la dimension homme-femme et garantissaient une participation et un accès à l'information pour toutes les personnes et communautés.

Évaluation de la performance des systèmes de santé

Le professeur Peter Smith explique que la raison pour laquelle la performance d'un système de santé est évaluée est d'alimenter le débat sur les politiques en déterminant quelles différences, sur le plan de la maladie, du traitement et du résultat obtenu, un citoyen par ailleurs identique à un autre rencontrerait dans différents systèmes de santé. Dès lors, les aspects évalués sont notamment les résultats obtenus quant à la santé de chaque individu, la qualité de l'intervention clinique et son caractère approprié ou non, la santé de la population, la réactivité du système, la protection financière, l'équité et la productivité.

La démarche exhaustive de la mesure de la performance des systèmes de santé, telle qu'elle était expliquée dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* (12), implique d'adopter une perspective englobant tout le système et de résumer un énorme volume d'informations. Elle pose de nombreux défis sur le plan méthodologique, mais attire l'attention des décideurs politiques. Une démarche partielle – telle que les informations relatives aux indicateurs de qualité relevées par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ou le projet HealthBASKET de la Commission européenne sur les allocations de maladie et le coût des services en Europe – fournit sans aucun doute aussi des informations utiles, mais suscite des problèmes s'agissant de garantir des mesures précises et uniformes.

L'évaluation de la performance pourrait déboucher sur la prise de mesures dans un certain nombre de domaines. Un pays a récemment pris des dispositions pour inclure dans son système officiel d'information une mesure des résultats obtenus en santé tels que rapportés par les patients ; un autre mène un test

afin de comparer les effets quand la performance d'un hôpital fait l'objet d'un rapport public ou privé, avec un groupe de contrôle composé d'hôpitaux où aucun rapport n'est établi. Un contrat entre les autorités publiques nationales et les généralistes fournit un exemple d'intervention conçue pour proposer des incitants en cas de performance de bonne qualité : quelque 20 % du revenu des médecins sont déterminés par leur performance, en se fiant largement aux rapports établis par les médecins eux-mêmes (vérifiés dans le cadre d'un audit extérieur). Un autre type d'intervention vise à promouvoir les améliorations de la pratique professionnelle par le recours à des registres de qualité : une comparaison et une évaluation des résultats obtenus et des informations qualitatives enregistrées dans le temps et en comparant les divers dispensateurs.

Les autorités publiques ont un certain nombre de responsabilités au niveau de la gestion dans le domaine de la mesure de la performance. Par exemple, elles devraient mettre en place un cadre conceptuel précis, demander l'élaboration de mécanismes de recueil de données, appliquer des procédures d'assurance qualité, concevoir des incitants à agir après mesure de la performance et, point non négligeable, évaluer les instruments de mesure de la performance, notamment en termes de rapport coût-efficacité. Sans évaluation des performances, il est impossible de faire la distinction entre bons et mauvais médecins et modes de dispensation de soins, d'offrir une protection aux patients et aux payeurs, ou, en fin de compte, de fournir des arguments en faveur d'un investissement dans les soins de santé.

Points de vue des États membres : 1^{ère} table ronde ministérielle

La table ronde ministérielle a réuni les ministres responsables de la santé et des finances en Albanie, Belgique, Estonie, Islande, Israël, République de Moldova et Slovaquie¹. Les ministres des Finances ont été convaincus par les orateurs du fait que les pays devraient investir davantage dans les systèmes de santé. Quoique le vieillissement d'une population n'entraîne pas nécessairement une augmentation des coûts, il serait important de supprimer les dépenses superflues et d'aiguiller de manière réfléchie les moyens vers les postes où ils pourraient être employés avec un maximum d'efficacité. En fonction du contexte qui est le leur, les pays pourraient se concentrer sur l'amélioration de l'infrastructure de leur système de santé, la prévention des maladies, la promotion des modes de vie sains ou combiner plusieurs démarches.

Afin de lancer et de promouvoir une collaboration intersectorielle, les ministres de la Santé devraient pouvoir démontrer comment les politiques relatives à la santé et aux systèmes de santé profitent à l'économie. Les mesures visant à réduire le nombre des accidents de la route touchant des enfants, par exemple, éviteraient un gâchis considérable de potentiel économique. Inversement, les mesures sociales telles que les incitants visant à ce que les gens prolongent leur vie active pourraient avoir des effets sanitaires favorables en termes d'accroissement de l'espérance de vie. Le champ d'action de la santé publique est tellement vaste qu'il doit être approché de façon systématique et intégrée, par le biais de partenariats avec des secteurs tels que l'agriculture et l'enseignement et avec la participation inconditionnelle des citoyens pour la définition de priorités.

En ce qui concerne l'affectation des ressources, les pouvoirs publics devraient consciemment décider à quel endroit de la chaîne de valeurs il vaudrait mieux investir pour maximaliser le rendement. Toutefois, il y a de bonnes raisons d'adopter une démarche mesurée et empirique vis-à-vis des dépenses. Dans les pays où les infrastructures éducatives sont rares, par exemple, il pourrait être indiqué d'aiguiller prioritairement les moyens vers l'enseignement.

¹ L'annexe 2 reprend les noms de tous les ministres participant aux six tables rondes ou les président.

La solidarité est reconnue comme une valeur à laquelle souscrivent la plupart des systèmes de santé européens et concrétisée, dans de nombreux cas, par des régimes de couverture universelle. Lorsque les gens savent que les pouvoirs publics soutiennent activement les groupes faibles et vulnérables, cela renforce leur confiance dans la politique de santé. Il n'est pas réaliste d'escompter que les patients constituent une force contrebalançant la demande de soins de santé induite par les dispensateurs ; cela fait partie de la fonction de direction des pouvoirs publics, tout comme il incombe à ces derniers d'évaluer les progrès accomplis par le système de santé.

La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité

Les dirigeants du groupe de rédaction de la Charte décrivent les objectifs, le contenu et l'élaboration de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, qui est soumise aux participants.

Le docteur Fiona Adshead, présidente du groupe de rédaction, déclare que les États membres et les partenaires ont élaboré la Charte :

- pour assurer aux systèmes de santé une bonne place à l'ordre du jour politique et contribuer au dialogue relatif aux politiques dans la Région européenne de l'OMS ;
- pour fournir des conseils sur la manière d'ordonner les mesures par ordre de priorité ;
- pour indiquer sur quels points l'OMS doit concentrer le renforcement de son soutien aux pays.

Plus spécifiquement, elle doit être une affirmation des valeurs et principes sous-tendant le développement des systèmes de santé et la contribution de la santé au bien-être collectif ; elle doit véhiculer une même conception des systèmes de santé et de ce qu'ils cherchent à accomplir ; comprendre les engagements explicites de pays à améliorer la performance de leurs systèmes de santé et offrir au public et aux médias un produit concret pour la diffusion des messages essentiels de la Conférence.

En conséquence, les rédacteurs de la Charte étudient la relation entre les systèmes de santé, la santé et la prospérité, exposent les valeurs et principes des systèmes de santé, et prennent un engagement capital, à savoir passer des valeurs aux actes. La Charte définit aussi les limites des systèmes de santé et décrit leurs divers apports et fonctions en matière de dispensation de services, de financement, d'obtention de moyens et de direction (« Stewardship »). Les messages essentiels de la Charte sont les suivants :

- les systèmes de santé ne se limitent pas aux soins de santé, étant donné que des systèmes de santé efficaces promeuvent à la fois la santé et la prospérité ;
- un investissement dans la santé est un investissement dans le développement humain futur ;
- des systèmes de santé performants sont essentiels à toute société pour améliorer la situation sanitaire et atteindre l'équité en matière de santé.

Le docteur Ainura Ibraimova, qui co-préside le groupe de rédaction, décrit la structure de la Charte. Celle-ci commence par un préambule expliquant pourquoi une telle déclaration est nécessaire, définissant « système de santé » et exposant les valeurs et principes défendus par les signataires. Le chapitre suivant reprend les engagements pris par les États membres, l'OMS et les organisations partenaires. Le reste du texte expose des manières de renforcer les systèmes de santé dans leurs quatre domaines fonctionnels.

Le docteur Leen Meulenbergs, qui co-préside le groupe de rédaction, note que les représentants des 26 États membres et un certain nombre d'organisations partenaires ont pris part à la rédaction de la Charte. Le groupe de rédaction s'est réuni à Gastein, en Autriche (octobre 2007), à Valence, en Espagne

(février 2008) et à Moscou, en Fédération de Russie (mai 2008), et des projets successifs de Charte ont été examinés lors de réunions ultérieures préparatoires à la Conférence, rassemblant les États membres et leurs partenaires à Bled, en Slovénie (novembre 2007), à Rome, en Italie (avril 2008) et à Bruxelles, en Belgique (juin 2008). De l'avis quasi-général, la version finale fait un bon tour d'horizon et présente des perspectives d'avenir claires.

Points de vue des États membres : 2^e table ronde ministérielle

Les ministres responsables de la santé et des affaires civiles d'Arménie, de Bosnie-Herzégovine, de Bulgarie, de l'ex-République yougoslave de Macédoine et de Serbie approuvent avec enthousiasme la Charte de Tallinn, tout comme un participant s'exprimant au nom du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est (13), qui couvre neuf pays : l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, la Croatie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, le Monténégro, la République de Moldova, la Roumanie et la Serbie.

La participation à la rédaction de la Charte a entraîné des changements positifs dans l'ex-République yougoslave de Macédoine et en Serbie, et tant le processus d'élaboration que les principes de la Charte ont été bénéfiques au regard des efforts de ces pays pour renforcer leurs systèmes de santé. Par exemple, il y a eu des améliorations concernant la surveillance en Arménie, la législation en Bosnie-Herzégovine, l'efficacité, l'accessibilité et l'efficience des soins en Bulgarie, les soins dispensés en cardiologie en Serbie et les investissements dans le secteur sanitaire et la collaboration intersectorielle dans l'ex-République yougoslave de Macédoine. En outre, le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, qui œuvre en faveur de systèmes de santé performants pour promouvoir la stabilité politique, est en train de remplacer les programmes verticaux par une approche holistique des systèmes.

De plus, une fois adoptée, la Charte soutiendra les travaux actuels et futurs des pays. En montrant qu'un investissement dans la santé est un investissement dans le développement économique, elle :

- rassemble tous les ministres au sein d'une équipe travaillant avec le ministre de la Santé, et promeut le travail intersectoriel en faveur de la santé ;
- détermine que des systèmes de santé renforcés sont la clé d'une meilleure santé, et aide à focaliser l'attention des pouvoirs publics sur les déterminants de la santé autres que les soins de santé ;
- promeut la surveillance et la mesure de la performance nécessaire pour garantir que chacun prenne ses responsabilités ;
- aide à obtenir un soutien politique en faveur de systèmes de santé renforcés dans les pays et dans l'ensemble de la Région européenne.

Lors de la Conférence et dans la Charte elle-même, une série de partenaires – l'OMS, la Banque mondiale, la Banque européenne d'investissement, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Organisation internationale pour les migrations, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Conseil de l'Europe et la Commission européenne – se sont engagés à mettre la Charte en application.

Systèmes de santé : aspects techniques

Discours-programme

Le professeur Michael Marmot, président de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (14), analyse l'interaction entre ces déterminants et les systèmes de santé. Les inégalités

considérables en matière de santé, au sein d'un même pays et entre les pays, sont bien connues : pour les hommes de certains pays de l'est de la Région européenne de l'OMS, l'espérance de vie représente 20 ans de moins que dans certains pays occidentaux, tandis que les taux de mortalité infantile accusent des différences encore plus criantes. Si l'on examine le taux de survie et le taux d'invalidité pour les personnes de 45 à 49 ans et de 70 à 74 ans, on constate également de nettes variations géographiques, avec pour résultat des cohortes d'hommes morts prématurément dans les pays est-européens. Les différences évidentes concernant la situation sanitaire (par exemple, l'espérance de vie et les taux de mortalité) au sein des pays sont imputables à un certain nombre de déterminants sociaux, dont le niveau occupé dans la hiérarchie professionnelle (comme l'a démontré l'étude Whitehall en Angleterre (15), par exemple) et le niveau d'éducation. Malgré des améliorations en ce qui concerne de nombreux taux absolus, les inégalités s'accroissent, et l'on observe le gradient social en matière de santé dans l'ensemble de la société. Cibler uniquement les 10 % les plus pauvres de la population ne serait pas une solution, car cela signifierait que l'on passe à côté de la plupart des problèmes de santé.

Dès lors, dans le cadre conceptuel adopté par la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, on commence par examiner la répartition de la santé et du bien-être au sein d'une société et par étudier dans quelle mesure cette répartition est influencée par des facteurs biologiques, les conditions matérielles dans lesquelles vivent les gens et leur comportement, les facteurs psychosociaux, la cohésion sociale et, bien sûr, le système de santé. Ces éléments sont eux-mêmes en lien avec la position sociale de l'individu, son éducation, sa profession, ses revenus, son sexe et son appartenance ethnique/sa race, qui à leur tour s'inscrivent dans un contexte socioéconomique et politique fait de normes et de valeurs culturelles et sociétales, de politiques macroéconomiques, sociales et sanitaires, et dans le cadre global de la gouvernance.

Il n'y a pas de bonnes raisons d'ordre biologique pour les inégalités en matière de santé : elles dépendent de la manière dont les personnes organisent leurs affaires dans la société. Les inégalités en santé évitables sont inéquitables. S'attaquer au manque d'équité en matière de santé est avant tout une question de justice sociale, quoiqu'il y ait aussi de solides arguments d'ordre économique pour agir de la sorte. Lorsque l'on considère la santé à la fois comme un bien d'équipement et un bien de consommation, le coût total des inégalités dans les pays européens s'élève à quelque 11 % du produit intérieur brut (PIB). Une répartition plus juste de la santé augmenterait le bien-être sociétal ; en effet, la santé de la population et l'équité en matière de santé sont de bonnes mesures de la performance d'un pays en ce qui concerne le développement économique et social.

La Commission recommande une intervention concernant :

- les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ;
- les moteurs structurels de ces conditions aux niveaux mondial, national et local ;
- la surveillance, la formation et la recherche.

De telles interventions doivent être opérées non seulement dans tous les secteurs (la santé dans toutes les politiques), mais aussi dans tous les pays. Les effets des moteurs structurels et des conditions de vie sont, à leur tour, en lien avec le degré de pouvoir donné aux personnes de prendre en main leur destin, de participer ou de faire entendre leur voix, points qui influencent la concrétisation de l'équité en tant que résultat du développement.

Parmi les exemples de liens intersectoriels pour la santé et l'équité en matière de santé, on peut citer les mesures visant à promouvoir le développement et l'éducation dans la petite enfance, un environnement

sain, des conditions d'emploi justes, la protection sociale et les soins de santé universels. Plus généralement, la notion d'équité en matière de santé devrait être incorporée à toutes les politiques, pour garantir l'équité entre hommes et femmes, la responsabilité du marché et un financement juste, et pour veiller au développement de l'autonomie politique et d'une bonne gouvernance globale.

Étant donné les implications du commerce et des accords commerciaux pour la santé et l'équité en matière de santé dans le monde, les pays à hauts revenus de la Région européenne de l'OMS ont un rôle important à jouer en ce qui concerne l'allègement de la dette et l'assistance au développement à l'étranger. L'objectif global de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé est de parvenir à un monde qui prend au sérieux la justice sociale.

Points de vue des États membres : 3^e table ronde ministérielle

Les ministres et autres responsables en charge de la santé en France, en Finlande, au Kazakhstan, en Lettonie, aux Pays-Bas et au Portugal saluent ce discours avec enthousiasme et attendent avec intérêt le prochain rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Ils ont conscience du manque d'équité croissant en matière de santé dans la Région européenne, et décrivent des problèmes spécifiques à leur pays et les mesures prises pour y réagir. Quoique les conditions rencontrées dans chacun de leurs pays et leurs moyens diffèrent, ils appliquent des méthodes similaires pour atteindre le même objectif : l'équité en matière de santé.

Les différences entre groupes socioéconomiques concernant l'espérance de vie sont d'importants indicateurs d'un manque d'équité en Finlande et aux Pays-Bas. Toutes les préoccupations s'articulent autour des facteurs liés au mode de vie en Finlande et en Lettonie (tabac, alcool et problèmes nutritionnels) et autour de la garantie d'accès aux services pour les groupes vulnérables : les pauvres en Finlande et en Lettonie, les populations rurales isolées au Kazakhstan, les quartiers cumulant toute une série de facteurs négatifs aux Pays-Bas et les immigrants au Portugal.

La Finlande et le Portugal ont soumis le problème à l'échelon international dans le cadre de leur présidence de l'Union européenne (UE), se concentrant respectivement sur la santé dans toutes les politiques et sur les déterminants de la santé. Au niveau national, ces pays ont aussi des structures intersectorielles : un programme des pouvoirs publics pour la promotion de la santé en Finlande et une commission d'étude au sein de laquelle les ministres échangent des informations et cherchent des solutions au Portugal.

Tous les pays ont pris un train de mesures contre le manque d'équité en santé. La Finlande a un plan d'action axé sur la pauvreté, la santé des jeunes, le tabac, l'alcool et l'accès aux services. Avec l'aide de l'OMS et de la Banque mondiale, le budget 2009-2010 du Kazakhstan pour la santé visera une efficacité accrue du système de santé et l'égalité d'accès aux services ainsi qu'un plan des pouvoirs publics axé sur les déterminants sociaux de la santé, la réduction de la mortalité et la lutte contre les maladies telles que le cancer et le sida. Une législation a été adoptée sur la nutrition, l'environnement et les modes de vie. De même, la Lettonie a interdit la cigarette dans les lieux publics et la vente de boissons sucrées et d'en-cas salés dans les écoles, et a lancé un programme d'échange de seringues pour les toxicomanes par voie intraveineuse. En plus d'avoir adopté une loi visant à garantir l'égalité d'accès aux services, le Portugal a créé des unités mobiles pour fournir des services sur place aux immigrants, et a, dans son plan sanitaire 2009-2010, ciblé le manque d'équité touchant ce groupe.

En réaction, le professeur Michael Marmot note que les pays sont déjà à l'étape suivante : commencer à trouver des solutions. Le rapport de la Commission devrait aider, grâce à des recommandations que les acteurs concernés interpréteront et appliqueront comme ils le pourront. Dans le cadre de ce travail, le secteur de la santé devrait convaincre le ministère des Finances de jouer un rôle en matière de prise de décisions éthique.

Les quatre fonctions des systèmes de santé : sessions parallèles

Le docteur Josep Figueras, coordinateur à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé – Centre européen pour la politique sanitaire de l'OMS, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, fait rapport concernant les quatre séries de sessions parallèles organisées sur les fonctions des systèmes de santé (2) : la dispensation de services, la création de ressources, le financement et la fonction de direction (« Stewardship ») (voir annexe 2). Toutes ont en commun un certain nombre de thèmes :

- la nécessité d'adopter une démarche portant sur l'intégralité du système et d'harmoniser les incitants et les stratégies ;
- l'importance de la participation des acteurs concernés, des consommateurs et des patients ;
- les facteurs propres au mode de direction et la dimension politique ;
- l'adaptation à une variété de contextes ;
- la nécessité d'incorporer un système d'évaluation de la performance et un amendement/une actualisation permanents de toute mesure prise.

Au cours des sessions parallèles relatives à la dispensation de services, les participants conviennent que l'essentiel est la nécessité d'améliorer la performance en renforçant les soins de santé primaires. Trente ans après la Déclaration d'Alma-Ata (4), les valeurs et principes de la Santé pour tous qui sous-tendent les soins de santé primaires sont toujours d'application, mais les stratégies doivent peut-être être repensées ou actualisées. On peut recourir à toute une série de modèles organisationnels (médecine familiale, privatisation, etc.), mais il est important de maintenir le renforcement mutuel entre la réglementation, le financement et la dispensation de services. Dans ce contexte, des programmes verticaux (tels que ceux qui portent sur la lutte contre le VIH/sida ou la tuberculose) devraient être intégrés aux services de soins primaires. Si l'on s'accorde à dire que cette intégration améliore le rapport coût-efficacité, il convient néanmoins de prêter l'attention voulue aux caractéristiques de la maladie ou du facteur de risque concerné(e), aux caractéristiques du système de santé (p. ex. la capacité organisationnelle et la durabilité à long terme) et à l'économie politique (les pressions exercées par les donateurs). Étant donné le fardeau plus lourd constitué par les maladies chroniques, il est essentiel d'éviter la fragmentation des services de santé et les soins épisodiques. Il conviendra d'assurer la continuité de soins de haute qualité, coordonnés ou intégrés. S'il est possible de recourir à toute une série de systèmes de dispensation de services, ceux-ci impliqueraient toutefois très probablement un changement de culture tant chez les fournisseurs de services que chez les patients, avec l'adoption toujours plus répandue de l'autogestion par le patient et une actualisation de la formation afin de répondre aux nouveaux impératifs en matière de main-d'œuvre.

Dans le cadre d'une deuxième série de sessions parallèles, on examine plus en détails la création de ressources, dont les objectifs comprennent l'amélioration de la performance des systèmes de santé par une optimisation de l'éventail des qualifications. Il s'agit d'un domaine où le contexte a une grande importance et où une planification et un engagement à long terme sont nécessaires. La substitution, la délégation et le transfert des tâches sont quelques-unes des stratégies possibles, et les technologies de

la cybersanté pourraient être utiles à cet égard. Il convient de maintenir des liens étroits avec le secteur de l'enseignement, et il est important de s'assurer que les professions de la santé y ont leur place. Un autre aspect de la création de ressources est le rôle de l'innovation et de l'évaluation des technologies de la santé, lesquelles doivent être transparentes et s'inscrire dans le processus de décision et d'élaboration de politiques, tout en étant distinctes, et pour lesquelles la participation des acteurs concernés et la collaboration internationale sont essentielles. Une session est consacrée à l'examen des moyens d'améliorer l'accès aux produits pharmaceutiques, ainsi qu'à leur efficacité et au rapport entre celle-ci et leur prix. Parmi les mesures proposées, citons l'intensification des efforts de réglementation pour veiller à la qualité, promouvoir une prescription et une utilisation appropriées des médicaments et encourager le bon type et le bon niveau d'investissement dans la recherche et le développement.

© OMS/IsyVromans



Présentation de résumés des discussions tenues dans les séances parallèles

Dans le troisième groupe de sessions parallèles, il est question de financement de la santé, avec pour objectif de renforcer la solidarité par des réformes des régimes de financement. En raison de formules d'assurance en concurrence les unes avec les autres et de budgets décentralisés, il est fréquent que la protection financière soit limitée et que la sphère de répartition soit restreinte. De même, les passages d'un système de payeur unique à une concurrence entre les régimes d'assurance nécessitent souvent beaucoup de ressources, étant donné les impératifs de la réglementation. Les réformes favorables à l'équité doivent donc centraliser la mutualisation, dans la mesure du possible, introduire des mécanismes d'ajustement en fonction des risques et mettre l'accent sur les achats qui font jouer la concurrence, plutôt que sur la sélection des risques. Des signes prometteurs indiquent qu'il est possible de recourir à des instruments de financement pour améliorer la qualité et l'efficacité de la performance des dispensateurs de soins de santé, mais ces instruments devraient être coordonnés avec des stratégies de dispensation des soins.

Les sessions parallèles sur la fonction de direction (« Stewardship ») ont été axées sur le rôle du ministère de la Santé, de la santé dans toutes les politiques et de la délégation de pouvoirs aux citoyens. En tant que superviseur par excellence, le ministère de la Santé doit avoir une politique bien définie de lutte contre les inégalités en matière de santé, ainsi que la capacité, les compétences et l'architecture organisationnelle nécessaires pour la concrétiser. En s'inspirant des progrès accomplis depuis l'adoption de la Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, en 1996 (8), sa mission et sa responsabilité seraient moins d'être une force motrice qu'un gouvernail. L'incorporation de la santé dans toutes les politiques, dans tous les secteurs et déterminants de la santé, est un exemple de l'élargissement de la fonction de direction du ministère de la Santé. À cet égard, les outils intersectoriels tels que l'évaluation de l'impact sur la santé et la fixation d'objectifs en matière de santé seraient précieux, ainsi que les arguments fondés sur les aspects économiques de la prévention, l'engagement politique et les capacités de commandement. Un large éventail de stratégies est disponible pour conférer des pouvoirs aux citoyens, dont des mécanismes de consultation et de représentation, le choix d'un assureur et d'un dispensateur de soins, et la participation des patients au processus décisionnel clinique.

Systemes de santé, santé et prospérité : un point de vue politique

Discours-programmes

M. Andrus Ansip, premier ministre estonien, déclare que c'est un grand honneur pour son pays d'accueillir la Conférence. L'impact d'une meilleure santé sur la performance économique est l'un des principaux points examinés par les pouvoirs publics dans le monde entier.

Dans tous les pays européens, les mutations démographiques et le vieillissement de la société font peser d'énormes pressions sur les systèmes de santé : une analyse de l'OCDE a montré que le financement requis devrait encore augmenter de 6 % du PIB d'ici à 2050. Les systèmes de santé des pays européens font face à des défis beaucoup plus grands qu'au cours de bien des décennies précédentes. En raison des pressions exercées sur les finances publiques, une intervention politique est nécessaire pour renforcer le système de santé, promouvoir les modes de vie sains et encore augmenter la productivité. La Charte qui devrait être adoptée à la fin de la conférence est un document de haute qualité énonçant des politiques centrées sur ces défis. Au vu de ces prévisions, les pouvoirs publics cherchent des moyens d'améliorer la performance et l'efficacité des systèmes de santé et de motiver les gens à mieux s'occuper de leur santé.

L'Estonie est un bon exemple de pays ayant mis en œuvre de grandes réformes des soins de santé au cours de la décennie écoulée, réorganisant la plupart des composantes, depuis le financement jusqu'aux droits des patients et à la fourniture des services. De récentes études montrent que 69 % des patients sont satisfaits de la qualité des services de santé dans le pays. Un système financier stable, mais équilibré, des règles claires et transparentes, une participation importante du secteur privé et des accords contractuels fondés sur les activités exercées, autant de points grâce auxquels a pu être mis en place un système de santé à haute performance, fonctionnant en autosuffisance, avec une utilisation efficace des finances et un niveau de corruption très bas.

Néanmoins, il y a quatre grandes priorités pour la politique de santé de demain, tant en Estonie qu'en Europe. Tout d'abord, il est essentiel de promouvoir les modes de vie sains et de limiter les comportements à risque. La situation sanitaire et l'espérance de vie en bonne santé dépendent largement des valeurs qui prévalent dans la société. Les gens ne se sont pas encore habitués à réfléchir à leur santé et à s'en occuper dans leur vie de tous les jours. Dès lors, des interventions rapides sont nécessaires pour améliorer

la qualité de vie des personnes, prolonger leur durée de vie en bonne santé et contribuer à une meilleure productivité.

La deuxième priorité est d'encourager une gouvernance efficace et transparente, qui devrait permettre un financement durable sans nuire à la qualité et à l'accessibilité des services de santé. Ceci, à son tour, implique une transparence des dépenses et une collaboration entre les secteurs public et privé. La réorganisation des mécanismes de gouvernance de la santé en Estonie a commencé en 1992, afin de passer à un système indépendant fondé sur la performance. Les principes d'un financement stable, à large assiette, ont été appliqués avec la mise en place de l'assurance-maladie sociale, qui a entraîné la création d'un organe public unique et indépendant – le Fonds d'assurance-maladie – à la fin des années 90. Ces réformes ont intensifié l'efficacité organisationnelle, renforcé le secteur public et augmenté son degré de responsabilisation, ce qui est le point le plus important.

Des soins de santé primaires de haute qualité et la prévention des maladies constituent la troisième priorité. Sans services de qualité, il est impossible de dépister des cas de maladies tels que cancers ou maladies cardiovasculaires aux premiers stades de leur développement, ni d'y réagir. L'Estonie a mis en place un système de soins de santé primaires articulé autour de la médecine familiale. Celui-ci joue le rôle de filtre pour les soins secondaires et tertiaires. Le salaire payé d'après la performance vise à donner aux médecins de famille les incitants nécessaires pour assumer davantage de responsabilités en ce qui concerne les services de diagnostic et le traitement, pour garantir la continuité des soins et pour compenser les risques financiers encourus lorsqu'ils s'occupent de personnes âgées et travaillent dans des zones reculées.

Quatrième priorité : l'innovation et l'utilisation active de systèmes d'informations sanitaires informatisés. En 2005, l'Estonie a lancé un vaste programme de cybersanté basé sur le principe suivant lequel toutes les informations relatives à la santé des patients devraient être gérées à un niveau central et être disponibles sur demande pour les patients et les professionnels de la santé. S'ajoute à ceci le développement et l'innovation technologiques, surtout en matière de nouveaux produits pharmaceutiques.

Le docteur Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, note que les systèmes de santé suscitent actuellement plus d'intérêt que jamais. Bien des régions du monde ont vu la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement (16) marquer un arrêt. Même s'il y a des interventions dynamiques, des stratégies éprouvées de mise en œuvre et un engagement politique décidé, on ne peut parvenir à grand-chose sans systèmes de santé accessibles à ceux qui en ont le plus besoin. Les progrès accomplis en vue d'atteindre ces objectifs sont mesurés d'après les modifications de la situation sanitaire des populations pauvres et marginalisées, et l'objectif final de la réforme des systèmes de santé est de limiter les inégalités en matière de résultats sanitaires et d'augmenter le niveau général de la santé au sein des populations.

Le monde connaît d'autres préoccupations majeures : l'évolution des maladies est alarmante, surtout pour les affections chroniques. Les maladies chroniques non transmissibles requièrent fréquemment d'être gérées sur le long terme, et les pays supportent le fardeau d'un nombre croissant de personnes âgées et fragiles. Les soins prodigués aux patients deviennent de plus en plus complexes et les systèmes de santé sont de plus en plus sollicités. Les effets sanitaires de la multiplication des voyages internationaux, des accords commerciaux, de l'urbanisation et du vieillissement de la population ont tous un caractère planétaire. Dès lors, tous les pays cherchent les moyens de gérer la pression accrue sur les services de santé, de contenir les coûts et de garantir la présence d'un personnel possédant le niveau de compétences approprié.

En dépit du fait que la médecine et la science continuent à faire des progrès impressionnants, les nouveaux vaccins et médicaments sont pratiquement toujours plus chers et la mauvaise santé devient de plus en plus coûteuse, tant pour les systèmes économiques que pour les particuliers. Si les systèmes de santé ne tentent pas de résoudre ces problèmes, les fossés s'agrandiront encore davantage en ce qui concerne les résultats obtenus en matière de santé. Les systèmes de santé n'évolueront pas automatiquement vers une plus grande efficacité ou plus d'équité quant à l'accès ; il convient de prendre des mesures réfléchies.

Les systèmes de santé ont des aspects politiques marqués et subissent de fortes pressions d'ordre politique. Ces pressions entraînent souvent la construction de coûteux hôpitaux-vitrines, tandis que les groupes de population pauvres se débattent dans un contexte de soins rudimentaires ou non existants. Dans tous les pays, les dirigeants du secteur de la santé veulent savoir comment rendre les systèmes de santé plus performants ; ils recherchent plus d'efficacité, un financement équitable et les bons incitants et veulent garantir que les médicaments soient achetés, prescrits et utilisés de façon rationnelle. L'évaluation des réussites et des échecs à laquelle on a procédé en toute franchise à la Conférence a une portée pour les pays, même bien au-delà de l'Europe. La Conférence sera l'occasion d'envoyer un message percutant au reste du monde : améliorer la performance des systèmes de santé est une priorité urgente, de haut niveau, même dans les pays riches où la situation sanitaire est excellente.

Il est gratifiant de voir le système de valeurs qui sous-tendent le projet de Charte de Tallinn, ainsi que les engagements décidés qu'il exprime en faveur de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, de programmes pour la gestion intégrée de la maladie et de la collaboration avec de nombreux autres secteurs influençant la santé. Dans ce contexte, le docteur Chan félicite la Commission européenne pour avoir adopté la stratégie de la santé dans toutes les politiques. Il est clair qu'il existe des liens entre la Charte et la Déclaration d'Alma-Ata (4), adoptée 30 ans plus tôt, et que la Charte fait référence à la Déclaration.

Les synthèses et rapports rédigés pour fournir la preuve des liens dynamiques entre les systèmes de santé, la santé et la prospérité permettent à l'OMS d'établir, lors de la Conférence, qu'il serait judicieux que les politiques accordent sérieusement de l'attention à la performance des systèmes de santé. Les bases factuelles montrent aussi comment l'évaluation des performances peut être un outil permettant d'améliorer les systèmes de santé de façon ciblée, et comment les investissements dans les systèmes de santé produisent des résultats mesurables en termes de meilleure santé et de plus grande prospérité.

En 1994, une évaluation de l'OMS sur les progrès accomplis en matière de réorientation des systèmes de santé a eu pour conclusion que l'échange d'expériences pratiques pour surmonter les problèmes était l'outil le plus important pour garantir la réussite. Cette conclusion reste valable. En insistant sur la relation dynamique entre la santé et la prospérité, les participants à la Conférence disent au monde qui les regarde que les travaux visant à améliorer les systèmes de santé sont dignes de l'attention des politiques au plus haut niveau.

Mme Androulla Vassiliou, commissaire européen à la Santé, approuve le fait que la Charte de Tallinn contribuera à sensibiliser à l'importance des systèmes de santé. La Commission a récemment publié un livre blanc exposant la stratégie de la Communauté européenne en matière de santé pour 2008-2013 (17). L'un des principes énoncés est d'intégrer davantage les considérations de santé dans toutes les politiques (la santé dans toutes les politiques). C'est un bon exemple de la fonction de direction (« Stewardship ») défendue dans la Charte de Tallinn.

En outre, cette stratégie est basée sur les valeurs partagées de l'universalité, de l'accès à des soins de bonne qualité, d'équité et de solidarité. Les systèmes de santé européens sont confrontés à des défis identiques, qui prennent la forme de mutations démographiques (vieillesse de la population) et, partant, d'une modification de la morbidité (davantage provoquée par des maladies chroniques). Dès lors, l'un des objectifs de la stratégie est de favoriser la bonne santé dans une Europe vieillissante en promouvant la santé et en prévenant la maladie pendant toute la durée de vie. Autre objectif : soutenir des systèmes de santé dynamiques et de nouvelles approches telles que la cybersanté, la génomique et les biotechnologies, tout en renforçant la sécurité des patients et en protégeant contre les effets néfastes des soins de santé. Dans ce contexte, la Commission a l'intention de proposer une législation visant à faciliter l'application des droits des patients en ce qui concerne les soins de santé transfrontaliers.

La Commission se préoccupe également des inégalités en matière de santé et du personnel de santé. Les variations de la mortalité et de la morbidité en fonction de la zone géographique et de la position sociale sont inacceptables, car elles entraînent une perte de santé et sapent la cohésion sociale. La Commission est consciente du fait qu'une réaction globale est requise de la part de nombreux secteurs stratégiques. En 2009, elle lancera une initiative pour lutter contre les inégalités en matière de santé. L'objectif, pour le personnel de santé, est de répondre à la demande de personnel sans priver les pays pauvres de leur main d'œuvre qualifiée. La Commission publiera un document de discussion ou un livre vert sur ce sujet plus tard dans l'année 2008.

Comme le directeur général, Mme Vassiliou insiste sur le fait que l'échange d'expériences peut être très bénéfique. La Conférence et la Charte de Tallinn représentent des étapes significatives dans le renforcement de la collaboration entre les deux organismes et leurs États membres respectifs.

Le docteur Nata Menabde, directeur régional adjoint au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, souligne que les indicateurs de la santé sont bons, dans l'ensemble, pour la Région européenne de l'OMS, mais que les efforts devraient être axés sur certains groupes sociaux et pays ayant des problèmes particuliers. En matière de mortalité infantile, l'écart est énorme entre les pays enregistrant les taux les plus bas et les plus hauts, tandis que la moyenne pour les pays de la Communauté des États indépendants (CEI) est trois fois plus élevée que celle de l'UE. Les maladies cardiovasculaires causent plus de 50 % des décès en Europe et, avec les décès dus à des causes extérieures, sont le facteur qui contribue le plus à l'écart de vingt ans d'espérance de vie constaté dans la Région. Comme cela a été noté, dans la Région européenne comme ailleurs, les capacités insuffisantes des systèmes de santé constituent un obstacle de taille à la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement (16) en rapport avec la santé. Le rôle du système de santé est évident, par exemple, lorsque l'on conclut que si la couverture en matière d'interventions clés dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie était portée à 99 %, le nombre de décès de mères chuterait de 73 %.

La Commission sur la macroéconomie et la santé a mis en lumière les nombreux liens entre la santé et le développement économique, entre lesquels des éléments tels que les politiques économiques et les institutions, la gouvernance, la fourniture de biens publics, le capital humain et la technologie établissent un trait d'union (18). Il a été constaté que la corrélation positive entre la prospérité et l'espérance de vie se manifeste principalement via les effets du produit national brut per capita sur le revenu de la population (en particulier celui des pauvres) et sur les dépenses publiques (en particulier pour les soins de santé). La structure triangulaire du logo de la Conférence décrit la relation entre les systèmes de santé, la santé et la prospérité, ainsi que leur impact combiné sur le bien-être de la population. Les systèmes de santé améliorent la santé en limitant la prévalence des maladies et de leurs complications, ainsi que leur durée.

Des systèmes de santé équitables améliorent le niveau des résultats obtenus en matière de santé et leur répartition. En même temps, les systèmes de santé contribuent à la prospérité, à la fois de façon directe (production de biens et de services, investissement de capitaux, etc.) et indirecte (productivité plus élevée, moindre coût des soins de santé) ; une plus grande prospérité a pour conséquence de meilleurs systèmes de santé.

Pour les systèmes de santé, la voie à suivre consiste à revitaliser les soins de santé primaires dans le nouveau contexte, à réaffirmer des principes tels que l'accès équitable ainsi que la participation des divers groupes de population et la participation intersectorielle. Leur mandat devrait être actualisé afin d'inclure des domaines tels que les maladies (ré)émergentes, la transition épidémiologique, l'urbanisation et les mutations démographiques. Ils doivent faire attention à la combinaison public-privé dans le financement et la dispensation de soins, tenir compte de la population et de la mobilité des prestataires de soins, ainsi que des attentes et préférences des patients, et mettre en application les progrès de la technologie médicale et informatique.

Les pays et l'OMS doivent continuer à réagir spécifiquement dans le domaine des services non personnels, comme par l'adoption de projets de loi et de rapports sur la santé publique, par la mise en œuvre de programmes fixant des objectifs, par l'introduction d'interdictions de fumer et, tout spécialement, par l'application d'évaluations sur l'impact sanitaire. Cela a été exprimé dans la Convention-cadre pour la lutte antitabac (19), la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité (20), etc.

Les fonctions des systèmes de santé sont interconnectées, de sorte que l'amélioration de leur performance demande une intervention coordonnée sur de multiples fonctions. L'une des fonctions de direction importantes pour les pouvoirs publics est d'assurer une meilleure mesure de la performance des systèmes de santé et son évaluation en termes de résultats obtenus, de performance et de potentiel. Dans ce domaine également, un certain nombre d'initiatives ont déjà été prises dans les pays, dont des analyses comparatives, des inspections et des audits, une assurance qualité, la fixation de normes nationales et la publication d'informations comparatives. Le but ultime de tous ces efforts est de veiller à ce que la population soit plus heureuse, produise plus et vive plus longtemps, et que les sociétés se développent mieux.

Points de vue des États membres

4^e table ronde ministérielle

Les ministres et responsables des ministères de la Santé d'Allemagne, de Croatie, d'Irlande, du Luxembourg, de Malte, de Monaco, de la République tchèque et de Turquie tirent des exemples de leur expérience afin d'aborder les questions soulevées par les débats de la Conférence, et étudient comment mettre en œuvre la Charte de Tallinn après son adoption.

En élaborant leurs politiques sanitaires et en réformant leurs systèmes de santé, les pays se rendent compte du fait qu'il est particulièrement efficace, d'une part, de fonder leur intervention sur des bases factuelles et, d'autre part, de s'assurer de l'engagement des acteurs concernés envers les changements proposés ou de négocier cet engagement. Ces deux instruments ont joué un rôle essentiel dans la réussite de l'Irlande en ce qui concerne l'allongement de l'espérance de vie et l'amélioration des soins en matière de cancer. Le partenariat avec les acteurs concernés a été capital pour les réformes sanitaire et autres de

la Croatie, pour les plans de réforme élaborés en République tchèque (ainsi que la législation) et pour la négociation de réformes telles que la rationalisation des hôpitaux en Turquie. Parmi les partenaires de prime importance se trouvent non seulement des secteurs autres que la santé (notamment les finances et l'emploi), mais aussi les dispensateurs de services et les patients. En même temps que les bases factuelles de l'OMS, celles obtenues par l'application d'objectifs et d'indicateurs de performance clés ont joué un rôle essentiel dans la réforme de la gestion des hôpitaux et de la performance clinique à Malte, faisant suivre la performance par l'argent, et pourraient être utilisées dans toute la Région.

Étant donné que la solidarité est une valeur de base, les pays œuvrent pour garantir un accès équitable aux soins, ce qui est essentiel pour concrétiser le droit de l'homme à la santé. Monaco tente d'instaurer un accès universel en assurant un financement visant à fournir des services hospitaliers de base et une technologie essentielle ; elle fournit une protection aux groupes vulnérables et est en train d'étudier le rôle du secteur privé, essayant de lier les coûts à la capacité des patients à payer. Le Luxembourg garantit une couverture d'assurance-maladie pour 98 % de la population, une collaboration entre les niveaux et les dispensateurs de soins et, comme l'Allemagne, associe l'assurance-santé à d'autres aides pour les personnes âgées. Comme d'autres petits pays, le Luxembourg tente de donner accès à des soins efficaces et de haute qualité en envoyant les patients à l'étranger pour les services spécialisés et en concentrant certains services à l'intérieur du territoire. Des investissements intelligents pour garantir une répartition équitable des services font partie des efforts de l'Allemagne pour veiller à la durabilité de son système de santé, avec un financement solide et en mettant l'accent sur la prévention.

Exploitant l'exemple de la lutte contre le tabagisme, des pays tels que l'Irlande, l'Allemagne et Malte ont constaté qu'une démarche préventive apporte toute une série de bienfaits. Les acteurs concernés acceptent des mesures telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics quand elles sont présentées comme des mesures de prévention des maladies. Les programmes éducatifs renforcent les effets de la législation ou des interdictions. En outre, le fait d'insister sur les avantages économiques à long terme de la prévention des méfaits du tabac a garanti l'acceptation, par les acteurs concernés, de mesures au coût économique immédiat, comme des augmentations du prix du tabac. La Croatie a des programmes préventifs annuels très complets pour sensibiliser aux facteurs propres au mode de vie, comme l'obésité, l'alcool et le tabac, notamment à l'attention du public et des enfants en âge scolaire.

En réaction, le commissaire européen à la Santé note que la combinaison entre l'interdiction et l'éducation fera partie de la stratégie communautaire à destination des jeunes. Le directeur général de l'OMS salue l'emploi d'arguments économiques percutants et de bases factuelles solides dans la lutte contre le tabagisme et note que les ministres comprennent l'aspect politique de la santé et reconnaissent que les patients, les parlementaires et le public sont d'importants partenaires. Il faut des politiciens pour défendre la santé. Le moyen de les rallier est de fournir des bases factuelles convaincantes sur les avantages économiques de la santé, y compris celles qui sont glanées lors de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. L'OMS aide les pays à élaborer des systèmes d'informations sanitaires pouvant accomplir cette tâche.

Enfin, tous les participants à la table ronde ont appelé à la mise en œuvre de la Charte de Tallinn. Le processus préparatoire a clarifié la réflexion sur les systèmes de santé dans la Région européenne, et les mesures prises sur la base des principes de la Charte – transparence, responsabilisation, solidarité, efficacité et soutien de tout le système pour répondre aux besoins des gens – peuvent servir toute une série d'objectifs, dont les suivants :

- prendre en considération la santé dans l'élaboration de toutes les politiques ;
- mobiliser le secteur de la santé pour qu'il assume son rôle de chef de file dans le travail intersectoriel en faveur de la santé ;
- garantir la durabilité et augmenter l'efficacité des systèmes de santé.

La Charte sera un instrument collectif que les pays pourront employer, au niveau national, pour agir et, au niveau international, pour apprendre les uns des autres et se soutenir, avec des partenaires tels que l'OMS et l'UE. L'adoption de la Charte représentera un véritable engagement, après cela, les pays seront confrontés au défi constitué par sa mise en œuvre.

© OMS/Erik Peinar



**Organisateurs
de l'OMS et
chefs des
délégations des
États membres**

5^e table ronde ministérielle

Les ministres et représentants officiels des ministères de la Santé d'Autriche, du Danemark, de la Fédération de Russie, de Grèce, de Hongrie, du Kirghizistan, de Lituanie, d'Ouzbékistan et de Roumanie se sont penchés sur les concepts d'intersectorialité, de transparence et de responsabilisation, ainsi que sur la valeur de la Charte de Tallinn en tant qu'instrument politique aux niveaux national et international.

Pour lancer le débat, le président de la table ronde note que la politique de santé occupe souvent une position ambiguë : parfois, elle constitue l'une des composantes de la politique générale des pouvoirs publics, mais parfois (notamment dans les pays de l'ancienne Union soviétique), elle est subordonnée à une politique d'État imposée d'en haut. Néanmoins, les participants à la table ronde conviennent qu'il est essentiel d'inclure d'autres secteurs (comme les transports et l'environnement) dans la planification de mesures visant à promouvoir la santé et à prévenir la maladie.

Le concept de la transparence est facile à comprendre dans le contexte des produits pharmaceutiques, par exemple, où des analyses sur la sécurité, l'efficacité et le rapport coût-avantages sont communément réalisées et publiées avant que les produits ne reçoivent l'autorisation d'être mis en vente. Toutefois, il est

plus difficile de parvenir à un accord sur les critères à employer pour mesurer la performance des systèmes de santé, et donc pour garantir la transparence. Le recours accru aux technologies de l'information et aux pratiques de management modernes, lorsqu'il est couplé à des réformes dans les hôpitaux et d'autres éléments du système de santé, amènera sans aucun doute une plus grande transparence à la fois pour les dispensateurs de services et les utilisateurs. La satisfaction du patient est un critère important par rapport à la qualité du résultat obtenu. Elle revêt un intérêt pour les deux parties. Lorsque les patients sont mieux informés et ont un pouvoir de décision, cela se répercute sur le système, dont les acteurs sont plus responsables.

Dans le cadre de l'une des réformes récentes du secteur public d'un pays, on a confié aux municipalités des responsabilités plus étendues en ce qui concerne la prévention des maladies, la promotion de la santé et la santé publique, et l'intégration de ces domaines dans l'enseignement, les transports, la planification, etc., le regroupement des hôpitaux et la réduction de leur nombre à l'échelle régionale, ainsi que le renforcement des rôles de direction et de gouvernance de l'administration nationale de la Santé. Un autre pays a mis en place un centre national des activités sanitaires afin de garantir une coordination et une interopérabilité adéquates des infrastructures médicales dans les zones reculées. Toutes ces mesures augmenteront la transparence et la nécessité pour les intervenants de prendre leurs responsabilités. La transparence a été inscrite dans la Charte de Tallinn grâce à la participation des États membres tout au long du processus de rédaction. La Charte renferme également d'autres principes qui sous-tendent les efforts de réforme dans de nombreux pays, comme un meilleur accès aux soins de santé, un financement durable et une plus grande responsabilisation. De plus, elle est alignée sur la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (21) et, en conséquence, certains pays constatent une augmentation du financement du secteur de la santé. Cependant, l'on s'attend à ce que la mise en œuvre de la Charte soit un processus long et hétérogène, avec un besoin continu de collaboration internationale.

6^e table ronde ministérielle

Les ministres et les responsables des ministères de la Santé d'Albanie, d'Azerbaïdjan, de Chypre, du Royaume-Uni et de Suisse ont étudié les répercussions que la Charte de Tallinn pourrait avoir sur les travaux futurs dans leur pays. Pour beaucoup, la Charte est adoptée juste au bon moment : ils sont soit en train de commencer à discuter des réformes des systèmes de santé au sein de leur parlement national, ayant entamé le processus d'accès à l'Union européenne, et incorporeront ses principes dans leur législation nationale révisée, soit en train d'élargir la fonction de direction du ministère de la Santé. D'autres profiteront de la participation conjointe à la Conférence de représentants des ministères de la Santé et des Finances pour forger des relations de travail quotidiennes plus étroites. Plus généralement, les participants à la table ronde marquent leur appréciation pour les bases factuelles rassemblées dans la perspective de la Conférence (synthèses, documents de référence, etc.), pour l'engagement politique exprimé dans la Charte et pour la possibilité offerte aux participants d'apprendre grâce à l'expérience de chacun.

L'un des participants à la table ronde fait remarquer que le développement économique constitue le fondement d'une meilleure santé, puisqu'il permet les investissements nécessaires dans les infrastructures et les services, et que le secteur de la santé ne peut se développer à un rythme bien plus rapide que les autres facteurs dont il dépend. Un financement en augmentation, par exemple, serait peu utile s'il dépassait la capacité d'absorption du système sanitaire. Cependant, d'autres réitèrent que si la viabilité financière est importante, la solidarité sociale et l'équité sont des valeurs qui ont inspiré le développement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS depuis la Déclaration d'Alma-Ata (4).

Adopter la Charte met aussi les ministères de la Santé des pays au défi d'élaborer des indicateurs communs afin de mesurer les effets des réformes des systèmes de santé, notamment les résultats obtenus en matière de santé dans les groupes les plus pauvres de la population. Cette démarche, couplée à une sensibilisation à la santé dans d'autres domaines, garantirait que les ministères jouent réellement leur rôle à la barre de la santé, et non uniquement des services de santé prodigués aux personnes.

Apport des partenaires

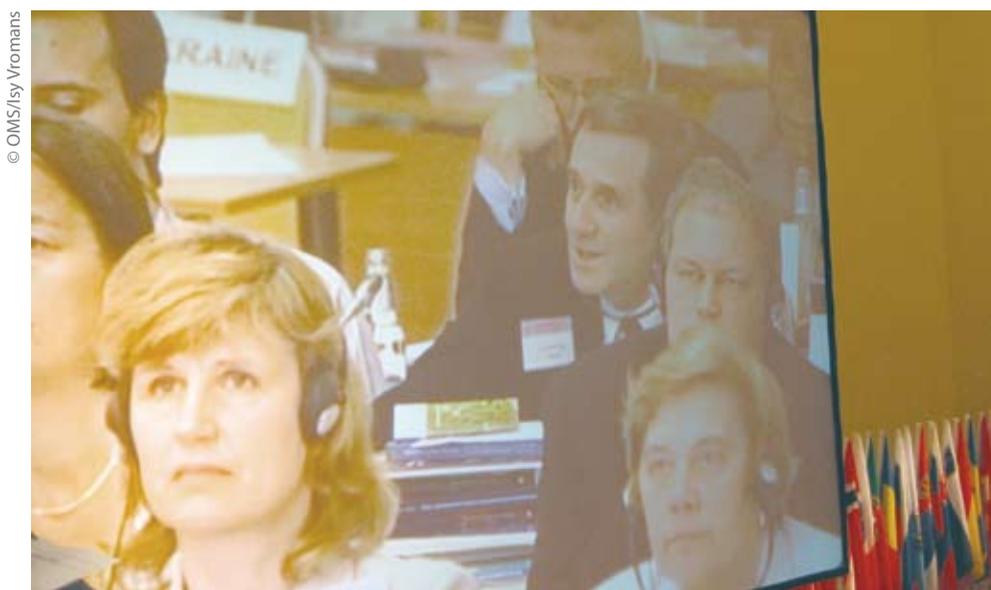
Les représentants des six organismes partenaires expriment l'attachement de ces derniers à la Charte de Tallinn, qu'ils ont aidé à rédiger, et décrivent comment leurs activités, y compris les travaux menés avec l'OMS et les uns avec les autres, soutiennent les principes et objectifs de la Charte. Les représentants sont : le docteur Armin H. Fidler (Banque mondiale), M. Philippe Maystadt (Banque européenne d'investissement), le professeur Michel Kazatchkine (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), M. Aart De Geus (OCDE), le docteur Piotr Mierzewski (Conseil de l'Europe) et Mme Shahnaz Kianian-Firouzgar (Bureau régional du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants).

Pour établir des sociétés en meilleure santé, la Banque mondiale travaillera avec tous les intervenants du monde de l'économie afin de renforcer les systèmes de santé et d'obtenir des résultats positifs et mesurables dans le domaine sanitaire. L'investissement des pays dans la santé, s'il est axé sur les bonnes priorités, est toujours payant. Des populations en bonne santé sont plus productives ; le secteur de la santé et les secteurs économiques connexes contribuent à l'emploi, à la croissance économique et à la prospérité dans de nombreux pays. Dès lors, des systèmes de santé renforcés sont essentiels pour atteindre un meilleur état de santé. Afin de parvenir à ce résultat, la Banque mondiale a lancé une nouvelle stratégie mondiale de la santé, dont les objectifs sont reflétés dans la Charte, et reconnu, comme le fait la Charte, la nécessité de tenir compte de la santé dans toutes les politiques (sous la direction du secteur de la santé), de fonder les politiques sur des bases factuelles et d'avoir un suivi et une évaluation rigoureux. La Banque mondiale s'engage dans des partenariats avec les États membres, l'OMS et les autres organismes internationaux représentés à la Conférence. Tous doivent travailler ensemble dans l'optique d'un renforcement des systèmes de santé, clé de la santé et de la prospérité.

De même, la Banque européenne d'investissement (BEI) essaie d'apporter sa contribution à la production de santé et de prospérité en soutenant la mise en place et le maintien de systèmes de santé efficaces, efficaces et durables. La BEI investit dans le capital humain ; la Conférence a présenté des données économiques établissant qu'à tous les stades de développement, une meilleure santé entraîne une plus grande productivité dans les pays. Depuis 1997, la BEI a investi dans le renforcement des systèmes de santé de la plupart des États membres de l'UE et certains de leurs voisins, dont la Serbie. Par des structures de financement ciblant différentes zones géographiques, elle propose une assistance technique pour soutenir des projets d'investissement, par exemple dans des pays méditerranéens comme le Maroc, de nouveaux États membres de l'UE comme l'Estonie et des pays de l'ouest des Balkans comme l'ex-République yougoslave de Macédoine. La BEI exploitera les enseignements tirés de la Conférence pour actualiser sa stratégie de prêts en faveur de la santé ; pour assurer un suivi, peut-être que la Commission européenne (CE) et la BEI, avec l'OMS, pourraient créer une structure de financement à l'appui de projets sanitaires. La Conférence et la Charte de Tallinn mettront en évidence la santé en tant qu'investissement capital et productif.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme soutient la Charte dans le cadre de son engagement à édifier des systèmes de santé durables et à assurer un accès plus équitable aux soins.

Cette action vient en complément de son engagement à lutter contre ces trois maladies transmissibles. Quelque 35 % des ressources du Fonds mondial sont dépensées pour le renforcement des systèmes de santé : pour les ressources humaines dans le domaine sanitaire, les infrastructures, et le suivi et l'évaluation. Les efforts des partenaires tels que l'OMS, la Banque mondiale, l'UNICEF, la CE et les pays (dont l'Allemagne, la Norvège et le Royaume-Uni) sont capitaux pour accomplir cette tâche et garantir un accès équitable aux soins. Pour atteindre ce dernier objectif, le Fonds mondial commence à investir dans le renforcement des systèmes locaux, de l'assurance-santé et des régimes de protection sociale. Le Fonds mondial se félicite de la Charte, qui confèrera une structure à laquelle les pays de toute la Région européenne pourront recourir pour renforcer leurs systèmes de santé ; cela les aidera à remplir les objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé (16).



Participants

Face aux inégalités en matière de santé, à des soins de qualité inégale et à des pressions croissantes sur les systèmes de santé pour réduire les coûts, l'OCDE recueille et analyse des données sur la santé et les systèmes de santé, pour aider les pays à garantir que des soins de santé de haute qualité soient prodigués à tous et que leurs systèmes de santé soient solides à long terme sur le plan financier. L'OCDE œuvrera à l'élaboration d'indicateurs comparables sur les inégalités d'ordre socioéconomique en matière de santé et de soins de santé, à des fins de recensement et d'analyse comparative internationale, et propose un forum au sein duquel les décideurs politiques peuvent discuter des effets des politiques visant à lutter contre les inégalités. Cela pourrait aider les pays à améliorer la performance des systèmes de santé. L'OCDE se réjouit des partenariats avec, par exemple, l'OMS, pour apporter les preuves de la pertinence économique de la prévention du surpoids et de l'obésité, avec la Banque mondiale pour évaluer le système de santé de la Turquie et avec la CE et l'OMS pour mettre en place des normes internationales en ce qui concerne la santé et la comptabilité et alléger le fardeau des pays en matière d'établissement de rapports. En collaborant étroitement avec ses partenaires internationaux, l'OCDE est prête à aider les pays à relever les défis de la politique sanitaire et à œuvrer pour l'amélioration de la santé et de la prospérité sur la base de deux valeurs-clés : la solidarité et l'excellence.

Le Conseil de l'Europe estime que la santé, la prospérité et les droits de l'homme ne font qu'un point à l'ordre du jour, et que la Charte de Tallin représente le meilleur moyen, pour le Conseil et l'OMS, de l'aborder. L'impératif économique de l'optimisation des ressources doit s'accompagner d'un impératif éthique : consacrer ces ressources à des valeurs comme la solidarité et l'équité. La collaboration fructueuse entre le Conseil de l'Europe et l'OMS pour la défense de ces valeurs est une longue tradition. Citons par exemple la réussite du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est (13). Le Conseil de l'Europe travaille déjà à la mise en œuvre de la Charte ; tout comme elle, il met l'accent sur les déterminants sociaux de la santé et la gouvernance des systèmes de santé. La Charte est un mécanisme visant à aiguiller avec sagesse les dépenses de santé ; le triangle constitué par la médecine, l'argent et la moralité devrait inclure la bonne gouvernance.

Le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants pense que la Charte de Tallin et les autres recommandations de la Conférence aideront les États membres à améliorer la santé de leurs citoyens et à renforcer leurs systèmes de santé afin de dispenser des services de santé de haute qualité, particulièrement aux membres les plus vulnérables de la société, dont les enfants. Il approuve le fait que la Charte mette l'accent sur la prévention des maladies et la promotion de la santé. L'UNICEF travaille déjà sur un certain nombre de problématiques connexes en Europe centrale et orientale et dans la CEI ; il s'agit notamment de défendre :

- des systèmes de santé et des budgets tenant spécialement compte des enfants et des adolescents ;
- la protection, pendant les réformes des systèmes de santé, d'un ensemble de services essentiels pour les femmes et les enfants et le maintien d'interventions efficaces en matière de soins de santé primaires, comme la vaccination ;
- une plus grande réactivité des systèmes sanitaires et sociaux face aux enfants désavantagés par les changements démographiques, environnementaux et épidémiologiques rapides dans la Région ;
- la promotion active de la santé et la communication intensive en matière de santé publique pour veiller à ce que les individus, les familles et les groupes de population soient correctement informés quant aux risques et à la valeur d'interventions comme la vaccination et la prévention du VIH/sida.

Le Bureau régional de l'UNICEF a défini comme priorité le renforcement des systèmes de santé et travaillera en étroite collaboration avec les États membres, l'OMS et tous les autres partenaires dans cet important domaine. La Charte est un cadre stratégique et un guide qui doivent être traduits en politiques, législation, normes, programmes et interventions qui aideront à concrétiser le droit de chaque enfant à la survie, à la croissance et au développement.

En réponse, le docteur Nata Menabde, directeur régional adjoint du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, remercie les partenaires de l'OMS pour leur participation à l'élaboration de la Charte et se réjouit de les voir s'engager par rapport au produit final. Par exemple, elle invite le représentant de la BEI au Bureau régional afin de discuter des nouvelles démarches à entreprendre pour aider les pays de la Région européenne de l'OMS.

Le docteur Mohamed Abdi Jama, directeur régional adjoint du Bureau régional de l'OMS de la Méditerranée orientale, évoque les défis identiques auxquels la Région européenne et celle de la Méditerranée orientale sont confrontées, ainsi que la collaboration bien établie entre les bureaux régionaux. D'autres régions de l'OMS pourraient tirer beaucoup d'enseignements de la Conférence et de l'expérience européenne. Le concept d'une intervention en vue de renforcer les systèmes de santé, et les mesures européennes pour ce faire, sont novateurs et pourraient profiter au monde entier. Les participants à la Conférence ont présenté des preuves irréfutables du lien entre les systèmes de santé,

la santé et la prospérité, et la démarche de « la santé dans toutes les politiques », ainsi que la fonction de direction assumée par les ministères de la Santé, représentent l'apport le plus utile pour le débat sur les systèmes de santé et le travail au sein des groupes de population. Le Bureau régional de l'OMS de la Méditerranée orientale prendra part, avec le Bureau régional pour l'Europe et les autres partenaires, aux étapes suivantes du processus.

© OMS/Isy Vromans



Signature de
la Charte de
Tallinn

© OMS/Erik Peinar



Signature de la Charte de Tallinn et clôture de la Conférence

La Charte de Tallinn (annexe 1) est signée par le docteur Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe, et Mme Maret Maripuu, ministre estonienne des Affaires sociales.

En clôturant la Conférence, Mme Maret Maripuu insiste sur le fait que la Charte qu'elle vient de signer au nom des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS renferme leurs valeurs communes de solidarité, d'équité et de participation. Les pays sont désormais confrontés à la tâche de sa mise en œuvre, et elle promet que les autorités publiques de son pays feront tout ce qui est en leur pouvoir pour améliorer la santé de leur population.

Le docteur Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe, insiste une fois de plus sur le fait qu'il est nécessaire que l'état de santé des gens s'améliore et que les systèmes de santé prennent des mesures sérieuses et radicales. Cependant, il est peut-être plus difficile d'introduire un changement dans le secteur de la santé que dans d'autres domaines, étant donné la part importante occupée par un élément humain très instruit. Le système de santé doit avoir le courage de mesurer les résultats qu'il obtient pour prouver aux organismes qui le financent que leur investissement valait la peine. De même, il a l'intention de mesurer les effets de la Conférence sur les systèmes de santé des pays européens et de publier les résultats dans l'intérêt de la transparence.

Bibliographie

1. *Résolution EUR/RC55/R8 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur le renforcement des systèmes de santé européens dans le prolongement de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins »*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2?language=French, consulté le 31 juillet 2008).
2. *WHO's health system performance framework: functions and goals*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/healthsystems/20070323_1, accessed 31 July 2008).
3. WHO Conference 2008 multimedia web site [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.whoconference2008.org>, accessed 31 July 2008).
4. *Déclaration d'Alma-Ata, 1978*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French, consulté le 31 juillet 2008).
5. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French, consulté le 31 juillet 2008).
6. Mackenbach JP et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358(23):2468–2481.
7. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé [site Web]. Copenhague, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008 (<http://www.euro.who.int/observatory?language=French>, consulté le 31 juillet 2008).
8. *Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, 1996*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5?language=French, consulté le 31 juillet 2008).
9. Wanless D. *Securing good health for the whole population. Final report*. London, HM Treasury, 2004 (http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm, accessed 31 July 2008).
10. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. In: *Documents fondamentaux, supplément 2006*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (http://www.who.int/entity/governance/eb/who_constitution_fr.pdf, consulté le 31 juillet 2008).
11. *S'engager pour la santé. Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_fre.pdf, consulté le 31 juillet 2008).
12. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/fr/index.html>, consulté le 31 juillet 2008).
13. South-eastern Europe Health Network [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/stabilitypact/network/20040611_1, accessed 31 July 2008).
14. Commission des déterminants sociaux de la santé [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html, consulté le 31 juillet 2008).
15. Marmot MG, Shipley MJ. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ*, 1996, 313(7066):1177.
16. Objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies [site Web]. New York, Nations Unies, 2008 (<http://www.un.org/french/millenniumgoals/index.html>, consulté le 31 juillet 2008).
17. *Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013*. Bruxelles, Commission des communautés européennes, 2007 (COM(2007) 630 final ; http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_fr.pdf, consulté le 31 juillet 2008).

18. *Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ea555.pdf, accessed 31 July 2008).
19. Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (<http://www.who.int/fctc/fr/>, consulté le 31 juillet 2008).
20. *Charte européenne sur la lutte contre l’obésité*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89568.pdf>, consulté le 31 juillet 2008).
21. *Déclaration de Paris sur l’efficacité de l’aide au développement. Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2005 (<http://www.oecd.org/dataoecd/53/38/34579826.pdf>, consulté le 31 juillet 2008).

Annexe 1. La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité

Préambule

1. La présente Charte a pour objet de sceller l'engagement des États membres de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à améliorer la santé de la population par un renforcement des systèmes de santé, tout en reconnaissant la diversité sociale, culturelle et économique qui existe dans la Région. La Charte de Tallinn réaffirme et adopte les valeurs inscrites dans les chartes, conventions et déclarations antérieures¹.
2. Au sein du cadre politique et institutionnel de chaque pays, un système de santé est l'ensemble des organismes, institutions et ressources du secteur public et du secteur privé mandatés pour améliorer, maintenir ou rétablir la santé. Les systèmes de santé englobent à la fois des services aux personnes et des services à la population, et des activités visant à influencer les politiques et les actions d'autres secteurs pour agir vis-à-vis des déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé.
3. Tous les pays de la Région européenne de l'OMS doivent relever des défis sanitaires majeurs dans un contexte de mutation démographique et épidémiologique, de disparités socioéconomiques croissantes, de ressources limitées, de développement technologique et d'attentes grandissantes.
4. Au-delà de sa valeur intrinsèque, l'amélioration de la santé contribue au bien-être social par ses effets sur le développement économique, la compétitivité et la productivité. Des systèmes de santé hautement performants contribuent au développement économique et à la prospérité.
5. Aussi nous, les États membres et partenaires, estimons² que :
 - investir dans la santé, c'est investir dans le développement humain, le bien-être social et la prospérité ;
 - il est inacceptable, aujourd'hui, de devenir pauvre en raison d'un mauvais état de santé ;

¹ La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé a lieu alors que nous commémorons le trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, dont la recommandation suivant laquelle les systèmes de santé devraient être centrés sur les citoyens, les communautés et les soins médicaux primaires reste aussi pertinente aujourd'hui qu'elle l'était il y a 30 ans. Cette charte reconnaît également l'importance d'autres chartes et déclarations relatives à la promotion de la santé (Ottawa 1986, Jakarta 1997, Bangkok 2005), de la Conférence de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé (1996), de la Déclaration de Mexico sur la recherche en santé (2004) et de la politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS dans sa version actualisée de 2005. Par ailleurs, le droit à jouir du meilleur état de santé possible est expressément inscrit dans la Constitution de l'OMS, la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Convention relative aux droits de l'enfant et dans les objectifs du Millénaire pour le développement, soutenus par l'ONU.

² Cette foi se fonde sur des bases factuelles, notamment sur les documents de référence produits par l'OMS pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé.

- les systèmes de santé dépassent le cadre des services de santé et incluent la prévention des maladies, la promotion de la santé et les efforts visant à inciter d'autres secteurs à traiter des questions de santé dans leurs politiques ;
- des systèmes de santé efficaces sont essentiels pour une amélioration de la santé : des systèmes de santé renforcés sauvent des vies ; dès lors,
- les systèmes de santé doivent faire la démonstration de leurs bonnes performances.

Engagement à agir

6. Nous, les États membres, nous engageons à :
 - **promouvoir les valeurs partagées de solidarité, d'équité et de participation** dans les politiques de la santé, dans l'affectation des moyens et dans d'autres actions, en veillant à ce que les besoins des pauvres et d'autres groupes vulnérables reçoivent l'attention nécessaire ;
 - **investir dans les systèmes de santé et favoriser les investissements multisectoriels qui influencent la santé**, en se fondant sur les bases factuelles disponibles concernant les liens entre le développement économique et la santé ;
 - **promouvoir la transparence et rendre des comptes** quant à la performance des systèmes de santé dans la production de résultats mesurables ;
 - **rendre les systèmes de santé plus réactifs** aux besoins, aux préférences et aux attentes des personnes, tout en reconnaissant les droits et responsabilités de celles-ci en ce qui concerne leur propre santé ;
 - **faire participer les groupes concernés** à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques ;
 - **favoriser l'apprentissage et la coopération entre pays** en matière de conception et de mise en œuvre des réformes des systèmes de santé à l'échelle nationale et infra-nationale ;
 - **veiller à ce que les systèmes de santé soient à même de réagir aux crises**, et à ce que nous collaborions les uns avec les autres et mettions en application le Règlement sanitaire international.
7. L'OMS apportera son soutien à ses États membres européens pour développer leurs systèmes de santé et assurera une coordination entre les pays dans la mise en œuvre de la Charte, y compris pour la mesure de la performance et l'échange d'expériences au sujet des engagements énoncés ci-dessus.
8. Nous, l'OMS, la Banque mondiale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Organisation internationale pour les migrations et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, nous engageons à œuvrer à la mise en application de la présente Charte avec les États membres, conformément aux termes de nos statuts et mandats, afin d'aider à améliorer la performance des systèmes de santé. Nous invitons le Conseil de l'Europe, la Commission européenne et les institutions apparentées à tenir compte des objectifs de la présente Charte lorsqu'elles

organisent leurs activités sur les systèmes de santé. La Banque européenne d'investissement cherchera à travailler avec les États membres et à coopérer avec les institutions signataires, conformément à ses mandats et dispositions statutaires et dans les limites déterminées par ceux-ci, afin de soutenir la mise en œuvre de la présente Charte. Nous, les États membres, invitons les autres partenaires qui le souhaitent à se joindre à nous.

Renforcement des systèmes de santé : des valeurs à l'action

9. Tous les États membres de l'OMS dans la Région européenne partagent la valeur qui fait du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre un droit fondamental de l'être humain ; dès lors, chaque pays doit s'efforcer d'améliorer la performance de son système de santé afin de concrétiser l'objectif d'une amélioration de la santé sur une base équitable, en répondant aux besoins en santé spécifiques liés au sexe, à l'âge, à la spécificité ethnique et aux revenus.
10. Chaque pays doit également chercher à contribuer au bien-être social et à la cohésion sociale en veillant à ce que son système de santé :
 - répartisse équitablement la charge de financement en fonction des moyens de chacun, de manière à ce qu'aucune personne ou famille ne s'appauvrisse en raison d'un mauvais état de santé ou du recours à des services de santé ;
 - soit réactif aux besoins et préférences des personnes, les traitant avec dignité et respect lorsqu'elles entrent en contact avec le système.
11. Les pays doivent poursuivre ces objectifs généraux de performance dans la pleine mesure de leurs moyens. Cela requiert de l'efficacité : faire le meilleur usage possible des ressources disponibles.
12. L'application pratique de ces objectifs généraux dans chaque pays requiert de déterminer des objectifs qui soient associés aux buts, inspirent des politiques et soient pertinents dans le contexte des priorités sociopolitiques du pays et de ses moyens économiques et fiscaux. Améliorer l'accès à des soins médicaux de haute qualité et développer les connaissances de la population sur les façons dont chacun peut améliorer sa propre santé sont des exemples qui valent pour tous les pays. Les objectifs devraient être spécifiés de façon mesurable, afin de permettre le suivi explicite des progrès accomplis. Cette stratégie oriente l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des réformes des systèmes de santé.
13. Les systèmes de santé présentent de la diversité, mais ils ont en commun une série de fonctions qui permettent d'organiser l'identification des objectifs et mesures exposés ci-dessous.
 - **Fourniture de services de santé** aux personnes et aux populations
 - Dans toute la Région, les décideurs politiques apprécient que des services de qualité soient fournis et s'efforcent de permettre que ce soit possible pour tous, particulièrement pour les groupes vulnérables, en réponse à leurs besoins, et de développer la capacité des personnes d'opérer des choix de mode de vie favorables à la santé.

- Les patients veulent accéder à des soins de qualité, et être assurés que les professionnels de santé s'appuient sur les meilleures connaissances factuelles produites par la science médicale et utilisent la technologie la mieux appropriée en vue de garantir une efficacité accrue et une plus grande sécurité pour le patient.
- Les patients veulent également établir avec leurs professionnels de santé une relation basée sur le respect de la vie privée, de la dignité et de la confidentialité.
- Des services de santé de proximité (soins de santé primaires) efficaces sont essentiels pour promouvoir ces buts, en fournissant une base pour assurer l'interface des services de santé avec les communautés et les familles, ainsi que pour la coopération intersectorielle et interprofessionnelle et pour la promotion de la santé.
- Les systèmes de santé devraient intégrer les programmes portant sur une maladie spécifique aux structures et services existants, afin d'atteindre des résultats meilleurs et pérennes.
- Les systèmes de santé devraient assurer une approche holistique des services, impliquant la promotion de la santé, la prévention des maladies et des programmes intégrés de gestion des pathologies, ainsi que la coordination de prestataires de services, d'institutions et de lieux de soins multiples, que ceux-ci se situent dans le secteur public ou le secteur privé, et incluant les services de proximité, les structures de soins aigus et de longue durée, le domicile des personnes, etc.

- **Financement du système**

- Il n'existe pas de stratégie idéale unique pour le financement de la santé. Les distinctions entre les différents « modèles » s'estompent au fur et à mesure que les pays élaborent de nouvelles combinaisons d'approches pour la collecte des financements, leur mise en commun et leur utilisation en fonction de leurs besoins, de leur contexte historique, fiscal et démographique, ainsi que de leurs priorités et préférences sociales.
- Les formules de financement devraient supporter la redistribution des ressources pour répondre aux besoins de santé, réduire les obstacles financiers à l'utilisation des services nécessaires, et protéger contre le risque financier inhérent au recours aux soins, et ce d'une manière fiscalement responsable.
- Les modes de financement devraient également comporter des mesures incitatives pour l'organisation efficiente et la fourniture des services de santé, lier le financement des prestataires de services à leur performance et aux besoins de la population et promouvoir la responsabilisation et la transparence dans l'utilisation des fonds.
- Dans l'affectation globale des ressources, il faudrait parvenir à un équilibre correct entre les services de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé pour répondre aux besoins en santé actuels et futurs.

- **Création de ressources**

- Dans un monde caractérisé par une globalisation rapide, la production du savoir, des infrastructures, des technologies et, surtout, des ressources humaines disposant d'un ensemble d'aptitudes et de compétences approprié, requiert une planification et un investissement à long terme pour répondre aux changements des besoins en matière de services de santé et des modèles d'organisation sanitaire.
- L'investissement dans le personnel de santé revêt, lui aussi, une importance capitale, étant donné qu'il a des implications non seulement pour le pays investisseur, mais aussi pour d'autres, en raison de la mobilité des professionnels de santé ; le recrutement international de travailleurs de la santé devrait obéir à des considérations éthiques et à la solidarité internationale, et être garanti par un code de bonne pratique³.
- Il est pertinent pour tous les pays de promouvoir les stratégies et la recherche sur les systèmes de santé et de faire un usage éthique et efficace des innovations en matière de technologie médicale et de produits pharmaceutiques ; l'évaluation des technologies de la santé devrait être utilisée pour contribuer à une prise de décisions plus éclairée.

- **Fonction de direction (« stewardship »)**

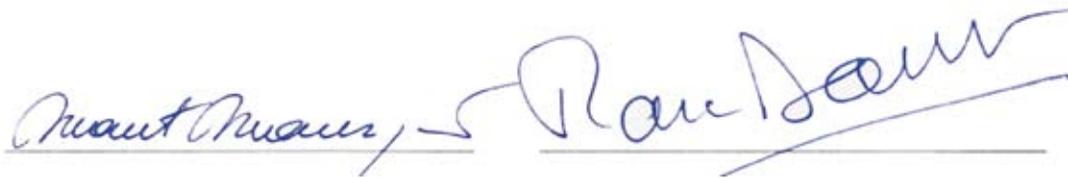
- Bien que chaque État membre ait un mode de gouvernance de son système de santé qui lui est propre, ce sont les ministères de la Santé qui définissent un plan d'avenir pour le développement du système de santé et ont le mandat et la responsabilité en matière de législation, de réglementation et de mise en œuvre des politiques de la santé, ainsi que pour le recueil de bases factuelles sur la santé et ses déterminants sociaux, économiques et environnementaux.
- Les ministères de la Santé devraient promouvoir l'inclusion de considérations d'ordre sanitaire dans toutes les politiques et défendre leur mise en œuvre effective dans tous les secteurs pour maximiser l'amélioration de la santé.
- Le suivi et l'évaluation de la performance des systèmes de santé et une coopération équilibrée avec les groupes concernés à tous les niveaux de gouvernance sont essentiels pour promouvoir la transparence et la responsabilisation.

14. Les fonctions du système de santé sont interconnectées ; dès lors, l'amélioration de la performance requiert une approche cohérente impliquant d'agir de façon coordonnée sur de multiples fonctions du système. L'expérience indique qu'une action ciblant une seule fonction ou un seul programme a peu de chances d'entraîner des progrès sensibles ou d'aboutir aux résultats souhaités.

³ Conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé relative à la migration internationale du personnel de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement (WHA57.19) et à la résolution du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur les politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne (EUR/RC57/R1).

15. Nous, les États membres de la Région européenne de l’OMS, nous engageons à utiliser la présente Charte comme base pour transformer nos valeurs communes en actes et à la considérer comme un jalon qui permettra de catalyser la mise en œuvre des engagements pris aux termes de la Charte en vue du renforcement des systèmes de santé.

Tallinn (Estonie), 27 juin 2008

The image shows two handwritten signatures in blue ink. The signature on the left is 'Maret Maripuu' and the signature on the right is 'Marc Danzon'. Both signatures are written over a horizontal line.

Mme Maret Maripuu
Ministre estonienne des Affaires
sociales

Dr Marc Danzon
Directeur régional de l’OMS pour
l’Europe

Annexe 2. Programme

Séance inaugurale

Mme Maret Maripuu, ministre des Affaires sociales, Estonie

Dr Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Élection du bureau

Présentation du programme

Adoption du programme

1^{ère} séance – Systèmes de santé, santé et prospérité : réexaminer les pensées conventionnelles

Présidence : Mme Maret Maripuu, ministre des Affaires sociales, Estonie

Discours-programmes

Systèmes de santé, santé et prospérité et bien-être social : du point de vue international

Professeur Uwe Reinhardt, professeur d'économie politique (chaire James Madison) et professeur d'économie, Université de Princeton, Princeton, New Jersey, États-Unis d'Amérique

Systèmes de santé, santé et prospérité : du point de vue des droits de l'homme

Mme Mary Robinson, présidente, Realizing Rights : The Ethical Globalization Initiative et coprésidente, Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de personnel de santé, New York, États-Unis d'Amérique

Systèmes de santé, santé et prospérité : du point de vue de la Région européenne de l'OMS

Professeur Martin McKee, professeur de santé publique européenne à la London School of Hygiene and Tropical Medicine (Royaume-Uni) et chef du service de la politique en matière de recherche à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Évaluation de la performance des systèmes de santé

Professeur Peter C. Smith, directeur, Centre for Health Economics, Université de York, Royaume-Uni

1^{ère} table ronde ministérielle. Points de vue des États membres : systèmes de santé, santé et prospérité

Professeur Avi Israeli, directeur général, ministère de la Santé, Israël (Président)

M. Sherefedin Shehu, vice-ministre des Finances, ministère des Finances, Albanie

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

M. Ivari Padar, ministre des Finances, ministère des Finances, Estonie

Mme Berglind Ásgeirsdóttir, secrétaire permanente, ministère de la Santé, Islande

Dr Larisa Catrinici, ministre de la Santé, Moldova

Dr Adam Hochel, directeur général, Division de la santé, ministère de la Santé, Slovaquie

La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité

Exposés

Dr Fiona Adshead, directrice générale de la santé adjointe, principale conseillère auprès du gouvernement sur les inégalités, ministère britannique de la Santé (présidente du Groupe de rédaction de la Charte)

Dr Ainura Ibraimova, vice-ministre de la Santé, ministère kirghize de la Santé (coprésidente du Groupe de rédaction de la Charte)

Dr Leen Meulenbergs, chef de service, Département des relations internationales, Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Belgique (coprésidente du Groupe de rédaction de la Charte)

2^e table ronde ministérielle. Points de vue des États membres

Professeur Tomica Milosavljević, ministre de la Santé, ministère de la Santé, Serbie (Président)

Professeur Harutyun Kushkayan, ministre de la Santé, Arménie

Dr Drazenka Malicbegovic, ministre auxiliaire, Département de la santé, ministère des Affaires civiles, Bosnie-Herzégovine

Dr Valeri Tzekov, ministre adjoint de la Santé, ministère de la Santé, Bulgarie

Dr Imer Selmani, ministre de la Santé, ex-République yougoslave de Macédoine

2^e séance – Systèmes de santé : aspects techniques

Discours-programme

Déterminants sociaux de la santé et systèmes de santé

Professeur Michael Marmot, directeur, International Institute for Society and Health et professeur de recherche du MRC, Département d'épidémiologie et de santé publique, University College London, Royaume-Uni

3^e table ronde ministérielle. Points de vue des États membres

Professeur Didier Houssin, directeur général de la Santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, France (président)

Mme Paula Risikko, ministre des Affaires sociales et de la Santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Finlande

Dr Anatoliy G. Dernovoy, ministre de la Santé, Kazakhstan

M. Rinalds Muciņš, sous-secrétaire d'État pour la planification des politiques, ministère de la Santé, Lettonie

Dr Marc J.W. Sprenger, directeur général, Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM), Pays-Bas

Professeur Maria do Céu Machado, haut commissaire à la santé, ministère de la Santé, Portugal

Sessions parallèles

Fonction de direction/gouvernance

Présidence : Dr Antonio Duran, conseiller, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Exercer la fonction de direction des systèmes de santé suivant le principe de « La santé dans toutes les politiques »

Responsabilisation du citoyen

Renforcement de la fonction de direction du ministère de la Santé

Financement de la santé

Présidence : M. Joseph Kutzin, chef d'unité, Politiques et systèmes relatifs aux pays, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Mettre en équilibre la concurrence des caisses d'assurance maladie et la solidarité

Promouvoir la solidarité en centralisant le financement

Acheter pour améliorer la performance

Création de ressources

Présidence : Dr Bernhard Gibis, directeur par intérim, Service d'informations sanitaires utilisables, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Améliorer la performance par l'innovation : le rôle de l'évaluation des technologies de santé

Garantir des produits pharmaceutiques de qualité, efficaces, d'un coût abordable

Personnel de santé : chercher l'éventail de qualifications adéquat pour une amélioration de la performance

Prestation de services

Présidence : Dr Enis Bariş, directeur, Division des systèmes de santé des pays, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Favoriser la coordination des soins pour une amélioration de la qualité, de la satisfaction du patient et des résultats de santé obtenus

Intégrer des programmes verticaux dans les systèmes de soins primaires et systèmes de santé

Améliorer la performance par les soins primaires

3^e séance – Systèmes de santé, santé et prospérité : un point de vue politique

Présidence : Dr Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Discours-programmes

M. Andrus Ansip, premier ministre, Estonie

Dr Margaret Chan, directeur général de l'OMS

Mme Androulla Vassiliou, commissaire européenne pour la santé

Dr Nata Menabde, directeur régional adjoint, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

4^e table ronde ministérielle. Points de vue des États membres

Mme Mary Harney, ministre de la Santé et de l'Enfance, Irlande (Présidente)

Dr Klaus Theo Schröder, secrétaire d'État, ministère fédéral de la Santé, Allemagne

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

M. Roger Consbruck, licencié en sciences hospitalières, ministère de la Santé, Luxembourg

Dr Joseph Cassar, secrétaire parlementaire pour la Santé, Malte

M. Jean-Jacques Campana, conseiller, gouvernement pour les Affaires sociales et de la Santé, ministère d'État, Monaco

Dr Tomás Julínek, ministre de la Santé, ministère de la Santé, République tchèque

Professeur Sabahattin Aydın, sous-secrétaire adjoint, ministère de la Santé, Turquie

5^e table ronde ministérielle. Points de vue des États membres

Professeur Ruslan A. Khalfin, vice-ministre, ministère de la Santé et du Développement social, Fédération de Russie (Président)

Dr Clemens Martin Auer, directeur général, ministère fédéral de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse, Autriche

M. Jesper Fisker, directeur général et principal conseiller technique, Conseil national de la santé, Danemark

Dr Panagiotis Efstathiou, directeur, Centre national d'opérations sanitaires, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale, Grèce

Dr Tamás Székely, ministre de la Santé, Hongrie

Dr Nazgul Tashpaeva, chef du Département du développement social, Administration centrale du Kirghizistan

Dr Rimvydas Turčinskas, ministre de la Santé, Lituanie

Dr Vasila S. Alimova, chef, Département de traitement et de prophylaxie, ministère de la Santé, Ouzbékistan

M. Mircea Manuc, secrétaire d'État, ministère de la Santé, Roumanie

Synthèse et rapport des séances parallèles : messages clés

Dr Josep Figueras, coordinateur, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Centre européen pour la politique sanitaire de l'OMS, Bruxelles, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

6^e table ronde ministérielle. Points de vue des États membres

Dr Abbas Soltan Valibayov, vice-ministre, ministère de la Santé, Azerbaïdjan (Président)

Mme Zamira Sinoimeri, vice-ministre de la Santé, ministère de la Santé, Albanie

Dr Christos Patsalides, ministre de la Santé, ministère de la Santé, Chypre

Professeur David R. Harper, scientifique principal et directeur général, Direction de l'amélioration et de la protection de la santé, ministère de la Santé, Royaume-Uni

Dr Marija Seljak, directeur de l'Institut de santé publique de la République de Slovénie

Professeur Thomas Zeltner, secrétaire d'État, directeur, Office fédéral de la santé publique, Suisse

Interventions des partenaires

Présidence : Dr Nata Menabde, directeur régional adjoint, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Banque mondiale – Dr Armin H. Fidler, principal conseiller en matière de politiques de la santé

Banque européenne d'investissement – M. Philippe Maystadt, président

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme – Professeur Michel Kazatchkine, directeur exécutif

Organisation de coopération et développement économiques – M. Aart De Geus, secrétaire général adjoint

Conseil de l'Europe – Dr Piotr Mierzewski, chef de la Division de la santé

Fonds des Nations Unies pour l'enfance – Mme Shahnaz Kianian-Firouzgar, directeur régional adjoint

Signature de la Charte européenne relative aux systèmes de santé « La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité »

Mme Maret Maripuu, ministre des Affaires sociales, Estonie

Dr Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Clôture de la Conférence

Mme Maret Maripuu, ministre des Affaires sociales, Estonie

Dr Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Manifestation préliminaire à la Conférence, atelier de l'OMS sur l'évaluation de la performance pour l'amélioration des systèmes de santé

Discours inaugural et de bienvenue

Dr Nata Menabde, directeur régional adjoint, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Professeur Peter C. Smith, directeur, Centre for Health Economics, Université de York, Royaume-Uni

Principales comparaisons internationales : quelle est leur situation sanitaire ?

Professeur Niek Klazinga, Département de médecine sociale, Centre médical universitaire, Université d'Amsterdam, Pays-Bas

1^{ère} séance – Bases factuelles issues des dernières initiatives politiques

Présidence : Enis Bariş, directeur, Division des systèmes de santé des pays, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Initiatives récentes en matière de mesure de la performance

Professeur Peter C. Smith, directeur, Centre for Health Economics, Université de York, Royaume-Uni

Mesure de la performance et amélioration professionnelle

Dr Arnold Epstein, professeur de politiques sanitaires (chaire John H. Foster), professeur, département des Politiques et de la Gestion de la santé, Harvard School of Public Health, Boston, États-Unis

Mesures incitatives liées à la performance

Professeur Douglas Conrad, professeur de Services de santé et codirecteur, Center for Health Management Research, département des Services de santé, Université de Washington, Seattle, États-Unis

2^e séance – Études de cas

Présidence : Dr Antonio Duran, conseiller, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Étude de cas sectoriel : la maladie mentale

M. David McDaid, coordinateur, Réseau européen sur l'économie de la santé mentale, et chercheur, London School of Economics and Political Science, Royaume-Uni

Publication de rapports sur la performance

Dr Paul G. Shekelle, directeur, Southern California Evidence-Based Practice Center, RAND Corporation, Santa Monica, États-Unis

Rapport sur la performance : Étude de cas aux Pays-Bas

Professeur Gert P. Westert, directeur, Rapport sur la performance des soins de santé, Centre de recherches sur la prévention et les services de santé, Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM), Bilthoven, Pays-Bas

Informations sur la performance : étude de cas en Italie

Dr Fabrizio Carinci, Expert national, Système national pour la vérification et le contrôle de l'assistance sanitaire (SIVEAS), direction générale pour la Planification sanitaire, ministère de la Santé, Pescara, Italie

Conclusions

M. Nick Fahy, chef adjoint, Service d'informations sanitaires, Direction générale de la santé et de la Protection du consommateur, Commission européenne, Bruxelles, Belgique

Événements satellites*Séance satellite n° 1 – Migration du personnel de santé : considérations éthiques**Allocution de bienvenue*

Dr Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Introduction

Dr Bjørn-Inge Larsen, directeur général de la santé, Direction de la santé, Norvège (président)

Principales conclusions d'une étude récente de l'OCDE

Dr Peter Scherer, chef, Département de la médecine de famille, direction de l'Emploi, du Travail et des Affaires sociales, OCDE

Aperçu et processus d'élaboration d'un code de pratique sur le recrutement international

Dr Manuel Dayrit, directeur, Département des ressources humaines pour la santé, Siège de l'OMS

Principales conclusions d'une étude en cours sur les codes existants en Europe

Professeur James Buchan, sciences sanitaires, Queen Margaret University, Edimbourg, Royaume-Uni

Perspective des pays subissant une très importante pénurie de personnel de santé

Dr Mubashar Sheikh, directeur exécutif, Alliance mondiale du personnel de santé

Perspective de la Commission européenne

Dr Tapani Piha, chef du service Législation sanitaire et affaires internationales, Direction générale de la santé et des Consommateurs, Commission européenne

Débat et conclusions

M. Gérard Schmets, coordinateur, Systèmes de santé : gouvernance, politiques et efficacité de l'assistance, Siège de l'OMS

Séance satellite n° 2 – Les systèmes d'information sur la santé publique en Europe. Expérience sur Internet du Système d'information sur la santé publique de l'Union européenne (EUPHIX)

Introduction

Professeur Hans van Oers, chef de projet EUPHIX, Institut national de santé publique, Pays-Bas

Débat

Mme Eveline van der Wilk, chercheur, Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVN), Pays-Bas

Mme Monique Kuunders, chercheur, institut national pour la Santé publique et l'Environnement (RIVN), Pays-Bas

Dr Bernard Ledéser, directeur, Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon, France

Séance satellite n° 3 – Le Réseau européen pour l'évaluation des technologies de santé (EUnetHTA). Résultats et perspectives

Allocution de bienvenue et introduction à l'EUnetHTA

Professeur Finn Børlum Kristensen, Centre danois d'évaluation des technologies de la santé, Conseil national de la santé (Danemark), chef de projet de l'EUnetHTA

Modèle de base d'évaluation des technologies de la santé

Dr Kristian Lampe, médecin principal, Office finlandais d'évaluation des technologies de la santé, Finlande, co-chef de file des activités de l'EUnetHTA sur le modèle de base d'évaluation des technologies de santé

Suivi des nouvelles technologies de la santé

Dr François Meyer, directeur, Département d'évaluation des actes et produits de santé, Haute autorité de santé, France

Évaluation des technologies de la santé : développement des institutions et des capacités

Dr Oriol Solà-Morales Serra, directeur, Agence catalane pour l'évaluation et la recherche en matière de technologies de la santé, Espagne, chef de file des activités du Réseau EUnetHTA sur le développement des institutions et des capacités

*Séance satellite n° 4 – Présentation de l'édition 2008 du profil de l'Estonie sur les systèmes de santé en transition et célébration du dixième anniversaire de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé**Allocution de bienvenue et introduction*

Dr Nata Menabde, directeur régional adjoint, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Présentation du nouveau profil sur le système de santé en Estonie

Mme Maret Maripuu, ministre des Affaires sociales, Estonie

Principales conclusions du profil sur l'Estonie. Aperçu.

Dr Jarno Habicht, directeur, bureau de pays de l'OMS pour l'Estonie, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé : 10 années de mise en pratique des bases factuelles

Dr Josep Figueras, coordinateur, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Centre européen pour la politique sanitaire de l'OMS, Bruxelles, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

*Séance satellite n° 5 – Développement des capacités dans l'Union européenne pour un personnel de santé**Le personnel de santé – Un problème européen*

M. Andrzej Jan Rys, directeur, Santé publique et évaluation des risques, direction générale de la Santé et des Consommateurs, Commission européenne

Principales conclusions d'une étude récente de l'OCDE

Dr Peter Scherer, chef, Département de la médecine de famille, direction de l'Emploi, du Travail et des Affaires sociales, OCDE

Organisation du temps de travail dans le secteur de la santé

Mme Madeleine Reid, direction générale « Emploi et affaires sociales », Commission européenne

Des solutions communes pour des problèmes communs – la collaboration européenne dans la recherche sur les systèmes de santé

Dr Jan Paehler, administrateur scientifique et technique, santé publique, Direction générale de la recherche, Commission européenne

La recherche européenne en action : Mobilité des professionnels de la santé

Dr Caren Weilandt, Institut scientifique de la Fédération des médecins allemands, Bonn, Allemagne

Séance satellite n° 6 – Décentralisation des systèmes de santé dans la Région européenne de l’OMS. Perspectives régionales

Présentation : le réseau régional de la santé

Dr Marianna Péntzes, présidente, secrétariat du Réseau Régions-santé de l’OMS, Faculté de santé de l’université de Debrecen, Hongrie

Dix thèses sur la santé et la prospérité régionales

Professeur Rainer Fehr, Centre collaborateur de l’OMS sur les politiques de santé régionales, Institut de santé publique pour la santé et le travail (LIGA.NRW), Bielefeld, Allemagne

Annexe 3. Principales publications

Les documents de référence et synthèses sont disponibles sur papier et sous forme électronique sur le site Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe⁴.

Documents de référence

Coûts économiques de la mauvaise santé dans la Région européenne

Le mesurage des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives (résumé)

Systèmes de santé, santé et prospérité : évaluation des arguments en faveur d'un investissement dans les systèmes de santé (résumé)

Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects (étude complète – projet pour consultation) (en anglais uniquement)

Systèmes de santé, santé et prospérité – Évaluation des arguments en faveur d'un investissement dans les systèmes de santé (étude complète – projet pour consultation) (en anglais uniquement)

Synthèses

Comment les systèmes de santé européens peuvent-ils soutenir l'investissement dans des stratégies de santé de la population et mettre en œuvre ces stratégies ?

Comment accroître l'impact de l'évaluation des technologies de santé ?

Où sont les patients dans la prise de décisions concernant leurs propres soins de santé ?

Comment trouver un équilibre entre différents lieux de dispensation de soins aux personnes âgées ?

Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans les systèmes de santé ?

Comment mettre en œuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins ?

Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services ?

Comment et pourquoi mettre en place un éventail de qualifications optimal ?

Est-ce qu'un apprentissage permanent et la revalidation des compétences garantissent la capacité d'exercer des médecins ?

⁴ Principales publications relatives à la Conférence [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/Documents/20080620_34?language=French, consulté le 30 juin 2008).

Annexe 4. Liste des participants

Albanie

M. Saimir Kadiu
Directeur, Planification financière, ministère de la Santé

Dr Ehad Mersini
Chef de secteur, Département de planification des politiques et de la santé, ministère de la Santé

M. Sherefedin Shehu
Vice-ministre des Finances, ministère des Finances

Mme Zamira Sinoimeri
Vice-ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Alban Ylli
Directeur, Institut de santé publique

Allemagne

Dr Birgit Cobbers
Planification stratégique des politiques de la santé, ministère fédéral de la Santé

Mme Britta Groeger
Interprète, ministère fédéral de la Santé

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

M. Udo Scholten
Directeur, sous-division Z 3, Politique européenne et internationale de la santé, ministère fédéral de la Santé

Dr Klaus Theo Schröder
Secrétaire d'État, ministère fédéral de la Santé

Dr Josephine Tautz
Responsable administrative, Division des questions médicales de la caisse officielle d'assurance maladie, Programmes de prise en charge des maladies, ministère fédéral de la Santé

Andorre

Dr Josep M. Casals Alis
Gouvernement de l'Andorre

Arménie

Professeur Ara Babloyan

Président, Comité permanent sur les affaires sociales, les soins de santé et la protection de l'environnement, Assemblée nationale

Professeur Vladimir Davidyants

Directeur, Institut national d'hygiène

Dr Naira Davtyan

Spécialiste en chef, Département de la programmation financière des dépenses dans le domaine social, ministère des Finances et de l'Économie

M. Tigran Kostanyan

Chef adjoint, Département de politique macro-économique, ministère des Finances et de l'Économie

Professeur Harutyun Kushkyan

Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Mme Roza Melkonyan

Assistante du ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Gagik Sayadyan

Chef du personnel, ministère de la Santé

Autriche

Dr Clemens Martin Auer

Directeur général, ministère fédéral de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse

Mme Mag Birgit Bürger

Chef adjointe, cabinet ministériel, ministère fédéral de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse

Mme Daniela Klinser

Porte-parole ministérielle, ministère fédéral de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse

Mme Alexandra Punzet

Chef adjointe de département, Relations internationales en matière de santé, ministère fédéral de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse

Azerbaïdjan

Dr Samir A. Abdullayev

Chef, Département des relations internationales, ministère de la Santé

Dr Rauf M. Aghayev

Chef adjoint, Personnel, Sciences et éducation, ministère de la Santé

M. Javid Mammadov
Chef adjoint, Département du financement social, ministère de la Santé

Professeur Oktay Shiraliyev
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Abbas Soltan Valibayov
Vice-ministre, ministère de la Santé

Bélarus

Dr Igor Vladimirov Brovko
Directeur, Département d'organisation de l'aide médicale, ministère de la Santé

M. Aleksandr Ostrovsky
Consul général, Consulat général du Bélarus à Tallinn

Dr Vasilii Ivanovich Zharko
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Belgique

M. Benoît Collin
Administrateur général adjoint, Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

M. Johan De Cock
Administrateur général, Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

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

M. Pierre C. Dubuisson
Ambassadeur de Belgique en Estonie

Dr Pascal Meeus
Service des soins de santé, Direction recherches, développement et promotion de la qualité, Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

Dr Leen Meulenbergs
Chef, Service des relations internationales, Service public fédéral, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Dr Ri De Ridder
Directeur général, Service des soins de santé, Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

Bosnie-Herzégovine

Dr Marina Bera
Assistante du ministre, ministère de la Santé

Dr Drazenka Malicbegovic
Ministre auxiliaire, département de la Santé, ministère des Affaires civiles de Bosnie-Herzégovine

Bulgarie

Dr Svetlana Spassova
Directrice, Direction nationale de la politique de santé, ministère de la Santé

Dr Valeri Tzekov
Vice-ministre de la Santé, ministère de la Santé

Mme Elena Ugrinova
Experte principale, Direction des affaires européennes et de la coopération internationale, ministère de la Santé

Chypre

Dr Elisavet Constantinou
Directrice générale de la santé, ministère de la Santé

M. Christos Patsalides
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

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

Croatie

Dr Ante-Zvonimir Golem
Secrétaire d'État, ministère de la Santé et du Bien-être social

M. Krešimir Kopčić
Premier secrétaire, Ambassade de la République de Croatie

Mme Sibila Žabica
Conseillère, Cabinet ministériel, ministère de la Santé et du Bien-être social

Danemark

M. Jesper Fisker
Directeur général de la santé, Direction nationale de la santé

Dr Svend Juul Jørgensen
Conseiller principal, Conseil national de la santé

Professeur Finn Børlum Kristensen
Directeur, Centre danois pour l'évaluation des technologies de la santé (DACEHTA), Conseil national de la santé

Mme Marianne Kristensen
Conseillère principale, Conseil national de la santé

Dr Lone de Neergaard
Chef de département, Division de la planification des soins de santé, Conseil national de la santé

Espagne

Dr Alberto Infante Campos
Directeur général, Cohésion du système national de santé, ministère de la Santé et de la Consommation

Dr Concepción Colomer Revuelta
Directrice, Observatoire du système national de santé et de la santé de la femme, ministère de la Santé et de la Consommation

M. José Perez Lazaro
Directeur général adjoint, Relations internationales, ministère de la Santé et de la Consommation

Dr José Martínez Olmos
Secrétaire général pour la santé, ministère de la Santé et de la Consommation

Estonie

M. Tõnu Lilleleid
Spécialiste en chef, ministère des Finances

Mme Maret Maripuu
Ministre des Affaires sociales, ministère des Affaires sociales (*présidente de la Conférence*)

Dr Ivi Normet
Secrétaire général adjoint pour la santé, politique de la santé, ministère des Affaires sociales

Dr Ülla-Karin Nurm
Chef, Département de la santé publique, ministère des Affaires sociales

Mr Ivari Padar
Ministre des Finances, ministère des Finances

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

M. Riho Tapfer
Secrétaire général, ministère des Affaires sociales

Ex-République yougoslave de Macédoine

Mme Angelina Bacanovik
Chef, département des Affaires juridiques, ministère de la Santé

M. Nenad Kolev
Chef de mission en Estonie, ministère des Affaires étrangères

Dr Vladimir Lazarevik
Vice-ministre de la Santé, ministère de la Santé

Mme Florija Ljatici-Malijoku
Conseillère auprès du Président pour la santé, Cabinet du Président

Dr Edis Ramo
Ministère de la Santé

Dr Imer Selmani
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

M. Bajram Skenderi
Cabinet du ministre, ministère de la Santé

Fédération de Russie

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

Professeur Ruslan Khalfin
Vice-ministre, ministère de la Santé et du Développement social

Mme Nadejda Kuleshova
Spécialiste en chef, Département de la coopération internationale et des relations publiques, ministère de la Santé et du Développement social

Finlande

Dr Taru Koivisto
Conseiller ministériel, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Marja-Liisa Partanen
Directrice générale adjointe, ministère des Affaires sociales et de la Santé

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

Dr Marjukka Vallimies-Patomäki
Conseillère ministérielle, Département de la santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Maria Waltari
Chargée principale, Service des affaires internationales, ministère des Affaires sociales et de la Santé

France

Mme Géraldine Bonnin
Délégation aux affaires européennes et internationales, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Dr Charles Bruneau
Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, Haute autorité de santé

Dr Alain Fontaine
Chargé de mission, MASPRAS/Direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Professeur Didier Houssin
Directeur général de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Dr Louis Lebrun
Conseiller médical, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Géorgie

Dr Sofia Lebanidze
Chef, Département de la santé, ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

Professeur Nikoloz Pruidze
Vice-ministre, ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

Grèce

Dr Panagiotis Efstathiou
Chef, Centre national d'opérations sanitaires, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Dr Efstratios Geragotis
Conseiller spécial pour les affaires européennes, Secrétariat général, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Mme Marousa Liapi-Manola
Directrice générale du Bien-être social, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Dr Kalliopi Mantzavinou
Conseillère pour les problèmes de santé mentale auprès du Secrétaire général, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Mme Alexandra Papadia
Directrice générale de l'encadrement administratif, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Mme Filomila Raidou
Directrice, Division des relations internationales, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Hongrie

Dr Mihály Kökény
Président, Commission de la santé, Parlement hongrois

Mme Noémi Kondorosi
Conseillère, Département des affaires européennes et internationales, ministère de la Santé

M. B. Alex Lawani
Interprète, ministère de la Santé

Dr Katalin Rapi
Directrice générale adjointe, Administration nationale du fonds d'assurance maladie

Dr Tamás Székely
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Irlande

Mme Catherine Dardis
Assistante personnelle du ministre, Département de la santé et de l'enfance, ministère de la Santé et de l'Enfance

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

Mme Frances Fletcher
Agent principal adjoint, Recherche, Affaires européennes et internationales, Département de la santé et de l'enfance, ministère de la Santé et de l'Enfance

Mme Mary Harney
Ministre de la Santé et de l'Enfance, ministère de la Santé et de l'Enfance

M. Peter Hogan
Deuxième secrétaire, Ambassade d'Irlande en Estonie

M. Noel Kilkenny
Ambassadeur d'Irlande en Estonie

M. Oliver O'Connor
Conseiller ministériel spécial, Département de la santé et de l'enfance, ministère de la Santé et de l'Enfance

Mme Patricia Ryan
Conseillère ministérielle spéciale, ministère de la Santé et de l'Enfance

Mme Darragh Scully
Secrétaire privée, cabinet ministériel, Département de la santé et de l'enfance, ministère de la Santé et de l'Enfance

Islande

Mme Berglind Ásgeirsdóttir
Secrétaire permanente, ministère de la Santé

Israël

Professeur Avi Israeli
Directeur général, ministère de la Santé

Italie

Dr Laura Arcangeli
Experte nationale, Système national de vérification et de contrôle de l'assistance sanitaire (SIVEAS), Direction générale pour la planification de la santé, ministère du Travail, de la Santé et des Politiques sociales

Dr Fabrizio Carinci
Expert national, Système national de vérification et de contrôle de l'assistance sanitaire (SIVEAS), Direction générale pour la planification de la santé, ministère du Travail, de la Santé et des Politiques sociales

Dr Francesco Cicogna
Conseiller technique principal, Direction générale pour l'UE et les relations internationales, ministère du Travail, de la Santé et des Politiques sociales

Dr Gaetano Guglielmi
Conseiller technique principal, Direction générale pour l'UE et les relations internationales, ministère du Travail, de la Santé et des Politiques sociales

Dr Maria Paola Di Martino
Directrice générale, Direction générale pour l'UE et les relations internationales, ministère du Travail, de la Santé et des Politiques sociales

Kazakhstan

Dr Aykan Akanov
Recteur, Académie nationale kazakh de médecine

M. Serik Ayaganov
Député, membre du Comité de développement socioculturel, Sénat du Parlement

Dr Anatoliy G. Dernovoy
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Mme Salidat Kairbekova
Chef de secteur, Département de surveillance socioéconomique, cabinet du Président

Professeur Alexander Nersessov
Directeur, Département du développement stratégique et de la coopération internationale, ministère de la Santé

M. Marat Shoranov
Directeur adjoint, Questions organisationnelles et économiques, Centre scientifique d'urologie

Kirghizistan

Dr Ainura Ibraimova
Vice-ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Mederbek Ismailov
Chef, Service des politiques relatives aux ressources humaines, ministère de la Santé

M. Arzybek Kojoshev
Vice-ministre, ministère des Finances

Dr Alimjan Koshmuratov
Chef, Département de la planification stratégique et de la réforme, ministère de la Santé

M. Kiyal B. Mukashev
Chef, Département des politiques relatives aux dépenses sociales, ministère des Finances

Dr Dinara Saginbaeva
Chef, département pour l'Organisation des soins médicaux et de l'homologation, ministère de la Santé, Kirghizistan

Dr Nazgul Tashpaeva
Chef, département du Développement social, Administration centrale du Kirghizistan

Lettonie

Mme Lūcija Akermane
Directrice, Agence nationale d'assurance maladie obligatoire

Dr Ainārs Čivčs
Directeur, Département de santé publique, ministère de la Santé

Dr Viktors Jaksons
Conseiller du secrétaire d'État pour les affaires internationales, ministère de la Santé

M. Rinalds Muciņš
Sous-secrétaire d'État pour la planification des politiques, ministère de la Santé

Mme Līga Šerna
Directrice adjointe, Département des affaires européennes et de la coopération internationale, ministère de la Santé

Lituanie

Mme Rasa Eilunavičienė
Attachée de presse, ministère de la Santé

Mme Jolanta Iždonienė
Directrice adjointe, Politique et économie de la santé, ministère de la Santé

Dr Janina Kumpiene
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

M. Martynas Pukas
Spécialiste en chef, Division des affaires étrangères, ministère de la Santé

Dr Rimvydas Turčinskas
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Luxembourg

M. Roger Consbruck
Licencié en sciences hospitalières, ministère de la Santé

Malte

M. Antony Cassar
Directeur, Surveillance de la mise en œuvre des programmes, ministère des Politiques sociales

Dr Joseph Cassar
Secrétaire parlementaire pour la Santé

M. Malcolm Vella Haber
Assistant personnel du secrétaire parlementaire

Dr Ray G. Xerri
Directeur des initiatives spéciales, Département des initiatives spéciales, ministère des Politiques sociales

Monaco

M. Jean-Jacques Campana
Conseiller de Gouvernement pour les affaires sociales et la santé, ministère d'État

Dr Thierry Picco
Directeur général, Département des affaires sociales et de la santé, ministère d'État

Monténégro

M. Ramo Bralić
Directeur, Fonds national monténégrin d'assurance maladie

Mme Valentina Dragojević
Interprète, ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales

Mme Mirjana Kojičić
Directrice adjointe, Fonds national monténégrin d'assurance maladie

Mme Smiljka Kotlica
Secrétaire ministérielle, ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être social

Mme Nina Milović
Conseillère, ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales

Mme Lorena Vlahović
Assistante aux relations publiques, ministre de la Santé, du Travail et du Bien-être social

Norvège

Dr Andreas Disen
Directeur général, Département des services de santé et de soins primaires, ministère des Services de santé et de soins

Dr Bjørn-Inge Larsen
Directeur général de la santé, Direction de la santé

Mme Toril Roscher-Nielsen
Directrice générale, Division de la coopération et de la préparation internationales, ministère des Services de santé et de soins

M. Arne-Petter Sanne
Directeur, Affaires multilatérales, Secrétariat de la coopération internationale

Mme Tone Wroldsen
Conseillère, ministère des Services de santé et de soins

Ouzbékistan

Dr Abduvali Agzamov
Directeur, Centre pour la privatisation et les services payés, ministère de la Santé

Dr Vasila S. Alimova
Chef, Département de traitement et de prophylaxie, ministère de la Santé

Pays-Bas

Mme Annemiek van Bolhuis
Directrice, Nutrition, protection sanitaire et prévention, ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports

M. Lejo van der Heiden
Chef de projet, Prévention, ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports

M. Serge Heijnen
Représentant, Plateforme de recherche sur les systèmes de santé, ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports

Mme Lenie Kootstra
Directrice, Département des affaires internationales, ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports

M. Fred Lafeber
Chef, Service des affaires mondiales, Département des affaires internationales, ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports

Mme Diana M.J.J. Monissen
Directrice générale des soins curatifs, ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports

Mme Frieda M. Nicolai
Conseillère principale, Département des affaires internationales, ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports

Dr Marc J.W. Sprenger
Directeur général, Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM)

Professeur Gert P. Westert
Chef, Rapport sur la performance des soins de santé, Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM)

Pologne

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

Mme Sylwia Lis
Directrice, Département de l'assurance maladie, ministère de la Santé

Dr Michal Marek
Conseiller ministériel, Département de l'assurance maladie, ministère de la Santé

Portugal

Professeur José Maria Albuquerque
Haut commissaire adjoint de la santé, ministère de la Santé

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

Dr Paulo Jorge de Morais Zamith Nicola
Conseiller médical de la haute commissaire de la santé, ministère de la Santé

Dr Manuel Teixeira
Ministère de la Santé

République de Moldova

Dr Eugenia Berzan
Chef, Relations internationales, ministère de la Santé

Dr Larisa Catrinici
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Dr Aurel Grosu
Président, Groupe consultatif d'experts, ministère de la Santé

Dr Cristina Mahu
Chef de département, Collaboration régionale avec l'Europe du Sud-Est, ministères des Affaires étrangères et de l'Intégration européenne

Mme Larisa Rotaru
Département du développement des ressources humaines et des politiques salariales, ministère de l'Économie et du Commerce

Mme Larisa Stucalov
Directrice adjointe, Département du développement des ressources humaines, du travail et des politiques salariales, ministère de l'Économie et du Commerce

Dr Ghenadie Țurcanu
Directeur, Analyse des politiques, suivi et évaluation, ministère de la Santé

République tchèque

Dr Lucie Bryndová
Conseillère ministérielle, ministère de la Santé

Dr Pavel Hroboň
Vice-ministre, ministère de la Santé

Dr Tomás Julínek
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Mme Lucie Rounová
Traductrice, ministère de la Santé

Mme Martina Tóthová
Directrice, Département des affaires internationales et de l'Union européenne, ministère de la Santé

Roumanie

M. Mircea Manuc
Secrétaire d'État, ministère roumain de la Santé

Mme Silvia Olteanu
Attachée aux affaires sanitaires, Politiques relatives à la santé publique, Représentante permanente de la Roumanie à l'UE

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

Dr Fiona Adshead
Directrice générale adjointe de la santé, principale conseillère auprès du gouvernement sur les inégalités, ministère de la Santé

M. Chris Brookes
Chef de programme, Inégalités sanitaires au niveau international, ministère de la Santé

Mme Maggie Davies
Conseillère principale, Amélioration internationale de la santé, ministère de la Santé

Professeur David R. Harper
Scientifique principal et directeur général, direction de l'amélioration et de la protection de la santé, ministère de la Santé

Saint-Marin

M. Mauro Chiaruzzi
Ministre de la Santé, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, de la Prévoyance et de l'Égalité des sexes

Dr Fabio Della Balda
Secrétaire particulier, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, de la Prévoyance et de l'Égalité des sexes

M. Paolo Pasini
Directeur général, Institut des services sanitaires, Autorité de l'autorisation, de l'accréditation et de la qualité des services de santé

Serbie

Professeur Tomica Milosavljević
Ministre de la Santé, ministère de la Santé (*vice-président de la Conférence*)

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

Dr Elizabet Paunović
Vice-ministre de la Santé, Secteur de l'intégration à l'UE et de la coopération internationale, ministère serbe de la Santé

Slovaquie

Dr Klára Frečerová
Directrice générale, Département des relations internationales, ministère de la Santé

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

Slovénie

Dr Tit Albreht
Conseiller du directeur, Institut de santé publique

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

Dr Marija Seljak
Directrice, Institut de santé publique

Suède

Mme Ingvor Bjugård
Division de la santé et des soins sociaux, Association suédoise des autorités locales et des régions

Mme Anna Halén
Directrice adjointe, Division des affaires internationales et de l'Union européenne, ministère de la Santé et des Affaires sociales
M. Lars-Erik Holm
Directeur général, Conseil national de la Santé et du Bien-être social

M. Bosse Pettersson
Conseiller principal et consultant indépendant, Politiques de la santé publique, Institut national suédois de santé publique

Mme Olivia Wigzell
Directrice générale adjointe, ministère de la Santé et des Affaires sociales

Suisse

Mme Delphine Sordat Fornerod
Collaboratrice scientifique, division Affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

M. Alexandre von Kessel
Collaborateur scientifique, Directeur adjoint, division Affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

Dr Gaudenz Silberschmidt
Vice-directeur, directeur de la division Affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

Professeur Thomas Zeltner
Secrétaire d'État, directeur, Office fédéral de la santé publique

Tadjikistan

M. Ilhom S. Bandaev
Chef de service, Département de la gestion de la réforme et des relations internationales, ministère de la Santé

Dr Salomudin Isupov
Chef, Département de la gestion des ressources humaines, ministère de la Santé

Dr Shamsidin M. Kurbonov
Chef, Département de la santé maternelle et infantile, ministère de la Santé

Dr Dilorom Sadikova
Chef, Département de la gestion de la réforme et des relations internationales, ministère de la Santé

M. Nousratullo F. Salimov
Ministre de la Santé, ministère de la Santé

Turquie

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

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

Dr Fehmi Aydınli
Directeur général adjoint, Direction des soins de santé primaires, ministère de la Santé

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

M. Murat Uğurlu
Chef de département, ministère de la Santé

Ukraine

Professeuse Tetyana Gruzeva
Chef, Information et analyse, Université nationale de médecine

Dr Oleksandr Tolstanov
Chef, département de la Santé publique, Administration d'État de la région de Zhytomyr

Mme Zhanna Tsenilova
Chef, Département des relations internationales, ministère de la Santé

Observateurs des États membres de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe

Canada

M. Gavin Brown
Directeur, division Système de soins de santé, Santé Canada

États-Unis d'Amérique

Mme Jessica Adkins
Chef, Section politique/économique, Ambassade des États-Unis en Estonie

Mme Taimi Alas
Spécialiste, Section politique/économique, Ambassade des États-Unis en Estonie

Représentants de l'Organisation des Nations Unies et des institutions apparentées

Banque mondiale

Dr Armin H. Fidler
Principal conseiller pour la politique de santé, Réseau du développement humain, Santé, nutrition et population, Bureau régional de la Banque mondiale pour l'Europe centrale et les États baltes

M. Patricio V. Marquez
Principal spécialiste pour la santé, Département du développement humain, Bureau régional de la Banque mondiale pour l'Europe centrale et les États baltes

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Dr Shahnaz Kianian-Firouzgar
Directrice régionale adjointe, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants

M. Toomas Palu
Commission nationale estonienne, UNICEF

Dr Dragoslav Popović
Spécialiste de la vaccination, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté des États indépendants

Représentants d'autres organisations intergouvernementales

Banque européenne d'investissement

Mme Chris Blades
Économiste principale, direction des Projets

M. Philippe Maystadt
Président

Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies

M. John O'Toole
Chef, Relations extérieures et partenariats

Commission européenne

Mme Nathalie Chaze
Responsable des politiques, unité Stratégie et systèmes de santé, Direction générale de la santé et des consommateurs

M. Erdem Erginel
Membre du cabinet, commissaire européen à la Santé

M. Nick Fahy
Chef, unité Informations sur la santé, Direction générale de la santé et des consommateurs

Mme Elisabeth Kidd
Responsable des politiques, unité Stratégies et systèmes de santé, Direction générale de la santé et des consommateurs

M. Toivo Klaar
Chef de représentation, Estonie

Dr Bernard Merkel
Chef, unité Stratégies et systèmes de santé, Direction générale de la santé et des consommateurs

M. Jan Paehler
Responsable de projets scientifiques et techniques, Santé publique, Direction générale de la recherche

Dr Tapani Piha
Chef, unité Législation en matière de santé et questions internationales, Direction générale de la santé et des consommateurs

Dr Matti Rajala

Conseiller ministériel, Délégation permanente de la Commission européenne auprès des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Mme Madeleine Reid

Juriste, Droit communautaire du travail, Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances

Dr Andrzej Jan Rys

Directeur, Santé publique et évaluation des risques, Direction générale de la santé et des consommateurs

Mme Androula Vassiliou

Commissaire européenne pour la santé

Conseil de l'Europe

Dr Piotr Mierzewski

Chef, division de la Santé

Organisation de coopération et de développement économiques

M. Aart de Geus

Secrétaire général adjoint

Dr Peter Scherer

Chef, Département de la médecine de famille, Direction de l'Emploi, du Travail et des Affaires sociales

Organisation internationale pour les migrations

Mme Roumyana Petrova-Benedict

Gestionnaire principale régionale de la santé et des migrations pour l'Europe, Contacts avec l'UE/la CE

Représentants d'organisations non gouvernementales entretenant des relations officielles avec l'OMS

Conseil international des infirmières

M. David C. Benton

Consultant, Politiques en matière de soins infirmiers et de santé

Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA)

Dr Egle Zebiene

Département de Médecine familiale

Invités spéciaux et observateurs du pays hôte

M. Arto Aas

Conseiller du premier ministre et chef de cabinet, chancellerie d'État de la république d'Estonie

M. Jaak Aab

Membre du Parlement, Parlement estonien

Dr Ain Aaviksoo

Directeur du programme des politiques sanitaires, Centre d'études sur les politiques PRAXIS

M. Tõnis Allik

Chef, Conseil d'administration, Centre médical d'Estonie du Nord

Dr Ralf Allikvee

Chef, Conseil d'administration, Hôpital central de Tallinn Est

Dr Tiiu Aro

Directrice générale, Inspection de la protection sanitaire

Dr Toomas Asser

Doyen, Faculté de médecine, Université de Tartu

M. Hannes Danilov

Président du conseil d'administration, Caisse estonienne d'assurance maladie

Mme Triin Habicht

Chef du département d'économie sanitaire, Caisse estonienne d'assurance maladie

Dr Maris Jesse

Directrice, Institut national de développement sanitaire

Dr Tiina Juhansoo

Vice-rectrice du développement, Collège de la santé de Tallinn

Dr Katrin Kaarma

Directrice, Inspection du travail

Dr Kristiina Kahur

Économiste sanitaire principale, Caisse estonienne d'assurance maladie

Dr Üllar Kaljumäe

Directeur, Conseil estonien des soins de santé

Mme Anneli Kannus
Rectrice, École des soins de santé de Tartu

M. Keit Kasemets
Directeur, département de la Stratégie, Chancellerie d'État de la république d'Estonie

Mme Piret Kruuser
Chef de conseil, Association estonienne des professionnels des soins de santé

M. Tõnis Kõiv
Membre du Parlement

Dr Ago Kõrgvee
Président du conseil exécutif, Fédération estonienne des services ambulanciers

Mme Heli Laarmann
Chef, Unité de la sécurité chimique, Département de la santé publique, ministère des Affaires sociales

Dr Peeter Laasik
Président du conseil, Hôpital d'Elva

Dr Aili Laasner
Présidente du conseil, Union estonienne pour la promotion de la santé

Mme Helve Luik
Présidente, Chambre estonienne des personnes handicapées

Dr Merike Martinson
Adjointe au maire, Soins de santé et sociaux, Gouvernement de la ville de Tallinn

Dr Andrus Mäesalu
Directeur de la clinique chirurgicale, Hôpital central de Tallinn Est

M. Peep Mühlis
Président du conseil, Fondation pour l'entente sociale

Mme Ülle-Marika Pöldma
Directrice du département du Protocole, Chancellerie d'État de la république d'Estonie

Mme Siiri Põllumaa
Présidente, Association des sages-femmes

Mme Inna Rahendi
Présidente, Association syndicale du personnel sanitaire d'Estonie

Dr Kristin Raudsepp
Directrice générale, Agence nationale des médicaments

M. Johannes Rebane
Responsable des relations avec la presse, ministère des Affaires étrangères

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

Mme Pille Saar
Spécialiste en chef, unité des Ressources système, Département des soins de santé, ministère des Affaires sociales

Mme Kaidi Sarv
Chef pharmacienne, Association estonienne des pharmaciens

Mme Katrin Sibul
Chef de mission par intérim, Mission permanente de l'Estonie auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Dr Urmas Siigur
Président, Conseil exécutif, Hôpital universitaire de Tartu

Mme Kyllike Sillaste-Elling
Conseillère auprès du premier ministre, Chancellerie d'État de la république d'Estonie

Mme Eve Sirp
Conseillère, ministère des Affaires étrangères

Dr Urmas Sule
Président du conseil exécutif, Hôpital de Pärnu

M. Harri Taliga
Président, Confédération des syndicats estoniens

M. Paul Teesalu
Directeur, Division des organisations internationales, Premier département politique, ministère des Affaires étrangères

Dr Jelena Tomasova
Directrice, Service de protection sanitaire de Tallinn

M. Andres Tsahkna
Conseiller ministériel, ministère des Affaires sociales

Dr Anneli Uuskula
Présidente, Département de santé publique, Université de Tartu

Dr Piret Väli
Présidente, Section de Tallinn, Société estonienne de dentisterie

Hôtes et orateurs invités

M. Andrus Ansip
Premier ministre, Estonie

Professeur Michael Marmot
Directeur, International Institute for Society and Health et professeur de recherche du MRC, Département d'épidémiologie et de santé publique, University College London, Royaume-Uni

Professeur Martin McKee
Professeur de Santé publique européenne, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni, et directeur de la Politique de la recherche, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Professeur Uwe Reinhardt
Professeur d'économie politique (chaire James Madison) et professeur d'économie, Woodrow Wilson School of Public and International Affairs et Département d'économie, Université de Princeton, États-Unis d'Amérique

Mme Mary Robinson
Présidente, Realizing Rights: the Ethical Globalization Initiative et coprésidente, Conseil consultatif sur la politique mondiale en matière de personnel de santé, New York, États-Unis d'Amérique

Professeur Peter C. Smith
Directeur, Centre for Health Economics, Université de York, Royaume-Uni

Alliance mondiale pour les personnels de santé

Mme Beth Magne-Watts
Responsable de la sensibilisation et de la communication

Dr Mubashar R. Sheikh
Directeur exécutif

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

Professeur Michel Kazatchkine
Directeur général

Mme Madeleine Leloup
Conseillère principale du directeur général

Réseau européen pour l'évaluation des technologies de santé (EUnetHTA)

Dr Kristian Lampe
Médecin principal, Office finlandais pour l'évaluation des technologies de santé (FinOHTA), Finlande

Dr François Meyer
Directeur, Évaluation médicale, économique et de santé publique, Haute autorité de santé, France

Réseau Régions-santé (RHN)

Professeur Rainer Fehr
Institut d'État pour la santé et le travail de Rhénanie-du-Nord-Westphalie (LIGA.NRW), Bielefeld, Allemagne

Dr Marianna Péntzes
Faculté de santé, Université de Debrecen, Nyíregyháza, Hongrie

Dr Manfred H.J. Schmitz
Directeur, Division des affaires internationales, ministère de l'Emploi, de la Santé et des Affaires sociales, Rhénanie-du-Nord-Westphalie, Allemagne

Système d'information sur la santé publique de l'UE (EUPHIX)

Mme Monique Kuunders
Scientifique, Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM), Pays-Bas

Professeur Bernard Ledéseret
Directeur, Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon, France

Professeur Johannes van Oers
Chef de projet, Institut national de santé publique, Pays-Bas

Mme Eveline van der Wilk
Chercheuse, Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM), Pays-Bas

Conseillers temporaires

Professeur Rifat A. Atun
Professeur de gestion internationale de la santé, directeur, Centre de gestion de la santé, Tanaka Business School, Imperial College, Londres, Royaume-Uni

Professeur James Buchan
Sciences de la santé, Queen Margaret University, Édimbourg, Royaume-Uni

Professeur Reinhard Busse
Département de la gestion des soins de santé, Université technologique de Berlin, Allemagne et directeur associé de la Politique de recherche, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Mme Kate Charlesworth
Chercheur, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni

Dr David Chinitz
Chaire, Politiques et gestion en santé, école de Santé publique, université hébraïque Hadassah, Israël

Professeur Douglas Conrad
Professeur de services de santé et codirecteur, Center for Health Management Research, Département des services de santé, Université de Washington, Seattle, États-Unis d'Amérique

Dr Angela Coulter
Directrice, Picker Institute Europe, Oxford, Royaume-Uni

Dr Peter Coyte
Professeur d'économie sanitaire et chaire, Département des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto, Canada

Dr Arnold Epstein
Professeur de politiques sanitaires (chaire John H. Foster), chaire, Département des politiques et de la gestion de la santé, Harvard School of Public Health, Boston, États-Unis d'Amérique

M. Ewout van Ginneken
Département de Gestion des soins de santé, Université de technologie de Berlin, Allemagne

Professeur Niek S. Klazinga
Professeur de médecine sociale, Département de médecine sociale, Centre médical universitaire, Université d'Amsterdam, Pays-Bas

Dr John N. Lavis
Professeur associé et chaire de recherche canadienne dans le domaine de l'échange et du transfert de connaissances, Centre des sciences de la santé, McMaster University, Hamilton, Canada

Professeur Jon Magnussen
Faculté de médecine, Département de santé publique, Université des sciences et technologies de Norvège, Trondheim, Norvège

Professeur José M. Martín-Moreno
Professeur de médecine et de santé publique, École de médecine, Université de Valence, Espagne

M. David McDaid
Coordinateur, Réseau européen sur l'économie de la santé mentale, et chercheur, London School of Economics and Political Science, Royaume-Uni

Dr Ellen Nolte
Maître de conférences, European Centre on Health of Societies in Transition, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni

Professeur Charles Normand
Professeur de politiques et de gestion de la santé (chaire Edward Kennedy), Université de Dublin, Trinity College, Irlande

Mme Irene Papanicolas
Assistante à la recherche, LSE Health, London School of Economics and Political Science, Royaume-Uni

Professeur Richard B. Saltman
Professeur de politiques et de gestion de la santé, Département des politiques et de la gestion de la santé, Rollins School of Public Health, Emory University, Atlanta, États-Unis d'Amérique et directeur associé de la Politique de la recherche, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Dr Paul G. Shekelle
Directeur, Southern California Evidence-Based Practice Center, Département de la santé, RAND Corporation, Santa Monica, États-Unis d'Amérique

Professeur Igor Sheiman
Chercheur, Économie du secteur public, Université d'État – École supérieure d'économie, Moscou, Fédération de Russie

Mme Debbie Singh
Londres, Royaume-Uni

Mme Corinna Sorenson
LSE Health, London School of Economics and Political Science, Royaume-Uni

Dr Caren Weilandt
Directrice générale adjointe, Institut scientifique de la Fédération allemande des médecins (WIAD), Bonn, Allemagne

M. Norbert Wilk
Directeur adjoint, Division des analyses, Agence polonaise pour l'évaluation des technologies de la santé, Varsovie, Pologne

Observateurs

Alliance européenne de santé publique

M. Paul Belcher
Directeur non exécutif

Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI)

Mme Nilgun Aydogan
Responsable des programmes

British Medical Journal

Dr Tessa Richards
Rédactrice adjointe

Centre national de recherche et de développement pour la protection sociale et la santé (STAKES), Finlande

Dr Ilmo Keskimäki
Directeur, division de la Recherche sur les services de santé

M. Marko Lähteenmäki
Responsable du développement

Mme Tuma Puhazza
Responsable de la planification

Professeur Vappu Taipale
Directeur général

Mme Anna Turunen
Responsable de la planification

Fédération européenne des associations d'infirmières

M. Paul De Raeve
Secrétaire général

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR)

M. Georg Habsburg
Président, Croix-Rouge de Hongrie

Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) – Réseau européen

Mme Irene Donadio
Responsable de la sensibilisation

Forum européen des associations de médecins et de l'OMS

Dr Ramin Walter Parsa-Parsi
Chef de service, Fédération allemande des médecins

Dr René Salzberg
Conseiller

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

Mme Mary Higgins
Directrice adjointe pour les soins obstétricaux, section des Sages-femmes, fédération irlandaise des Infirmières

Mme Madeline Spiers
Présidente

Forum européen des soins primaires

M. Diederik Aarendonk
Coordinateur

Forum EuroPharm

Dr T.F.J. Tromp
Coordinateur, programme des Systèmes de santé

Forum international Gastein

Professeur Gunther Leiner
Président

M. Matthias Schuppe
Secrétaire général

Société européenne de santé publique

Dr Dineke Zeegers-Paget
Directeur exécutif

Société européenne pour la qualité des soins de santé

M. Laimutis Paškevičius
Membre du Comité de direction

The Lancet

Dr Astrid James
Rédactrice adjointe

Projet Hope

Mme Judit Csiszar
Directrice régionale

Organisation mondiale de la santé

Bureau régional de l'Europe

Mme Susan M. R. Ahrenst
Assistante de programme, Politiques et systèmes relatifs aux pays

Mme Marija Andjelković
Assistante administrative, bureau de pays de l'OMS, Slovénie

Dr Anshu Banerjee
Chef, bureau de pays de l'OMS, Albanie

Dr Enis Barış
Directeur, Division des systèmes de santé des pays

M. Karim Benthami
Services administratifs, chargé des fournitures et des conférences

Mme Mary Stewart Burgher
Rédactrice, Services d'informations sanitaires utilisables

M. André Calmîs
Assistant technique, encadrement informatique aux bureaux de pays, Services d'aide aux utilisateurs

M. Oluf Christoffersen
Superviseur, Services d'impression et de conférence

Dr Yelizabet Danielyan
Chef, bureau de pays de l'OMS, Arménie

Dr Marc Danzon
Directeur régional de l'OMS pour l'Europe

M. Joachim Robin Dartell
Conseiller technique, Soutien à la gestion des opérations dans les pays

Dr François Decaillet
Conseiller principal pour les politiques et représentant du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe auprès de l'Union européenne

M. Saša Delić
Assistant, Services d'impression et de conférence

Dr Lucica Ditiu
Conseillère technique, Maladies transmissibles

Dr Antonio Duran
Conseiller

Dr Nedret Emiroğlu
Directeur par intérim, Division des programmes sanitaires

Mme Mirna Eriksen
Assistante de programme, bureau du directeur régional

Dr Josep Figueras
Coordinateur, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé – Centre européen de l'OMS pour la politique de santé, Bruxelles, Belgique

Mme Elena Galmond
Assistante de programme, Politiques et systèmes relatifs aux pays

M. Kamran Garakhanov
Chef, bureau de pays de l'OMS, Azerbaïdjan

Dr Bernhard Rudolf Gibis
Chef d'unité par intérim, Services d'informations sanitaires utilisables

Dr Jarno Habicht
Chef, bureau de pays de l'OMS, Estonie

M. Clayton Hamilton
Coordinateur de la base de données, Élaboration de solutions

Mme Tine Hansen
Stagiaire

Mme Gitte Andersen Havn
Assistante aux services généraux, Administration, fournitures et conférences

Mme Birgit Heesemann-Nielsen
Assistante à la documentation et à la traduction, Services d'informations sanitaires utilisables

M. Imre Hollo
Directeur, Division de l'administration et des finances

Dr Gabit Ismailov
Chef, bureau de pays de l'OMS, Kazakhstan

M. Marijan Ivanuša
Chef, bureau de pays de l'OMS, Slovénie

Mme Anne Elizabeth Jakobsen
Assistante technique, Groupe de la stratégie

M. Kees de Joncheere
Conseiller régional, Politiques et systèmes relatifs aux pays
M. Bent Jørgensen
Opérateur des équipements de bureau, Services d'impression et de conférence

Dr Matthew Jowett
Spécialiste principal, Financement de la santé

Mme Kaja Kaasik-Aaslav
Stagiaire

Mme Yulnara Kadirova
Assistante de programme, Maladies non transmissibles et environnement

Dr Antoinette Kaic-Rak
Chef, bureau de pays de l'OMS, Croatie

Dr Bahtygul Karriyeva
Chef, bureau de pays de l'OMS, Turkménistan

Dr Marija Kisman
Chef, bureau de pays de l'OMS, ex-République yougoslave de Macédoine

Dr Rusudan Klimiashvili
Chef, bureau de pays de l'OMS, Géorgie

M. Blerim Komoni
Assistant logistique, bureau de pays de l'OMS, Pristina

M. Yavuz Mehmet Konaş
Chargé de liaison, bureau de pays de l'OMS, Turquie

Mme Kadri Kont-Kontson
Assistante administrative, bureau de pays de l'OMS, Estonie

Dr Agris Koppel
Conseiller technique, bureau de pays de l'OMS, Estonie

Dr Michal Krzyzanowski
Conseiller régional, chef suppléant, bureau de Bonn

M. Joseph Kutzin
Chef d'unité, Politiques et systèmes relatifs aux pays

Mme Suszy Lessof
Chef de projet, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé – Centre européen de l'OMS pour la politique de la santé, Bruxelles, Belgique

Dr Lucianne Licari
Conseillère régionale, Coordination et partenariats pour l'environnement et la santé

Mme Claudia Bettina Maier
Conseillère technique, chercheuse, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé – Centre européen de l'OMS pour la politique de la santé, Bruxelles, Belgique

Mme Maria Teresa Marchetti
Administratrice, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé – Centre européen de l'OMS pour la politique de la santé, Bruxelles, Belgique

Dr Srdan Matić
Chef de section par intérim, Maladies transmissibles

Mme Geraldine McWeeney
Conseillère technique, Questions environnement-santé dans la région de l'Europe du Sud-Est

Dr Nata Menabde
Directeur régional adjoint

Mme Sherry Merkur
Chercheuse – Responsable du Web, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé –
Centre européen de l'OMS pour la politique de santé, Bruxelles

Mme Tanya Michaelsen
Administratrice des événements spéciaux par intérim, Partenariat et communication

Dr Luigi Migliorini
Chef, bureau de pays de l'OMS, Fédération de Russie

Dr Paulina Marianna Miskiewicz
Chef, bureau de pays de l'OMS, Pologne

Dr Oskon Moldokulov
Chef, bureau de pays de l'OMS, Kirghizistan

Mme Natela Nadareishvili
Conseillère technique, Soutien à la gestion des opérations dans les pays

Dr Arun Nanda
Conseiller sur les menaces sanitaires, Division des programmes sanitaires

Mme Liuba Negru
Chargée de relations externes, relations avec la presse et les médias, Partenariat et communication

M. Jens Nielsen
Assistant technique, Opérations (production et soutien)

Dr Dorit Nitzan Kaluski
Chef, bureau de pays de l'OMS, Serbie

Mme Elena Nivaro
Assistante du directeur, bureau du directeur, Division de l'administration et des finances

M. Jonathan North
Chargé des publications, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé – Centre
européen de l'OMS pour la politique de la santé, Bruxelles, et LSE Health, London School of Economics
and Political Science, Royaume-Uni

Dr Victor Olsavszky
Chef, bureau de pays de l'OMS, Roumanie

M. Willy Palm
Chargé du développement de la diffusion, Observatoire européen des systèmes et des politiques de
santé – Centre européen de l'OMS pour la politique de la santé, Bruxelles, Belgique

Dr Galina Perfilieva
Conseillère régionale, Ressources humaines du secteur de la santé, Politiques et systèmes des pays

Dr Govin Permanand
Conseiller technique, Services d'informations sanitaires utilisables

Dr Robertas Petkevičius
Chef, bureau de pays de l'OMS, Lituanie

Mme Teresa Pinto
Stagiaire

Dr Igor Pokanevych
Chef, bureau de pays de l'OMS, Ukraine

Dr Maria Cristina Profili
Coordinatrice de la Conférence sur les systèmes de santé

Mme Francesca Racioppi
Scientifique, Accidents, transport et santé, Bureau de Rome

Mme Janna Riisager
Administratrice, bureau du directeur régional

M. Charles Robson
Chef, Service de traduction et de rédaction, Services d'informations sanitaires utilisables

Mme Anna Roepstorff
Assistante de programme, Partenariat et communication

Dr Aiga Rurane
Chef, bureau de pays de l'OMS, Lettonie

Mme Cristiana Salvi
Conseillère technique, Partenariat et communication

Dr Darina Sedláková
Chef, bureau de pays de l'OMS, Slovaquie

Dr Santino Severoni
Chef, bureau de pays de l'OMS, Tadjikistan

Mme Tarang Sharma
Stagiaire

Dr Elena Shevkun
Conseillère technique, Soutien à la gestion des opérations dans les pays

Mme Julia Solovieva
Administratrice, bureau du directeur, Division des systèmes sanitaires des pays

Mme Margarita Spasenovska
Administratrice nationale, bureau de pays de l'OMS, ex-République yougoslave de Macédoine

Dr Alena Steflava
Chef, bureau de pays de l'OMS, République tchèque

Dr Marc Suhrcke
Chargé de l'élaboration de politiques, bureau de Venise

Dr Skender Sylja
Directeur, bureau de l'OMS, Pristina

Dr Kinga Szepeshazi
Chargé des politiques et systèmes de santé, bureau de pays de l'OMS, Hongrie

Dr Michel Louis Marie Tailhades
Chef, bureau de pays de l'OMS, Ouzbékistan

Mme Rouruina Teura
Assistante technique, Services d'aide aux utilisateurs

Mme Emilia Tontcheva
Chef, bureau de pays de l'OMS, Bulgarie

Dr Agis Tsouros
Chef d'unité par intérim, Maladies non transmissibles et environnement

Dr Pavel Ursu
Chef, bureau de pays de l'OMS, République de Moldova

M. Jérémy Veillard
Conseiller régional par intérim, Politiques et équité sanitaires

Dr Isidora Sylvia Yvonne Vromans
Conseillère spéciale, bureau du directeur, Division des systèmes sanitaires des pays

Dr Melita Vujnović
Chargée de liaison, bureau de pays de l'OMS, Serbie

Mme Helena Vuksanović
Assistante administrative, Bureau de pays de l'OMS, Serbie

Mme Caroline White
Secrétaire à la recherche et aux publications, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé – Centre européen de l'OMS pour la politique de la santé, Bruxelles, Belgique

Dr Matthias Wismar

Analyste principal des politiques de la santé, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé – Centre européen de l'OMS pour la politique de la santé, Bruxelles, Belgique

Dr Egor Zaitsev

Chef, bureau de pays de l'OMS, Bélarus

Dr Erio Ziglio

Chef, bureau de Venise

Siège

M. Toufic Abi-chaker

Chef interprète, Service d'interprétation

Dr Margaret Chan

Directeur général

Dr Manuel Dayrit

Directeur, département des Ressources humaines pour la santé

Dr Carissa Etienne

Sous-directeur général, Systèmes et services de santé

Dr David Bruce Evans

Directeur, Financement des systèmes de santé

M. Cong Fu

Conseiller du directeur général, bureau du directeur général

Dr Gaya Gamhewage

Bureau de la directrice générale

Dr Adrian Ong

Fonctionnaire exécutif, bureau du directeur général

Dr Pongsadhorn Pokpermdée

Fonctionnaire exécutif, bureau du directeur général

Mme Veronica Riemer

Assistante, Département des communications

M. Gérard Schmets

Coordinateur, Systèmes de santé : gouvernance, politiques et efficacité de l'assistance

Dr Susanne Weber-Mosdorf

Sous-directeur général, bureau de l'OMS auprès de l'Union européenne

Dr Regina Winkelmann
Fonctionnaire exécutif, bureau du directeur général

Autres bureaux régionaux

Bureau régional des Amériques/Organisation panaméricaine de la santé

Dr Jacques Girard
Conseiller pour les pays, Politiques et systèmes de santé

Dr Hernan Montenegro
Conseiller régional, Systèmes et services de santé

Professeur Eliot Sorel
Santé mondiale, gestion des services de santé et leadership, école de Santé publique, George Washington University

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Dr Mohamed Abdi Jama
Directeur régional adjoint

Bureau régional du Pacifique occidental

Dr Henk Bekedam
Directeur, Développement du secteur de la santé

Secrétariat du pays hôte

Mme Ivi Aalak

Mme Kristiina Alliksaar

Mme Anneli Berends

Mme Liisi Bucht

M. Tarmo Inno

Mme Ööle Janson

Mme Edith Kallaste

M. Ursel Kedars

M. Kalle Kingsepp

Mme Eda Kondra

Mme Eli Lilles

Mme Edda-Helen Link

Mme Mairi Laanetu

Mme Marle Malvet

Mme Merilin Mäesalu

Mme Kerstin Peterson

Mme Ülle-Marika Pöldma

M. Johannes Rebane

M. Sten Roosvald

Mme Mariann Rugo

Mme Triin Rusi

Mme Maris Salekešin

Mme Kristel Sarapuu

M. Marek Seer

Mme Kati Tamm

Mme Helvi Tarien

Mme Ene Tomberg

Mme Tatjana Tšernjak

Mme Triinu Täht

Mme Marika Vaher

M. Jako Vernik

M. Andris Viltsin

Mme Jana Zdanovitš



EUROPE

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

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

États membres

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

Organisation mondiale de la santé

Bureau régional de l'Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhague Ø

Danemark

Tél. : +45 39 17 17 17

Fax : +45 39 17 18 18

Courriel : postmaster@euro.who.int

Site Web : www.euro.who.int

La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité » a été organisée à Tallinn (Estonie) en juin 2008 par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et accueillie par le gouvernement estonien. Plus de 500 participants y ont assisté, dont des ministres responsables de la santé, des affaires civiles, ainsi que des finances et des affaires économiques de 52 des 53 États membres de la Région, des experts de renommée internationale spécialisés en systèmes de santé et des représentants d'organismes internationaux ou d'associations de la société civile, et des mass médias. Cette conférence a représenté un tournant dans l'évolution de la santé publique.

Ce rapport décrit comment les participants ont exploré les liens dynamiques entre les systèmes de santé, la santé et la prospérité et ont évoqué les quatre fonctions des systèmes de santé (prestation de services, financement, mise en place du personnel de santé et d'autres ressources et direction/gouvernance). Il conclut en détaillant comment l'OMS, les États membres et toute une série de partenaires internationaux ont pris l'engagement politique de renforcer les systèmes de santé et, à la fin de la Conférence, ont adopté la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité.

Si cette conférence a attiré l'attention sur ce sujet et lui a conféré de la crédibilité, le suivi donné à cet événement incitera à améliorer la performance des systèmes de santé. Il s'agit notamment de l'approbation de la Charte par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, en septembre 2008, de la mise au point d'outils pour l'amélioration de l'évaluation des performances et de la publication du présent rapport pour diffuser les informations. Les lecteurs trouveront dans ce rapport un outil utile pour la phase de mise en œuvre qui a débuté avec l'adoption de la Charte, dont le but est d'améliorer la santé et d'augmenter la prospérité en renforçant les systèmes de santé en Europe.

