



EUROPE

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

**Copenhague, 14-17 septembre 2009**

---

EUR/RC59/REC/1  
5 octobre 2009  
92173  
ORIGINAL : ANGLAIS

**Rapport sur la cinquante-neuvième session  
du Comité régional de l'Europe**

### **Mots clés**

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

## Sommaire

|  | <i>page</i> |
|--|-------------|
| Ouverture de la session .....  | 1           |
| Élection du bureau .....   | 1           |
| Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail .....   | 1           |
| Allocution du directeur régional .....   | 1           |
| Rapport du seizième Comité permanent du Comité régional.....   | 3           |
| Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé<br>et du Conseil exécutif.....  | 4           |
| Débat général .....  | 4           |
| Allocution par Son Altesse Royale, la Princesse Mary de Danemark .....   | 7           |
| Allocution du directeur général.....   | 7           |
| Questions de politique et questions techniques.....  | 9           |
| La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région<br>européenne de l'OMS .....  | 9           |
| La grippe pandémique H1N1 2009.....  | 13          |
| Pour une meilleure gouvernance de la santé dans la Région européenne de l'OMS.....   | 16          |
| Politiques relatives au personnel de santé dans la Région européenne de l'OMS (y<br>compris le recrutement international du personnel de santé : projet de code de<br>pratique mondial)..... | 19          |
| Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne<br>de l'OMS.....   | 26          |
| Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional .....  | 28          |
| L'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe .....   | 28          |
| Progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le<br>développement.....   | 28          |
| Élections et désignations.....   | 29          |
| Directeur régional .....   | 29          |
| Conseil exécutif .....   | 30          |
| Comité permanent du Comité régional .....  | 30          |
| Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation<br>concernant les maladies tropicales.....  | 30          |
| Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2010-2013.....  | 30          |
| Résolutions.....   | 31          |
| EUR/RC59/R1. Désignation du directeur régional de l'Europe .....   | 31          |
| EUR/RC59/R2. Expression de gratitude au docteur Marc Danzon .....  | 31          |
| EUR/RC59/R3. La santé en période de crise économique mondiale : incidences<br>pour la Région européenne de l'OMS.....  | 31          |
| EUR/RC59/R4. Politiques relatives au personnel de santé dans la Région européenne<br>de l'OMS.....   | 33          |
| EUR/RC59/R5. Application du Règlement sanitaire international (2005) dans<br>la Région européenne de l'OMS .....   | 35          |

|  |    |
|--|----|
| EUR/RC59/R6. Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional<br>en 2010-2014 ..... | 38 |
| EUR/RC59/R7. Rapport du seizième Comité permanent du Comité régional .....                   | 38 |
| Annexe 1. Ordre du jour.....   | 39 |
| Annexe 2. Liste des documents.....   | 41 |
| Annexe 3. Liste des représentants et autres participants .....                               | 43 |
| Annexe 4. Rapport du directeur régional .....  | 67 |
| Annexe 5. Allocution du directeur général .....  | 75 |

## Ouverture de la session

La cinquante-neuvième session du Comité régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour s'est tenue au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Copenhague (Danemark) du 14 au 17 septembre 2009. Des représentants de l'ensemble des 53 pays de la Région européenne de l'OMS y ont participé. Étaient également présents des observateurs de deux États membres de la Commission économique pour l'Europe et d'un État non membre, ainsi que des représentants du Bureau international des migrations, de la Banque mondiale, du Conseil de l'Europe, de la Commission européenne (Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs et Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)) et d'organisations non gouvernementales (ONG) (voir annexe 3). Son Altesse Royale la princesse Mary de Danemark, protectrice du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, a honoré la session de sa présence.

La première séance de travail a été ouverte par M. Alexander Kvitashvili, président sortant.

## Élection du bureau

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

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Dr Christos Patsalides (Chypre)                               | président               |
| Dr Bjørn-Inge Larsen (Norvège)                                | président exécutif      |
| Dr Vladimir Lazarevik (ex-République yougoslave de Macédoine) | vice-président exécutif |
| Dr Narine Beglaryan (Arménie)                                 | rapporteur              |

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

*(EUR/RC59/2 Rev.1 et EUR/RC59/3)*

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

## Allocution du directeur régional

Dans sa dernière allocution au Comité régional (annexe 4), le directeur régional a présenté les activités du Bureau régional au cours des 12 derniers mois selon une double perspective : celle des dix années depuis sa prise de fonction et celle des spécificités de la Région européenne dans le cadre du programme général de travail de l'OMS.

Les événements les plus importants qui ont marqué l'année écoulée étaient la grippe pandémique H1N1 2009 et la crise économique mondiale. La grippe pandémique était devenue la première urgence de santé publique de portée internationale conformément au Règlement sanitaire international (2005) (RSI). Alors que les autorités nationales et l'OMS avaient choisi à juste titre la transparence, celle-ci avait provoqué l'inquiétude des populations et sollicité une couverture importante de l'événement par les médias. La mission de l'OMS était de maintenir une surveillance étroite, de fournir des informations vraies pour rassurer le public tout en l'incitant à suivre les mesures d'hygiène recommandées et de préparer de façon très réfléchie la phase suivante : celle de la vaccination. La grippe pandémique H1N1 2009 nécessitait une intervention qui intégrait des mesures à la fois individuelles et collectives en connaissance de cause ; les débats du Comité régional à ce sujet permettraient aux États membres d'harmoniser leurs points de vue sur la situation.

Face à la crise économique, l'OMS avait créé un groupe de travail mondial, qu'il coprésidait, et avait organisé une consultation de haut niveau à Genève en janvier 2009. Une réunion de haut niveau pour la Région européenne de l'OMS, tenue à Oslo (Norvège) en avril 2009, avait permis de reconnaître que le secteur de la santé devait faire valoir sa contribution au développement de la société, y compris économique, et que les orientations élaborées par les ministères de la Santé, très souvent avec l'OMS, et en particulier celles relatives aux soins de santé primaires, constituaient de bonnes réponses à la crise. En outre, le Bureau régional avait contribué, grâce à ses contacts en Israël, à faciliter le passage de médicaments fournis par la Turquie aux populations de la bande de Gaza.

La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, tenue à Tallinn (Estonie) en juin 2008, avait été suivie par la prise de mesures aux niveaux national et régional axées sur l'évaluation des performances des systèmes de santé et l'approfondissement de la fonction de direction, ou « stewardship ». En outre, la Conférence de Tallinn et le besoin de renforcer les systèmes de santé avaient sous-tendu beaucoup d'autres activités du Bureau régional, telles que l'organisation de la Journée mondiale de la santé, la contribution à l'adoption d'un code mondial de bonne pratique pour la migration des personnels de santé, actuellement en cours d'élaboration, et la célébration du trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata relative aux soins de santé primaires. Finalement, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, par ses publications, son université d'été et son soutien aux réformes dans de nombreux pays, avait aidé à assurer la continuité et les progrès soutenus de l'après Conférence de Tallinn.

Les activités du Bureau régional dans les domaines de la santé publique s'étaient penchées sur les maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi que sur les déterminants sociaux de la santé. Outre la grippe, ses travaux en ce qui concernait les maladies transmissibles portaient notamment sur l'organisation de la quatrième Semaine européenne de la vaccination, le renforcement de l'engagement envers la lutte contre la tuberculose, pris lors du Forum ministériel européen de l'OMS tenu à Berlin (Allemagne) en 2007, et les efforts en vue de l'élimination du paludisme dans la Région. Le Bureau régional a accordé une priorité importante aux maladies non transmissibles et aux travaux sur la santé de la mère et de l'enfant. Le nouveau bureau d'Athènes, dont l'inauguration était prévue pour la fin 2009, permettrait de renforcer les capacités du Bureau régional et de stimuler la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte). En octobre 2008, le Bureau régional avait lancé son rapport sur les politiques et les pratiques de santé mentale dans la Région européenne. Il avait en outre tenu des réunions en préparation de la Cinquième Conférence ministérielle européenne sur l'environnement et la santé, organisée à Parme (Italie) en 2010. Finalement, le Bureau régional avait présenté, à de nombreuses reprises, le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé pour qu'il fasse l'objet de discussions par des universitaires, des décideurs politiques et des représentants d'organisations internationales, et organisé une conférence sur les femmes et la prison à Kiyev (Ukraine), en 2008.

Les partenariats, avec d'autres organisations membres des Nations Unies, gouvernementales et non gouvernementales, avaient conservé leur importance. Les relations entre le Bureau régional et les institutions de l'Union européenne (UE) continuaient de se développer dans un esprit de recherche d'un bénéfice mutuel pour les États membres. Il s'agissait notamment de la collaboration avec plusieurs directions générales de la Commission européenne (CE), six agences techniques impliquées dans la santé, ainsi que les présidences française, tchèque et suédoise de l'UE. La collaboration avec d'autres partenaires internationaux s'était poursuivie, notamment avec la Banque mondiale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En outre, le Bureau régional avait aidé des États membres à obtenir des fonds de la GAVI et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et participé aux travaux visant à améliorer la coordination dans le système des Nations Unies, en particulier en Albanie.

En ce qui concernait la vie interne du Bureau régional, les résultats de l'enquête de satisfaction des États membres serviront de guide pour le développement des services du Bureau dans l'avenir. La mise en place du Système mondial de gestion devrait représenter un changement dans la méthode de travail du Bureau, et l'on s'inspirerait de l'expérience acquise au Siège de l'OMS et dans d'autres Régions pour faciliter la période transitoire. Sous l'impulsion du directeur général, l'OMS était en train de réaliser son rêve d'une organisation à la fois unifiée et décentralisée, travaillant efficacement au service de ses États membres. La toute dernière réunion du directeur général avec les directeurs régionaux en Albanie avait permis de présenter les réalisations du Bureau régional dans le pays.

En guise de conclusion, le directeur régional s'est engagé à faciliter autant que possible la transition avec son successeur. Il a enfin remercié les États membres de la Région européenne et le Comité permanent du Comité régional (CPCR) de leur soutien, tant personnel qu'au travail du Bureau régional, et félicité le personnel de l'OMS pour son indéfectible attachement à son Organisation.

### **Rapport du seizième Comité permanent du Comité régional**

*(EUR/RC59/4, EUR/RC59/4 Add.1, EUR/RC59/Conf.Doc./1)*

Le président du Comité permanent a fait observer que le seizième CPCR s'était réuni cinq fois au cours de l'année, qu'il avait organisé une conférence téléphonique en juin 2009, et que ses rapports étaient disponibles sur le site Web du Bureau régional. Outre l'examen des mesures prises par le secrétariat dans le cadre du suivi des résolutions adoptées par le Comité régional, le CPCR avait participé au choix et à la préparation des questions techniques et politiques devant être abordées pendant la session en cours. Des membres du CPCR présenteraient les opinions de ce dernier sur ces questions, au titre des points de l'ordre du jour correspondants.

Le Comité permanent avait dû faire face à deux défis importants durant l'année : la crise économique mondiale et la grippe pandémique H1N1 2009. Il avait par conséquent recommandé que ces thématiques soient inscrites à l'ordre du jour de la présente session. En ce qui concernait la récession économique, l'objectif était clairement d'aider les États membres de la Région européenne de l'OMS à développer l'aspect sanitaire de leur intervention pour résoudre la crise actuelle. En ce qui concernait la grippe, ce problème serait abordé au cours d'un débat et d'un échange de données d'expérience, complétés d'une séance d'information technique.

Plusieurs États membres avaient exprimé leur volonté d'accueillir l'une des prochaines sessions du Comité régional. Le CPCR avait soigneusement examiné les offres reçues et ses propositions seraient débattues ultérieurement lors de la session. Pareillement, le CPCR avait recommandé une liste restreinte de candidats pour siéger dans plusieurs organes de l'OMS, et le prochain Comité permanent poursuivrait ses travaux afin de garantir que tous les États membres de la Région européenne puissent avoir une chance équitable, avec le temps, de participer aux travaux de l'Organisation.

Il a invité tous les États membres à proposer des questions techniques ou politiques à inscrire à l'ordre du jour des prochaines sessions du Comité régional.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC59/R7.

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

(EUR/RC59/6)

Le membre européen du Conseil exécutif, désigné pour assister aux sessions du CPR en qualité d'observateur, a déclaré que la Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé avait adopté 16 résolutions, dont 8 revêtaient une importance majeure pour la Région européenne de l'OMS. Elles portaient entre autres sur la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables ; la préparation en cas de grippe pandémique ; les soins de santé primaires (renforcement des systèmes de santé compris) ; la réduction des inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé ; et la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (prévention et lutte).

Eu égard à l'évolution de la grippe pandémique H1N1 2009, l'Assemblée mondiale de la santé avait été raccourcie pour ne durer que cinq jours ouvrables. L'examen d'un nombre considérable d'autres questions avait été par conséquent reporté à la cent vingt-sixième session du Conseil exécutif en janvier 2010, ou à la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé en mai 2010.

### Débat général

Lors du débat général qui a suivi, un représentant s'adressant au nom de l'UE, de pays candidats à l'adhésion (Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie), des pays du processus de stabilisation et d'association, et de candidats potentiels à l'adhésion (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie), ainsi que de l'Arménie, de la Géorgie, de la République de Moldova et de l'Ukraine, qui se sont alignés sur la déclaration, a insisté sur l'importance de la santé pour la Région européenne de l'OMS et ses populations, et fait observer que la majorité des besoins en santé de la Région étaient les mêmes pour tous les États membres. À titre d'exemple, la grippe pandémique H1N1 2009 touchait tous les pays et ils devaient faire preuve de souplesse et de réflexion lors de l'élaboration de leurs plans, afin de se préparer le mieux possible. La situation actuelle soulignait l'importance de disposer d'informations à la fois exactes et actualisées et la nécessité de mettre en œuvre des efforts soutenus pour appliquer le RSI dans son intégralité. L'UE appréciait le rôle pilote joué dès le départ par l'OMS à l'échelle mondiale. Elle était toujours attachée à la solidarité mondiale et continuerait à trouver des moyens de soutenir la communauté internationale dans sa lutte contre la pandémie.

Il importait de s'attaquer aux différents effets que la récession pouvait avoir sur la santé des populations. Parmi les défis posés aux systèmes de santé européens, il convenait de mentionner les problèmes économiques et pratiques découlant du vieillissement des populations et de la migration des personnels de santé. En ce qui concernait la migration, la situation des États membres européens en tant que pays d'accueil, pays d'origine ou les deux à la fois, témoignait de la complexité du problème et du besoin d'adopter des démarches concertées. L'UE attendait avec impatience de collaborer avec le Bureau régional sur ce dossier, en tenant compte comme il se devait des nombreux intérêts légitimes. En outre, la crise financière a mis en lumière l'importance d'assurer un fonctionnement efficace du secteur de la santé, notamment en ce qui concernait la propagation de la grippe pandémique H1N1 2009 et la résistance antimicrobienne. La Suède accueillerait une conférence de l'UE sur ce dernier thème plus tard dans le mois.

La corrélation établie par le Bureau régional entre les déterminants sociaux de la santé et la crise économique mettait en lumière la relation existant entre les ressources sanitaires et économiques. Il fallait encourager l'élaboration et la mise en œuvre conjointes de politiques par un grand nombre de secteurs autres que celui de la santé, afin d'aplanir les inégalités persistantes dans la Région. Les politiques relatives à la santé publique et aux systèmes de santé devaient engendrer



une plus grande équité en santé. On s'attendait à ce que le Bureau régional joue un rôle pilote en montrant comment intégrer les conclusions de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé dans les efforts entrepris par les États membres. En outre, et étant donné l'importance du changement climatique, l'UE attendait avec intérêt la Conférence des Nations Unies sur les changements climatiques, organisée à Copenhague en décembre 2009, et la Cinquième Conférence ministérielle européenne sur l'environnement et la santé, qui se tiendrait à Parme (Italie) en 2010.

Les maladies non transmissibles étant la principale cause de la charge de morbidité dans la Région, il fallait procéder à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, en particulier dans le cadre de programmes systématiques et populationnels à l'intention des personnes âgées, afin de les combattre avant qu'elles ne surviennent. La lutte contre les maladies non transmissibles était d'ailleurs l'une des grandes priorités de l'UE ; le Bureau régional devait consacrer des ressources à la hauteur de la gravité même du défi, en commençant par renforcer la Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles. Les conférences de l'UE sur l'alcool, qui auraient lieu plus tard dans le mois à Stockholm (Suède), dont une coparrainée par l'OMS, seraient l'occasion de débattre en profondeur sur l'une des principales causes de morbidité.

L'UE s'est félicitée de la discussion prévue par le Comité régional sur les progrès accomplis en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). En effet, il s'agissait toujours d'un défi considérable que l'UE s'était engagée à relever malgré la récession économique. Il fallait poursuivre les interventions sur la tuberculose, en particulier les souches multirésistantes, et intégrer les programmes de lutte contre cette maladie et le VIH à tous les niveaux. La dynamique engendrée par la Déclaration de Berlin devait être maintenue. L'UE soutenait vivement les efforts du Bureau régional et son rôle pilote à cet égard. En outre, en 2010, l'UE adopterait une politique de santé mondiale axée sur l'équité, la cohérence et la connaissance.

L'UE a remercié le directeur régional pour ses efforts au cours des dix dernières années ; son successeur devait poursuivre le travail mis en œuvre, notamment en ce qui concernait l'examen des déterminants sociaux de la santé, l'action novatrice dans le domaine de la santé et de l'environnement, et son rôle de chef de file s'agissant de la prise en compte des facteurs liés au style de vie dans la lutte contre les maladies non transmissibles. L'UE attendait avec intérêt de collaborer avec le Bureau régional – trait d'union de la coopération dans le domaine de la santé dans la Région et investi d'un rôle crucial dans l'élaboration de la base de connaissances. Elle était disposée à contribuer à un Bureau régional solide et efficace, et à collaborer de manière dynamique avec le nouveau directeur régional.

Un représentant, s'adressant au nom du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, a exprimé la reconnaissance des neuf pays membres envers le rôle de chef de file joué par le Bureau régional, et son soutien depuis 2001, et remercié leurs partenaires pour leur aide : les États membres et les organisations internationales (le Conseil de l'Europe et sa Banque de développement, le Pacte de stabilité et la CE). Le Réseau était né des cendres du conflit qui avait secoué la région dans les années 1990 pour devenir une plateforme de développement commune et durable, élaborant des politiques de santé publique et réformant les systèmes de santé. Il devait être autosuffisant en 2010, avec son secrétariat et un centre régional de développement dans l'ex-République yougoslave de Macédoine et deux autres centres en Croatie et en Roumanie. Il a élargi ses partenariats pour inclure celui de la Dimension septentrionale en matière de santé publique et de bien-être social.

Beaucoup d'intervenants ont abordé les effets de la crise économique sur la santé et les systèmes de santé. Ils ont expliqué l'engagement pris par leur pays pour renforcer le système de santé et leurs succès en ce qui concernait le maintien des gains de santé, et les améliorations apportées aux systèmes de santé : accroissement des ressources ou définition des priorités à cet égard, renforcement de l'infrastructure et augmentation des effectifs, amélioration de la planification et

de la formation, focalisation sur les valeurs de la Charte de Tallinn et les soins de santé primaires sur lesquels s'appuie le système de santé, intégration des questions de santé dans l'ensemble des ministères et accroissement de la participation des bailleurs de fonds internationaux. Plusieurs représentants se sont félicités des recommandations émises par l'OMS et ont demandé que l'on aboutisse à un consensus quant aux solutions à apporter à la crise, ou que l'on coopère pour protéger les structures et les programmes sanitaires. D'autres ont insisté sur le rôle de systèmes de santé comme ressource pour la société, en particulier dans la recherche de l'équité et la gestion du vieillissement de la population, ainsi que sur la nécessité de garantir l'utilisation efficace des ressources et le bon fonctionnement des systèmes. Des intervenants ont également mentionné l'importance de la migration des personnels de santé et l'un d'eux a demandé au Comité régional d'essayer de convenir de principes communs destinés à être examinés au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la santé. Un représentant a demandé que les pays adaptent leur système de santé à l'évolution des tendances démographiques et pathologiques. Il a estimé que les soins de santé primaires et la prévention étaient des aspects essentiels et demandé instamment que l'OMS joue le rôle de chef de file à cet égard.

Plusieurs intervenants ont observé les progrès réalisés dans la Région européenne en matière de lutte contre la grippe pandémique H1N1 2009 et accueilli favorablement le travail de l'OMS et son rôle de chef de file à cet égard. Ils ont recommandé une série de mesures supplémentaires, dont l'application intégrale du RSI, le respect du principe de transparence et le soutien aux efforts de l'OMS en vue de créer un système d'échange des virus et d'accès aux vaccins, ainsi qu'un dialogue international afin de garantir une utilisation raisonnable des vaccins. Deux intervenants se sont demandés si l'on avait actuellement une compréhension correcte de la pandémie et comment les programmes de vaccination seraient mis en œuvre. Des représentants ont fait observer que l'OMS organiserait un atelier sur le déploiement des vaccins en octobre en Turquie, alors que l'Allemagne organiserait une conférence de suivi sur la tuberculose.

Des représentants ont estimé que les maladies non transmissibles constituaient la principale menace pour la santé dans la Région. Ils ont demandé au Bureau régional de leur accorder une priorité absolue, et aux pays d'agir, notamment en partageant les stratégies nationales de lutte anticancéreuse et en poursuivant les travaux sur le marketing des aliments et des boissons non alcoolisées à l'adresse des enfants. Un intervenant a remercié le Bureau régional pour son soutien aux initiatives de son pays en matière de lutte contre le tabagisme. Celles-ci ont été couronnées de succès et constituaient donc un exemple utile pour les autres pays.

Émettant des observations sur les activités du Bureau régional, certains intervenants ont mentionné le bien-fondé des accords de collaboration biennaux, alors que d'autres ont apprécié ses activités sur les déterminants sociaux de la santé, et donné des exemples de coopération de leur pays avec l'OMS, notamment la lutte contre l'obésité, l'aide à l'approvisionnement des populations de la bande de Gaza en médicaments et le choix de Moscou pour accueillir la prochaine session du Comité régional. Des représentants ont proposé que le Bureau régional accorde la même importance aux maladies non transmissibles qu'aux maladies transmissibles. L'OMS pourrait aussi accroître son efficacité, malgré des ressources limitées, en accélérant la gouvernance mondiale pour éviter une trop forte décentralisation. Un intervenant a fait l'éloge des activités du Bureau régional en matière de sécurité sanitaire et insisté sur le besoin de protéger la santé des Israéliens et des Palestiniens. Tous les intervenants ont félicité le directeur régional pour ses dix années de service, et beaucoup d'entre eux se sont engagés à apporter un soutien continu au Bureau régional et à son successeur.

En guise de réponse, le directeur régional a remercié les États membres pour l'aide apportée au Bureau régional en espérant qu'elle se poursuive. Selon lui, le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est a permis de montrer que la santé pouvait constituer un pont vers la paix, et il a approuvé les commentaires des représentants relatifs aux principaux problèmes de la Région. En effet, les pays avaient de nombreux défis en commun et la solidarité se soldait par un accroissement de la

sécurité. Le secteur de la santé devait avoir un esprit combattif pour affirmer sa contribution à la société et à l'amélioration de l'économie. La transparence était essentielle pour lutter contre la grippe pandémique H1N1 2009, mais le savoir devait s'accompagner de mesures concrètes.

L'OMS poursuivrait ses activités sur la migration des personnels de santé. Les pays développés devaient décourager le recrutement actif et commercial de personnels qualifiés dans les pays en développement. Le bureau d'Athènes donnerait au Bureau régional de nouvelles occasions de lutter contre les maladies non transmissibles. Finalement, en tant que protectrice du Bureau régional, la princesse Mary de Danemark avait mieux fait connaître le Bureau et mis un visage humain sur ses activités.

### **Allocution par Son Altesse Royale, la princesse Mary de Danemark**

La princesse royale s'est félicitée de l'occasion qui lui a été donnée de s'adresser aux représentants des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS. Depuis qu'elle était devenue la protectrice du Bureau régional, elle avait donné la priorité à la sensibilisation aux maladies évitables par vaccin et à la vaccination. Alors que la vaccination constituait l'intervention la plus sûre et la plus efficace en matière de santé pour réduire la morbidité et la mortalité, après l'approvisionnement en eau potable, il existait encore dans les États membres des différences en ce qui concernait la couverture vaccinale des groupes de population et les enfants non vaccinés. La Semaine européenne de la vaccination constituait une initiative importante du Bureau régional pour promouvoir et renforcer les programmes de vaccination. Pendant la présidence slovène de l'UE, elle avait lancé la Semaine européenne de la vaccination de 2008 avec la Première dame de Slovénie. Elle avait aussi formulé une déclaration en soutien à la Semaine européenne de la vaccination de 2009, qui avait été lancée avec un nouveau clip vidéo très populaire sur le site Web du Bureau régional. Elle se réjouissait de poursuivre son engagement envers cette initiative pleine de succès.

Elle apporterait également son soutien aux efforts déployés par les États membres et le Bureau régional pour atteindre les OMD, en accordant la priorité à la santé des femmes et des enfants. Réduire les inégalités chez les femmes en termes de santé, entre les États membres et au sein de ceux-ci, garantir leur accès à des systèmes de santé efficaces et à des services de santé génésique de qualité, étaient des questions qui concernaient la Région dans son ensemble. Même certains pays européens plus prospères peinaient à réduire la mortalité maternelle dans les groupes vulnérables et marginalisés, et la mortalité maternelle était l'une des tragédies les plus sous-estimées dans le monde. La princesse royale soutiendrait le Bureau régional dans son aide aux pays afin qu'ils puissent atteindre les OMD aux niveaux national et régional, et voudrait contribuer, sur le plan mondial, à la réalisation des objectifs liés à la santé des femmes et des enfants. Bien que l'amélioration de la santé et la réalisation des OMD soient une tâche difficile, elle se réjouissait d'avance d'apporter son soutien aux États membres et à l'OMS dans cette initiative.

### **Allocution du directeur général**

Le directeur général s'est félicité du travail accompli par le directeur régional et la Région européenne, qui avait élargi son programme d'action sanitaire d'une manière bénéfique pour la santé publique internationale. Celui-ci était devenu plus pertinent et plus attrayant pour les secteurs autres que celui de la santé pour faire face aux crises mondiales actuelles et à venir. La Région avait soulevé des questions qui figuraient désormais parmi celles qui préoccupaient le plus la santé publique sur le plan mondial, comme le besoin de prévenir les maladies non transmissibles et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé par l'adoption de politiques

visant à promouvoir la cohésion et la protection sociales. La Région a connu une transition politique et économique qui avait permis d'accorder davantage d'attention aux liens existant entre la prospérité et la santé, et témoignait de la nécessité de réformer et de renforcer les systèmes de santé pour garantir des résultats plus équitables en matière de santé. Le Bureau régional avait réagi en contribuant à la création de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé qui fournissait des bases factuelles à ce sujet. Il avait aussi organisé la Conférence ministérielle européenne sur les systèmes de santé qui a permis d'offrir un cadre d'action homogène sous la forme de la Charte de Tallinn. Ses concepts étaient entrés dans le vocabulaire du développement sanitaire international à un moment où les multiples crises incitaient les dirigeants mondiaux et les responsables d'autres secteurs à prêter une oreille attentive.

Comme il a été souligné dans un document du Comité régional et dans le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, les résultats sanitaires dépendaient de facteurs économiques, et les systèmes économiques devaient intégrer des valeurs morales telles que la solidarité, l'équité et la justice sociale. Si les OMD relevaient de la stratégie corrective afin de compenser les politiques et les systèmes inéquitables, ils ne s'attaquaient pas aux causes des disparités au niveau des résultats sanitaires. La seule manière de réduire ces écarts et de bâtir des systèmes de santé justes était de faire de l'équité un objectif général explicite. Dans le secteur de la santé, cette façon de penser remontait à la Déclaration d'Alma-Ata. La crise financière mondiale encourageait les dirigeants mondiaux à poursuivre le type de système de valeurs que les soins de santé primaires avaient toujours incarné. Lors du sommet du Groupe des Vingt (G20) ministres des Finances et gouverneurs des banques centrales en avril 2009, on avait réclamé une réforme fondamentale des systèmes internationaux pour y introduire une dimension morale et les rendre attentifs aux valeurs et préoccupations sociales.

La grippe pandémique H1N1 2009 a marqué un tournant décisif sur le plan mondial. Elle a mis en évidence le besoin de mettre la santé dans toutes les politiques et de renforcer les capacités sanitaires fondamentales à un moment où les chefs d'État et les responsables des secteurs de la finance, du tourisme et du commerce étaient disposés à écouter attentivement les responsables du secteur de la santé. La pandémie allait vraisemblablement démontrer, et d'une manière tragique, comment des systèmes de santé déficients et inéquitables pouvaient coûter des vies en augmentant la mortalité maternelle, notamment dans les pays en développement où 99 % de cette mortalité se produisait déjà. En novembre 2009, le Siège de l'OMS publierait un rapport mettant en évidence le besoin de renouveler notre engagement envers les soins de santé primaires et ce, en vue de soutenir les efforts visant à améliorer la santé des femmes. Comme la Région européenne l'avait fait pour les systèmes de santé, l'OMS devait rendre gérable le programme pour la santé des femmes, avec des options politiques claires et des données probantes solides afin de justifier des investissements accrus.

En guise de conclusion, le directeur général a fait l'éloge des États membres de la Région qui traduisaient privilège par responsabilité et plaçaient les valeurs au centre de leur contribution à une meilleure santé en Europe et dans le monde.

Un représentant s'adressant au nom de l'UE, de pays candidats à l'adhésion (Croatie et Turquie), des pays du processus de stabilisation et d'association et de candidats potentiels à l'adhésion (Bosnie-Herzégovine et Serbie) ainsi que de l'Arménie, de l'Islande, de la Norvège, de la République de Moldova et de l'Ukraine, qui se sont alignés sur la déclaration, a fait remarquer que le directeur général avait abordé deux défis représentant une urgence pour la santé et qui étaient apparus depuis la dernière session du Comité régional, à savoir la grippe pandémique H1N1 2009 et la crise financière mondiale. La grippe pandémique avait mis la santé au centre de l'attention des gouvernements, des parlements, des médias et des citoyens. L'OMS avait joué un rôle majeur dans l'élaboration de plans de préparation robustes, et l'UE remerciait le directeur général et son personnel pour l'excellente prise en charge de la flambée

de grippe H1N1 2009 au niveau mondial. La crise financière présentait les risques suivants : la diminution du financement public influencerait sur la performance des systèmes de santé, et l'augmentation du chômage et de la pauvreté aurait des conséquences sur la santé et le bien-être des populations. Ces deux défis nous rappelaient l'importance d'élaborer des systèmes de santé solides et de travailler de manière préventive, en ciblant les déterminants sociaux de la santé. L'OMS avait amplifié ses efforts à cet égard dans le monde et en Europe. L'UE s'est félicitée des travaux de l'OMS, et serait toujours un partenaire solide et déterminé.

Un intervenant a observé que beaucoup de pays éprouvaient des difficultés dans la réforme de leur système de santé et demandé s'il était possible de s'entraider, et quel rôle les organisations internationales devraient jouer. Les soins de santé constituant le deuxième marché au monde, ils attiraient l'attention des universités, des fondations et d'agences telles que l'OCDE. L'OMS avait laissé échapper une occasion d'ajouter des valeurs au débat, bien qu'elle les ait mises en évidence lors d'une évaluation du système de santé de son pays ; un autre représentant a fait remarquer que les valeurs étaient également importantes pour assurer la réactivité du système de santé. Pour lutter contre les groupements d'intérêts s'opposant aux réformes, l'OMS devait reprendre et renforcer ses discussions avec les associations de professionnels de santé, en incluant les valeurs dans les débats, et envisager de jouer un rôle plus important en tant que défenseur des intérêts des populations.

En outre, en raison de la menace présentée par la grippe pandémique H1N1 2009 au niveau mondial, et alors que le RSI constituait un outil utile dans la lutte contre la pandémie, l'OMS devait assumer un nouveau rôle, à savoir plaider en faveur de tous les pays dans les négociations avec les fabricants de produits pharmaceutiques pour l'approvisionnement requis en vaccins, en cherchant éventuellement à obtenir une échelle de coûts graduée tenant compte des ressources nationales.

Le directeur général a reconnu la contribution de l'ensemble des partenaires dans la lutte contre la pandémie, en particulier les dons des États membres en espèce et en nature. Dans ce dernier cas, il s'agissait notamment des services de laboratoires et de centres nationaux relatifs à la grippe et des centres collaborateurs de l'OMS. Les activités des pays en ce qui concernait la préparation à la pandémie s'avéraient payantes et ce, malgré la propagation très rapide du virus.

La principale question en ce qui concernait les systèmes de santé était de savoir comment s'assurer que chaque pays, quel que soit son niveau de développement, puisse protéger la santé de ses populations. Elle a invité les États membres à mettre l'OMS au défi de se charger des groupements d'intérêts. L'OMS ne pouvait cependant pas imposer sa volonté aux pays ; l'Organisation fournirait des informations factuelles et des exemples de meilleure pratique que les pays pourraient appliquer en les adaptant à leur contexte. L'évaluation du système de santé réalisée dans plusieurs pays illustre parfaitement le débat honnête qu'il fallait engager. Si les pays avaient sérieusement l'intention d'entreprendre des réformes, l'OMS collaborerait avec eux, conjointement avec des universitaires et des associations professionnelles, au service de la santé dans le monde.

## Questions de politique et questions techniques

### La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS

(EUR/RC59/7, EUR/RC59/Conf.Doc./2)

Un membre du Comité permanent du Comité régional, présentant l'avis du CPCPR sur ce sujet, a déclaré qu'au cours de l'année écoulée, l'économie mondiale avait connu sa récession la plus grave et la plus étendue depuis la seconde guerre mondiale. Quoiqu'un effondrement financier complet ait été évité, le chômage grimpait en flèche et les conditions de vie de millions de

personnes étaient sérieusement affectées. Les perspectives économiques restaient incertaines, et le déficit et la dette publics avaient sensiblement augmenté. Ceci avait des incidences à long terme pour la santé et les systèmes de santé, et posait de nombreuses questions urgentes aux États membres et à l'OMS. Certains enseignements avaient déjà été tirés. Un système de santé robuste devait faire principalement trois choses : il devait protéger l'égalité d'accès pour tous, particulièrement pour les personnes dans le besoin ; il devait effectuer un travail intersectoriel et devait être un « acteur sage » en ce qui concernait les investissements, les dépenses et l'emploi. Il était important d'adhérer aux valeurs d'équité, de solidarité et de participation, sur lesquelles la Charte de Tallinn avait mis l'accent.

Le directeur du Bureau de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé (Barcelone) a déclaré que la crise économique avait affecté la croissance, les échanges commerciaux, la confiance, les taux de change, la pauvreté et l'emploi. Si les symptômes étaient variables d'un pays à l'autre, dans toutes les sociétés, les pauvres étaient les plus vulnérables et les pouvoirs publics étaient confrontés à un risque accru de troubles sociaux, avec des conséquences politiques. La reprise serait inégale dans son envergure et sa puissance ; en particulier, il était improbable que le chômage se résorbe rapidement. Si bon nombre des systèmes actuels d'information et de suivi n'étaient pas à la hauteur des besoins des décideurs, il était clair que les moyens réduits se traduiraient par des défis accrus pour les services de santé, et que le chômage résultait en une détérioration du niveau de vie et un stress supplémentaire. Toutefois, ces incidences n'étaient pas inévitables, et la plupart des pays avaient agi rapidement pour protéger et maintenir leur budget de santé.

Dans la crise, la Charte de Tallinn devenait encore plus pertinente. La contribution de la santé à la prospérité fournissait un important guide pour une intervention en vue de la reprise économique, puisque les investissements dans la santé agissaient comme un stimulus économique. Les 12 recommandations qui avaient été dégagées lors de la réunion d'avril 2009 à Oslo soulignaient à quel point il était important que les investissements dans la santé s'accompagnent d'engagements à rendre des comptes et à atteindre un certain niveau de performance. Les considérations sanitaires devaient être intégrées dans toutes les politiques publiques. Des politiques explicites en faveur des pauvres devaient être adoptées pour protéger les personnes vulnérables et viser une équité renforcée grâce à une couverture universelle. Il était possible que la crise ouvre des possibilités de réforme.

Au cours de la table ronde qui a suivi, et qui était animée par le directeur de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, le secrétaire d'État parlementaire du ministère fédéral allemand de la Santé a fait remarquer que les groupes les plus vulnérables étaient aussi les moins à même de réagir, et que c'était tout le concept de la sécurité sociale, y compris le logement, qui risquait d'être mis à mal. Certaines des nouvelles mesures prises actuellement en Allemagne ciblaient les personnes qui étaient le plus dans le besoin et visaient à faire reculer le chômage. Il s'agissait notamment de baisser le taux de cotisation à l'assurance maladie ; de lancer un programme pour l'emploi destiné aux travailleurs de la santé, qui créerait 17 000 postes ; de mettre en œuvre des programmes de formation et de moderniser les hôpitaux.

Le directeur général de la santé du Royaume-Uni a déclaré que depuis le début de la crise, beaucoup d'argent avait été consacré au renflouement de l'économie. Quoique les fonds publics soient fortement sollicités, les mesures qui devaient être prises étaient déjà en cours de réalisation et seraient désormais plus populaires : amélioration et protection des services, réponse à des attentes plus importantes du public et satisfaction des besoins d'une population vieillissante. Le système de « gatekeeper » des soins primaires avait déjà été soumis à des réformes, mais celles-ci devaient aller encore plus loin, pour réduire les frais découlant d'un recours excessif aux hôpitaux. Il convenait de s'attacher sérieusement à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. La qualité des soins pouvait être améliorée tout en réduisant les coûts. L'une des façons de procéder était de multiplier les soins auto-administrés, de sorte que les patients souffrant de

diabète, par exemple, seraient équipés et encadrés, mais s'occuperaient d'eux-mêmes de façon plus indépendante.

Le conseiller technique et directeur général du Conseil national danois de la santé a déclaré que des investissements dans le secteur de la santé constituaient l'un des éléments de la solution, et non du problème. Son pays était passé d'un excédent confortable à un déficit important en adoptant une stratégie de grande ampleur impliquant notamment des réductions de l'impôt sur le revenu, des paiements anticipés de sommes forfaitaires sur les fonds de pension, et plus de moyens pour la rénovation, les investissements régionaux, les investissements dans les hôpitaux et la construction. Le budget de santé avait été augmenté de 3 % pour cette année ainsi que pour les deux années à venir. Protéger les budgets et se concentrer sur les valeurs fondamentales du secteur de la santé constituaient un bon point de départ. Cela se déroulait dans le contexte de mesures axées sur l'efficacité : deux années plus tôt, on avait réduit le nombre de municipalités de 285 à 98 et le nombre de régions de 14 à 5.

La vice-ministre de la Santé et du Développement social de la Fédération de Russie a déclaré que son pays avait augmenté le financement de 8 % en 2009, un chiffre qui devrait encore connaître une hausse l'an prochain. Il n'y avait pas eu de restrictions dans les programmes sanitaires et sociaux. La politique démographique était une priorité absolue. Parmi les autres priorités, il convenait de mentionner la promotion de la santé, les programmes de prévention pour les groupes à haut risque, la protection de la santé de la mère et de l'enfant, et la lutte contre les maladies répandues. L'accent était également mis sur l'amélioration de l'efficacité et la garantie de la transparence des flux financiers. L'application de normes et d'indicateurs uniformes garantirait la dispensation de soins de santé de haute qualité dans tout le pays. Une commission d'experts étudiait des stratégies technologiques novatrices qui devraient créer des emplois et accroître l'autosuffisance. Alors que les pouvoirs publics étaient responsables de la santé de leur population, les défis mondiaux requéraient toutefois une coordination des efforts.

Le ministre estonien des Affaires sociales a affirmé qu'il serait difficile pour son pays de revenir à son ancien niveau de ressources. Ses problèmes budgétaires étaient graves car les ressources provenaient de l'impôt et avaient considérablement diminué. Le chômage était actuellement de 13,5 % selon l'Organisation internationale du travail (OIT) (11,4 % selon les registres estoniens). Le marché du travail ne récupérerait pas bien, et le pays connaîtrait des problèmes pendant plusieurs années. Certains changements avaient été effectués dans le système de paiement des congés maladie, de sorte que l'employeur payait après les quatre premiers jours et que le fonds d'assurance maladie ne prenait le relais que le neuvième jour. Parmi d'autres mesures, il convenait de mentionner la hausse de la TVA (taxe sur la valeur ajoutée) sur les fournitures médicales et des droits d'accise sur l'alcool et le tabac.

Le ministre serbe de la Santé a déclaré que si son gouvernement avait mis en œuvre des réformes de grande ampleur avant la crise économique, il avait décidé en 2009 de diminuer de 5 % le prix des médicaments et de doubler les quotes-parts dues par les patients. L'année 2010 serait difficile, ce type de paiement n'étant pas facile à introduire, malgré le fait qu'il serait basé sur la capacité à payer. L'objectif était de faire plus avec moins. Des réductions de personnel étaient également envisagées dans les hôpitaux.

Au cours de la discussion qui a suivi, un représentant s'exprimant au nom de l'UE, de pays candidats à l'accession (Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie), des pays du processus de stabilisation et d'association et de candidats potentiels à l'adhésion (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie), ainsi que de l'Arménie, de la République de Moldova et de l'Ukraine, qui se sont alignés sur la déclaration, a insisté sur le fait qu'un système de santé était un atout national et contribuait au développement économique. Il était urgent de comprendre et d'évaluer parfaitement les effets directs et indirects de la récession économique sur la santé et la performance des systèmes de santé. Les conséquences sanitaires de la crise économique pourraient se poursuivre ces deux prochaines années. Elles ne se feraient

pas complètement sentir avant fin 2009, lorsqu'aurait lieu la discussion des budgets de 2010 et que des pressions importantes pèseraient sur les moyens dégagés pour la santé. Le contexte serait celui d'une population vieillissante avec des besoins de santé potentiellement énormes. Des mesures concertées pour améliorer les conditions sociales étaient très importantes, de même que la promotion de la santé, la prévention des maladies et des stratégies d'un bon rapport coût-efficacité, notamment pour lutter contre le chômage et la pauvreté. Pas moins de 150 millions de personnes sombraient dans la pauvreté chaque année en raison du prix des services de santé. La résolution de ces problèmes dépendait également de décisions dans d'autres secteurs. Toutefois, même si la crise constituait un défi socioéconomique de premier plan pour tous les pays, des moyens limités pouvaient inciter à conclure un accord entre intervenants concernant de très nécessaires réformes et mesures rentables : la crise pourrait représenter une opportunité de changement et de modernisation. L'OMS avait un rôle d'orientation essentiel à jouer dans la Région, et l'UE se réjouissait de pouvoir poursuivre sa collaboration.

Plusieurs pays ont fait état de leur situation intérieure et de leur réaction à la crise. L'un d'eux avait constaté une forte réduction de la production, une contraction de 13 % au cours du premier trimestre de l'année, entraînant un niveau de chômage jamais atteint. Beaucoup d'intervenants partageaient une préoccupation quant aux inégalités croissantes. Il serait plus difficile d'éliminer la pauvreté et d'atteindre les OMD. Les pouvoirs publics devraient avoir une perspective dépassant la crise et agir en conformité avec leurs objectifs à long terme. Les activités de base devraient être protégées, et l'accès universel devrait faire partie des programmes d'incitants. L'OMS avait un rôle essentiel à jouer concernant le suivi de la situation et les conseils aux pays.

Un intervenant a fait observer que la flambée de grippe pandémique, qui s'est produite peu de temps après le déclenchement de la crise, avait changé les attitudes. Non seulement y avait-il soudainement deux crises, mais la pandémie avait aussi changé la perception du public et des décideurs, notamment en ce qui concernait l'importance de l'accès universel aux mesures de protection sociale et aux soins de santé. La société se montrait nettement plus disposée à payer.

Un représentant a fait remarquer que la crise actuelle était beaucoup moins grave pour les pays de l'ancienne Union soviétique que les crises économiques qu'ils avaient déjà dû traverser. Un fonds spécial avait été créé dans son pays pour les prestations sociales et celles du secteur de la santé, la situation s'éclaircissait concernant la mortalité maternelle et infantile, les investissements augmentaient, de nouveaux effectifs étaient recrutés et le nombre d'étudiants en médecine était en hausse. Il était demandé aux administrateurs des *oblasts* de mettre des services de santé spéciaux à la disposition des travailleurs ruraux, et la situation s'était grandement améliorée au cours des dix dernières années.

Un autre intervenant a décrit la crise majeure vécue par son pays au début des années 1990, qui avait créé des cercles vicieux affectant le bien-être jusqu'à la génération suivante. La reprise économique ne suffisait pas ; il était sage de maintenir les dépenses publiques et de préserver les systèmes économiques pour limiter l'impact de la crise. L'OMS devrait améliorer sa capacité de gérer le problème de la santé en période de crise économique, et préparer un plan d'action régional pour la mise en œuvre efficace de la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA62.14 relative aux déterminants sociaux de la santé et ce, pour aider les États membres. Un autre intervenant a suggéré que l'OMS procède à un examen stratégique dans les États membres de la Région européenne qui constituerait le fondement des efforts visant à réduire les inégalités sociales dans la Région.

Plusieurs intervenants ont signalé que s'ils étaient confrontés à des contraintes, les soins de santé primaires et la santé publique devaient être protégés, et que les valeurs partagées de la Charte de Tallinn étaient encore plus importantes qu'avant. On a insisté sur les mesures génératrices de revenus et protégeant la santé, comme les taxes sur l'alcool, le tabac et le sucre.



Il a été observé que la crise financière avait un impact sur toute la population, y compris sur les classes moyennes, qui avaient plus de fonds d'épargne à perdre, et des prêts qui devenaient une lourde charge. Il était essentiel de dépenser avec sagesse. Le secteur de la santé devrait faire partie des programmes d'incitants des pouvoirs publics.

Le conseiller principal pour la politique de santé à la Banque mondiale a déclaré que non seulement la grave crise actuelle touchait les personnes, mais qu'elle mettait également à l'épreuve la résilience des systèmes de protection sociale. Au centre des préoccupations se trouvaient les personnes et les ménages touchés par une perte d'emploi, et tous les systèmes dépendant de recettes fiscales. Les nouvelles classes moyennes qui s'étaient tirées de la pauvreté se voyaient désormais sombrer à nouveau. Il y avait des millions de nouveaux pauvres, ce qui balayait les progrès réalisés en 20 ans. Beaucoup de pays enregistraient un taux de chômage de 12 %, certains jusqu'à 27 %. Il était inquiétant que l'on dispose de peu d'informations concernant les effets d'une telle crise sur les systèmes de santé, et il fallait un observatoire mondial pour les détecter. Celui-ci examinerait les dépenses des ménages, l'impact des échanges commerciaux et d'autres facteurs, et leurs liens avec le secteur de la santé. Il y avait aussi un risque que les pays se concentrent sur leur situation intérieure et oublient les maladies infectieuses présentes à l'échelle mondiale. L'aide bilatérale pourrait être réduite, ce qui pourrait être un manque de prévoyance à long terme, car ces maladies infectieuses pourraient ressurgir. Il a conseillé aux pays de ne pas licencier de travailleurs de la santé, de ne pas augmenter les quotes-parts à la charge des patients et les charges sociales et de ne pas réduire les dépenses publiques. Au lieu de cela, ils devraient se concentrer sur les personnes les plus vulnérables et assurer une protection contre les risques catastrophiques. La crise pourrait permettre l'instauration de nouvelles réformes et de nouvelles efficacités, notamment en ce qui concernait les dépenses pour les hôpitaux et les produits pharmaceutiques. À long terme, de telles mesures pourraient renforcer la viabilité financière du système de soins de santé.

Des déclarations ont été prononcées par des représentants de la Commission internationale de la santé au travail et de la Confédération mondiale pour la thérapie physique.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC59/R3.

### **La grippe pandémique H1N1 2009**

Le chef par intérim de l'unité Maladies transmissibles a dressé un bilan de la situation actuelle concernant la grippe pandémique H1N1 2009, faisant observer la rapide évolution de la pandémie, puisque neuf semaines seulement s'étaient écoulées entre le premier rapport à l'OMS d'une flambée d'affections pseudo-grippales au Mexique, en avril 2009, et la proclamation de la phase 6 de la pandémie en juin, date à laquelle des cas avaient déjà été signalés dans toutes les régions du monde. Le virus n'avait pas encore muté, bien qu'il y ait eu des cas de résistance à un antiviral, notamment lorsqu'une prophylaxie avait été administrée consécutivement à une exposition ; aucun cas confirmé de transmission des souches résistantes n'avait été signalé.

Le virus était très différent des virus connus de la grippe saisonnière, notamment parce qu'il était très contagieux et que la plupart des cas graves et mortels concernaient des jeunes adultes. Quoique la plupart des cas graves présentaient des affections sous-jacentes, celles-ci ne permettaient pas de présager une issue fatale étant donné que beaucoup de décès s'étaient produits chez des adultes et des enfants bien portants.

Les chiffres des États-Unis et du Canada montraient que le système de santé serait beaucoup plus sollicité, par rapport à une saison de grippe normale, avec le double de visites dans les services d'urgence, un nombre d'admissions plus élevé dans les unités de soins intensifs et 10 % des cas hospitalisés nécessitant une ventilation artificielle. Cela ferait peser d'énormes contraintes tant sur le personnel que sur les équipements.

Des informations étaient disponibles sur le site Web de l'OMS et un suivi était assuré par le Bureau régional via le réseau EuroFlu, qui publiait des informations chaque semaine, les transmettait à la plateforme de surveillance mondiale à Genève, et fournissait à l'ECDC des données en provenance d'États membres de l'UE et de l'Espace économique européen (EEE).

Dans les pays où le nouveau virus s'était établi, il n'y avait plus besoin d'effectuer des tests sur les cas suspects ; il était recommandé de présumer que toute affection pseudo-grippale était la grippe pandémique H1N1 2009. La recommandation actuelle insistait sur le fait que le traitement antiviral devait être réservé aux personnes à risque ou gravement malades.

Tandis que la majeure partie de la population de la Région européenne vivait dans des pays où les vaccins seraient disponibles grâce à des accords d'achat préalables, aux capacités de production locales ou à la possibilité d'obtenir les vaccins par les stocks de l'OMS de l'Alliance GAVI, des solutions étaient envisagées en collaboration avec l'UNICEF, l'UE et d'autres partenaires pour aider les pays à revenu intermédiaire à accéder aux vaccins.

Les pays qui avaient été touchés tôt par la pandémie avaient appris à gérer les défis de la communication avec le public et les médias ; il fallait trouver un juste milieu et rassurer les populations sans pour autant relâcher la vigilance.

Un groupe de représentants d'États membres, dont les trois à forte proportion de cas mortels dans la Région, se sont fait part mutuellement de leurs expériences. Le directeur général de la santé du Royaume-Uni a expliqué que les mesures d'endiguement s'étaient initialement avérées utiles, et les fermetures d'écoles et les traitements prophylactiques des personnes en contact avec les malades ont donné le temps de se préparer au grand nombre de cas d'infection par la suite. Avec les très fortes sollicitations des services de santé à la mi-juillet, on avait procédé au tri par téléphone et à l'auto-évaluation par Internet (dans le cadre du plan de préparation à la pandémie), deux initiatives qui s'étaient avérées efficaces. On espérait que les stocks de vaccins seraient disponibles en octobre pour les groupes prioritaires.

Le conseil de l'OMS qui recommandait de ne pas traiter les cas sans complication était quelque peu déroutant : étant donné que 40 % des décès se produisaient chez des jeunes adultes bien portants, une absence de traitement entraînerait plus de décès, ce qui, de plus, serait répercuté de manière négative par les médias. Il y avait d'autres questions non résolues : comment garantir suffisamment de capacités en soins intensifs ? Quelles recommandations donner aux femmes enceintes ? Comment veiller à ce que les messages soient communiqués correctement aux médias, notamment en ce qui concernait les diagnostics erronés et la rapidité du processus de production d'un vaccin ? La forte mortalité signalée au Royaume-Uni pourrait avoir été le résultat des mesures de notification spéciales utilisées à la place de la mesure habituelle de la surmortalité, ainsi que du nombre élevé de cas enregistrés.

Le directeur du Service des relations internationales du ministère israélien de la Santé a fait savoir que le nombre de cas avait grimpé en flèche lorsque des étudiants étaient revenus des États-Unis à la fin de l'année universitaire. À l'origine, on avait recouru à des mesures d'endiguement avant d'adopter une stratégie centrée sur les communautés locales. On avait reconnu que des mesures purement nationales ne seraient pas adéquates ; des réunions et des exercices avaient été organisés avec des pays voisins.

Le directeur général de la santé publique et de la santé extérieure du ministère espagnol de la Santé et de la Politique sociale a fait observer que son pays avait aussi recouru à l'endiguement, ce qui avait donné aux services de santé le temps d'organiser leur intervention et de collaborer conjointement avec l'OMS et l'ECDC. Il fallait adopter une stratégie commune et être en possession de bonnes informations quant à la progression de la maladie dans les cas asymptomatiques ; lors de la réunion tenue à Cancun (Mexique) au début juillet 2009, il avait

été constaté que des travaux étaient menés en ce sens. La coordination et la cohérence étaient importantes, notamment dans un pays décentralisé comme l'Espagne.

Le vice-ministre de la Santé et du Développement social de la Fédération de Russie a expliqué que, quoique tous les cas signalés avaient été importés et qu'il n'y avait pas eu de décès, c'était le résultat de l'efficacité du système d'intervention opérationnelle auquel on avait précédemment recouru pour d'autres maladies. La Fédération de Russie avait des frontières avec 16 pays et constaterait certainement l'apparition de nouvelles souches. L'accent était mis sur la prévention par l'éducation et la formation. Deux laboratoires de référence suivaient la situation sur place et dans d'autres pays de la Communauté des États indépendants, où un réseau avait également été établi. Des centres de recherche étaient en train d'élaborer quatre vaccins, et il y avait eu des discussions sur la possibilité d'étendre leur production à d'autres pays. En outre, l'on était en train d'étudier l'efficacité de médicaments tels que l'interféron par rapport à l'oseltamivir.

Le ministre serbe de la Santé a insisté sur l'utilité d'une communication transparente avec le public. Des conférences de presse hebdomadaires et des messages précis avaient permis de laisser deux événements de masse se dérouler dans le pays. Des informations précises avaient été transmises aux participants, il avait été demandé au personnel médical responsable de faire régulièrement rapport, et l'OMS et l'ECDC avaient assuré un soutien efficace.

Un représentant s'exprimant au nom de l'UE, de pays candidats à l'adhésion (Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie), des pays du processus de stabilisation et d'association et de candidats potentiels à l'adhésion (Albanie, Bosnie-Herzégovine et Serbie), ainsi que de l'Arménie, de la Géorgie, de la Norvège, de la République de Moldova et de l'Ukraine, qui se sont alignés sur la déclaration, a insisté sur la nécessité d'être flexibles et attentifs à l'évolution de la pandémie, et de réviser et d'adapter les plans de lutte contre celle-ci. Les efforts devraient se poursuivre afin de mettre en œuvre intégralement le RSI, et il était essentiel de collaborer pour l'échange d'échantillons de virus. Les pays membres de l'UE étaient mieux préparés que jamais à une pandémie, en raison de la flambée de grippe aviaire quelques années plus tôt, et des travaux réalisés depuis pour la préparation aux urgences.

Des dispositions étaient réclamées pour permettre aux pays membres de l'UE et de l'EEE de fournir au Bureau régional des informations par le biais du système de surveillance de l'ECDC, évitant ainsi les lourdeurs d'une double déclaration. En collaboration avec l'OMS et les autorités nationales, l'UE examinerait les moyens d'aider les pays moins développés à acquérir des stocks de vaccins. D'autres mesures, tant dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs, ainsi qu'une communication équilibrée, contribueraient à faire front à la pandémie.

Un représentant a évoqué un centre mis en place pour étudier la réaction de la société à la pandémie et évaluer la possibilité d'influencer cette réaction par l'analyse et la communication.

Le représentant de la CE a insisté sur le fait que les menaces sanitaires étaient planétaires et a exhorté à organiser une intervention à l'échelle mondiale avec la participation de tous les partenaires internationaux. La Commission était sur le point d'adopter une communication sur la grippe pandémique H1N1 2009 concernant les vaccins et la vaccination, la solidarité avec les pays tiers et la communication. Rappelant l'article 57 du RSI, qui prévoyait une flexibilité dans les dispositions prises pour l'établissement de rapports, il a expliqué que la CE, l'ECDC et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe travaillaient en étroite collaboration pour éviter que les États membres n'établissent des rapports en double.

En réponse à des points soulevés lors du débat, le conseiller technique du Programme mondial de lutte contre la grippe au Siège de l'OMS a déclaré que, quoique les antiviraux soient effectivement plus efficaces s'ils étaient administrés rapidement, il y aurait une augmentation des manifestations d'effets secondaires si tous les cas étaient soignés, et que, de plus, l'apparition d'une résistance était possible. Par ailleurs, il se pourrait que la proportion de cas graves avec affections sous-

jacentes soit plus élevée que ce qui était signalé, étant donné que ces cas pouvaient avoir été déclarés sous la classification de l'affection sous-jacente plutôt que sous celle de la grippe pandémique H1N1 2009. De même, les chiffres étaient imprécis en ce qui concernait les femmes enceintes ; la définition de cas devrait être réexaminée afin que les généralistes comprennent parfaitement les premiers symptômes et soignent les femmes enceintes même en l'absence de fièvre.

Le chef par intérim de l'unité Maladies transmissibles a noté l'investissement financier et humain représenté par l'endiguement, qui ne retardait la progression de la pandémie que de quelques semaines. Il a salué les efforts consentis par l'ECDC en ce qui concernait les doubles déclarations, et était certain que le problème pourrait être résolu par des discussions bilatérales.

Le directeur général a fait observer à quel point il était important de communiquer le bon message aux médias, notamment en ce qui concernait la simplification du processus réglementaire pour les vaccins. Il fallait expliquer clairement que l'innocuité des vaccins n'était pas compromise : la procédure bureaucratique était simplement accélérée. Elle a également encouragé l'OMS et les organes de la CE à résoudre le plus rapidement possible le problème des doubles déclarations.

### **Pour une meilleure gouvernance de la santé dans la Région européenne de l'OMS** (EUR/RC59/8)

Un membre du Comité permanent a présenté le sujet, en notant les deux aspects de la gouvernance de la santé : national et international. Au niveau national, les systèmes de santé évoluaient et il fallait trouver des moyens de renforcer le rôle des ministères de la Santé. À l'échelle internationale, le contexte était également en train de changer et le rôle du Bureau régional devait évoluer dans ses relations avec le Siège de l'OMS, d'autres organismes et partenaires internationaux et les États membres. Les réflexions et les débats de l'année à venir pouvaient donner à la nouvelle directrice régionale des orientations et matière à réfléchir, et déboucher sur une discussion et une résolution lors de la soixantième session du Comité régional, en 2010.

Le directeur de la Division de l'administration et des finances a rappelé que, même si l'on avait longtemps considéré la gouvernance comme une simple fonction d'encadrement, les débats de ces dernières années avaient montré son impact sur les résultats obtenus en santé. Il n'y avait pas de nette démarcation entre la gouvernance nationale et internationale de la santé et, en définissant leur propre rôle, les États membres détermineraient le contexte international. Il y avait actuellement plus de 100 organismes actifs dans la santé en Europe, ce qui avait pour résultat des chevauchements dans les mandats et une rivalité pour l'obtention de ressources tant humaines que financières. Le Bureau régional avait besoin de savoir comment il pouvait au mieux répondre aux besoins des États membres, collaborer avec les autres organismes internationaux et améliorer sa structure interne. L'enquête auprès des États membres avait révélé un haut niveau de satisfaction à l'égard des activités du Bureau et serait utilisée pour émettre des conseils sur les points à améliorer et la manière d'y parvenir.

Le directeur de l'Unité de la politique de recherche de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a fait le survol de la gouvernance en matière de recherche sur la santé en Europe, et l'a définie comme l'ensemble des réglementations, des principes et des normes de bonnes pratiques nécessaires pour assurer et améliorer la qualité de la recherche. Loin d'être une notion abstraite, la gouvernance était une nécessité pratique en matière de recherche dans le domaine de la santé.

Dans sa stratégie sur les études en matière de santé, l'OMS s'efforçait de veiller à ce que ces recherches correspondent aux besoins prioritaires en matière de santé. La recherche tendait à être concentrée dans certains pays et zones du monde, ce qui voulait dire que l'on accordait très

peu d'attention à certains des grands problèmes de santé de l'Europe. Il convenait de mettre l'accent sur la facilitation et la promotion de la recherche éthique dans toute la Région. Il était important que les essais cliniques soient enregistrés à l'avance, avec leur protocole, pour éviter d'établir des rapports subjectifs et permettre des méta-analyses afin de déterminer les effets globaux. Il fallait examiner la question de la protection des données ; les données rendues anonymes étaient bien plus répandues aux États-Unis. Si l'échange d'échantillons biologiques était essentiel, il requérait une collaboration internationale et la standardisation des protocoles. Les capacités de recherche devaient être renforcées pour pouvoir intervenir rapidement dans les situations d'urgence et garantir que des enseignements puissent en être tirés. Il conviendrait d'analyser la gouvernance en matière de recherche dans la Région européenne, l'existence de lacunes dans la recherche et les façons de les combler ; ces informations et ce débat pourraient contribuer au *Rapport sur la santé dans le monde 2012*, qui devait avoir pour objet principal la recherche dans le domaine sanitaire.

Un groupe de représentants d'autres organismes actifs dans le domaine de la santé a discuté de leur rôle comparé à celui du Bureau régional. Le directeur de la Division de la santé au Conseil de l'Europe a expliqué que la santé était l'un des aspects du rôle fondamental de son organisation en ce qui concernait les droits de l'homme et la démocratie. Certaines conventions et la Charte sociale européenne comportaient des chapitres en rapport avec la protection sanitaire ; les comités envisageaient la santé dans le cadre des droits de l'homme en matière de santé mentale ou de protection des groupes vulnérables. L'optique du Conseil était similaire à celle de la Santé pour tous, et le potentiel de ses 47 États membres pouvait être exploité pour contribuer à donner un visage humain aux services de soins de santé.

Le codirecteur de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a expliqué que l'Observatoire agissait comme une cellule de réflexion qui faisait la synthèse des connaissances et dispensait des conseils pratiques à la demande des pouvoirs publics. Le Bureau régional devrait définir son rôle par rapport à celui d'autres agences travaillant dans le domaine de la santé, en déterminant ses caractéristiques uniques, les domaines dans lesquels il apportait un complément à leurs travaux, et les zones de redoublement des tâches en cherchant, pour ces dernières, à établir quelle agence devrait assumer la pleine responsabilité. Au sein de l'OMS elle-même, le Bureau régional possédait une profusion de connaissances pouvant lui permettre de devenir une cellule de réflexion pour toute l'Organisation.

Le directeur de la Santé publique et de l'évaluation des risques à la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la CE a expliqué que de nombreux organismes et agences du système de l'UE travaillaient dans des domaines liés à la santé. Les différents traités européens avaient chacun incorporé un programme de santé publique ; la Commission avait une stratégie sanitaire quinquennale et il y avait actuellement un processus continu de discussion sur la santé dans le monde. Il convenait, surtout pendant la crise économique actuelle, de trouver pour les organismes internationaux des moyens de travailler ensemble sur la santé. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe était une référence pour les professionnels de santé. Il pouvait lui être utile de réfléchir sur le type de produits qu'il souhaitait produire et sur l'identité de ses clients.

Le principal conseiller en matière de politiques de la santé de la Banque mondiale a rappelé l'évolution de son organisation. Fondée après la seconde guerre mondiale pour reconstruire l'Europe, son mandat avait ensuite été modifié pour encourager le développement mondial. La Banque n'avait été active dans le domaine de la santé qu'au cours des 25 dernières années, mais avait clairement constaté la nécessité d'une approche multisectorielle ; elle possédait une expertise dans tous les secteurs contribuant à la santé. De plus, elle avait une double capacité de financement, avec ses propres revenus lui assurant une stabilité financière et signifiant qu'elle ne dépendait pas de cotisations ; elle était, en fait, l'un des plus importants prêteurs du monde. Toutefois, son mandat ne comprenait pas directement une expertise en matière de santé et elle

devait collaborer avec une OMS solide pour aider à l'amélioration des résultats obtenus en santé. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe devait être capable de construire et de s'adapter dans un environnement dynamique, d'assumer un rôle de chef de file dans la recherche, de veiller à ce que les partenariats produisent une valeur ajoutée et de dire la vérité en toute franchise.

Réfléchissant à la meilleure manière pour l'OMS de jouer le rôle de chef de file nécessaire dans la recherche sans empiéter sur le travail d'autres organismes, le directeur de l'Unité de la politique de recherche de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a fait remarquer que certains États membres possédant des capacités plus importantes pouvaient aider ceux qui en possédaient moins ; les pouvoirs publics accueillaient avec gratitude les conseils, et il serait bénéfique d'établir des systèmes adaptés au contexte local. En s'adaptant à l'avenir, le Bureau régional devait veiller à ne pas perdre ce qu'il avait déjà : la Région disposait de plus de capacités et travaillait en collaboration plus étroite qu'aucune autre Région de l'OMS. En analysant la gouvernance de la recherche pour l'année à venir, il garantirait que l'Europe soit l'environnement le plus dynamique au monde pour la recherche.

Un représentant s'exprimant au nom de l'UE, de pays candidats à l'adhésion (Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie), des pays du processus de stabilisation et d'association et de candidats potentiels à l'adhésion (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie) ainsi que de l'Arménie, de la République de Moldova et de l'Ukraine, qui se sont alignés sur la déclaration, a salué l'initiative du directeur régional de lancer une discussion sur les réformes futures et la gouvernance du Bureau régional, et attendait avec intérêt l'analyse de différentes options dans les mois à venir.

Un certain nombre de représentants se réjouissaient de pouvoir discuter des critères régissant la composition des organes directeurs de l'OMS ; les groupements géographiques devaient être réexaminés à la lumière de l'évolution politique. Il convenait de maintenir un équilibre géographique, non seulement dans le temps, mais aussi à n'importe quel moment donné. La procédure pourrait accorder plus de poids aux critères personnels. La méthode adoptée devrait être équitable sans être trop compliquée.

Il pourrait être utile de se pencher sur le rôle et le mandat du Comité permanent et sur la possibilité d'élargir ses compétences ; il devrait continuer à jouer un rôle actif pour favoriser les consensus et faciliter le processus d'élections et de nominations, et l'on pourrait discuter de nouvelles idées quant aux moyens d'y parvenir. L'un des intervenants estimait qu'il convenait également de réexaminer la question de la représentation au Conseil exécutif en ce qui concernait les membres permanents du Conseil de sécurité des Nations Unies, et de trouver une solution équilibrée. Il était important de veiller à un équilibre géographique, particulièrement au Conseil exécutif, où des membres de la Région européenne devraient représenter les intérêts de la Région.

Un représentant a fait remarquer que les priorités du Bureau dans les années à venir correspondaient à celles de l'OMS dans son ensemble : renforcer les systèmes de santé ; le personnel de santé ; poursuivre les travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et lutter contre les inégalités en matière de santé, domaine dans lequel un plan d'action précis était nécessaire pour la Région ; la sécurité sanitaire et les enseignements tirés de la grippe pandémique H1N1 2009 ; et la préparation aux effets des changements climatiques sur les systèmes de santé, point sur lequel le Bureau travaillait déjà bien.

Les relations entre le Bureau régional et le Siège de l'OMS étaient importantes ; la stratégie d'une OMS unie était renforcée par la cohérence entre les priorités à l'échelle mondiale et dans la Région. Dans ce contexte également, le Bureau et les États membres devaient, dans les différents forums de l'OMS ainsi que dans les réunions extérieures, présenter un message mieux harmonisé quant aux priorités de la Région.

Un intervenant a fait observer que le Bureau régional devrait être un modèle pour les autres bureaux régionaux en attirant les meilleures compétences et en répondant aux besoins de ses États membres. Les problèmes et les besoins des pays de la Région pouvaient être très différents, mais c'était une force plutôt qu'une faiblesse, et le Bureau pouvait apporter à tous une valeur ajoutée.

Un certain nombre d'intervenants ont convenu que les partenariats étaient importants pour les travaux du Bureau régional et devraient être bénéfiques pour les États membres. Il conviendrait de reconsidérer le rôle, le mandat et les fonctions du Bureau régional par rapport à d'autres organisations d'Europe actives dans le domaine de la santé, dans le but d'éviter la répétition des mêmes tâches et de garantir une utilisation optimale des moyens.

L'analyse des thèmes susmentionnés par le Comité permanent en collaboration avec les États membres pourrait constituer un point de départ constructif pour la nouvelle directrice régionale et une base solide pour les discussions et les décisions de la soixantième session du Comité régional.

Réagissant aux débats, le directeur de la Division de l'administration et des finances a convenu que le moment était bien choisi pour examiner et analyser les situations et les opinions. Le programme de travail devrait être arrêté par les États membres, qui se réjouissaient manifestement du dialogue, en se concentrant sur le rôle et les compétences du Comité permanent et les relations entre le Bureau et le Siège de l'OMS. On examinerait les moyens de garantir que les États membres et le Bureau s'expriment d'une seule voix, tant au sein de l'OMS qu'auprès d'autres organisations internationales. Il convenait de cartographier le contexte international et de réexaminer le rôle de l'OMS dans ce cadre, en gardant à l'esprit le fait que l'environnement était dynamique. Il y avait beaucoup de dossiers sur lesquels il fallait travailler au cours de l'année à venir.

Des déclarations ont été prononcées par des représentants d'Alzheimer's Disease International et de la branche européenne de la Fédération internationale du diabète.

### **Politiques relatives au personnel de santé dans la Région européenne de l'OMS (y compris le recrutement international du personnel de santé : projet de code de pratique mondial)**

*(EUR/RC59/9, EUR/RC59/Conf.Doc./3, EUR/RC59/BD/1)*

Un membre du CPCRC a présenté ce point et observé que, si tous les États membres avaient besoin d'effectifs suffisants en termes de personnels de santé, dotés des compétences adéquates, déployés de manière appropriée et exerçant dans un environnement favorable, ils rencontraient un grand nombre de problèmes dans ce domaine. Outre l'examen des rémunérations et de la formation des agents de santé, les pouvoirs publics des pays européens devaient faire face à un important défi stratégique : la migration des personnels de santé des pays à faible revenu vers les pays à revenu élevé. Alors qu'une telle migration pouvait aider cette dernière catégorie de pays à résoudre les problèmes liés à la pénurie de main-d'œuvre et à la gamme inadéquate de compétences, elle pouvait compromettre le droit à la santé dans la première catégorie de pays. L'élaboration du projet de code de pratique de l'OMS sur le recrutement international des personnels de santé soulevait des questions : à quel niveau les États membres étaient-ils consultés, quelles valeurs seraient incarnées par le code et comment seraient-elles concrétisées. Les États membres pouvaient profiter du débat au Comité régional pour aborder ces problèmes.

Le directeur de la Division des systèmes sanitaires des pays a expliqué les travaux réalisés depuis l'adoption, par le Comité régional, de la résolution EUR/RC57/R1 en 2007, en particulier par le Bureau régional, et les principales problématiques à gérer. La politique relative aux personnels de santé était élaborée dans un contexte mondial empreint de défis et de perspectives (notamment la

mondialisation des marchés du travail et la crise financière), et dans un contexte européen caractérisé par une modification des facteurs démographiques et épidémiologiques, des technologies sanitaires, de l'organisation et de la structure des systèmes de santé, et de l'environnement politique et économique. Non seulement les États membres avaient encore des efforts à accomplir pour résoudre des problèmes tels que les déséquilibres dans la répartition et les compétences des agents de santé, la précarité des environnements de travail, les salaires peu élevés et une base de connaissances insuffisante, mais ils devaient aussi relever de nouveaux défis : flexibilité de la main-d'œuvre, mobilité des patients, pénuries croissantes, migration non contrôlée, planification insuffisante, rôle de plus en plus important du secteur privé et les effets de l'innovation. Dans la Charte de Tallinn, il était demandé aux pays de recourir à la planification et à un investissement à long terme pour obtenir des ressources humaines adéquates pour la santé et à des fins d'atténuation du recrutement international et de pratique éthique. Le Bureau régional s'était engagé à aider les États membres à gérer la migration des personnels de santé par un dialogue continu entre les pays d'origine et d'accueil au sujet des politiques à suivre, un échange d'informations et de bonnes pratiques, la collaboration intersectorielle et la coopération avec tous les partenaires concernés, y compris l'office des statistiques des Communautés européennes (Eurostat), l'OCDE et, au sein de l'OMS, le Siège et le Bureau régional de l'Afrique. Parce que la migration était la conséquence de facteurs de départ dans les pays d'origine et de facteurs d'attraction dans les pays d'accueil, un équilibre devait être établi entre les deux groupes.

Le directeur du Département des ressources humaines pour la santé du Siège de l'OMS a mis au courant le Comité régional du processus d'élaboration du projet de code de pratique de l'OMS sur le recrutement international des personnels de santé et énoncé les considérations pour l'OMS. Parmi les principales étapes du processus, qui a débuté en 2004, il convenait de mentionner les discussions par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la santé, avec de multiples partenaires dans de nombreux secteurs, lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé et par le Groupe des Huit (G8) principaux pays industrialisés. Ces discussions avaient eu un ton positif. Elles ont permis de révéler une grande quantité d'informations et donné lieu à des commentaires de haut niveau qui ont favorisé l'élaboration du code. Les contributions des États membres européens et le rôle du directeur régional dans la promotion d'un dialogue interrégional avaient aidé à créer une dynamique considérable. Le processus d'élaboration avait atteint le stade de consultation auprès des comités régionaux de l'OMS. Un code mondial devait être adopté, même si des codes nationaux et régionaux existaient déjà, parce que le problème suscitait l'intérêt au niveau international. L'OMS pourrait donner l'impulsion nécessaire, et le code serait le seul cadre de coopération internationale à cet égard ainsi qu'une plateforme unique pour un dialogue au niveau mondial. Les États membres présentaient encore des divergences concernant certaines problématiques du code. Est-ce que l'on pourrait s'acheminer vers sa finalisation ?

Un groupe de représentants des pays d'origine et d'accueil ont fait part de leurs points de vue et des initiatives stratégiques nationales. En sa qualité de président, le directeur exécutif de l'Alliance mondiale du personnel de santé a fait remarquer qu'un grand nombre d'agents de santé migraient vers la Région européenne, et entre les pays d'Europe et au sein de ceux-ci. Il importait dès lors de stabiliser ce mouvement. Si la mobilité était un droit, il fallait aussi faire preuve de responsabilité envers son pays d'origine, surtout si celui-ci avait financé la formation de son personnel de santé. Il était particulièrement important de comprendre les facteurs de départ et d'attraction, et de reconnaître que les pays perdant leur personnel qualifié offraient en fait, et contre leur gré, leur main-d'œuvre aux pays d'accueil d'une manière qui mettait en péril leur propre système de santé.

Le ministre de la Santé de la République de Moldova a expliqué que les projets mis en œuvre dans son pays pour arrêter l'émigration contribuaient aux efforts systématiques visant à renforcer son système de santé, y compris l'élaboration d'une politique de la migration, la mise en place d'un système d'assurance maladie, la prestation de services dans les zones rurales, les



subventions accordées aux soins et l'amélioration de la formation. Ces initiatives avaient renforcé les services médicaux de base et suscité un intérêt croissant eu égard à la formation et au statut des professionnels de santé, en particulier les médecins. Le pays avait aussi recherché un financement de l'OMS pour soutenir la formation. Il avait encore besoin de recommandations quant à la manière de conserver les agents de santé, et il travaillait avec des partenaires tels que l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) pour collecter des informations relatives aux effets de la migration sur les pays et les migrants. Il fallait engager un dialogue et élaborer des rapports sur cette problématique pour définir des indicateurs et recenser les ressources permettant de mener des interventions efficaces. Le pays apportait son soutien aux activités visant à établir un équilibre entre la valeur des agents de santé moldaves pour les autres pays et les besoins propres du pays.

Le sous-secrétaire d'État du ministère polonais de la Santé a mis en évidence le besoin des systèmes de santé en médecins, qui constituait un volet important de l'initiative de l'OMS sur la migration et du livre vert de l'UE relatif au personnel de santé en Europe. Les défis auxquels étaient confrontés les systèmes de santé de l'UE nécessitaient la prise de mesures aux niveaux local, national, régional et communautaire. Comme les agents de santé concouraient directement ou indirectement à environ 70 % des dépenses en soins de santé, l'OMS, l'UE et d'autres organes et ministères de la Santé préconisaient une planification avisée pour leur développement, y compris celui du personnel médical. La planification en vue de satisfaire la demande de personnel devait prendre en compte la migration. Le cadre stratégique relatif à l'organisation et à la prestation des services de soins de santé devait inclure des mesures visant à garantir un effectif suffisant de médecins généralistes qualifiés, en facilitant l'accès à l'éducation et à la formation continue et spécialisée, tout en améliorant la qualité, et en adaptant les systèmes de soins de santé aux besoins de sociétés vieillissantes. Pour faire face aux pénuries prévues d'infirmiers, on devait mettre en place des procédures permettant aux infirmiers à la retraite de reprendre leurs activités professionnelles. En faisant part de son opinion sur le livre vert, le gouvernement polonais avait accueilli favorablement l'initiative, exprimé son soutien aux mesures garantissant la disponibilité des médecins et souligné que de telles mesures ne devaient pas engendrer des effets négatifs sur le système de santé des pays non membres de l'UE.

Le directeur général auprès du ministère norvégien de la Santé et des Services de soins a félicité le Siège de l'OMS et le Bureau régional de placer la question critique de la migration parmi ses principales priorités au niveau mondial. On en savait suffisamment sur ce problème pour conclure qu'une action était nécessaire. Comme chaque pays était concerné, tous devaient par conséquent faire partie de la solution et prendre en compte les effets potentiels de leurs politiques relatives aux personnels de santé sur les autres. L'OMS devait continuer à jouer un rôle pilote à cet égard. Les charges du personnel de santé avaient incité la Norvège à traiter le problème dans le cadre de ses efforts visant à rendre son système de santé plus viable. Le gouvernement norvégien s'était engagé à remédier aux pénuries projetées sans désavantager les pays plus pauvres. Reconnaissant que les travailleurs étrangers pouvaient devenir essentiels à la main-d'œuvre sanitaire, les pouvoirs publics avaient déterminé quatre principes guidant l'élaboration des politiques, et considéraient qu'ils devaient également sous-tendre les mécanismes internationaux tels que le projet de code de l'OMS. Tout d'abord, les pays devaient satisfaire leurs besoins avec leurs propres ressources, et ce autant que possible. Cette démarche nécessitait la formulation de plans sur la base des prévisions de pénuries qui, à leur tour, exigeaient la collecte de données. Les pouvoirs publics se concentreraient sur des mesures domestiques afin d'accroître les capacités. Chaque pays avait besoin d'une politique durable pour relever ce défi. Les autres principes étaient les suivants : stimuler et renforcer la discussion sur le transfert des tâches et d'autres moyens novateurs d'élaborer des méthodes plus rentables de prestation de services ; s'abstenir de recruter activement du personnel dans les pays plus pauvres sauf dans le cadre d'accords bilatéraux, régionaux ou multilatéraux équitables ; et focaliser l'aide au développement sur la formation du personnel de santé en contribuant de cette manière à renforcer le système de santé des bénéficiaires. Le soutien

du Comité régional à ces principes et l'adoption du projet de résolution contribueraient au débat engagé au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la santé.

Le directeur du Service des relations internationales du ministère israélien de la Santé a soulevé une question essentielle : de combien de médecins un pays avait-il besoin ? Israël utilisait le ratio moyen de l'OCDE, soit 3 médecins pour 1 000 habitants. Il avait besoin de davantage d'informations, par exemple sur le nombre de médecins diplômés israéliens exerçant à l'étranger, afin de faire face à la prévision de pénurie et au vieillissement des médecins, et de conserver les personnels de santé israéliens au pays.

Le chef de service à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère français de la Santé et des Sports a exprimé le soutien de son pays à l'initiative de l'OMS visant à relever les défis liés aux personnels de santé au niveau mondial. Le code de pratique de l'OMS était nécessaire pour protéger le droit à la santé des pays, mais ce n'était pas le seul outil requis pour lutter contre une migration excessive. La coopération internationale était nécessaire pour renforcer le système de santé des pays d'origine ; la France avait signé des accords bilatéraux avec des pays d'Afrique pour les aider à planifier leur personnel de santé de sorte à pouvoir apporter des soins à leurs populations, pour former des agents de santé en France et pour aider les pays à garantir la présence d'agents de santé dans les zones rurales. Le code de l'OMS devait aider les pays à planifier le personnel de santé de manière à limiter le besoin de recruter à l'étranger. Une nouvelle législation devait aider la France à cet égard en encourageant une meilleure répartition de ses nombreux professionnels de santé. Par exemple, il y avait 347 médecins pour 100 000 habitants. Un processus de planification permettait aux zones locales de déterminer les pénuries de personnel et offrait des mesures d'encouragement pour installer des médecins dans ces zones. On pourrait avoir recours à des « contrats santé solidarité » obligatoires pour obliger les médecins à déménager, si une évaluation des progrès dans 3 ans prouvait que l'on avait besoin d'eux. Pareillement, un accord gouvernemental avec les infirmiers leur interdisait de s'installer dans des zones surdotées.

L'assistant principal adjoint du Département irlandais de la Santé et de l'Enfance a salué les travaux de l'OMS et des États membres en vue de l'élaboration du code de pratique et s'est demandé si ce code devait promouvoir les accords bilatéraux et multilatéraux. La politique internationale devait être basée sur les politiques des pays. Le livre vert de l'UE montrait la complexité de la migration, en relevant qu'elle présentait des avantages et des inconvénients tant pour les pays que pour les personnes concernées. L'Irlande avait élaboré, et utilisé, un code éthique pour le recrutement d'infirmiers et d'autres travailleurs de la santé. Dans le climat économique actuel, elle avait limité le recrutement, et l'offre intérieure était suffisante. L'Irlande avait aussi adopté une série de principes pour le personnel de santé. Tout d'abord, les politiques relatives au personnel devaient être applicables sur le long terme et porter à la fois sur les effectifs et sur l'éventail des compétences. Une réforme était nécessaire en matière de formation médicale et de dispensation de services, particulièrement en raison de la mutation des rôles des dispensateurs de services. L'Irlande avait révisé la réglementation sur le personnel de santé. Les pays devaient élaborer des stratégies de planification du personnel, et les intégrer dans la planification globale des services et des aspects financiers des systèmes de santé. Enfin, le pays avait récemment examiné la répartition des dispensateurs de soins de santé par catégorie afin de déterminer l'offre et la demande pour les années à venir, dans le but d'utiliser les ressources propres à l'Irlande pour répondre à ses besoins.

Résumant la discussion, le président du groupe a observé que les pays avaient la responsabilité collective de prendre des mesures sur la question essentielle de la migration du personnel. Ils devaient adopter une stratégie globale, en envisageant à la fois les effectifs et la répartition du personnel, formuler des plans, garantir des ressources adéquates, suivre les flux migratoires et se faire part mutuellement de leurs expériences. Les pays les plus riches devaient assister les

autres. La migration était une constante ; l'objectif n'était pas d'y mettre fin, mais de la gérer pour répondre aux besoins nationaux et mondiaux.

Dans la discussion qui a suivi, presque tous les intervenants ont déclaré soutenir le code de pratique de l'OMS et le projet de résolution ; plusieurs ont marqué leur appréciation du rapport du secrétariat dans le document EUR/RC59/9 et certains ont remercié le Bureau régional pour ses travaux sur ce sujet depuis 2007. Un représentant s'exprimant au nom de l'UE, de pays candidats à l'adhésion (Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie), des pays du processus de stabilisation et d'association et de candidats potentiels à l'adhésion (Albanie, Bosnie-Herzégovine et Serbie), ainsi que de l'Arménie, de la Géorgie et de l'Ukraine, qui se sont alignés sur la déclaration, a fait remarquer que la pénurie de professionnels de santé qualifiés était un problème qui s'aggravait en Europe, mais que les migrations avaient provoqué une crise réelle pour les pays d'Afrique subsaharienne. La tâche délicate, sur le plan politique, était d'établir un équilibre durable entre la dispensation de soins corrects et accessibles à tous et le respect du droit des individus à quitter leur pays d'origine. La Région européenne comportait à la fois des pays sources et des pays d'accueil ; cela montrait la complexité du problème et la nécessité d'adopter des démarches coordonnées pour l'aborder. Il était nécessaire que les pays élaborent des stratégies en matière de personnel de santé, mais il fallait également des mesures à l'échelle internationale. Parmi ces mesures, il convenait de mentionner l'assistance octroyée par les États membres européens plus riches aux pays d'origine pour renforcer leur système de santé et ce, dans le cadre de l'aide au développement. En outre, pour réaliser des progrès, il fallait recueillir des données précises en temps utile, et trouver un équilibre entre l'impératif de l'établissement de rapports et celui du suivi conformément à la nature volontaire du code.

Comme elle l'avait fait lors de la session du Conseil exécutif de l'OMS de janvier 2009, l'UE a accueilli favorablement la proposition d'un code de pratique de l'OMS, soutenu le projet de résolution et encouragé l'OMS à poursuivre ses travaux sur ce sujet. Un code volontaire permettait aux pays d'optimiser sa mise en application en fonction des structures et principes organisationnels variables de leur système de santé. La présence de beaucoup de migrants dans les hôpitaux des États membres de l'UE conférait à cette dernière une responsabilité particulière, qu'elle avait reconnue en essayant à la fois de fournir des soins de haute qualité et de limiter l'impact sur le système de santé des pays situés en dehors de l'UE. Ces efforts ont été détaillés dans la Stratégie d'action communautaire de 2005 concernant la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement, dans le programme d'action de 2006 visant à faire face à la pénurie de professionnels de santé dans ces pays et dans le livre vert de 2008, qui faisait référence aux principes éthiques mentionnés dans le rapport de l'OMS.

Les travaux de l'OMS en vue de l'élaboration d'un code sur le recrutement international des personnels de santé instaurent un cadre dans lequel l'UE maintiendrait et renforcerait ses efforts au niveau de l'UE, de l'Europe et du monde. L'OMS constituait un forum indispensable pour les négociations. Le projet de résolution et le processus d'élaboration du code étaient des étapes importantes pour la découverte de solutions communes afin d'atténuer les effets négatifs des migrations à court terme et, à long terme, de convenir de manières de renforcer les systèmes de santé fragiles.

Plusieurs représentants soutenaient la déclaration de l'UE et les principes auxquels elle souscrivait. Beaucoup d'intervenants ont décrit la situation de leur pays et leurs efforts pour constituer durablement une main-d'œuvre dans le domaine de la santé. Les pays d'accueil prenaient des mesures comme la modélisation de leurs besoins en travailleurs de la santé pendant dix années ou plus, l'adoption de nouvelles lois et l'élaboration de politiques sur l'enseignement et le recrutement. Les pays d'origine connaissaient des pénuries de personnel (qui ne résultaient pas toutes des migrations) et des problèmes de répartition qui affectaient la dispensation et la qualité des soins. Plusieurs pays prenaient des mesures pour fidéliser le personnel et limiter les pénuries et, dans certains cas, le recours aux immigrants. Deux intervenants ont suggéré que l'usage de la

« carte bleue » pour autoriser les médecins à pratiquer dans l'UE devrait faire l'objet d'un suivi. Des représentants ont décrit toute une série de problèmes de migration dans leur pays (par exemple, le personnel étranger quittant le pays et le personnel quittant les zones rurales et le secteur de la santé).

En suggérant les démarches ultérieures à entreprendre, plusieurs représentants ont convenu que le projet de code devrait être finalisé le plus tôt possible, lors de l'Assemblée mondiale de la santé de 2010, et espéré que les États membres européens puissent parvenir à un consensus, voire adopter une position commune lors de la prochaine session du Conseil exécutif. Trois intervenants ont demandé à connaître les résultats des consultations en cours dans d'autres Régions de l'OMS, en particulier dans la Région africaine. Ils ont également demandé quand et comment la consultation des pays européens aurait lieu et espérait que la forme de cette consultation supposerait qu'ils se réunissent tous, comme cela avait été le cas pour la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. D'autres ont soulevé des questions relatives à l'application du code après son adoption. Un des intervenants a déclaré que les États membres devaient s'engager vis-à-vis des principes et des mesures du code, même si celui-ci était volontaire. Un autre a préconisé que les États membres examinent la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles pour sélectionner les meilleures manières d'agir conformément au code.

Le Comité régional et l'OMS pouvaient prendre notamment comme autres mesures l'harmonisation et la standardisation des données et des indicateurs sur les personnels de santé ; l'atténuation de la différence entre États membres pour les descriptions de poste et les qualifications des travailleurs de la santé ; la formulation de procédures de recueil de données pour obtenir des informations sur les migrations, spécialement au niveau national ; l'élaboration de critères de performances dans le cadre de la Charte de Tallinn ; la constitution de structures flexibles pour aider les pays à échanger des informations, et le renforcement des capacités nationales en matière de ressources humaines. En outre, il serait utile pour le Comité régional de se pencher sur la question de la dispensation de soins informels, particulièrement aux personnes âgées, par des immigrants dont on ne connaissait ni le niveau d'éducation, ni les compétences.

Il a été avancé que l'OMS devrait réviser le code pour refléter la situation économique actuelle. Il fallait observer les migrations afin d'obtenir de meilleures informations et de garantir que les flux sortants ne compromettent pas les soins pour les populations des pays. Pour réagir à la crise, les pays devaient prendre des mesures comme de convenir de réglementations avec leurs personnels de santé ; de gérer leurs personnels de santé sur la base des conditions régnant dans le pays et sur les marchés internationaux ; d'évaluer la qualité et le volume du personnel dans les pays et sur les marchés internationaux (en utilisant des informations à fournir par l'OMS sur ce dernier point) ; d'évaluer la base législative ; d'organiser le suivi des professionnels de santé dans le pays, et d'élaborer des outils méthodologiques.

Un autre intervenant a proposé que le Comité régional débattre des questions ouvertes sur un code de pratique, soulevées dans le document EUR/RC59/BD/1, à savoir, s'il devait recommander que les États membres limitent le recrutement en provenance de pays où régnaient de graves pénuries de personnel ; promouvoir la réalisation d'accords bilatéraux et multilatéraux fondés sur le principe de la réciprocité des avantages ; recommander que les pays d'accueil donnent aux pays d'origine une compensation financière, et inclure le concept du maintien durable du personnel national.

Le directeur régional de l'OMS pour l'Afrique a expliqué que, bien que les pays africains soient les plus touchés par la crise de la migration des personnels de santé, les États membres africains et européens étaient confrontés à des problèmes similaires, proposaient des solutions similaires et devaient intensifier leurs efforts pour réagir. Le Comité régional de l'Afrique avait recommandé que les États membres élaborent et mettent en œuvre des politiques et des stratégies sur les ressources humaines pour la santé qui insistent sur les points suivants : retenir le personnel formé ;

améliorer les salaires et les conditions de travail, et recourir à des systèmes d'incitants ; améliorer les négociations avec les organisations bilatérales et multilatérales pour réduire la migration en dehors de la Région ; renforcer l'enseignement et adapter les compétences aux besoins dans les pays ; et veiller à ce que le ministère de la Santé collabore avec les Finances et les autres secteurs afin de développer et d'améliorer la gestion des ressources humaines pour la santé. Le code de pratique de l'OMS devait décourager le recrutement actif et commercialisé et protéger les droits du personnel immigrant. Ce code représentait un grand pas en avant, mais pourrait nécessiter des amendements pour répondre aux besoins des pays. Il a été demandé à l'OMS de continuer à fournir un soutien technique sur les questions relatives aux personnels de santé, afin d'aider les pays à gérer ces questions dans le cadre de leurs efforts pour atteindre les OMD. Les débats du Comité régional en Afrique et en Europe à ce sujet indiquaient qu'il y avait des terrains d'entente permettant de parvenir à un accord sur le code. Néanmoins, certains aspects devaient encore être examinés de façon plus approfondie. Comment ce code non contraignant serait-il mis en vigueur ? Comment son volet éthique pourrait-il être mis en œuvre ? Et comment trouver l'équilibre entre un accent mis sur des fortes capacités nationales et la satisfaction des besoins internationaux en santé ?

En guise de réponse, le directeur de la Division des systèmes sanitaires des pays s'est réjoui du soutien des États membres au code et à la résolution. Pour garantir la consultation avec les États membres nécessaire pour conclure le processus, le Bureau régional organiserait des réunions jusqu'à la session du Conseil exécutif, en janvier 2010. Une position européenne commune sur le code serait un objectif honorable. Il était important d'observer les migrations afin de produire les informations complémentaires dont les pays avaient besoin. Encore une fois, la question centrale était de gérer l'immigration, et non d'y mettre fin.

Le directeur du Département des ressources humaines pour la santé a constaté que les États membres s'étaient clairement exprimés en faveur d'avancées sur le code. Le Siège de l'OMS écouterait les messages de toutes les Régions et les incorporerait dans son rapport au Conseil exécutif. Pour accélérer le processus, le secrétariat mènerait des consultations, en tant que de besoin, sur le code et joindrait une version révisée à son rapport.

Des déclarations ont été faites par des représentants des ONG suivantes : le Réseau Medicus Mundi International, la Confédération mondiale pour la thérapie physique, la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine, le Forum EuroPharm et le Forum européen de l'OMS des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes.

Concluant le débat, le directeur régional de l'OMS pour l'Europe a déclaré que plusieurs facteurs l'avaient rendu particulièrement intéressant. Premièrement, tout le monde avait apprécié la participation du directeur régional de l'Afrique, ce qui témoignait de l'approche complémentaire adoptée par l'OMS. Deuxièmement, ce sujet était un point de départ pour des considérations plus générales sur les systèmes de santé et sur l'application des droits de l'homme à la santé et à la migration. Troisièmement, étant donné la diversité de la Région européenne, il fallait nécessairement tenir compte de beaucoup d'aspects, depuis les effectifs jusqu'à la formation en passant par les droits de l'homme, pour tenter de résoudre le problème de la migration du personnel de santé. Quatrièmement, cette problématique montrait que la solidarité était essentielle pour la sécurité ; les problèmes dans un pays provoquaient des problèmes pour les autres. Enfin, il a remercié la Norvège d'avoir exhorté l'OMS à agir concernant cette question.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC59/R4.

## **Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS**

*(EUR/RC59/10, EUR/RC59/Conf.Doc./8)*

Un membre du CPRC a observé que l'apparition de la grippe pandémique H1N1 2009 avait souligné l'importance du RSI, qui aiderait à surveiller et à gérer le risque de santé publique qu'elle posait. L'approche tous-risques et multisectorielle du RSI présentait une opportunité exceptionnelle de développer les capacités existantes pour un bon rapport coût-efficacité ; si des progrès importants avaient été réalisés, la situation pouvait encore être améliorée. L'engagement politique était fondamental pour habiliter les autorités nationales à aller de l'avant dans le processus de mise en œuvre du RSI. Des enseignements devaient être tirés et mis en pratique. L'échéance pour l'évaluation des principales capacités et l'élaboration de plans d'action nationaux sur le RSI était arrivée en juin 2009, mais les pays avaient jusqu'en juin 2012 pour leur mise en œuvre. D'ici là, les capacités de base devaient être en place. Par ailleurs, un engagement politique serait nécessaire pour mobiliser les moyens requis.

Résumant les activités et les réalisations à ce jour, le directeur par intérim de la Division des programmes sanitaires a rappelé que le RSI était entré en vigueur en 2007 en tant qu'instrument juridique établissant des procédures et les droits et obligations légales des États parties et de l'OMS. Les événements sanitaires inhabituels pouvant provoquer des préoccupations de santé publique ne pouvaient être gérés que grâce à un système performant d'intervention internationale, qui impliquait de nombreux partenaires et niveaux de collaboration, y compris à l'échelle mondiale. Soixante-dix-neuf pour cent des États parties de la Région avaient participé à des groupes bilatéraux ou multilatéraux pour se préparer ou réagir à des événements sanitaires transfrontaliers. Le Bureau avait organisé des formations, des réunions de points focaux nationaux pour le RSI, et l'échange d'expériences et d'expertise. L'un des défis avait été de maintenir la coordination régionale des initiatives mondiales du RSI tout en reconnaissant quand même la grande diversité des différentes parties de la Région. La grippe pandémique H1N1 2009 avait été le premier cas-test.

Tous les États parties au RSI, dont les 54 États parties de la Région européenne de l'OMS, avaient été conviés de faire rapport tous les ans à l'Assemblée mondiale de la santé. Or, seules 31 États parties communiquaient leur rapport à temps, ce qui ne permettait pas de se faire une idée complète de l'application du RSI. Dans le rapport des États parties de 2009, les pays avaient signalé les progrès accomplis dans le renforcement des principales capacités nationales en matière de surveillance et d'intervention, qui étaient à la base du RSI, et constituaient également la principale priorité stratégique au sein de la Région européenne de l'OMS. Sur les 30 pays répondants, 28 ont signalé qu'ils avaient évalué leurs fonctions de surveillance et d'alerte rapide, et 27 leur fonction d'intervention. Cependant, seuls 17 des 31 pays répondants ont signalé qu'ils avaient formulé des plans d'action pour combler les lacunes.

Le Bureau avait élaboré des outils d'évaluation génériques et spécifiques à des risques à l'intention des pays, et organisé ou soutenu des ateliers s'appuyant sur des bases factuelles et des bonnes pratiques. Les missions dans les pays permettaient d'émettre des conseils techniques et plusieurs pays avaient apporté leur aide à d'autres en les faisant profiter de leurs compétences.

Les voyages et les transports reflétaient l'approche véritablement multisectorielle encouragée par le Règlement. Certains aspects de ce domaine de travail étaient complexes et nouveaux pour les professionnels de la santé publique. Il était donc difficile d'aboutir à une approche harmonisée et la communication avec les points focaux était vitale. Le Bureau régional jouait le rôle de chef de file en organisant un atelier à cette fin, en prévoyant la formation des points focaux et en facilitant la contribution des experts nationaux aux documents d'orientation mondiaux. À cet égard, leur aide s'était avérée très précieuse.

Depuis 2007, plus de 200 événements de santé publique d'une portée internationale potentielle dans plus de 40 États parties avaient été soumis à une évaluation commune des risques. La grippe pandémique H1N1 2009 avait démontré l'utilité du cadre du RSI dans le maintien de la communication et la diffusion de l'information. Les enseignements tirés de la flambée du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) avaient porté leurs fruits. L'action coordonnée par l'OMS et les points focaux nationaux avait été inestimable et l'expérience devrait être évaluée.

La législation nationale devait être compatible avec le RSI. Seize des 30 États parties répondants avaient adopté une législation nouvelle ou révisée et les compétences juridiques limitées ne facilitaient guère la tâche.

L'application du RSI constituait un apprentissage permanent nécessitant une volonté inébranlable et des ressources adéquates, et des efforts considérables avaient été accomplis à cet égard. Le contrôle de l'application du RSI devait dépasser le cadre de l'approche quantitative actuelle qui se concentrait sur le respect des dispositions du RSI. L'OMS devrait recenser des mécanismes qualitatifs potentiels pour évaluer également les avantages pour la santé publique découlant de la mise en œuvre du RSI.

L'OMS devrait poursuivre ses travaux avec d'autres partenaires opérant au niveau régional afin de définir les meilleurs mécanismes et structures qui permettraient aux États parties d'honorer leurs obligations aux termes du RSI et d'autres cadres indépendants et juridiquement contraignants. De tels mécanismes devraient s'appuyer sur des structures et réseaux existants qui devraient éviter les doubles emplois et créer des synergies.

Au cours de la discussion qui a suivi, un représentant s'exprimant au nom de l'UE, de pays candidats à l'adhésion (Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie), des pays du processus de stabilisation et d'association et de candidats potentiels à l'adhésion (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie), ainsi que de l'Arménie, de la Géorgie, de la Norvège, de la République de Moldova et de l'Ukraine, qui se sont alignés sur sa déclaration, a déclaré que la flambée de grippe pandémique H1N1 2009 avait clairement démontré l'importance du RSI. Ce dernier était un instrument primordial au niveau mondial, permettant une gestion commune et transparente des risques fondée sur des données probantes, et une intervention rapide pour faire face aux menaces internationales à la santé humaine. La pandémie avait aussi mis en lumière les défis restants. Il importait de parvenir à une interprétation commune de la portée même du RSI et de l'application de ses dispositions, et il fallait déployer davantage d'efforts pour renforcer les capacités de surveillance et d'intervention efficace dans tous les pays. L'échange des bonnes pratiques constituait une méthode utile et les travaux devaient impliquer tous les secteurs concernés, y compris ceux responsables, par exemple, des substances chimiques et radioactives, afin de garantir la mise en œuvre du RSI au sens large. L'OMS avait un rôle crucial à jouer dans la coordination des efforts mondiaux et nationaux. L'Organisation avait effectué un excellent travail aux niveaux mondial et régional eu égard à la complexité de la situation et ce, en collaboration étroite avec l'ECDC.

Des représentants ont souligné la nécessité de protéger leurs citoyens, notamment en prévision de la deuxième vague de grippe pandémique H1N1 2009. Les réunions internationales étaient utiles car elles permettaient de sensibiliser au problème, de procéder à un échange de données d'expérience et de favoriser la coopération. La réunion annuelle de l'OMS pour les points focaux nationaux avait dû être différée, mais on espérait pouvoir l'organiser dans un avenir proche. Il serait bon de mettre au point un mécanisme d'évaluation, comme des points à vérifier pour aider les pays à assurer l'application intégrale.

Un représentant a fait observer que l'adoption du RSI était une question prioritaire et que dans son pays, le système de surveillance et d'intervention avait pu être renforcé par une série de mesures, dont la constitution d'équipes spécialisées. Dans le cadre du RSI, de nouvelles législations et de nouvelles démarches méthodologiques en matière de maladies transmissibles avaient été utilisées

pour examiner la nouvelle souche de grippe et sa propagation. Des fonds spéciaux étaient affectés à l'amélioration des laboratoires et des équipements, et une surveillance était en cours en coopération avec les pays voisins. Il importait que les informations des bases de données soient accessibles. Finalement, il fallait examiner le transport des médicaments et réduire autant que possible la bureaucratie à cet égard.

En guise de réponse, le directeur par intérim de la Division des programmes sanitaires a remercié les États parties de la Région pour leur engagement continu envers l'application du RSI et annoncé que les activités se poursuivraient et que la réunion annuelle des points focaux nationaux était désormais prévue pour janvier 2010.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC59/R5.

## **Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional** *(EUR/RC59/Inf.Doc./1)*

### **L'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe**

Le directeur régional de l'Europe a retracé succinctement l'évolution du rôle et de la position du Bureau régional jusqu'en 2020. Les orientations stratégiques énoncées dans le document EUR/RC56/11, soumis au Comité régional lors de sa cinquante-sixième session, étaient toujours valables et les travaux à leur sujet évoluaient dans le contexte d'un environnement en mutation, notamment la crise économique. Le travail avec des partenaires internationaux visait à garantir la meilleure utilisation possible des moyens. Répondant à l'objectif du renforcement de la sécurité sanitaire, le Bureau jouait un rôle de chef de file dans la riposte internationale à la grippe pandémique H1N1 2009. La nouvelle directrice régionale assurerait, sans aucun doute, la continuité dans les domaines tels que la Stratégie de pays, mais c'était les États membres qui décideraient de la voie dans laquelle les travaux du Bureau devraient s'engager.

### **Progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement**

Le chef du bureau de pays de l'OMS en République de Moldova a étudié les progrès réalisés, cinq ans avant la date butoir de 2015, en vue d'atteindre les OMD en rapport avec la santé. Quoique la réduction de la mortalité infantile se soit heurtée à des obstacles, le recul avait été soutenu dans toute la Région. La santé maternelle était le domaine dans lequel il y avait eu le moins de progrès, et la modélisation des données indiquait des taux de mortalité plus élevés que ceux rapportés par les systèmes nationaux. La tuberculose posait particulièrement problème, puisque 15 des 27 pays les plus touchés au monde se situaient dans la Région européenne de l'OMS, et qu'il y avait une augmentation inquiétante de la prévalence de formes pharmacorésistantes, notamment dans l'est de la Région. Les différences d'ordre économique entraînaient des inégalités de part et d'autre de la Région en matière de santé, et les pays étaient confrontés à un défi pour garantir que leur système de santé atteigne les populations rurales et défavorisées.

Un représentant s'exprimant au nom de l'UE, de pays candidats à l'adhésion (Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie), des pays du processus de stabilisation et d'association et de candidats potentiels à l'adhésion (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie) ainsi que de l'Arménie, de la Géorgie, de la République de Moldova et de l'Ukraine, qui se sont alignés sur la déclaration, a mis en lumière le manque de progrès concernant les statistiques sur la santé de la mère et du nourrisson, ce qui reflétait le statut médiocre des femmes et exigeait que l'on se centre sur celles-ci, ainsi que sur l'égalité des sexes et l'équité. Le nombre de cas de tuberculose dans la Région était alarmant, puisqu'elle enregistrait les taux



les plus élevés au monde de nouveaux cas de tuberculose multirésistante, et de tuberculose associée au VIH. Une nouvelle réunion de haut niveau devait se tenir à Berlin en octobre 2009 dans le but de trouver des moyens de gérer ces défis.

L'un des intervenants a exhorté à une meilleure coordination entre les pays et les organisations internationales pour atteindre plus rapidement les OMD, et insisté pour que l'on prête attention aux besoins en infrastructures et en formation, en plus de combattre des maladies spécifiques.

## Élections et désignations

*(EUR/RC59/5 Rev.1, EUR/RC59/Conf.Doc./5, EUR/RC59/Conf.Doc./6)*

Le Comité s'est réuni en privé pour désigner un candidat au poste de directeur régional de l'OMS pour l'Europe et deux candidats pour siéger au Conseil exécutif, ainsi que pour élire trois membres pour le CPR et un membre pour le Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

### Directeur régional

Dans la résolution EUR/RC59/R1, le Comité a demandé au directeur général de proposer, au Conseil exécutif, la nomination de Mme Zsuzsanna Jakab au poste de directrice régionale pour un mandat de cinq ans à partir du 1<sup>er</sup> février 2010.

Le Comité a également adopté la résolution EUR/RC59/R2, exprimant sa gratitude au docteur Marc Danzon pour son dévouement et sa contribution inestimable aux travaux de l'OMS, notamment dans le cadre des avancées réalisées sur le plan de la santé publique dans la Région européenne, et l'a déclaré directeur régional émérite.

La directrice de l'ECDC a remercié les États membres pour sa nomination, et promis qu'elle ferait tout ce qu'elle pourrait, avec l'aide du personnel du Bureau régional et en coopération étroite avec le directeur général et le Siège de l'OMS, pour veiller à ce que le Bureau régional continue à jouer un important rôle de chef de file et à innover en Europe et dans le monde. Elle attendait avec impatience de collaborer avec chacun des États membres de la Région européenne, et entretiendrait des relations de travail étroites avec toutes les organisations partenaires, notamment avec l'UE, au service de la Région et de l'Organisation dans son ensemble.

La directrice régionale adjointe était reconnaissante du soutien qu'elle avait reçu des États membres, qui témoignait des succès accomplis par le Bureau régional au cours de ces dernières années. Elle a félicité Mme Jakab pour sa nomination en lui souhaitant tous ses vœux de succès pour l'avenir. Le directeur régional a rendu hommage au travail réalisé par la directrice régionale adjointe, et réitéré sa promesse de faciliter autant que possible la transition avec son successeur.

Un représentant s'adressant au nom de l'UE, de pays candidats à l'adhésion (Croatie et Turquie), des pays du processus de stabilisation et d'association et de candidats potentiels à l'adhésion (Albanie, Bosnie-Herzégovine et Serbie) ainsi que de l'Arménie, de l'Islande, de la Norvège, de la République de Moldova et de l'Ukraine, qui se sont alignés sur la déclaration, a salué le haut niveau de compétences des autres candidats à la désignation, et également félicité Mme Jakab pour sa nomination. L'UE a réexprimé son engagement ferme de collaborer en partenariat avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe afin d'atteindre les objectifs communs de la Région européenne en matière de santé.

Le directeur régional a été félicité pour son excellent rôle de chef de file du Bureau régional au cours de ces dix dernières années.

### **Conseil exécutif**

Le Comité a décidé par consensus que l'Arménie et la Norvège présenteraient leur candidature à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2010 pour une élection ultérieure au Conseil exécutif.

### **Comité permanent du Comité régional**

Le Comité a élu par consensus l'Azerbaïdjan, la Suède et l'Ukraine pour des mandats au CPRC d'une durée de trois ans, de septembre 2009 à septembre 2012.

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

Conformément aux dispositions du paragraphe 2, alinéa 2.2 du mémorandum d'accord sur le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, le Comité a choisi par consensus le Tadjikistan pour un mandat au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial d'une durée de quatre ans qui commencera le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

### **Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2010-2013**

*(EUR/RC59/Conf.Doc./4)*

Le représentant de Malte a rappelé que son pays s'était proposé, lors de la session du Comité régional de l'an passé, d'accueillir la soixante-deuxième session de 2012, et que l'offre avait ensuite été confirmée par écrit. De même, le représentant de la Lituanie a rappelé que son pays s'était proposé d'accueillir une session en 2012 ou 2014, mais il a également souligné que son offre était souple en ce qui concernait l'année.

Malgré les recommandations émises par le seizième CPRC en sa cinquième session (et mentionnées dans le rapport de cette session, document EUR/RC59/4 Add.1), le Comité régional a convenu qu'exceptionnellement, il déciderait du lieu de ses prochaines sessions pour les cinq années à venir, étant donné le nombre d'offres qu'il a heureusement reçues. Cependant, il a également convenu de demander au Comité permanent de se préparer à un débat lors d'une session ultérieure du Comité régional sur les principes ou les critères qui devaient sous-tendre le choix des sites pour les sessions à venir, et décidé qu'aucune autre offre ne pourrait être reçue avant la tenue de ce débat.

Le Comité a par conséquent adopté la résolution EUR/RC59/R6, dans laquelle il a décidé de tenir sa soixantième session à Moscou (Fédération de Russie) du 13 au 16 septembre 2010 ; sa soixante et unième session en Azerbaïdjan du 12 au 15 septembre 2011 ; sa soixante-deuxième session à Malte du 10 au 13 septembre 2012 ; sa soixante-troisième session au Portugal du 16 au 19 septembre 2013, et sa soixante-quatrième session au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Copenhague (dates exactes à déterminer).

Le représentant de la Fédération de Russie a déclaré que son pays attendait avec impatience d'accueillir les participants à la soixantième session et ferait son possible pour en garantir le succès.

## Résolutions

### EUR/RC59/R1

#### Désignation du directeur régional de l'Europe

Le Comité régional,

En vertu de l'article 52 de la Constitution de l'OMS ; et

Conformément à l'article 47 du règlement intérieur du Comité régional de l'Europe ;

1. NOMME Mme Zsuzsanna Jakab au poste de directeur régional de l'Europe ; et
2. PRIE le directeur général de proposer au Conseil exécutif la nomination de Mme Zsuzsanna Jakab à compter du 1<sup>er</sup> février 2010.

### EUR/RC59/R2

#### Expression de gratitude au docteur Marc Danzon

Le Comité régional,

Exprimant sa reconnaissance au docteur Marc Danzon pour son dévouement et sa contribution inestimable aux travaux de l'OMS, notamment dans le cadre des avancées réalisées sur le plan de la santé publique dans la Région européenne ;

1. ADRESSE ses sincères remerciements au docteur Danzon pour tout ce qu'il a fait en vue de l'avancement des travaux de l'OMS ;
2. DÉCLARE le docteur Marc Danzon directeur régional émérite de l'Organisation mondiale de la santé.

### EUR/RC59/R3

#### La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Rappelant la résolution EUR/RC58/R4 sur la direction et la gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS, liée à la Charte de Tallinn adoptée lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité » ;

Rappelant la résolution EUR/RC57/R2 sur les objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région européenne de l'OMS ;

Ayant présents à l'esprit les rapports de la consultation mondiale de haut niveau sur la crise financière et la santé dans le monde, tenue à Genève le 19 janvier 2009, et de la réunion sur la santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de

l'OMS, tenue à Oslo les 1er et 2 avril 2009 et dont les recommandations sont jointes dans l'annexe 1 ;

Ayant examiné le document EUR/RC59/7 sur la santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS ;

1. RECONNAÎT les risques pour la santé et les systèmes de santé, et les principales possibilités d'action qui vont de pair avec la crise économique mondiale en cours, ainsi que la réaction positive des États membres et de différentes parties prenantes du secteur sanitaire en vue d'une réaction commune à cette crise ;
2. PREND NOTE des recommandations d'action formulées par les participants à la réunion tenue à Oslo en avril 2009 ;
3. PRIE INSTAMMENT les États membres de faire en sorte que leurs systèmes de santé continuent à protéger les plus vulnérables (les pauvres, les personnes âgées, les malades et les personnes en mauvaise santé), à faire preuve d'efficacité dans la prestation de services destinés aux individus et à la population, tout en coopérant avec d'autres secteurs afin de favoriser la prise en compte des considérations relatives à l'équité en santé, et à se comporter en agents économiques avisés sur les plans de l'investissement, des dépenses et de l'emploi ;
4. INVITE les États membres à continuer à collaborer dans le contexte des activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe :
  - a) en intensifiant le suivi et l'analyse des modifications en cours des conditions de vie, des normes et des valeurs sociales, des modes de vie, de l'état de santé et de l'accès aux soins de santé, tenant compte des valeurs communes de solidarité, d'équité et de participation ;
  - b) en évaluant les performances des systèmes de santé d'une façon systématique pour assurer des améliorations de santé équitables, une protection financière, une réactivité et une amélioration de l'efficacité, notant l'importance particulière d'un financement juste, de l'accès universel à la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des soins de santé ;
  - c) en concevant des options réalistes en matière de politique de santé qui visent à faire face aux effets négatifs de la crise économique sur la santé et les systèmes de santé, tout en mettant à profit les possibilités d'apporter toutes les modifications nécessaires à leurs mécanismes de décision, aux droits, aux règles, au fonctionnement, aux architectures organisationnelles, etc. ;
5. PRIE le directeur régional :
  - a) d'assurer un leadership à l'égard des États membres dans les efforts que ceux-ci accomplissent pour réduire autant que possible les effets négatifs de la crise sur la santé de leur population en offrant des services adaptés aux besoins propres aux pays ;
  - b) de produire des informations sanitaires utilisables et de mener un dialogue novateur et créateur de valeur ajoutée en matière de politique de santé avec les pays, grâce à une recherche comparative des meilleures méthodes, à des activités en réseau entre pays intéressés sur des thèmes particuliers, à l'échange d'informations par tous et à la production d'un ensemble minimal d'indicateurs communs pertinents pour le suivi ;
  - c) de faire rapport au Comité régional à sa soixante et unième session, en 2011, sur les enseignements tirés au niveau régional de la façon de faire face à la crise économique.

## Annexe 1

Les recommandations présentées ci-dessous sont issues de la Conférence de haut niveau qui s'est tenue à Oslo les 1<sup>er</sup> et 2 avril 2009.

1. Distribuer la richesse dans un esprit de solidarité et d'équité.
2. Accroître l'aide publique au développement pour protéger les plus vulnérables.
3. Investir dans la santé pour améliorer la prospérité ; protéger les budgets de santé.
4. « Chaque ministre est un ministre de la Santé. »
5. Protéger une santé publique efficace par rapport à son coût et les services de soins de santé primaires.
6. « Plus d'argent pour la santé et plus de santé pour l'argent. »
7. Renforcer l'accès universel aux programmes de protection sociale.
8. Assurer un accès universel aux services de santé.
9. Favoriser des modalités universelles, obligatoires et redistributives de perception de recettes.
10. Envisager d'augmenter les taxes sur le tabac, l'alcool, le sucre et le sel ou de taxer ces produits s'ils ne le sont pas.
11. Améliorer la formation des professionnels de santé et assurer un recrutement conforme à l'éthique.
12. Favoriser une participation active de la population à la conception de mesures visant à atténuer les effets de la crise économique sur la santé.

**EUR/RC59/R4****Politiques relatives au personnel de santé dans la Région européenne de l'OMS**

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA57.19 et WHA58.17 de l'Assemblée mondiale de la santé sur les migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement, et les résolutions WHA59.23 sur l'accélération de la production des personnels de santé et WHA59.27 sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux ;

Rappelant également les résolutions EUR/RC50/R5 et EUR/RC55/R8 sur la coopération avec les pays et 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 », et EUR/RC57/R1 et son document de référence EUR/RC57/9 sur les politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne ;

Rappelant la recommandation émise par le Conseil exécutif de l'OMS, en sa cent vingt-quatrième session, concernant des consultations plus élargies au niveau mondial avec les États membres sur le code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, et la demande ensuite adressée par la directrice générale pour que les sessions des comités régionaux soient l'occasion de favoriser les consultations régionales avec les États membres, avec l'objectif d'en informer le Conseil exécutif en sa cent vingt-sixième session et d'émettre une recommandation sur l'adoption du code de pratique de l'OMS lors de la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé de 2010 ;

Dressant le bilan des efforts déployés récemment aux niveaux mondial et régional afin de sensibiliser davantage aux conséquences négatives de la migration croissante du personnel de santé, en vue d'adopter un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé<sup>1</sup> ;

Reconnaissant encore une fois que des professionnels de santé instruits et bien formés sauvent des vies, et que le fonctionnement des systèmes de santé dépend de la disponibilité des personnels, de leurs efforts et d'un dosage approprié des qualifications, et repose sur leurs connaissances, leurs compétences et leur motivation ;

Réaffirmant l'importance indéniable de garantir un effectif et une répartition appropriée des ressources humaines, ainsi qu'un éventail adéquat des qualifications et des compétences, pour renforcer les systèmes de santé et assurer un accès équitable aux soins de santé, indépendamment de la capacité financière ou du lieu, tel que stipulé dans la Charte de Tallinn sur les systèmes de santé, la santé et la prospérité ;

Soulignant une fois encore, et avec une grande préoccupation, les déséquilibres géographiques et relatifs au dosage des qualifications qui existent au niveau du personnel sanitaire causés par la migration croissante des professionnels de santé au sein, en direction et en provenance de la Région, et leurs conséquences sur les systèmes de santé et l'accès aux soins de santé dans les pays d'origine ;

Reconnaissant que, si la migration internationale du personnel de santé peut avoir des retombées positives tant pour le pays d'origine que pour le pays de destination, la migration en provenance de pays subissant une crise des personnels de santé affaiblit davantage des systèmes de santé déjà fragiles et représente un obstacle important à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;

Ayant examiné le document EUR/RC59/9 sur les politiques relatives au personnel de santé dans la Région européenne de l'OMS ;

1. ACCUEILLE avec satisfaction le rapport ;
2. PRIE INSTAMMENT les États membres :
  - a) d'intensifier leurs efforts en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques, des stratégies et des plans durables en matière de personnel de santé, une composante particulièrement importante du renforcement des systèmes de santé, notamment à la lumière de l'évolution démographique et des besoins en soins de santé de la Région, et de la nécessité de garantir un accès équitable aux services de soins de santé tout en limitant autant que possible la dépendance vis-à-vis de la migration d'un personnel sanitaire en provenance d'un autre pays ;

---

<sup>1</sup> Notamment, et par ordre chronologique : a) le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* consacré aux ressources humaines pour la santé ; b) la Déclaration de Kampala au terme du Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé (Kampala, Ouganda, 2-7 mars 2008) ; c) la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité » (Tallinn, Estonie, 25-27 juin 2008), et la Charte de Tallinn, adoptée lors de la cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (Tbilissi, Géorgie, 15-18 septembre 2008) ; d) la référence au besoin de former un nombre suffisant de personnels de santé dans le communiqué du G8 de juillet 2008 ; e) le rapport d'avancement et le projet de code de pratique présentés au Conseil exécutif de l'OMS en sa cent vingt-quatrième session de janvier 2009 (EB124/13) ; et f) le document intitulé *Recrutement international des personnels de santé : projet de code de pratique mondial*, préparé par le secrétariat de l'OMS et présenté sous la forme d'un aide-mémoire technique lors de la Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé, le 20 mai 2009.

- b) de redoubler d'efforts pour suivre les tendances en matière de migration du personnel sanitaire et en évaluer les effets afin de définir et de mettre en œuvre des options stratégiques efficaces en matière de migration, notamment l'adoption d'un nouveau code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé (et/ou l'harmonisation des codes existants), et la conclusion d'accords avec d'autres pays concernant la circulation du personnel sanitaire ;
  - c) de préconiser l'adoption d'un code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé, conformément aux valeurs européennes en matière de solidarité, d'équité et de participation, au sein de la Région européenne de l'OMS comme à l'échelon mondial ;
  - d) de préconiser, conformément aux principes de transparence, d'éthique, d'équité et de réciprocité des avantages, que le code comporte une disposition sur le droit de quitter son pays et trouve un équilibre entre les droits individuels des travailleurs migrants et le droit à la santé des populations des pays d'origine, ce qui contribuerait à atténuer les effets de la migration sur le système de santé des pays d'origine ;
  - e) de promouvoir, dans le secteur des soins de santé, les effets positifs des migrations sur le développement ;
3. PRIE le directeur régional :
- a) de continuer à promouvoir l'harmonisation des données concernant le personnel sanitaire et l'utilisation d'indicateurs et d'outils normalisés de nature à améliorer la qualité et la comparabilité pour évaluer la performance des ressources humaines pour la santé ;
  - b) de poursuivre l'élaboration d'un ensemble de grands indicateurs pour évaluer la performance en matière de développement du personnel sanitaire des États membres, et de suivre et d'évaluer les tendances migratoires actuelles des professionnels de santé, ainsi que la mise en œuvre et l'impact des interventions aux niveaux national et de la Région européenne de l'OMS par l'analyse de rapports nationaux et la publication de synthèses régionales annuelles de ces rapports ;
  - c) de mener à terme le processus de consultation avec les États membres, des organisations de la société civile, des associations professionnelles et d'autres organes régionaux et internationaux, ainsi que la compilation et l'examen des divers codes de pratique nationaux et régionaux dans la Région européenne de l'OMS et de la littérature et de données relatives à la migration du personnel de santé, afin de contribuer à l'élaboration d'un code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé ;
  - d) de faire rapport au Comité régional à sa soixante-deuxième session, en 2012, sur les progrès accomplis.

## EUR/RC59/R5

### **Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS**

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé WHA48.7 sur la révision et la mise à jour du Règlement sanitaire international, WHA48.13 sur la lutte contre les maladies transmissibles : maladies infectieuses nouvelles, émergentes et réémergentes, WHA54.14 sur la

sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie, WHA55.16 sur l'action de santé publique en cas de présence naturelle, de dissémination accidentelle ou d'usage délibéré de matériel biologique, chimique ou radionucléaire affectant la santé, WHA56.19 sur la lutte contre les pandémies et les épidémies annuelles de grippe, WHA56.28 et WHA58.3 sur la révision du Règlement sanitaire international, WHA56.29 sur le syndrome respiratoire aigu sévère, WHA58.5 sur la pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action, WHA59.2 et WHA61.2 sur l'application du Règlement sanitaire international (2005), et WHA62.10 sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages, ainsi que le rapport A62/6 de l'Assemblée mondiale de la santé sur l'application du Règlement sanitaire international et le document EUR/RC56/9 Rev.1 du Comité régional sur le renforcement de la sécurité sanitaire : les problèmes qui se posent dans la Région européenne de l'OMS et l'action menée par le secteur sanitaire, qui répondent tous à la nécessité d'assurer une sécurité mondiale en matière de santé publique ;

Préoccupé par les problèmes posés par la grippe pandémique H1N1 2009 et demandant la prise de mesures individuelles et collectives adaptées, à un moment où la crise économique mondiale a des effets néfastes sur les systèmes de santé et les moyens de subsistance des populations ;

Conscient que le Règlement sanitaire international (RSI) est un instrument essentiel de protection contre la propagation internationale de maladies et joue un rôle important dans la lutte contre la pandémie grippale H1N1 2009 actuelle en particulier ;

Reconnaissant le rôle de l'OMS dans les activités régionales et mondiales d'alerte et d'action et conscient que la lutte contre les risques internationaux en matière de santé publique exige une collaboration étroite, des stratégies efficaces et des ressources spéciales dans le cadre d'un partenariat aux niveaux sous-national, national et international ;

Conscient de la diversité de la Région sur le plan de la capacité des États membres à détecter en temps utile les risques en matière de santé publique, et à prendre des mesures adaptées pour y faire face ;

Reconnaissant que le développement des capacités et l'application du RSI sont pour les États membres et l'OMS des processus continus, qui exigent un engagement constant et des ressources ;

Ayant examiné le document de référence présenté par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (document EUR/RC59/10) ;

1. PRIE INSTAMMENT les États membres de la Région européenne de l'OMS :
  - a) de soutenir la mise en place ou le maintien, d'ici à 2012, des capacités principales requises au titre du RSI pour les fonctions d'alerte avancée et d'action aux niveaux sous-national, national et international ;
  - b) de renforcer les capacités en utilisant les ressources, les initiatives et les structures existantes, et de maximiser les synergies afin de détecter les maladies émergentes et réémergentes, ainsi que les caractéristiques en évolution constante des risques pour la santé publique ;
  - c) de doter les points focaux nationaux pour le RSI des pouvoirs nécessaires pour stimuler la collaboration et le dialogue entre les secteurs et disciplines pertinents, de façon à ce que les fonctions d'alerte avancée et d'action soient mises en œuvre et que le processus d'évaluation des risques détermine les actions de santé publique requises ;



- d) de conférer les pouvoirs nécessaires aux professionnels des soins de santé, qui représentent une ressource essentielle du système de santé, en veillant à leur protection personnelle adéquate, en prenant des mesures de lutte contre les infections et en favorisant une interaction entre le personnel de soins de santé et les professionnels de santé publique ;
  - e) de participer à des partenariats caractérisés par la solidarité entre les États membres, afin de favoriser des échanges d'informations d'expérience et d'enseignements tirés, et de soutenir ainsi le renforcement des capacités et des activités de réaction au-delà des frontières nationales ;
  - f) d'utiliser l'occasion exceptionnelle qu'offre l'application du RSI, y compris l'élaboration d'un plan d'action national pour le RSI, pour renforcer les partenariats nationaux ;
  - g) de rassembler, dans le cadre d'un partenariat, les ressources nécessaires pour mettre en place et maintenir les principales capacités nécessaires aux niveaux sous-national et national, comme indiqué dans l'annexe 1 du RSI ;
  - h) de tirer et mettre à profit les enseignements résultant des risques sanitaires passés et présents, y compris la grippe pandémique H1N1 2009, afin d'adapter les mesures aux futurs risques publics et de développer ou maintenir les capacités en se fondant sur des informations factuelles ;
2. PRIE le directeur régional :
- a) de soutenir les États membres dans l'application du RSI, et la préparation aux pandémies et l'action contre ces dernières en se fondant sur les besoins, et de continuer à suivre les activités et les capacités, afin d'élaborer des stratégies régionales d'action et de renforcement des capacités à long terme ;
  - b) de continuer à donner des impulsions en coordonnant les activités et en les classant par ordre de priorité, et de fournir des outils et un soutien technique aux États membres, en particulier à ceux qui éprouvent des difficultés ;
  - c) de faciliter les échanges d'informations et d'expériences entre les États membres et de communiquer régulièrement aux points focaux nationaux pour le RSI des informations sur la détection, l'évaluation et la gestion des événements, y compris les enseignements tirés de l'application du RSI ;
  - d) de participer à des partenariats mondiaux et régionaux pour favoriser la coordination avec d'autres organismes intergouvernementaux pertinents, tout en maintenant une communication directe entre les États membres et l'OMS pour la détection, l'évaluation et l'action en ce qui concerne les risques internationaux en matière de santé publique ;
  - e) de tirer des enseignements de la grippe pandémique H1N1 2009 afin de les traduire en recommandations fondées sur des informations factuelles à l'intention des États membres et de l'OMS dans la Région européenne, et de renforcer les capacités de détection, d'évaluation et d'action à court, moyen et long terme ;
  - f) de collaborer avec les États membres et de participer à des partenariats mondiaux et régionaux, en favorisant une coordination avec d'autres organes intergouvernementaux compétents dans le cadre d'efforts accomplis pour mobiliser des ressources humaines et financières en vue de la détection, de l'évaluation et de la prise en charge des risques internationaux pour la santé publique, notamment la grippe pandémique H1N1 2009 ;
  - g) de fournir des compétences et des documents d'orientation technique pour suivre la mise en œuvre des plans d'action nationaux en matière de RSI ;

- h) à la demande de l'État partie concerné, de faciliter la certification, par l'OMS, des aéroports et des ports en vertu de l'article 20, paragraphe 4 du Règlement.

## **EUR/RC59/R6**

### **Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2010-2014**

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution EUR/RC58/R6 adoptée à sa cinquante-huitième session ;

1. RECONFIRME que la soixantième session se tiendra à Moscou (Fédération de Russie) du 13 au 16 septembre 2010 ;
2. DÉCIDE que la soixante et unième session se tiendra en Azerbaïdjan du 12 au 15 septembre 2011 ;
3. DÉCIDE que la soixante-deuxième session se tiendra à Malte du 10 au 13 septembre 2012 ;
4. DÉCIDE que la soixante-troisième session se tiendra au Portugal du 16 au 19 septembre 2013.
5. DÉCIDE ÉGALEMENT que la soixante-quatrième session se tiendra à Copenhague en 2014 (dates à confirmer).

## **EUR/RC59/R7**

### **Rapport du seizième Comité permanent du Comité régional**

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du seizième Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC59/4 et EUR/RC59/4 Add.1) ;

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

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

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

**2. Allocution de la directrice générale****3. Allocution du directeur régional sur l'activité du Bureau régional****4. Débat général****5. Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif****6. Rapport du seizième Comité permanent du Comité régional (CPCR)****7. Questions de politique et questions techniques**

- a) La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS
- b) Pour une meilleure gouvernance en matière de santé dans la Région européenne de l'OMS
- c) Politiques relatives au personnel de santé dans la Région européenne de l'OMS (y compris le recrutement international du personnel de santé : projet de code de pratique mondial – *question renvoyée au Comité régional par le Conseil exécutif lors de sa cent vingt-quatrième session*)
- d) Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS

**8. Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional de l'OMS pour l'Europe**

- L'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
- Progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

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

- a) Désignation d'un candidat au poste de directeur régional de l'Europe
- b) Désignation de deux membres du Conseil exécutif
- c) Élection de trois membres du Comité permanent du Comité régional
- d) Élection d'un membre du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

**10. Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2010-2013**

11. Questions diverses
12. Adoption du rapport et clôture de la session

**Séances d'information technique**

La grippe pandémique A (H1N1) 2009 : aperçu et rôle du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en matière de préparation et d'intervention

Préparatifs de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé

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

|                  |   |
|------------------|---|
| EUR/RC59/1 Rev.2 | Liste des documents   |
| EUR/RC59/2 Rev.1 | Ordre du jour provisoire  |
| EUR/RC59/3 Rev.1 | Programme provisoire  |
| EUR/RC59/4       | Rapport du seizième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe                                  |
| EUR/RC59/4 Add.1 | Seizième Comité permanent du Comité régional<br>Rapport de la cinquième session                                 |
| EUR/RC59/5 Rev.1 | Composition d'organes et de comités de l'OMS  |
| EUR/RC59/6       | Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif |
| EUR/RC59/7       | La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS                |
| EUR/RC59/8       | Gouvernance en matière de santé dans la Région européenne de l'OMS  |
| EUR/RC59/9       | Politiques relatives au personnel de santé dans la Région européenne de l'OMS                                   |
| EUR/RC59/10      | L'application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS                    |

**Documents de conférence**

|                      |  |
|----------------------|--|
| EUR/RC59/Conf.Doc./1 | Rapport du seizième Comité permanent du Comité régional  |
| EUR/RC59/Conf.Doc./2 | La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS |
| EUR/RC59/Conf.Doc./3 | Politiques relatives au personnel de santé dans la Région européenne de l'OMS                    |
| EUR/RC59/Conf.Doc./4 | Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2010-2013                           |
| EUR/RC59/Conf.Doc./5 | Désignation du directeur régional de l'Europe  |
| EUR/RC59/Conf.Doc./6 | Expression de gratitude au docteur Marc Danzon   |

EUR/RC59/Conf.Doc./7 Répartition, avec le Conseil de l'Europe, des tâches dans le domaine de la sécurité transfusionnelle et de la transplantation d'organes <sup>1</sup>

EUR/RC59/Conf.Doc./8 Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS

**Document d'information**

EUR/RC59/Inf.Doc./1 Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé

**Document de référence**

EUR/RC59/BD/1 Les migrations internationales du personnel de santé

---

<sup>1</sup> Projet de résolution retiré par le Danemark et les États membres qui le soutenaient.

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

Professeur Isuf Kalo  
Directeur, Centre national de la qualité, de la sécurité et de l'accréditation des institutions de santé, ministère de la Santé

Dr Alban Ylli  
Directeur, Institut de santé publique

**Allemagne***Représentants*

Mme Marion Caspers-Merk  
Secrétaire d'État parlementaire, ministère fédéral de la Santé

Dr Ewold Seeba  
Directeur général, Politique sanitaire européenne et internationale, ministère fédéral de la Santé

*Suppléants*

M. Udo Scholten  
Directeur général adjoint, Politique sanitaire européenne et internationale, ministère fédéral de la Santé

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

*Conseillers*

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

M. Stefan Stähle  
Conseiller, Nations Unies, ministère fédéral des Affaires étrangères

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

**Andorre***Représentants*

Dr Cristina Rodríguez Galán  
Ministre de la Santé, du Bien-être et du Travail

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

**Arménie***Représentants*

Professeur Ara Babloyan  
Président, Comité permanent de la santé, Assemblée nationale

Dr Tatul Hakobyan  
Vice-ministre de la Santé

*Suppléante*

Dr Narine Beglaryan  
Directrice, Service de la coopération internationale, ministère de la Santé

*Conseiller*

M. Arman Melkonyan  
Conseiller auprès du ministre de la Santé

**Autriche***Représentantes*

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

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

**Azerbaïdjan***Représentants*

Professeur Ogtay Shiraliyev  
Ministre de la Santé

Dr Samir A. Abdullayev  
Chef, Service des relations internationales, ministère de la Santé

*Suppléante*

Dr Gulsom Gurbanova  
Conseillère principale, Service des relations internationales, ministère de la Santé



**Bélarus***Représentant*

Dr Robert Chasnoyt  
Premier vice-ministre de la Santé

**Belgique***Représentants*

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

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

*Suppléants*

Mme Riet de Kempeneer  
Direction générale Soins de santé primaires et gestion de crise, Service public fédéral, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

M. Baptiste Glorieux  
Attaché, service des Relations internationales, Service public fédéral, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Mme Marleen Van Dijk  
Service Information et soutien, Agence flamande Soins et santé

**Bosnie-Herzégovine***Représentants*

M. Sredoje Nović  
Ministre des Affaires civiles

Son Excellence M. Muhamed Hajdarević  
Ambassadeur de la Bosnie-Herzégovine au Danemark

*Suppléants*

Dr Safet Omerović  
Ministre fédéral de la Santé

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

Dr Admir Čandić  
Chef, Département de la santé et autres services, district de Brčko

M. Branko Sukara  
Premier secrétaire, Ambassade de Bosnie-Herzégovine au Danemark

*Conseiller*

M. Rade Marković  
Interprète, ministère des Affaires civiles

**Bulgarie***Représentants*

Dr Bozhidar Nanev  
Ministre de la Santé

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

*Suppléants*

Mme Dessislava Parusheva  
Deuxième secrétaire, Service des organisations humanitaires internationales, Direction  
des droits de l'homme et des organisations humanitaires internationales, ministère de la  
Santé

Son Excellence M. Valentin Poriazov  
Ambassadeur de Bulgarie au Danemark

Mme Plamena Todorova  
Chargée d'affaires, Ambassade de Bulgarie au Danemark

**Chypre***Représentants*

Dr Christos G. Patsalides  
Ministre de la Santé

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

*Suppléants*

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

M. George Campanellas  
Administrateur, Cabinet du ministre, ministère de la Santé

*Conseiller*

M. Demetris Constantinou  
Responsable des relations avec la presse, ministère de la Santé

**Croatie***Représentants*

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

Mme Sibila Žabica  
Conseillère ministérielle pour l'intégration européenne, ministère de la Santé et du Bien-être social

*Suppléante*

Mme Ivana Šuta  
Chargée d'affaires, Ambassade de Croatie au Danemark

**Danemark***Représentants*

M. Jakob Axel Nielsen  
Ministre de la Santé et de la Prévention

M. Kristian Wendelboe  
Secrétaire permanent, ministère de la Santé et de la Prévention

*Suppléants*

M. Jesper Fisker  
Directeur général de la santé, Conseil national de la santé

Dr Claus Munk Jensen  
Directeur général adjoint, Conseil national de la santé

*Conseillers*

M. Mogens Jørgensen  
Chef de division, ministère de la Santé et de la Prévention

Dr Else Smith  
Responsable, Centre de prévention et de promotion de la santé, Conseil national de la santé

Dr Birte Obel  
Chef de division, Conseil national de la santé

Mme Marianne Kristensen  
Conseillère principale, Conseil national de la santé

M. Peter Arnt Nielsen  
Secrétaire personnel auprès du ministre de la Santé et de la Prévention

M. Anders M. Jacobsen  
Secrétaire personnel auprès du ministre de la Santé et de la Prévention

Mme Helle Engslund Krarup  
Chef de division, ministère de la Santé et de la Prévention

### **Espagne**

#### *Représentant*

M. Ildefonso Hernández Aguado  
Directeur général, Santé publique et santé extérieure, ministère de la Santé et de la Consommation

#### *Suppléants*

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

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

### **Estonie**

#### *Représentants*

M. Hanno Pevkur  
Ministre des Affaires sociales

Dr Maris Jesse  
Directrice, Institut national de développement sanitaire

#### *Suppléantes*

Son Excellence Mme Meelike Palli  
Ambassadrice d'Estonie au Danemark

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

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

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

#### *Représentants*

Dr Bujar Osmani  
Ministre de la Santé

M. Salim Kerimi  
Chargé d'Affaires, Ambassade de l'ex-République yougoslave de Macédoine au Danemark

*Suppléants*

M. Vulnet Gavazi  
Conseiller, cabinet du ministre de la Santé

M. Emel Emrula  
Conseiller, cabinet du ministre de la Santé

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

**Fédération de Russie***Représentants*

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

Professeur Vladimir Starodubov  
Directeur, Institut central de recherche en matière de gestion et d'informations sanitaires,  
ministère de la Santé et du Développement social

*Suppléant*

Dr Oleg Chestnov  
Directeur adjoint, Service de la coopération internationale, ministère de la Santé et du  
Développement social

*Conseillers*

M. Anatoly Kotelnikov  
Conseiller du ministre de la Santé et du Développement social

Dr Vadim Yegorov  
Directeur adjoint, Service des sciences, de l'enseignement et de la politique relative au  
personnel, ministère de la Santé et du Développement social

Professeur Yulia Mikhailova  
Première directrice adjointe, Institut central de recherche en matière de gestion et  
d'informations sanitaires, ministère de la Santé et du Développement social

M. Nikita Sikachev  
Conseiller principal, Service des organisations internationales, ministère des Affaires  
étrangères

Mme Zoya Sereda  
Chef, Service de la protection sanitaire et du bien-être sanitaire et épidémiologique,  
ministère de la Santé et du Développement social

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

Dr Yulia Demina  
Chef de service adjointe, Service fédéral pour la surveillance de la protection des droits et  
du bien-être des consommateurs

Dr Mark Tsechkovsky  
Directeur, Institut central de recherche en matière de gestion et d'informations sanitaires,  
ministère de la Santé et du Développement social

Mme Nadezhda Kuleshova  
Chef spécialiste, Service de la coopération internationale, ministère de la Santé et du  
Développement social

### **Finlande**

#### *Représentantes*

Dr Päivi Sillanaukee  
Directrice générale, Département des services sociaux et sanitaires, ministère des Affaires  
sociales et de la Santé

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

#### *Suppléants*

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

Dr Taru Koivisto  
Conseillère ministérielle, Département de la promotion du bien-être et de la santé,  
ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Outi Kuivasniemi  
Conseillère ministérielle, Unité des affaires internationales, ministère des Affaires  
sociales et de la Santé

Dr Eeva Ollila  
Conseillère ministérielle, Département de la promotion du bien-être et de la santé,  
ministère des Affaires sociales et de la Santé

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

Dr Ilmo Keskimäki  
Chef de division, Institut national de la santé et du bien-être

### **France**

#### *Représentants*

M. Olivier Martin  
Premier secrétaire, Ambassade de France au Danemark

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

*Suppléantes*

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

Mme Arila Pochet  
Directrice générale de la santé, ministère de la Santé et des Sports

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

Mme Natacha Tolstoi  
Rédactrice, ministère des Affaires étrangères et européennes

Mme Christine d'Autume  
Chef de service, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

**Géorgie***Représentants*

M. Alexander Kvitashvili  
Ministre du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

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

*Suppléant*

Son Excellence M. David Kereselidze  
Ambassadeur de Géorgie au Danemark et en Norvège

*Conseillers*

Mme Nino Mirzikashvili  
Directrice, Service des relations internationales, ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

M. Ivane Kachiuri  
Directeur général, Hôpital central des enfants M. Iashvili

**Grèce***Représentante*

Mme Maria Trochani  
Secrétaire générale, Secrétariat de la solidarité sociale, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

*Conseillère*

Mme Katerina Tzirara  
Secrétariat de la solidarité sociale, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

## Hongrie

### *Représentants*

Dr Tamás Székely  
Ministre de la Santé

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

### *Suppléants*

Son Excellence Dr András Tóth  
Ambassadeur de Hongrie au Danemark

Dr Árpád Mészáros  
Directeur général adjoint, ministère de la Santé

### *Conseillers*

Mme Noémi Kondorosi  
Conseillère, ministère de la Santé

M. Emre Tamás Schild  
Interprète, ministère de la Santé

## Irlande

### *Représentant*

M. Michael Mulkerrin  
Premier attaché d'administration, ministère de la Santé et de l'Enfance

### *Suppléant*

M. Keith Comiskey  
Administrateur principal, ministère de la Santé et de l'Enfance

## Islande

### *Représentant*

Dr Sveinn Magnusson  
Conseiller médical principal, ministère de la Santé

## Israël

### *Représentants*

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

Professeur Alex Leventhal  
Directeur, Service international, ministère de la Santé



**Italie***Représentants*

Dr Fabrizio Oleari  
Directeur général, Direction générale pour la prévention, ministère du Travail, de la Santé  
et des Politiques sociales

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

**Kazakhstan***Représentants*

Professeur Maksut Kulzhanov  
Recteur, École de santé publique du Kazakhstan

Dr Zhibek Karagulova  
Conseillère, Mission permanente du Kazakhstan auprès de l'Office des Nations Unies et  
des autres organisations internationales à Genève

**Kirghizistan***Représentant*

Dr Marat Mambetov  
Ministre de la Santé

*Conseiller*

Dr Boris Dimitrov  
Conseiller auprès du ministre de la Santé

**Lettonie***Représentante*

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

**Lituanie***Représentants*

M. Algis Čaplikas  
Ministre de la Santé

M. Antanas Matulas  
Président, Comité parlementaire pour les affaires sanitaires

*Suppléant*

M. Viktoras Meižis  
Chef, Service des affaires étrangères et de l'Union européenne, ministère de la Santé

*Conseillers*

Professeur Vilius Grabauskas  
Chancelier, Université de médecine de Kaunas

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

**Luxembourg***Représentantes*

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

Mme Aline Schleder-Leuck  
Conseillère exécutive principale, ministère de la Santé

**Malte***Représentants*

Dr Joseph Cassar  
Secrétaire parlementaire pour la santé, ministère des Politiques sociales

Dr Ray Busuttil  
Directeur général, Service de la réglementation de la santé publique, ministère des Politiques sociales

*Suppléante*

Dr Miriam Dalmas  
Directrice, Élaboration de politiques et affaires de l'Union européenne, ministère des Politiques sociales

*Conseiller*

M. Glenn Bugeja  
Chef de secrétariat, Secrétariat parlementaire pour la santé, ministère des Politiques sociales

**Monaco***Représentantes*

Dr Anne Nègre  
Directrice, Action sanitaire et sociale

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

**Monténégro***Représentants*

Professeur Miodrag Radunović  
Ministre de la Santé

Dr Boban Mugoša  
Directeur, Institut de santé publique

*Conseillère*

Mme Nina Milović  
Conseillère principale, ministère de la Santé

**Norvège***Représentants*

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

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

*Suppléants*

Mme Elisabeth Vaagen  
Sous-directrice générale, ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Tone Wroldsen  
Conseillère principale, ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Mme Arnhild Rimestad Haga  
Directrice, Direction de la santé

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

M. Ragnar Skjøld  
Conseiller principal, ministère de la Santé et des Services sociaux

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

**Ouzbékistan***Représentants*

Professeur Adham Ikramov  
Ministre de la Santé

Dr Abdunumon Sidikov  
Chef, Service des relations extérieures, ministère de la Santé

### **Pays-Bas**

#### *Représentants*

Dr Ab Klink  
Ministre de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

Mme Annemiek van Bolhuis  
Directrice générale adjointe de la santé publique

#### *Suppléants*

Dr Marc Sprenger  
Directeur général, Institut national pour la santé publique et l'environnement

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

#### *Conseillers*

Mme Frieda M. Nicolai  
Conseillère principale en matière de politique, Service des affaires internationales, ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

Mme Regine Aalders  
Conseillère principale en matière de politique, Service des affaires internationales, ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

Mme Eva van Woersem  
Conseillère en matière de politique, Nations Unies et institutions financières, ministère des Affaires étrangères

M. Roland Driecé  
Attaché aux affaires sanitaires, Mission permanente des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Stephan Koole  
Directeur, Service de l'information et de la communication, ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports

Mme Bibiche Wymenga  
Assistante personnelle au directeur général, Institut national pour la santé publique et l'environnement

M. Hans Sprokkreeff  
Chef adjoint de la mission, Ambassade des Pays-Bas au Danemark

Mme Iris Crouwers  
Conseillère principale, Presse et Affaires culturelles, Ambassade des Pays-Bas au Danemark

M. Jos Draijer  
Conseiller pour la santé publique, Représentation permanente des Pays-Bas auprès de  
l'Union européenne

### **Pologne**

#### *Représentants*

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

M. Jakub Piotrowski  
Chef de cabinet politique du ministre, ministère de la Santé

#### *Suppléants*

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

Dr Roman Danielewicz  
Directeur, Service des sciences et de l'enseignement supérieur, ministère de la Santé

#### *Conseillère*

Mme Justyna Tyburska  
Spécialiste, Service de la coopération internationale, ministère de la Santé

### **Portugal**

#### *Représentants*

Professeur Maria do Céu Machado  
Haute commissaire à la santé

Son Excellence M. João Silveira Carvalho  
Ambassadeur du Portugal au Danemark

#### *Suppléant*

Professeur José Pereira Miguel  
Président, Institut national de santé

#### *Conseillers*

M. Paulo Nicola  
Conseiller au Haut Commissariat de la santé, ministère de la Santé

Mme Filipa Pedrosa  
Conseillère au Haut Commissariat de la santé, ministère de la Santé

### **République de Moldova**

#### *Représentantes*

Mme Larisa Catrinici  
Ministre de la Santé

Mme Eugenia Berzan  
Directrice, Division des relations internationales et de l'assistance extérieure, ministère de la Santé

### **République tchèque**

#### *Représentants*

M. Ivo Hartmann  
Directeur général, Affaires économiques et internationales, ministère de la Santé

Mme Michaela Pruchova  
Service des affaires internationales et de l'Union européenne, ministère de la Santé

#### *Conseiller*

M. Lukas Matysek  
Ministère de la Santé

### **Roumanie**

#### *Représentants*

Dr Cristian Irimie  
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

Dr Alexandru Rafila  
Conseiller auprès du ministre de la Santé

#### *Suppléants*

Dr Cristian Vladescu  
Directeur général, École nationale de santé publique et de gestion sanitaire

Mme Luminita Popescu  
Directrice, Direction des relations internationales, ministère de la Santé

#### *Conseiller*

M. Alexandru Atanasiu  
Ambassade de Roumanie au Danemark

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

#### *Représentant*

Sir Liam Donaldson  
Directeur général de la santé, ministère de la Santé

#### *Suppléants*

Dr David Harper  
Directeur général, Amélioration et protection de la santé, Département de la santé

Mme Sarah Hendry  
Directrice, Santé internationale, Département de la santé

*Conseillers*

M. Niall Fry  
Secrétaire particulier adjoint, Département de la santé

Dr Nicola Watt  
Gestionnaire responsable de politiques, Département de la santé

Mme Adetola Akinfolajimi  
Directrice internationale adjointe, Département de la santé

**Saint-Marin***Représentant*

M. Pier Paolo Pasini  
Directeur général, Institut de sécurité sociale

*Suppléant*

M. Mauro Fiorini  
Expert juridique, Autorité de la santé et de la protection sociale

**Serbie***Représentants*

Professeur Tomica Milosavljević  
Ministre de la Santé

Dr Elizabeth Paunović  
Assistante, ministère de la Santé

*Suppléante*

Mme Marija Barlović  
Conseillère, Ambassade de Serbie au Danemark

**Slovaquie***Représentants*

M. Daniel Klačko  
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

Mme Zuzana Slezáková  
Directrice, Service de l'enseignement, ministère de la Santé

*Suppléants*

Mme Elena Jablonická  
Service des relations internationales, ministère de la Santé

Dr Vladimír Jurina  
Autorité de la santé publique

## Slovénie

### *Représentants*

Dr Ivan Eržen  
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

Son Excellence M. Bogdan Benko  
Ambassadeur de Slovénie au Danemark

### *Suppléantes*

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

Mme Irena Rappelj  
Première secrétaire, Ambassade de Slovénie au Danemark

## Suède

### *Représentants*

M. Lars-Erik Holm  
Directeur général, Conseil national de la santé et de la protection sociale

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

### *Suppléants*

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

Mme Anna Halén  
Directrice adjointe, ministère de la Santé et des Affaires sociales

Mme Sofia Jerneck  
Chef de service, ministère de la Santé et des Affaires sociales

Mme Maria Möllergren  
Conseillère juridique, Conseil national de la santé et de la protection sociale

Mme Ingvor Bjugård  
Conseillère principale, Association suédoise des autorités locales et des régions

## Suisse

### *Représentants*

Professeur Thomas Zeltner  
Directeur, Office fédéral de la santé publique

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



*Suppléants*

M. Jean-Daniel Biéler  
Directeur adjoint, Division des affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

M. Franz Wyss  
Secrétaire principal, Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé publique

*Conseillères*

Mme Stephanie Gratwohl  
Département fédéral des affaires étrangères

Mme Marie Battiston  
Mission permanente de la Suisse auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

**Tadjikistan***Représentants*

M. Nusratullo Salimov  
Ministre de la Santé

M. Ilhomjon Bandaev  
Chef, Service des relations extérieures, ministère de la Santé

**Turkménistan***Représentant*

Dr Nurmuhammet Amanepesov  
Ministre adjoint de la Santé et de l'Industrie médicale

**Turquie***Représentants*

Professeur Recep Akdağ  
Ministre de la Santé

Son Excellence M. Melih Mehmet Akat  
Ambassadeur de Turquie au Danemark

*Suppléants*

Dr Mehmet Domaç  
Membre, Commission parlementaire de la santé, de la famille, du travail et des affaires sociales

Professeur Nihat Tosun  
Sous-secrétaire, ministère de la Santé, Service des affaires étrangères

Professeur Sabahattin Aydın  
Sous-secrétaire, ministère de la Santé

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

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

Dr Bekir Keskinliç  
Directeur général adjoint des Soins de santé primaires, ministère de la Santé

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

Dr Ahmet Refik İmamecioğlu  
Agence nationale de santé publique Refik Saydam, ministère de la Santé

Mme Fatma Pihava Ünlü  
Première secrétaire, Ambassade de Turquie au Danemark

### **Ukraine**

#### *Représentants*

Dr Vasil Knyazevych  
Ministre de la Santé

Son Excellence M. Pavlo Riabikin  
Ambassadeur d'Ukraine au Danemark

#### *Suppléants*

Dr Olesya Hulchiy  
Vice-recteur, Relations internationales, Université nationale de médecine O. Bohomolets

Dr Viktor Sirman  
Chef, cabinet du ministre de la Santé

Mme Zhanna Tsenilova  
Directrice, Service de l'intégration européenne et des relations internationales, ministère de la Santé

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

#### *Canada*

M. Robert Shearer  
Conseiller, Santé et affaires sociales, Mission du Canada auprès de l'Union européenne

#### *États-Unis d'Amérique*

M. David E. Hohman  
Attaché chargé des questions de santé, Mission permanente des États-Unis d'Amérique  
auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

### III. Observateurs d'États non membres

#### *Saint-Siège*

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

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

#### *Banque mondiale*

Dr Armin H. Fidler  
Conseiller principal pour la politique de santé, Santé, nutrition et population

#### *Organisation internationale pour les migrations*

Mme Linda Eriksson  
Chargée de liaison et de projet

### V. Représentants d'autres organisations intergouvernementales

#### *Conseil de l'Europe*

M. Alexander Vladychenko  
Dr Piotr Mierzewski

#### *Commission européenne – Centre européen de prévention et de contrôle des maladies*

Mme Zsuzsanna Jakab  
Dr Lucianne Licari  
Dr Massimo Ciotti

#### *Commission européenne – Direction générale « Santé et protection des consommateurs »*

Dr Andrzej Rys  
M. Matti Rajala  
M. Canice Nolan  
Dr Isabel De la Mata

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

#### *Alzheimer's Disease International*

M. Marc Wortmann

#### *Association internationale des femmes médecins*

Dr Vibeke Jørgensen

#### *Association médicale mondiale*

Mme Christina Lumby Rasmussen

*Association mondiale pour la santé sexuelle*

Dr Kevan Wylie

*Confédération mondiale pour la thérapie physique*

Dr Emma Stokes  
Mme Karen Langvad

*Commission internationale de la santé au travail*

Mme Suvi Lehtinen

*Fédération internationale de la vieillesse*

Mme Mirjana Saabye

*Fédération internationale de l'industrie du médicament*

Mme Sandra Gaisch

*Fédération internationale des associations des étudiants en médecine*

Dr Jacob Gren  
Mme Vanessa Ann Jessop  
M. Remco Kruithof  
M. Cansin Kurter  
M. Andrea Labruto  
Dr Georgios Polychronidis

*Fédération internationale des associations du dossier de santé*

Mme Darley Petersen

*Fédération internationale des industries des aliments diététiques*

Mme Marie Louise Elmgren  
M. Jean Claude Javet

*Fédération internationale du diabète*

Professeur Sehnaz Karadeniz

*Fédération internationale pour la planification familiale (Réseau européen)*

Mme Irene Donadio

*Fédération mondiale d'hémophilie*

Mme Catherine Hudon  
M. Brian O'Mahony

*Fédération mondiale du thermalisme et du climatisme*

Professeur Umberto Solimene  
Mme Natalia Tchaourskaia  
Dr Gabriela Crescini

*Industrie mondiale de l'automédication responsable*

Mme Sophie Crousse

*Réseau Medicus Mundi international*

Dr Mariska Meurs

**VII. Observateurs***Association médicale lituanienne*

Professeur Liutauras Labanauskas

Mme Lina Jakubaitienė

*Fédération européenne des associations d'infirmières*

M. Paul de Raeve

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

Mme Lillian Bondo

*Forum européen des soins primaires*

Dr Pim De Graaf

M. Diederik Aarendonk

*Forum EuroPharm*

Dr Dick Tromp

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

Dr Valery Chernyavskiy

Mme Hind Khatib Othman

Dr Urban Weber

*Réseau Régions-santé*

Dr Pina Frazzica

*Société européenne de santé publique*

Professeur Stanislaw Tarkowski

Dr Dineke Zeegers-Paget

*Hôtes et conseillers temporaires*

Dr Daniela Cîrlan

Professeur Danka Farkašová

Dr Jon Hilmar Iversen

Dr Viktors Jaksons

Mme Aase Lis Larsen

Professeur Guðjón Magnússon

Professeur Martin McKee

Professeur Elias Mossialos

Dr Božidar Voljč



## Annexe 4

### Rapport du directeur régional

Monsieur le Président, votre Altesse royale, mesdames et messieurs les ministres, représentants des États membres et des autres organisations, Madame la directrice générale,

Pour mon dernier rapport d'activités, j'ai essayé d'inscrire les activités du Bureau régional au cours des douze derniers mois dans une double perspective. Celle d'abord des dix années passées depuis ma prise de fonctions en l'an 2000. Un document vous a été remis retraçant les principaux événements, activités et priorités durant cette période. Je me suis aussi attaché à situer cette dernière année dans la perspective que j'ai toujours défendue d'une spécificité régionale s'inscrivant dans le cadre global du programme général de l'OMS.

#### Les faits marquants de cette année

Je ne vous surprendrais certainement pas en affirmant que l'année qui s'est écoulée depuis notre réunion à Tbilissi a été riche en événements. Sans ordre chronologique, je commencerai par le sujet qui nous préoccupe tous : la grippe pandémique H1N1 2009. Comme vous l'avez décidé ce matin, nous lui consacrerons une partie de la session de cet après-midi. Nous reprendrons ce sujet au cours de la séance d'information technique de demain.

#### La grippe pandémique H1N1 2009

Rarement dans l'histoire, une maladie a suscité autant d'émotion dans l'opinion publique et fait l'objet d'autant de couverture médiatique. Ceci, bien sûr, est surtout vrai dans les pays développés. C'est la première fois aussi depuis l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international en 2007 qu'un événement est classé dans la catégorie des urgences de santé publique de portée internationale.

La question de savoir s'il y a dramatisation ou non est souvent posée, mais ce n'est pas la vraie question. La pandémie existe, il ne fait aucun doute qu'elle se développera rapidement et durera longtemps. Certes, des incertitudes demeurent quant à son évolution. À l'heure actuelle, il est impossible de prévoir ce qui va advenir de la mutation et de la virulence de ce virus. Ce que nous savons, c'est qu'il est imprévisible et qu'il présente la caractéristique de toucher des populations plus jeunes que la grippe saisonnière.

L'histoire des pandémies nous montre qu'il faut être particulièrement vigilant et ne pas s'enfermer dans l'idée que ce virus est peu agressif. Face à un événement d'une telle ampleur, il est normal et légitime que l'OMS, comme les autorités nationales, ait choisi la transparence et la vérité plutôt que le secret qui lui aurait été plus reproché encore. Ce choix a pour conséquence naturelle une inquiétude des populations et une place dominante dans les médias. En contrepartie, la réponse à la pandémie actuelle bénéficie des plans de préparation nationaux mis en place à la suite des épidémies récentes de grippe aviaire et du SRAS. Notre mission est de continuer une surveillance étroite, de donner des informations vraies, de rassurer la population tout en l'incitant à suivre les mesures d'hygiène recommandées, et de préparer de façon très réfléchie la phase essentielle d'aujourd'hui, celle de la vaccination.

Dans les mois à venir, nous allons être confrontés à de nombreux problèmes que nous devons anticiper pour prendre les décisions les plus justes. Ces problèmes concernent les personnes prioritaires qui devront recevoir les premiers vaccins : personnels de santé, femmes enceintes, porteurs de maladies chroniques, en particulier respiratoires, et les personnes obèses. Nous

devons réfléchir aux messages à adresser aux personnes non prioritaires mais anxieuses qui vont vouloir être vaccinées alors qu'il n'y aura pas assez de doses disponibles. Cette même question se pose à l'échelle globale entre les pays qui pourront acquérir des vaccins en grand nombre et ceux qui seront exclus de ce marché. Les questions de la solidarité et des inégalités sont plus aiguës pendant les crises.

Une autre incertitude est la capacité des systèmes de santé à réaliser un programme de vaccination de masse. Cela souligne une fois encore l'importance du bon fonctionnement et de la bonne gestion des systèmes de santé.

La session de cet après-midi et la discussion technique de demain nous donneront l'opportunité d'aborder tous ces sujets et peut-être, dans une certaine mesure, d'harmoniser nos vues face à cette crise, notamment en ce qui concerne les répercussions des mesures sanitaires sur le fonctionnement des sociétés.

Aujourd'hui, plus qu'un risque individuel, la grippe pandémique H1N1 2009 représente un danger collectif par les répercussions économiques et sociales qu'elle aura. Leurs conséquences pourront mettre en danger les populations les plus défavorisées. Il faut contrecarrer ce cercle vicieux par une approche à la fois individuelle et collective.

### **La crise financière**

Dès les premiers assauts perceptibles de la crise, l'OMS a pris la mesure de l'événement en créant un groupe de travail que j'ai eu l'honneur, sur la proposition de Madame Chan, que je remercie, de coprésider avec le docteur Asamoah-Baah.

Nous avons régulièrement informé les États membres des risques de la crise pour les systèmes de santé et des réponses envisageables en particulier pour les pays en difficulté économique avec les conséquences que l'on connaît pour la santé des populations. Un document a été rédigé à ce sujet pour préparer la réunion exceptionnelle du Conseil exécutif dont le rapport a été lui aussi largement diffusé.

Au niveau de la Région européenne, une réunion de haut niveau s'est déroulée à Oslo en avril. En plus de l'échange d'informations et d'expériences, un esprit combatif s'est fait jour durant la réunion. Le secteur de la santé ne doit plus accepter d'être tenu pour responsable de dépenses exorbitantes mais au contraire faire valoir sa contribution, y compris économique, au développement. Un autre point fort de la réunion d'Oslo a été l'affirmation que les orientations élaborées au cours des dernières années par les ministères de la Santé très souvent avec l'OMS constituaient de bonnes réponses à la crise. C'est vrai en particulier pour les soins de santé primaires. Bien entendu, la crise, avec les problèmes sanitaires et sociaux qu'elle entraîne, ne peut en rien constituer une opportunité. Néanmoins, elle peut être un moment exceptionnel de prise de décisions et d'approfondissement des connaissances par l'expérience.

### **La crise de Gaza**

Je tiens à mentionner brièvement ici le rôle modeste mais positif que le Bureau régional a joué pendant l'hiver dernier en facilitant, grâce à ses contacts en Israël, le passage de médicaments fournis par la Turquie aux populations de la bande de Gaza.

### **La suite de la Conférence de Tallinn sur les systèmes de santé**

La Conférence de Tallinn en juin 2008 a inauguré une nouvelle dynamique pour les systèmes de santé. Elle a suscité beaucoup d'espoir pour le progrès de la santé. Il était donc essentiel que la cérémonie de clôture soit suivie d'actions concrètes.



Une attention particulière pour le suivi national et régional a concerné l'évaluation des performances et l'approfondissement du « *stewardship* ». Au niveau régional, et grâce à un soutien financier du Département de la santé du Royaume Uni, nous avons initié un travail dans ces deux domaines.

Dans le même temps, nous nous sommes associés à quelques États membres de la Région pour réaliser des évaluations de la performance de leur système de santé et analyser les effets de certaines réformes notamment en Estonie, Géorgie, Kirghizistan, Lettonie, Portugal et Tadjikistan.

Dans la même optique, nous avons favorisé la formation en organisant des sessions regroupant plusieurs pays, par exemple, les pays baltes et la Pologne.

En février 2009, une première réunion de suivi formelle a été organisée au cours de laquelle les États membres de la Région ont échangé leurs opinions sur la suite à donner à la Charte de Tallinn dans le nouveau contexte économique.

Le sujet des systèmes de santé est suffisamment large et intégrant pour donner une unité et une perspective à de nombreuses actions de santé. Je citerai ici la **Journée mondiale de la santé** sur la sécurité des hôpitaux dans les situations d'urgence. Cette journée mondiale a suscité de nombreuses activités dans bien des pays de la Région. J'ai moi-même participé à un test grandeur nature sur ce thème en République de Moldova. Je dois dire que j'ai été impressionné par le sérieux et la motivation des participants de différents secteurs. J'en ai conclu que les systèmes de santé devaient apprendre à mieux faire face aux crises qui menacent aujourd'hui le monde et adopter des méthodes de formation, d'expérimentation et de simulation largement utilisées dans d'autres secteurs.

Je relierai aussi la Conférence de Tallinn au travail continu que nous faisons, stimulés par nos États membres, et notamment la Norvège, dans le domaine de la **migration des personnels de santé**. Comme dans chaque région, à la demande du Conseil exécutif, une session de Comité régional est consacrée à ce sujet. La Région européenne a contribué et contribuera à l'adoption du code actuellement en cours de mise au point. En tant que membre du Conseil mondial sur ce sujet, j'ai contacté mes collègues directeurs régionaux pour dynamiser et harmoniser l'engagement des Régions dans ce domaine.

La célébration du **Trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata** a réuni en octobre dernier des participants du monde entier dans la célèbre ville du Kazakhstan. Ce fut pour l'OMS et sa directrice générale l'occasion de réaffirmer l'importance plus que jamais actuelle des soins de santé primaires pour les systèmes de santé. Le rapport diffusé à cette occasion définit les orientations modernes de ce niveau de service le plus proche du citoyen et des collectivités.

Je voudrais enfin mentionner ici le rôle essentiel, et de l'avis de tous, la très grande qualité de l'**Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé**. Cet observatoire, dirigé par le docteur Figueras, est un exemple de structure coopérative. Il a été très instrumental dans la Conférence de Tallinn elle-même. Ses publications : les « synthèses et analyses politiques », son université d'été et son soutien aux réformes dans de nombreux pays comme la Belgique, la Lettonie, la Pologne, la République de Moldova et le Royaume-Uni font de ce programme une clé essentielle de la continuité et des progrès de l'après Tallinn. Son travail en partenariat lui confère une large couverture au-delà même de la Région européenne.

## Les activités dans les différents domaines de la santé publique

### Les maladies transmissibles

Si la grippe a mobilisé beaucoup d'énergie, en particulier ces derniers mois, les autres activités dans ce domaine se sont néanmoins poursuivies, en particulier par l'organisation d'une **troisième Semaine européenne de la vaccination**. En 2009, 36 pays de la Région y ont participé entre le 20 et le 26 avril. Les moyens modernes de communication comme YouTube, Facebook, VKontakte et StudiVZ ont été mis à contribution pour diffuser notre message. La propagande antivaccinale se poursuit, en particulier via Internet, et il est indispensable de répondre en utilisant les mêmes canaux.

Malheureusement, l'objectif de l'élimination de la **rougeole** et de la **rubéole** dans la Région européenne en 2010 ne sera pas atteint. Les poches restantes de ces maladies correspondent au rejet de la vaccination par certaines populations.

En ce qui concerne la **tuberculose**, le fort engagement pris à Berlin il y a deux ans s'est poursuivi et renforcé. Une attention particulière a été apportée au problème de la tuberculose multirésistante dans les pays particulièrement concernés, notamment les 18 pays de la Région classés en haute priorité. Une assistance spécifique a été apportée aux pays éligibles pour obtenir des fonds en provenance du Fonds global, Green Light Committee, Global Drug Facility et UNITAID.

L'élimination du **paludisme** dans la Région est en réel progrès. Six pays cependant sur les 53 rapportent encore des cas contractés localement. Ce sont l'Azerbaïdjan, la Géorgie, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et la Turquie. Le Turkménistan est en cours de certification et l'Arménie fera de même très rapidement. Grâce au soutien du Fonds global, l'élimination du paludisme contribuera au développement de l'industrie, du tourisme et du commerce des pays encore touchés par la maladie.

### Les maladies non transmissibles

Ces maladies continuent d'être des priorités pour le travail du Bureau, en particulier en ce qui concerne la lutte contre les facteurs de risque, notamment le tabac, l'alcool et l'obésité. L'investissement du Bureau est aussi important dans le domaine de la maternité et l'enfance.

La sélection du chef du nouveau **centre d'Athènes** ainsi que des principaux membres du personnel est en cours, en parfaite concordance avec le règlement intérieur de l'OMS. Ce centre sera opérationnel à la fin de l'année 2009, ce qui permettra de renforcer les capacités du Bureau dans ce domaine et de stimuler la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque.

Dans le domaine de la **santé mentale**, l'année a été marquée par le lancement d'un rapport européen à Londres le 10 octobre 2008. Ce rapport, coproduit avec la Commission européenne et soutenu par le Département de la santé à Londres, fournit de nouvelles données sur les politiques et les pratiques de santé mentale dans toute la Région européenne. Il ouvre la porte à de nouvelles possibilités de comparaison entre pays sur la base d'indicateurs précis.

La préparation de la **Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé** se poursuit. Cette conférence se déroulera à Parme du 10 au 12 mars 2010 avec le soutien du gouvernement italien ainsi qu'il en a été décidé à la cinquante-quatrième session du Comité régional. Des réunions préparatoires ont eu lieu grâce au soutien de l'Allemagne, de l'Andorre, de l'Autriche, de l'Espagne, du Kirghizistan, du Luxembourg, de la Serbie et du Tadjikistan. Je vous rappelle qu'une séance technique se tiendra à ce sujet mercredi pendant le déjeuner.

### **Société et déterminants de la santé**

Le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, présenté en avant-première lors du Comité régional de Tbilissi, a donné lieu à une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé qui donne les directions à suivre pour traduire dans la réalité les recommandations de la Commission. Le rapport a été présenté et discuté cette année à de nombreuses reprises au cours de réunions rassemblant des universitaires, des décideurs politiques et des représentants d'organisations internationales. La réunion à Londres en novembre, à laquelle a participé le Premier ministre M. Brown, est un bon exemple de débat concret et animé autour de ce rapport.

Le 13 novembre 2008, le Bureau régional a organisé une conférence sur **les femmes et la prison** à Kyev en Ukraine, ceci en concordance avec l'engagement de l'OMS pour l'égalité entre les sexes défini dans la stratégie adoptée par l'Assemblée mondiale en 2007. La conférence s'est terminée par une déclaration qui a été également adoptée lors de la 18<sup>e</sup> session de la Commission de la prévention des crimes et de la justice. Une conférence internationale est prévue à Madrid au mois d'octobre sur le thème des principales maladies transmissibles en milieu carcéral.

J'ai le plaisir de vous annoncer qu'une très prestigieuse récompense de la Société américaine de santé publique a été attribuée au docteur Alex Gatherer en reconnaissance de son leadership dans la promotion de la santé des prisonniers dans le cadre du projet pour les prisons de l'OMS.

### **Le partenariat**

Axe essentiel de la Stratégie de pays adoptée en l'an 2000, le partenariat avec les autres organisations (membres ou non des Nations Unies, gouvernementales et non gouvernementales) a été important cette année aussi.

Les relations entre le Bureau régional de l'Europe et les institutions de l'Union européenne continuent de se développer dans un esprit de recherche d'un bénéfice mutuel. Le dernier bilan de cette coopération – établi comme chaque année à l'occasion de la réunion de haut niveau entre responsables de l'OMS et de la Commission européenne – montre de façon très claire un renforcement et un approfondissement de nos collaborations tant aux niveaux stratégique et technique que sur le terrain.

DG-SANCO est notre principal partenaire, mais des liens se développent aussi avec d'autres Directions : Emploi et Affaires sociales ; Agriculture ; Environnement et Régions. Nous collaborons également avec 6 agences techniques impliquées dans la santé. Cela est tout particulièrement vrai avec le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) avec lequel nous avons eu cette année une collaboration intense qui ne s'est pas limitée à la grippe pandémique H1N1 2009.

Nous avons poursuivi au cours de cette année notre collaboration avec les **présidences successives de l'Union européenne** française, tchèque et suédoise. Cette collaboration s'est effectuée dans de nombreux domaines, en particulier le contrôle des risques microbiologiques mais aussi le financement des systèmes de santé, les ressources humaines en santé, la prévention des accidents et des violences, l'alcool, et bien évidemment la grippe pandémique H1N1 2009.

Notre bureau à Bruxelles a été renforcé et un effort de formation de l'ensemble des personnels du Bureau régional a été fait pour améliorer notre connaissance des institutions et acteurs de l'Union européenne.

La collaboration avec nos **autres partenaires internationaux** s'est poursuivie, en particulier sur le terrain, notamment avec la Banque mondiale sur le renforcement des systèmes de santé,

avec l'UNICEF sur la vaccination, la nutrition, les accidents et violences, et avec le FNUAP sur la santé reproductive. Avec l'OCDE, nous travaillons à l'harmonisation et la dissémination de données et analyses sur la santé. Notre Bureau s'est maintenant doté de structures internes pour aider les États membres à obtenir des fonds de GAVI et du Fonds global.

Nous participons bien évidemment aussi aux réflexions et efforts visant à améliorer la coordination des stratégies et actions des agences des **Nations Unies (One UN)** tant sur le plan général que sur le terrain (tout particulièrement en Albanie, qui fait partie des pays pilotes pour ce processus).

### **La vie interne du Bureau**

L'enquête de satisfaction des États membres de la Région sur le travail du Bureau, réalisée cette année, a été reçue comme un encouragement à la poursuite de notre engagement envers les pays. Elle constitue aussi un guide intéressant pour le développement de nos services dans l'avenir. Un document de synthèse de ce travail vous a été distribué.

Sans rentrer dans le détail, je dirai simplement que les efforts ont été poursuivis pour renforcer la **délégation d'autorité** au personnel au plus près de l'activité, en particulier dans les bureaux de pays. Cette tendance pour le renforcement de la délégation d'autorité a été associée à un développement continu de la formation du personnel à tous les niveaux. J'ai personnellement attaché beaucoup d'importance au développement d'un esprit d'entreprise au sein du Bureau. Je veux dire une fois encore ma gratitude à tout le personnel et mon admiration pour leurs compétences et leur dévouement. Je sais que vous partagez mon opinion.

Comme vous le savez sûrement, nous mettons en place un **système de gestion globale** de l'OMS. Ceci représente un changement très important dans la manière dont nous effectuons notre travail. Cette mutation ne se fait pas sans difficulté et sans quelques grincements de dents. Mais la bonne volonté de tous, soutenue par un effort d'information et de formation, doit permettre de passer sans trop de mal la période transitoire de quelques mois.

Je voudrais une fois de plus ici me faire le témoin et le porte-parole des très grands progrès réalisés ces dernières années au sein de notre Organisation grâce à la volonté politique et à la grande diplomatie du docteur Chan. Mon rêve d'une Organisation à la fois unifiée et décentralisée, travaillant harmonieusement au service de ses États membres, est en train de se réaliser, sous son impulsion.

Les réunions régulières entre la **directrice générale et les directeurs régionaux** se sont poursuivies au cours de l'année. Les questions majeures de la politique de l'Organisation y ont été abordées de façon ouverte et franche dans l'unique objectif d'améliorer la gestion et l'efficacité de notre Organisation. La dernière de ces réunions a eu lieu à Tirana en Albanie. J'ai eu le grand plaisir, et je dois dire une certaine fierté, de présenter à mes collègues les réalisations du Bureau régional dans le pays et de faire part du respect et de la crédibilité dont bénéficie notre présence sur le terrain.

### **En conclusion**

Le 31 janvier prochain, je transmettrai à mon successeur les responsabilités que vous m'avez confiées il y a dix ans. Quel que soit celui ou celle que vous choisirez, je me ferai un devoir de faciliter cette phase de transition.

Je voudrais terminer ce dernier rapport en remerciant une fois encore les États membres de leur confiance, de leur soutien et de l'opportunité qu'ils m'ont donné de remplir une fonction en tout point exaltante. Je voudrais remercier une fois encore le personnel de l'OMS pour son indéfectible attachement à leur Organisation et pour le soutien permanent qu'il m'a apporté au cours de ces dix dernières années. Je voudrais enfin remercier le Comité permanent pour son soutien au travail du Bureau et à moi personnellement en tant que directeur régional.

Mon dernier mot sera pour son actuel président, le docteur Bjørn-Inge Larsen, pour son courage et son honnêteté scrupuleuse dans l'accomplissement de sa présidence. Je suis très heureux que nos relations de travail se soient transformées en amitié. Après tout, c'est ce qui reste de plus important une fois le travail accompli.

Je vous remercie de votre attention.



*Annexe 5***Allocution du directeur général**

Monsieur le Président, mesdames et messieurs les ministres, mesdames et messieurs les délégués, docteur Danzon, mesdames et messieurs,

Je voudrais tout d'abord remercier le docteur Danzon, ainsi que votre région, pour les nombreux succès enregistrés sous sa direction.

Ils ont commencé à être obtenus à une époque où les pays européens étaient enviés comme étant essentiellement un groupe de pays privilégiés aux niveaux de vie élevés, aux populations en excellente santé, aux espérances de vie élevées et aux systèmes de santé qui fonctionnent bien.

À partir de là, la région a élargi son programme d'action sanitaire vers de nouveaux horizons. Vous avez fait œuvre de pionniers en matière de santé et d'environnement, d'impact de l'urbanisation sur la santé, notamment sur la santé mentale, de besoins sanitaires essentiels des personnes âgées, ainsi que du rôle des modes de vies sains en médecine préventive.

Vous avez alerté sur l'augmentation des maladies chroniques et, là encore, sur la nécessité de la prévention. Vous avez jeté les bases permettant de comprendre les déterminants sociaux de la santé et d'en tenir compte en élaborant des politiques qui mettent en valeur la cohésion et la protection sociales comme objectifs politiques dignes de considération.

Ce travail s'est avéré prospectif pour le monde entier. Comme nous le savons, ces questions figurent désormais parmi celles qui préoccupent le plus la santé publique dans toutes les régions du monde.

Le programme d'action sanitaire pour la région a radicalement changé au cours des années 1990, lorsque les pays d'Europe centrale et orientale ont connu une rapide transition politique et économique. De vieux problèmes de santé ont resurgi ou sont devenus plus apparents, surtout quand les dépenses publiques en faveur de la santé ont chuté.

Les poches de pauvreté, ou les poches de problèmes, qui existaient auparavant se sont étendues à des pays entiers. L'attention s'est concentrée encore davantage sur les liens étroits entre prospérité et santé.

Des événements particuliers tels que la résurgence de la tuberculose et le retour de maladies que la vaccination permet d'éviter ont mis en évidence une détérioration alarmante des capacités de base des services de santé. Les conséquences de comportements malsains sont devenues plus manifestes, ce qui a également incité à s'intéresser aux déterminants sociaux de la santé.

Votre région a réagi à ces disparités dans un vrai esprit de solidarité. Privilège est devenu synonyme de responsabilité. Des ressources destinées à aider les pays ont été mises directement à leur disposition.

Le programme d'action s'est attaqué aux systèmes de santé fragiles, qui constituent un obstacle fondamental à l'obtention de résultats sanitaires plus équitables, et s'est penché sur les besoins de réforme. Ce faisant, les responsables de la santé de votre région ont relevé ce qui doit constituer aujourd'hui l'un des défis les plus importants et les plus difficiles de la santé publique : la réforme des soins de santé. Vous l'avez fait avec discipline et rigueur.

En 1998, votre bureau régional a participé en tant que partenaire fondateur à la création de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. L'Observatoire a abordé un domaine de recherche et de politique parfois problématique, en a tiré les leçons et les meilleures pratiques applicables en fonction des contextes, tout en rendant beaucoup plus facile à gérer un problème qui ne date pas d'hier. Des études normalisées des systèmes de santé en transition ont eu recours à la force des données et analyses scientifiques pour s'attaquer à une cause fondamentale des disparités en matière de santé en Europe.

Ce n'était qu'une des mesures générales mises en valeur par le docteur Danzon dans le cadre de son programme d'action, là encore pour le bien de la santé publique internationale.

La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé et la Charte de Tallinn qui en est issue ont souligné que le bon fonctionnement des systèmes de santé favorisait la prospérité nationale aussi bien que la santé. Cette charte a réuni de nombreux courants de pensée et objets de débat en un cadre cohérent et raisonnable, avec des options bien définies en ce qui concerne les mesures à prendre.

Des formules telles que « la santé dans toutes les politiques », « tous les ministres sont des ministres de la Santé » et « la santé c'est la prospérité » sont entrées dans le vocabulaire du développement sanitaire international. Cela s'est produit en un temps où les dirigeants mondiaux et les ministres d'autres secteurs étaient disposés, en raison des crises, à prêter une oreille très attentive. Quel héritage !

Marc, ce fut un grand plaisir personnel et professionnel de travailler avec toi. Sous ta direction, les résultats obtenus par cette région ont élargi à nouveau le programme d'action sanitaire. Ce sera fort utile pour le monde entier au moment où nous cherchons à tenir des engagements internationaux en matière de santé tels que les objectifs du Millénaire pour le développement et à l'heure où des crises mondiales multiples frappent sur de nombreux fronts.

Comme vous l'avez noté dans votre région, des systèmes de santé robustes sont essentiels pour passer à travers les tempêtes en cours et à venir que sont la récession économique, le changement climatique, la pandémie grippale, ainsi que les nombreuses autres crises mondiales que notre monde imparfait ne manquera pas d'engendrer.

Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi de citer l'un de vos documents : « Les autorités sanitaires de toute l'Europe s'inquiètent de ce que le système économique actuel ne distribue pas la richesse sur la base des valeurs de la solidarité et de l'équité, empêchant ainsi l'amélioration des résultats sanitaires. »

Précisément, c'est le cœur du problème. Le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé, publié en août dernier, relève quelque chose de particulièrement frappant : « La mise en œuvre des recommandations de la Commission dépend des changements dans le fonctionnement de l'économie mondiale. »

À l'époque, cette affirmation avait suscité certains haussements de sourcils. Le magazine *The Economist* avait loué les ambitions du rapport mais insinué que ses efforts pour corriger les déséquilibres mondiaux en matière de répartition du pouvoir et de l'argent revenaient à « hurler à la lune ».

Un mois plus tard, la crise financière a frappé le monde de plein fouet, là où ça fait le plus mal : au porte-monnaie. La course aux profits a engendré la crise financière, qui a échappé à tout contrôle en raison de la défaillance de la gouvernance d'entreprise et de la gestion des risques à tous les niveaux du système.



Dans un monde caractérisé par une interdépendance radicalement accrue entre les nations, les erreurs commises dans un pays ou un secteur sont hautement contagieuses et leurs conséquences profondément injustes. Les pays en développement sont les plus vulnérables et leurs capacités de résistance sont les plus faibles. Ils sont le plus durement frappés et mettent le plus de temps à se remettre.

Les objectifs du Millénaire pour le développement relèvent en quelque sorte de la stratégie corrective. Ils visent à compenser les politiques et systèmes internationaux qui engendrent des bénéfices mais ne disposent d'aucune règle garantissant une distribution équitable de ces bénéfices.

Les objectifs et les nombreuses initiatives nouvelles et instruments destinés à améliorer la santé sont absolument nécessaires et ont des effets très bénéfiques. Mais ils ne s'attaquent pas aux causes sous-jacentes des écarts importants en matière de résultats sanitaires, qui sont le fait d'erreurs politiques. Je pense qu'il s'agit de l'une des principales conclusions de la Commission des déterminants sociaux de la santé.

Certains analystes politiques et universitaires prédisent désormais la fin du modèle de marché capitaliste et indiquent que la mondialisation est en recul. On entend dire aussi avec force que la croyance aveugle dans le pouvoir du marché de résoudre tous les problèmes était mal placée.

Les dirigeants mondiaux qui luttent pour remettre en état la gestion de leurs économies ont été avisés de s'inspirer de ce qui se fait en Europe. Un État providence bien géré n'est pas l'ennemi de la mondialisation, mais au contraire, et comme certains le prétendent, son sauveur.

Comme nous le savons, les politiques et systèmes internationaux qui régissent les marchés financiers, les économies, le commerce et les affaires étrangères n'ont pas eu l'équité comme objectif général explicite.

Trop de modèles de développement sont partis du principe que les conditions de vie et l'état de santé des pauvres seraient en quelque sorte améliorés automatiquement si les pays modernisaient et libéralisaient leur commerce et renforçaient leurs économies. Cela ne s'est pas produit.

De trop nombreux systèmes internationaux ont eu pour effet de favoriser ceux qui étaient déjà bien pourvus. En réalité, ce n'est que lorsque l'équité sera un objectif général explicite, même dans des secteurs qui vont bien au-delà de la santé, que les écarts en matière de résultats sanitaires se réduiront et que les systèmes de santé rechercheront activement l'équité.

L'argent fait tourner le monde. Cela ne changera jamais. Mais comme nous l'avons vu, les forces du marché ne résoudront pas d'elles-mêmes les problèmes sociaux. Le monde a besoin de tourner autour d'un axe qui soit constitué par un système de valeurs. Nous avons besoin de cette symétrie. À défaut, la situation actuelle déjà dangereuse en raison des déséquilibres considérables en matière de revenus, d'opportunités et d'état de santé, ne fera que s'aggraver encore.

Les dirigeants de secteurs qui pèsent bien plus que la santé arrivent à des conclusions similaires. Lors du sommet du G20 qui s'est tenu en avril à Londres, les dirigeants mondiaux ont réclamé une réforme fondamentale des systèmes internationaux pour y introduire une dimension morale et les rendre attentifs à de vraies valeurs et préoccupations sociales. Ils ont exprimé la nécessité d'investir ces systèmes de valeurs telles que la collectivité, la solidarité, l'équité et la justice sociale.

Bien que cette nouvelle façon de penser soit bienvenue de la part des dirigeants mondiaux, il s'agit d'un vocabulaire familier pour la santé publique, car il date de la Déclaration d'Alma-Ata.

Pour une fois, les soubresauts de l'histoire tournent en faveur de la santé publique. Le potentiel qu'avait la Déclaration d'Alma-Ata de révolutionner la manière de dispenser les soins de santé s'est alors trouvé brisé net par une crise pétrolière, par une récession économique et par l'introduction de programmes d'ajustements structurels qui ont réduit les budgets destinés aux services sociaux, notamment aux soins de santé.

Aujourd'hui, une crise financière et une grave récession économique ont incité les dirigeants mondiaux à poursuivre le type de système de valeurs que les soins de santé primaires ont toujours incarnés. Maintenant que le monde doit faire face à des crises, peut-être que certains arguments mis en avant depuis très longtemps seront enfin entendus.

Mesdames et Messieurs,

La santé publique n'a pas eu son mot à dire au sujet des politiques qui sont responsables de la crise financière ou qui ont favorisé le changement climatique. Mais la santé publique a beaucoup à dire au sujet de la grippe pandémique, de la manière dont elle est gérée et des moyens d'en réduire les effets.

C'est l'occasion pour les chefs d'État et les ministres des Finances, du Tourisme et du Commerce d'écouter attentivement les ministres de la Santé. C'est l'occasion de rendre évident le besoin de mettre « la santé dans toutes les politiques ». C'est aussi l'occasion de renforcer la crédibilité des arguments traditionnels en faveur de la nécessité de renforcer les capacités sanitaires fondamentales d'une manière inclusive.

Nous avons eu de la chance, jusqu'à présent, avec la manière dont la pandémie a évolué. Dans l'écrasante majorité des cas, la maladie est bénigne et la guérison totale intervient en moins d'une semaine, même en l'absence de traitement médical.

Mais sur le plan clinique, il s'agit d'un virus des extrêmes. Il ne semble pas connaître de juste milieu. On trouve d'une part les cas bénins et d'autre part un petit nombre de patients qui développent rapidement une maladie très grave.

Bien que le nombre de cas soit limité, la pression sur les services de santé est disproportionnée. Le sauvetage de ces vies dépend de soins intensifs extrêmement spécialisés, dispensés à l'aide d'un équipement très pointu par un personnel hautement qualifié. Dans les pays qui sont dépourvus de telles capacités, ces vies seront en grand danger.

C'est bien entendu le cas d'une multitude d'autres maladies et problèmes de santé. La faiblesse de ces capacités coûte des vies. La pandémie actuelle va, je crois, le démontrer une fois de plus de manière particulièrement évidente et tragique.

J'ai la conviction que cette pandémie marquera un tournant décisif. Elle survient à un moment où les disparités, à l'intérieur des pays et entre eux, en matière de revenu, d'état de santé et de niveau de soins, sont plus grandes que jamais au cours de l'histoire récente. La pandémie mettra le monde à rude épreuve en ce qui concerne la question de l'équité.

Ce même virus qui provoque des perturbations gérables dans les pays riches aura très certainement des effets dévastateurs dans les pays qui manquent d'établissements et de personnel de santé, qui connaissent des ruptures de stocks de médicaments essentiels, qui manquent de capacités de diagnostic et de laboratoires et où une grande partie de la population n'a pas accès à de l'eau salubre et à un assainissement de base. Pour ces populations, des conseils du genre « lavez-vous les mains » ou « appelez votre médecin », ou encore « courez aux urgences » ne signifieront pas grand-chose.

Je voudrais donner un seul exemple précis. Les données recueillies partout où des flambées se sont produites montrent que les femmes enceintes courent davantage de risques d'être victimes d'infections graves ou mortelles. La mort de ces femmes des suites de la pandémie sera tragique partout et plus particulièrement dans le monde en développement, car le nombre des décès y sera tellement plus élevé.

Plus de 99 % de la mortalité maternelle se produit déjà dans le monde en développement, où elle constitue l'un des indicateurs les plus fiables de systèmes de santé déficients et inéquitables.

Depuis mon entrée en fonction, la santé des femmes a constitué l'une de mes priorités. Un engagement renouvelé en faveur des soins de santé primaires constitue le fondement des efforts visant à améliorer la santé des femmes. Ce lien apparaît à l'évidence dans un rapport sur les femmes et la santé que j'ai demandé. Ce rapport, qui sera publié en novembre, se penche sur les nombreux risques sanitaires encourus par les femmes tout au long de leur vie et propose un programme pour le changement.

Tout comme votre région l'a fait pour les systèmes de santé, nous devons rendre gérable le programme pour la santé des femmes, avec des options politiques claires et des arguments convaincants en faveur d'une plus grande attention et d'investissements accrus basés sur des données probantes.

Mesdames et Messieurs,

Je conclurai à nouveau par quelques mots de remerciements.

Nombre des pays représentés dans cette salle ont joué un rôle de premier plan dans l'élaboration de nouvelles initiatives de santé en faveur du monde en développement et dans la recherche de méthodes novatrices pour obtenir des fonds supplémentaires. Vous prenez également en compte le besoin pressant d'une aide plus efficace.

Quand privilège se traduit par responsabilité, nous voyons réapparaître des valeurs telles que l'équité, la solidarité, la cohésion et la protection sociales, qui sont au cœur de votre contribution à une meilleure santé, non seulement sur le plan régional mais aussi sur le plan international.

Merci.