



EUROPE

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

Tbilissi (Géorgie), 15-18 septembre 2008

EUR/RC58/REC/1

29 octobre 2008

82278

ORIGINAL : ANGLAIS

**Rapport sur la cinquante-huitième 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
Rapport du directeur régional sur l'activité du Bureau régional et débat général.....	1
Rapport du quinzième Comité permanent du Comité régional (CPCR)	5
Questions découlant des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif.....	7
Allocution du directeur général.....	8
Allocution de Son Excellence Mikheïl Saakachvili, Président de la Géorgie.....	10
Questions de politique et questions techniques.....	10
Projet de budget programme 2010-2011.....	10
Fonction de direction/gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne : remplir les engagements pris à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité ».....	15
Stratégies de modification des comportements de santé : le rôle des systèmes de santé.....	20
Processus de communication de rapports au Comité régional sur les résolutions adoptées lors des sessions précédentes	23
Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional.....	24
Stratégies pour la santé des enfants et des adolescents, y compris la vaccination	24
Prévention et contrôle des maladies non transmissibles, y compris la prévention des traumatismes et les problèmes en rapport avec l'alcoolisme, ainsi que les politiques y afférant.....	25
Élections et désignations	26
Séance privée	26
Conseil exécutif.....	26
Comité permanent du Comité régional.....	26
Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.....	27
Groupe de prospection régional.....	27
Séance publique	27
Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé.....	27
Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2009-2012.....	28
Résolutions.....	29
EUR/RC58/R1. Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2006-2007	29
EUR/RC58/R2. Projet de budget programme pour 2010-2011	29
EUR/RC58/R3. Désignation d'un groupe de prospection régional	30
EUR/RC58/R4. Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS.....	30

EUR/RC58/R5. Examen du processus de communication de rapports au Comité régional sur les résolutions adoptées lors des sessions précédentes.....	32
EUR/RC58/R6. Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2009, 2010, 2011 et 2012.....	33
EUR/RC58/R7. Rapport du quinzième Comité permanent du Comité régional.....	33
EUR/RC58/R8. Stratégies de modification des comportements et santé : le rôle des systèmes de santé.....	34
Annexe 1. Ordre du jour.....	37
Annexe 2. Liste des documents.....	39
Annexe 3. Liste des représentants et autres participants.....	41
Annexe 4. Rapport du directeur régional de l’OMS pour l’Europe.....	59
Annexe 5. Allocution du directeur général de l’OMS.....	65

Ouverture de la session

La cinquante-huitième session du Comité régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est tenue au Sheraton Metechi Palace Hotel de Tbilissi (Géorgie) du 15 au 18 septembre 2008. Des représentants de 47 pays de la Région y ont participé. Étaient également présents des observateurs d'un État membre de la Commission économique pour l'Europe et d'un État non membre, et des représentants de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, du Bureau des Nations Unies en Géorgie, du Fonds des Nations Unies pour la population, de la Banque mondiale, du Conseil de l'Europe, du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC), de la Commission européenne (CE), du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, du Comité international de la Croix-Rouge et d'organisations non gouvernementales (ONG) (voir annexe 3).

La première séance de travail a été ouverte par le professeur Tomica Milosavljević, président sortant. Les participants ont été accueillis par M. Vladimer Gurgenidze, Premier ministre géorgien.

En ce qui concerne le point 9 de l'ordre du jour provisoire, « Élections et désignations », et conformément à l'article 48 de son règlement intérieur, le Comité a décidé, à la lumière des difficultés auxquelles ont dû faire face certaines délégations à la suite des circonstances entourant la session, de suspendre avec effet immédiat, et pour la durée de sa cinquante-huitième session, les dispositions de l'article 14.2.2 d), aux termes duquel « les États membres qui ont présenté des candidatures devaient être présents au Comité régional lors de l'examen du point correspondant de l'ordre du jour, faute de quoi leurs candidatures ne seraient pas prises en considération ». Il était entendu que cette suspension serait temporaire, qu'elle n'affecterait aucunement l'article en question au delà de la présente session du Comité régional et qu'il fallait faire preuve de prudence dans tout recours à la suspension du règlement intérieur.

Élection du bureau

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

M. Alexander Kvitashvili (Géorgie)	président
Mme Annemiek van Bolhuis (Pays-Bas)	président exécutif
Dr Bjørn-Inge Larsen (Norvège)	vice-président exécutif
M. Wojciech Kutyla (Pologne)	rapporteur

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

(EUR/RC58/2 Rev.1 et EUR/RC58/3)

Étant convenu que le thème du « Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé » (une question soumise aux comités régionaux par le Conseil exécutif et devant être abordée au titre du point 9 de l'ordre du jour provisoire) serait examiné dans le cadre d'une réunion ouverte, le Comité a adopté l'ordre du jour (annexe 1) et le programme de travail.

Rapport du directeur régional sur l'activité du Bureau régional et débat général

(EUR/RC58/4 et EUR/RC58/Conf.Doc./1)

Le directeur régional a commencé son allocution (annexe 4) en exprimant sa sympathie pour les personnes qui ont récemment perdu la vie, ont été blessées ou déplacées dans la région où se réunissait le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, et en remerciant les représentants de leur présence ainsi que le gouvernement géorgien pour honorer son engagement d'organiser la session. Les événements qui s'étaient déroulés depuis la dernière session du Comité régional l'année précédente illustraient les défis auxquels faisait face la Région depuis le début du siècle, et l'action prise par le Bureau régional afin de les relever.

La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », organisée à Tallinn (Estonie), avait constitué un tournant majeur dans l'évolution de la manière d'envisager la santé au niveau régional. En effet, la Conférence avait été l'occasion de réaffirmer la nécessité de renforcer et de moderniser les systèmes de santé, d'avoir recours à l'évaluation pour améliorer la performance des systèmes de santé et d'intégrer, au concept de performance et de responsabilité, à la fois la dimension humaine et l'ensemble des activités visant à améliorer la santé, au sein comme au-delà du secteur sanitaire.

Parmi les autres événements ayant marqué l'année écoulée, il convenait de mentionner l'hiver rigoureux au Tadjikistan qui a fortement perturbé le système de santé, et la suspension de la campagne de vaccination de masse contre la rougeole et la rubéole en Ukraine à la suite du décès d'un jeune homme 15 heures après l'administration du vaccin. Ce premier événement avait provoqué une très forte souffrance et suscité une intervention courageuse au niveau national. La communauté internationale avait en outre mené une action positive, notamment la Norvège qui avait apporté un important soutien. Le deuxième événement, en revanche, avait mis en évidence la complexité des activités sanitaires et la nécessité de fonder les interventions sur des bases factuelles solides. Convaincu par les preuves scientifiques qui n'attribuaient pas le décès du jeune homme au vaccin, le Bureau régional avait demandé que soit reprise la campagne de vaccination, en garantissant que toutes les mesures avaient été mises en œuvre pour assurer la sécurité du vaccin en question. La situation compromettait les efforts visant à éliminer la rougeole et la rubéole de la Région d'ici 2010, et avait été l'occasion de montrer la bonne volonté requise de la part de tous les acteurs engagés dans de telles activités.

Outre les défis que l'OMS et les États membres avaient entrepris de relever, cette dernière année avait aussi été marquée par la continuité des activités du Bureau régional. À titre d'exemple, la Région et le Bureau régional avaient apporté une importante contribution au rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, tandis que le Forum ministériel de l'OMS : « Tous contre la tuberculose » avait permis aux États membres de s'engager à interrompre le développement de cette épidémie et, en particulier, les cas de tuberculose pharmacorésistante. La Journée mondiale de la santé 2008 avait mis en exergue la protection de la santé face au changement climatique. En ce qui concerne la nutrition, le Bureau régional collaborait avec l'industrie alimentaire afin de réduire la consommation de sel et d'améliorer l'information aux consommateurs. Le rapport publié par le directeur régional apportait davantage d'informations sur ces thèmes, ainsi que sur d'autres sujets, comme le VIH/sida, le tabagisme, la consommation d'alcool et les maladies non transmissibles. Dans ce domaine, il importait de maintenir et de renforcer le travail du Bureau régional sur la santé mentale, qui prévoyait notamment la publication d'une étude sur les politiques adoptées par les pays en matière de santé mentale. Parmi les activités à venir, il convenait de mentionner une conférence coparrainée sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité en octobre 2008.

Le Bureau régional collaborait avec un grand nombre de pays sur toute une série de thèmes. Il s'agissait par exemple de l'aide apportée (avec d'autres agences des Nations Unies) à l'élaboration d'une stratégie sur la santé reproductive pour 2008-2015 à l'adresse de l'Azerbaïdjan ; d'une mission menée avec l'ECDC afin d'évaluer le risque du virus Chikungunya en Italie ; d'une étude de suivi (mise en œuvre avec la Direction générale de la recherche de la CE) sur le syndrome de l'huile toxique en Espagne ; de la formulation (avec le ministère de la Santé et de l'Industrie médicale) d'un plan pour 2008-2010 visant à éliminer le paludisme au Turkménistan ; et du suivi de l'évaluation du programme de recommandations cliniques de l'Institut national anglais pour l'excellence clinique (NICE, Royaume-Uni).

Le Bureau régional maintenait et développait ses partenariats, notamment avec la CE. La Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission avait apporté un soutien actif à la Conférence de Tallinn, tandis que le Bureau régional avait contribué au processus consultatif de la Direction générale pour élaborer la stratégie sur la santé de l'Union européenne (UE). Le Bureau régional coopérait avec la CE dans plusieurs domaines techniques, et avait accru sa participation aux initiatives des présidences successives de l'UE : la santé dans toute les politiques (Finlande), le cancer (Slovénie) et la sécurité sanitaire et la maladie d'Alzheimer (France). Le Bureau régional collaborait étroitement avec l'ECDC dans plusieurs domaines tels que la grippe aviaire, la tuberculose et la

surveillance du VIH/sida, et les deux institutions avaient adopté un plan de travail pour une coopération élargie en 2008-2009. En outre, les partenariats entretenus entre le Bureau régional et la Banque mondiale, le Conseil de l'Europe et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) avaient profité de la dynamique suscitée par la Conférence de Tallinn.

En ce qui concerne l'OMS proprement dite, la relation à la fois solide, positive et stimulante existant entre le Bureau régional et le Siège de l'Organisation avait été bénéfique aux services dispensés aux États membres. Les discussions se poursuivaient sur la modernisation de l'OMS, le nouveau Système mondial de gestion, la délégation des responsabilités, la politique relative aux ressources humaines et la réforme du système des Nations Unies. Dans le cadre même du Bureau régional, le projet de création d'un nouveau bureau sur les maladies non transmissibles à Athènes (Grèce) était en train de se réaliser. Le contrat signé avec la Grèce stipulait que le nouveau bureau se conformerait entièrement aux recommandations politiques et programmatiques du Bureau régional, et serait pleinement intégré à la hiérarchie de l'OMS. Finalement, le directeur régional a salué la faculté d'adaptation et le désir d'exceller du personnel de part et d'autre de la Région européenne, et les efforts du Comité permanent du Comité régional (CPCR) pour arrêter le contenu du programme du Comité régional et garantir l'organisation de la session à Tbilissi, comme initialement prévu.

Au cours de la discussion et du débat général qui ont suivi, plusieurs orateurs se sont félicités du rapport du directeur régional et des activités du Bureau régional. 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, 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 sa déclaration) a insisté sur l'importance accordée par ces pays à la tenue de la présente session du Comité régional et ce, malgré les événements politiques de ces dernières semaines. Il importait en effet que les États membres de la Région se réunissent en accordant la même valeur à la santé des citoyens. Les points de vue ainsi partagés en matière de promotion de la santé, d'échange de données d'expérience et d'apport d'une aide mutuelle devaient continuer à inspirer les activités de l'OMS.

Or, trois facteurs affectaient la situation sanitaire de la Région et nécessitaient une action coordonnée. Le premier de ces facteurs était la lourde charge de morbidité suscitée par les maladies non transmissibles. À cet égard, l'UE attendait avec impatience le débat relatif aux stratégies susceptibles de modifier les comportements ayant une incidence sur la santé, qui contribuerait également à la réduction des traumatismes et de la violence, et au projet de stratégie mondiale de l'OMS visant à limiter la consommation nocive d'alcool. Il importait que le Bureau régional dispose des capacités lui permettant de mener de telles activités et la mise en place, par le Bureau, du Système européen d'information et de surveillance en matière d'alcool constituait un outil majeur.

Le deuxième facteur important était l'impact du changement climatique sur l'environnement et la santé. Le rapport du directeur régional présentait des statistiques particulièrement éloquentes qui illustraient la relation directe entre l'environnement et la santé, et il fallait très rapidement formuler des plans à cet égard tenant compte de problématiques comme l'accès à l'eau potable et les risques posés par les produits chimiques et industriels. La Conférence ministérielle européenne de l'OMS organisée en 2009 motiverait les actions contre ces risques ainsi que contre le changement climatique.

Enfin, le troisième facteur concernait les maladies transmissibles, un problème toujours important. Le VIH/sida avait en effet progressé dans une région d'Europe, et la situation ne s'était toujours pas stabilisée dans d'autres. Davantage d'efforts devaient être déployés en matière de traitement, de soins et de surveillance. La collaboration entre l'OMS et l'ECDC était essentielle, notamment en ce qui concerne le Règlement sanitaire international (RSI) (2005), et le représentant a remercié l'OMS pour sa participation à la réunion informelle des ministres de la Santé sur le RSI tenue en septembre 2007.

Il existait encore beaucoup trop d'inégalités en matière de santé dans les pays de la Région européenne, et les systèmes de santé devaient contribuer à les réduire. Ceci faciliterait aussi les progrès en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La Conférence de Tallinn avait

permis d'accorder la priorité au renforcement des systèmes de santé dans la Région. Le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, qui serait présenté à la session, aiderait les pays à aplanir ces inégalités. La responsabilité eu égard aux déterminants sociaux ne pouvait pas uniquement incomber aux ministères de la Santé. Ces derniers devaient cependant jouer le rôle de « moteur » et influencer d'autres secteurs, et obtenir un soutien politique et de la part du public. On attendait avec impatience l'occasion de débattre des conclusions de la Commission au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la santé.

D'autres orateurs ont souligné plusieurs problèmes essentiels comme les maladies non transmissibles, qui représentaient 80 % de la charge totale de morbidité de la Région. Des progrès importants avaient été réalisés en matière de lutte antitabac (157 des 193 pays étant parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac). Néanmoins, 55 millions d'adultes consommaient de l'alcool à des niveaux nocifs pour la santé, et 23 millions étaient considérés comme alcoolodépendants. L'alcool était le cinquième facteur principal de risque pour la mortalité et l'invalidité ; la stratégie mondiale sur l'alcool prévue pour 2010 serait accueillie avec grand enthousiasme.

En ce qui concerne les maladies transmissibles, plusieurs orateurs ont mis en évidence la menace majeure posée par la tuberculose. Cependant, la Déclaration de Berlin montrait le chemin à suivre et l'OMS en évaluerait le progrès, en rédigeant des rapports biennaux à partir de 2009. L'appui apporté par l'OMS au RSI et son soutien au renforcement des capacités de surveillance et d'intervention étaient appréciés. Un représentant a fait remarquer que la constitution de stocks d'oséltamivir pour 25 % de la population, telle que recommandée par l'OMS en 2006, était très onéreuse, et que les stocks étaient proches de leur date d'expiration ; il a donc proposé qu'un groupe spécial soit créé pour déterminer la voie à suivre.

Le changement climatique était aussi source de grande préoccupation. L'Allemagne avait versé 10 millions de dollars des États-Unis (USD) pour des activités menées dans ce domaine, et tiendrait une réunion préparatoire en vue de la Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé de 2009. Il existait également un lien entre, d'une part, le changement climatique et, d'autre part, l'accès à l'eau potable et à un assainissement de bonne qualité, et le Protocole sur l'eau et la santé jouait un rôle majeur à cet égard.

Le recrutement international du personnel de santé constituait un autre domaine important. Un pays avait décidé de se focaliser sur des mesures d'ordre domestique plutôt que sur le recrutement international. Le Portugal, lors de sa présidence de l'UE, avait étroitement collaboré avec l'OMS sur la santé des migrants. Les changements démographiques n'avaient pas été mentionnés dans le rapport du directeur régional, mais tous les pays devaient faire face aux conséquences négatives suscitées par le vieillissement de la population. Il importait de promouvoir un vieillissement actif et en bonne santé afin de réduire la pression sur la génération suivante. Deux représentants se sont félicités des ambitions de l'OMS de renforcer son soutien aux pays et des activités efficaces menées par ses bureaux de pays.

Faisant référence à l'étude de cas mentionnée par le directeur régional, la représentante du pays concerné a informé le Comité que son parlement national déciderait très probablement la semaine suivante d'interrompre la campagne nationale de vaccination contre la rougeole et la rubéole. En vue de renforcer l'aptitude de l'OMS à apporter une aide à long terme aux pays en cas de crise, elle a recommandé que le Bureau régional envisage la mise en place d'un mécanisme visant à mobiliser les ressources humaines et financières nécessaires, et à assurer la consultation avec les ministères de la Santé quant au personnel spécialisé requis pour faire face à de telles situations d'urgence. Le système de santé national ne pourrait relever les défis auxquels il était confronté que par le biais d'un partenariat stratégique avec l'OMS.

En guise de réponse, le directeur régional a remercié les États membres pour leur reconnaissance et leur soutien aux activités de l'OMS dans la Région européenne et au niveau mondial. Dans le domaine de la tuberculose, le Bureau régional espérait conclure un accord de collaboration avec le bureau de l'OMS pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies (Lyon). Il serait utile d'appliquer les enseignements tirés de la lutte antitabac à la lutte contre l'alcoolisme, mais certaines autres régions devaient être convaincues de l'ampleur du problème afin de permettre l'intervention requise au niveau mondial. En ce qui concerne la grippe aviaire, il fallait d'abord consulter les partenaires tels que l'UE et l'ECDC avant de créer un groupe

spécial sur la constitution de stocks d'oséltamivir ; entre-temps, le Bureau régional continuerait à diffuser les informations. Des efforts supplémentaires seraient requis pour maintenir la dynamique des activités sur la santé mentale. La migration du personnel de santé était un problème épineux ; les pays riches devaient aider les plus pauvres à renforcer leur système de santé, et non pas les « dévaliser » de leur personnel. Le Bureau régional participerait à une réunion du Conseil consultatif sur la politique mondiale à ce sujet.

En réponse à la proposition selon laquelle le Bureau régional devrait mettre en place un mécanisme pour mobiliser les ressources et assurer la consultation avec les ministères de la Santé en situation de crise, le directeur régional a opéré une nette distinction entre le rôle du Bureau régional et celui des États membres. Pour sa part, l'OMS continuerait à fournir aux pays, dans toute la mesure de ses moyens, tout l'appui technique et de politique sanitaire scientifique et fondé sur des informations factuelles nécessaire pour qu'ils puissent faire face à ces crises.

Prenant la parole à l'invitation du directeur régional, la Première dame de Géorgie, Mme Sandra Elisabeth Roelofs, a accueilli les représentants en Géorgie. Faisant référence aux événements récents qui ont secoué son pays, et aux interventions suscitées, elle a souligné qu'en période de crise, les systèmes de santé pouvaient sonder leur « imperméabilité » et leur résistance. Le ministère de la Santé s'en était bien sorti. Depuis quatre ans qu'elle était Première dame, ses priorités avaient été inspirées par les OMD, et la Géorgie s'était engagée à lutter contre la pauvreté et à créer plus d'emplois, le taux de pauvreté étant d'ailleurs passé de 50 à 30 % de la population au cours des quatre dernières années. Elle a ensuite décrit son engagement dans les pays particulièrement atteints par la tuberculose par le biais de la campagne Halte à la tuberculose, et souligné qu'il était important de demander de l'aide plutôt que de nier l'existence ou la légitimité d'un problème, de tenter de faire face seul aux difficultés et d'échouer.

Aucun gouvernement qui se respecte ne devait mélanger politique et santé publique. En effet, c'était agir à court terme que d'apporter des solutions populaires aux problèmes de santé pour s'assurer un gain politique rapide : un investissement à long terme était sans doute moins visible et moins populaire, mais avait un impact bénéfique sur la santé des générations et, indirectement, conférerait un avantage politique. Mme Roelofs avait travaillé dans les soins palliatifs et pensait, comme le mentionnait la Charte de Tallinn, que l'estime de soi et la dignité du patient étaient de prime importance. Malgré l'existence de programmes de réduction des risques, de diagnostics prénatals et de détection précoce des cancers (dont le dépistage du cancer du sein) en Géorgie, le pays pouvait faire beaucoup mieux dans certains domaines, et devait faire face à de nombreux défis. Elle a remercié les nombreux bailleurs de fonds, agences et partenaires actifs en Géorgie, et reconnu que l'OMS jouait très bien son rôle de chef de file dans la Région, aidant les populations à effectuer de bons choix en matière de santé.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC58/R1.

Rapport du quinzième Comité permanent du Comité régional

(EUR/RC58/5, EUR/RC58/5 Add.1, EUR/RC58/Conf.Doc./2 et EUR/RC58/Conf.Doc./9)

La présidente du Comité permanent a signalé que le quinzième CPR avait tenu un certain nombre de téléconférences avec le directeur régional et le ministère géorgien de la Santé et ses collaborateurs avant de décider si la session du Comité régional pouvait se tenir à Tbilissi comme prévu. Ayant reçu du gouvernement géorgien des assurances selon lesquelles la situation actuelle était sûre et pouvait être gérée d'une façon qui permettait une pleine participation des États membres européens de l'OMS, le CPR avait été heureux de confirmer que la session devrait avoir lieu.

Depuis septembre 2007, le CPR avait tenu six réunions ordinaires, dont la plupart avaient été consacrées à la préparation de la session actuelle du Comité régional. Une innovation avait consisté à ajouter un point de l'ordre du jour permettant un débat général sur des questions non abordées ailleurs dans le programme. Un autre changement avait été de prévoir la réunion privée concernant les désignations et élections plus tôt au cours de la session, afin de faciliter une participation politique de haut niveau.

Un enseignement essentiel avait été retiré : il convenait de limiter le nombre de questions abordées lors du Comité régional. En conséquence, le CPRC avait choisi seulement quatre points techniques et de politique générale pour inclusion dans l'ordre du jour. En outre, il avait décidé de limiter à deux le nombre de thèmes de sessions précédentes dont il convenait d'examiner la suite qui leur avait été donnée, et avait choisi seulement deux sujets pour des séances d'information technique ne faisant pas partie de la session proprement dite.

Au cours de l'année, il avait été discuté d'une autre question importante, à savoir la façon de renforcer la fonction stratégique du Comité permanent. À cette fin, une note d'information avait été établie et diffusée sur le site Web du Bureau régional, en vue de décrire le statut juridique, le rôle et les méthodes de travail du CPRC. Les États membres étaient encouragés à faire part de leurs principales préoccupations au CPRC, de façon à ce qu'il soit possible de mieux définir les priorités des travaux de celui-ci et de les cibler davantage, et de permettre au CPRC de mieux servir d'intermédiaire entre le Comité régional et le Bureau régional.

Le CPRC a également estimé qu'il était tout aussi important d'établir un lien encore plus étroit entre le Comité régional et les activités menées au Siège de l'OMS, et il avait constaté avec satisfaction que le directeur général avait indiqué, dès le début de son mandat, qu'elle accordait une grande importance aux opinions et aux rôles des six Bureaux régionaux de l'OMS. Au cours de l'année, le Comité permanent avait donné aux États membres la possibilité de recevoir des informations complètes avant les sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé, et aux États membres européens du Conseil des moyens de participer davantage aux questions revêtant de l'importance pour le Bureau régional. Cette interaction fructueuse garantirait une coordination plus efficace entre les diverses entités dans l'avenir.

Une autre tâche du Comité permanent consistait à préparer des propositions concernant des candidatures à des désignations ou élections à divers organes et comités de l'OMS. À cet égard, il avait examiné de près les groupements géographiques utilisés dans la Région européenne mais n'était pas satisfait de la répartition globale des sièges. En conséquence, il avait commencé à discuter de la question délicate de la « semi-permanence » et avait recommandé que le CPRC qui lui succéderait suive cette question.

Au cours de l'année, le CPRC avait été tenu informé par le directeur régional des progrès accomplis en ce qui concernait l'ouverture d'un « bureau géographiquement dispersé » de l'OMS sur les maladies non transmissibles à Athènes, et avait demandé et reçu de lui des assurances formelles que ce bureau ne fixerait pas des priorités de façon indépendante et qu'il ferait partie intégrante de la Division des programmes sanitaires du Bureau régional, qui définirait les politiques et l'orientation des travaux.

Enfin, le vice-président du Comité permanent avait participé au premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, tenu à Kampala (Ouganda) en mars 2008. Une mesure préconisée à cette occasion avait été la promulgation d'un code de bonnes pratiques sur le recrutement international de personnel de santé ; des auditions publiques en ligne étaient organisées par l'OMS, et il était demandé instamment aux États membres de présenter des contributions d'ici à la fin du mois de septembre 2008.

Un représentant s'exprimant au nom des cinq pays nordiques a relevé que les maladies non transmissibles constituaient approximativement 80 % de la charge de morbidité dans la Région européenne de l'OMS, contre 50 % dans le monde entier ; en conséquence, ces pays estimaient que la lutte contre les maladies non transmissibles devait être une priorité fondamentale pour le Bureau régional. Le bureau géographiquement dispersé d'Athènes devrait axer ses activités sur le renforcement des capacités techniques, tandis que l'élaboration de politiques et le suivi devraient rester au centre des préoccupations du Bureau régional. Le directeur régional a réaffirmé que ce bureau géographiquement dispersé travaillerait sous la direction générale du directeur de la division responsable établie à Copenhague. Le directeur général a remercié les États membres d'avoir fourni un soutien en comblant les lacunes des capacités de l'OMS et s'est engagée à poursuivre la gestion des différents centres de l'Organisation de façon à ce qu'ils réalisent les meilleurs travaux possibles dans l'optique des préoccupations fixées par l'OMS.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC58/R7, sur le rapport du quinzième CPCR, et décidé de référer, au Comité permanent, la question de la répartition des sièges de la Région européenne de l’OMS au Conseil exécutif pour un examen plus approfondi.

Questions découlant des résolutions et décisions de l’Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif *(EUR/RC58/6)*

Le docteur Božidar Voljč, membre européen du Conseil exécutif, a dit qu’il avait assuré la liaison entre le Conseil et le Comité permanent au cours de l’année écoulée et avait participé aux activités de ces deux organes directeurs. Près des deux tiers des États membres de l’OMS de la Région européenne étaient membres de l’UE ou en voie d’adhésion à celle-ci. L’UE avait établi des déclarations communes sur presque tous les points de l’ordre du jour du Conseil, mais le docteur Božidar Voljč estimait nécessaire de renforcer l’esprit d’affinité et de responsabilité panrégionaux, en vue de réduire les manques d’équité frappants en matière de santé constatés dans la Région européenne et de progresser ainsi vers une réalisation plus authentique des valeurs de la santé publique.

En ce qui concerne les résolutions adoptées par la Soixante et unième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2008, les pays européens avaient soutenu toutes les activités menées par l’OMS dans les quatre pays où la poliomyélite était encore endémique, dont certains étaient limitrophes de la Région, en vue de réaliser l’éradication finale de cette maladie (résolution WHA61.1). Ils avaient également soutenu la poursuite de la mise en œuvre des procédures relevant du RSI (résolution WHA61.2). En vue d’une réalisation effective de la stratégie mondiale de vaccination (résolution WHA61.15), les pays européens avaient souscrit à la nécessité d’une vaccination systématique et de l’affectation de ressources suffisantes, ainsi que de capacités appropriées de fabrication de vaccins.

L’essor spectaculaire des maladies non transmissibles chroniques nécessitait le renforcement des systèmes de santé, en particulier des soins de santé primaires. Les fonctionnaires du Bureau régional avaient établi de bons documents sur la prévention des maladies non transmissibles chroniques, et les pays européens avaient estimé que, pour accomplir des progrès dans la lutte contre ces maladies, il fallait disposer de systèmes de santé forts, soutenus par une action politique, une large participation et une sensibilisation constante (résolution WHA61.14). La consommation nocive d’alcool constituait une question importante pour la Région, où la consommation était la plus élevée du monde, et les membres européens du Conseil avaient en conséquence proposé un projet de résolution priant le directeur général d’élaborer une stratégie mondiale en vue de sa présentation à la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé, en 2010 (résolution WHA61.4).

En ce qui concerne la santé des immigrants (résolution WHA61.17), il fallait que les parlements nationaux accordent une plus grande attention à des politiques non discriminatoires, globales, et sensibles aux différences de culture et aux spécificités des deux sexes. La sensibilité culturelle avait cependant ses limites, et les membres européens du Conseil exécutif étaient convenus que les mutilations génitales féminines constituaient une pratique inutile et nocive, qui engendrait de graves problèmes de santé et soulevait des questions relevant des droits de l’homme (résolution WHA61.16).

Les changements climatiques constituaient un inquiétant problème mondial pour la santé publique au cours du XXI^e siècle. De nombreux pays européens avaient en conséquence parrainé une résolution (WHA61.19) qui priait instamment les États membres de concevoir des mesures sanitaires et de les intégrer dans des plans d’adaptation aux changements climatiques. Une autre importante initiative européenne avait été prise concernant la surveillance et l’accélération des progrès réalisés en vue d’atteindre les OMD, en particulier ceux qui avaient trait à la mortalité infantile et maternelle et à l’infection à VIH et au sida (résolution WHA61.18). De l’avis des membres européens du Conseil exécutif, cette question devait être inscrite à l’ordre du jour de l’Assemblée mondiale de la santé chaque année, et une coordination plus étroite avec d’autres institutions spécialisées était nécessaire.

Le directeur régional a remercié le docteur Voljč pour ses travaux en qualité de membre du CPRC et du Conseil exécutif.

Allocution du directeur général

Dans son allocution (annexe 5), le directeur général a félicité le ministère géorgien de l'Emploi, de la Santé et des Affaires sociales pour ses projets de réformer le secteur sanitaire du pays et d'améliorer la santé publique en garantissant un accès universel aux services et aux soins de santé de base, les soins de santé primaires étant une priorité pour les investissements. Elle a assuré la Géorgie que l'OMS continuerait à lui manifester son soutien.

Le Comité aborderait deux des questions les plus complexes et les plus insaisissables en matière de santé publique : l'amélioration des performances des systèmes de santé et la modification des comportements en matière de santé. Les efforts visant à améliorer les performances des systèmes de santé avaient été marqués par des décennies d'expériences, des conseils changeants en matière de politiques, des erreurs énormes et coûteuses, et une incapacité presque incompréhensible de tirer des enseignements des succès et des erreurs. La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé avait clairement souligné l'importance de l'organisation, du financement et de la gestion des systèmes de santé. Une amélioration des performances était cruciale, même dans les pays qui avaient les meilleurs systèmes de santé du monde.

L'arrêt des progrès réalisés en vue d'atteindre les OMD relatifs à la santé, en particulier ceux qui avaient trait à la santé sexuelle et reproductive, résultait de décennies d'absence d'investissement dans l'infrastructure sanitaire de base, les services et le personnel. Cependant, des interventions puissantes et l'argent utilisé pour les financer n'amélioreraient pas la santé en l'absence de systèmes de prestations efficaces. Par exemple, l'effort accompli pour offrir à trois millions de personnes une thérapie antirétrovirale avait révélé les obstacles représentés par de mauvais systèmes d'achat et de fourniture de médicaments, un soutien défaillant des laboratoires et des ressources humaines insuffisantes.

Le Forum mondial des dirigeants tenu à New York en juin 2008 avait permis de discuter de l'intégration des ripostes aux épidémies étroitement liées de sida et de tuberculose, afin d'assurer une prestation plus efficace des services. Elle a rappelé l'avancée inquiétante de la tuberculose polypharmacorésistante en Europe, où un cas sur cinq était résistant à plusieurs médicaments. Les conséquences pour les systèmes de santé et le budget étaient énormes, étant donné que ce type de tuberculose était beaucoup plus difficile et environ cent fois plus cher à traiter. L'Estonie et la Lettonie avaient cependant montré que, lorsque la capacité de base du système de santé était améliorée, il était possible de porter un coup d'arrêt à des taux élevés et même de les réduire.

Trente ans plus tôt, la Déclaration d'Alma-Ata avait défini les soins de santé primaires comme un ensemble de valeurs directrices pour le développement sanitaire, un ensemble de principes pour l'organisation des services de santé et des démarches permettant d'agir sur les déterminants de santé fondamentaux. L'équité en matière de soins et l'efficacité de la prestation des services étaient considérées comme des buts fondamentaux. Avant tout, les soins de santé primaires offraient une façon d'organiser toute la gamme des soins de santé, du domicile à l'hôpital, étant entendu que la prévention était aussi importante que la guérison et qu'il fallait investir rationnellement les ressources aux différents niveaux de soins. L'importance du recours aux valeurs communes d'équité, de justice sociale et de couverture universelle dans la prise de décisions en matière de santé avait été réitérée dans la Charte de Tallinn, qui préconisait également une démarche d'ensemble en matière de santé, y compris la participation de la population (les femmes constituant d'importants agents de changement), une action multisectorielle et une utilisation appropriée des technologies.

La démarche des soins de santé primaires présentée en 1978 avait été mal comprise dès le début et confondue avec une attaque radicale contre l'institution médicale, et avec une orientation exclusive vers les soins de premier niveau. Certains défenseurs du développement avaient considéré que c'était des soins

au rabais pour les pauvres et, une solution médiocre pour les pays en développement. Trente ans plus tard, les soins de santé primaires avaient retrouvé leur signification initiale, c'est-à-dire qu'ils représentaient une approche rationnelle pour des soins efficaces et de bonne qualité, reposant sur des valeurs, des principes, et des démarches qui convenaient aussi bien dans les pays riches que dans les pays pauvres.

La Charte de Tallinn s'inspirait de travaux engagés par la Commission sur la macroéconomie et la santé qui montraient que la santé n'obérait pas les ressources, mais produisait des avantages économiques. Un système de santé ne constituait pas un fardeau extrêmement coûteux pour les pouvoirs publics : il s'agissait d'un moyen stratégique de gérer la santé avec prévoyance et de favoriser une relation bidirectionnelle entre la santé d'un pays et sa richesse. Par exemple, la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé avait montré qu'un vieillissement démographique résultant d'une espérance de vie plus longue dans le monde entier était à l'origine de la multiplication des maladies chroniques et des coûts de leur traitement. Cette conférence avait montré que les systèmes de santé pouvaient utiliser ce moyen stratégique pour faire de la prévention et de la promotion de la santé des priorités et donc réduire les incapacités chez les personnes âgées, faire baisser le coût des soins et améliorer la qualité de la vie.

Le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé a démenti que la croissance économique à elle seule réduirait la pauvreté et améliorerait la santé. Une plus grande prospérité économique avait plutôt tendance à profiter aux populations qui étaient déjà aisées tout en laissant les autres de plus en plus à la traîne, comme cela était observé dans certaines parties de l'Europe. Les déterminants de santé les plus importants étaient les conditions sociales dans lesquelles les individus naissaient, vivaient, travaillaient et vieillissaient, et ces conditions étaient façonnées par les politiques des pouvoirs publics. Le manque d'équité dans les résultats sur le plan de l'état de santé n'était pas une fatalité : il indiquait l'échec d'une politique. Le rapport demandait le recours à une démarche impliquant l'ensemble des autorités publiques, dans laquelle la santé faisait partie de l'ensemble des politiques des pouvoirs publics, dans tous les secteurs.

Bien que la santé ait progressé dans la hiérarchie internationale des priorités de développement, dans la plupart des gouvernements, le ministère de la Santé avait moins de pouvoir de négociation que les autres ministères. La Région européenne avait élaboré une série d'outils pour la définition de politiques, de systèmes d'incitations, et d'instruments législatifs et réglementaires pour améliorer les performances des systèmes de santé, qui reposaient sur de solides informations factuelles et des arguments économiques persuasifs. Les soins de santé primaires étaient des soins de qualité qui exigeaient des ressources. Cette démarche devait être soutenue par des arguments puissants, des informations factuelles persuasives et un énorme courage politique.

Il n'était pas facile de faire en sorte qu'une valeur telle que l'accès équitable aux médicaments compte au niveau de l'élaboration des politiques internationales ; cependant, la récente résolution de l'Assemblée mondiale de la santé sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle avait montré que les règles qui régissaient le commerce international pouvaient être façonnées d'une façon qui favorisait une plus grande équité en matière de santé. Il n'était pas non plus facile de faire de l'équité en matière de santé un principe directeur pour les systèmes de santé, en particulier lorsque les forces du marché faisaient des soins de santé une marchandise et encourageaient une consommation inefficace ; cependant, le prochain *Rapport sur la santé dans le monde*, dont le thème était les soins de santé primaires, pour commémorer le trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, contenait des conseils techniques concrets pour des réformes qui pouvaient aider les systèmes de santé à faire face à des difficultés complexes. Ce rapport demandait aux dirigeants politiques d'accorder une grande attention aux attentes sociales croissantes en matière de soins de santé, étant donné que les populations voulaient des soins qui soient à la fois équitables et efficaces, et incorporait un grand nombre des valeurs, principes et démarches exprimés à Alma-Ata. Cet argument pouvait être ajouté à d'autres qui préconisaient de faire de la santé une préoccupation de l'ensemble du gouvernement, la santé devant être incorporée dans toutes les politiques.

Un représentant a remercié le directeur général pour les impulsions résolues qu'elle avait données dans tant de domaines importants pour la santé mondiale et la santé des populations de la Région européenne. Il s'est félicité de l'accent qu'elle mettait sur les soins de santé primaires et des systèmes de santé forts,

ainsi que des travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Une représentante a dit que dans son pays, l'amélioration de la santé avait effectivement engendré des avantages économiques, et que le développement sanitaire avait reposé sur une collaboration multisectorielle. Elle a recommandé que l'OMS adopte un modèle d'un bon rapport coût-efficacité prévoyant que les sages-femmes soient formées pour pouvoir former des formateurs en matière de santé maternelle et de prévention de la violence contre les femmes et les enfants.

Le directeur général a réaffirmé qu'un modèle de soins de santé primaires, revitalisé pour le XXI^e siècle, était nécessaire pour qu'il soit possible de répondre aux demandes des États membres. Lorsque les soins de santé primaires avaient été adoptés, l'infection à VIH et le sida étaient inconnus, la prévalence des maladies non transmissibles et les coûts des soins de santé étaient inférieurs, et moins de ressources pouvaient être obtenues des pouvoirs publics et des organismes internationaux de développement. Les États membres devraient maintenant saisir l'occasion qui s'offrait à eux de réaliser de véritables changements quant à la santé des populations du monde.

Le directeur régional a dit que, d'après son expérience des réunions du Comité régional, aucun directeur général n'avait apporté une contribution aussi importante aux travaux du Comité.

Allocution de Son Excellence Mikheil Saakashvili, Président de la Géorgie

Le Président de la Géorgie a souhaité la bienvenue aux participants au Comité régional dans la capitale, en regrettant que les circonstances empêchaient les représentants de voir tous les changements positifs qui avaient été réalisés dans l'ensemble du pays, et en remerciant le directeur régional et le Bureau régional pour leur aide en matière d'amélioration de la santé en Géorgie. Ce pays avait souffert de problèmes semblables à ceux d'autres pays de la Région et avait dû réformer son secteur sanitaire en très peu de temps. Dans les années 90, le système de santé géorgien était très délabré ; par exemple, il y avait trop d'hôpitaux médiocres et de médecins pas assez compétents, et les paiements à la charge des patients représentaient 80 % des dépenses de santé. Les activités menées pour reconstruire le système de santé avaient commencé par d'importantes mesures prises en concertation avec le Fonds monétaire international et la Banque mondiale. En 2006, les réformes étaient entrées dans une nouvelle phase, s'axant sur la restructuration du secteur hospitalier, la réforme du financement des soins de santé et des soins de santé primaires, et le perfectionnement des ressources humaines.

Le pays avait accompli beaucoup dans ces domaines, en augmentant des investissements dans le système de santé, en améliorant le matériel et le personnel dans les centres de soins de santé primaires, en formant les médecins et les infirmiers, en créant des centres d'excellence clinique à Tbilissi et dans cinq autres villes, en mettant en place un système d'assurance privée qui fonctionnait bien et en veillant à ce que les soins nécessaires soient disponibles pour tous les citoyens, quels que soient leurs moyens financiers. Les résultats obtenus sur le plan de l'état de santé comprenaient des réductions du tabagisme et de la consommation d'alcool chez les jeunes et une diminution de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité infantile et maternelle ; en outre, la pauvreté avait nettement reculé dans le pays. La Géorgie s'efforçait de faire davantage : assurer une économie saine et l'égalité en matière de santé, et procéder à un échange d'expériences et d'informations au niveau international. L'expérience de la Géorgie mettait par exemple en évidence la nécessité d'un réseau fort de soins de santé primaires, d'une réglementation du secteur primaire et d'impulsions de l'État en matière de santé, ainsi que d'une coopération entre les pays concernant des mesures visant à améliorer la santé.

Questions de politique et questions techniques

Projet de budget programme 2010-2011

(EUR/RC58/8, EUR/RC58/8 Add.1, EUR/RC58/Conf.Doc./3 et EUR/RC58/Inf.Doc./1 (PBPA/2006-2007))

Un membre du CPRC a présenté ce point. Il a décrit les événements qui avaient débouché sur l'approbation du budget programme par l'Assemblée mondiale de la santé. Lors de l'établissement du budget programme,

le Bureau régional a continué d'axer son attention sur les problèmes posés par la charge des maladies tant transmissibles que non transmissibles dans la Région, tout en assurant la poursuite du renforcement des systèmes de santé et de la stratégie de pays, considérés comme des moyens essentiels d'obtenir les résultats souhaités et d'atteindre les OMD. La décision du Groupe mondial des politiques de l'OMS et des directeurs régionaux de veiller à ce que l'ensemble du projet de budget programme pour 2010-2011 soit approximativement au même niveau que le budget programme pour 2008-2009 créait des difficultés pour la Région européenne. La faiblesse du dollar rendait difficile la planification et la mise en œuvre des engagements, étant donné que les dépenses du Bureau régional reposaient sur l'euro tandis que le budget pour 2008-2009 avait été établi en USD. Même si ce fait semblait avoir été dûment pris en compte pour le budget 2010-2011, il ne l'avait pas été lors de l'établissement du budget 2008-2009. En conséquence, l'utilisation de l'enveloppe de 2008-2009 pour le budget du Bureau régional 2010-2011 pouvait être inappropriée et permettait de craindre une baisse réelle et non un maintien de la valeur du budget programme pour le Bureau régional. Si aucune mesure correctrice n'était prise, cela pourrait se traduire par une baisse réelle importante des activités, ce qui compromettrait la concrétisation des résultats définis par le Plan stratégique à moyen terme. En outre, la proportion élevée de contributions volontaires dont l'affectation était strictement prédéterminée, qui constituaient environ 65 % des recettes de l'OMS, faisait courir à l'Organisation le risque de devoir suivre les préférences des donateurs plutôt que les priorités qui avaient été décidées par ses organes directeurs. Par ailleurs, il était préoccupant de constater que, bien que les contributions obligatoires des États membres de la Région européenne aient augmenté, passant de 49 millions d'USD en 2000-2001 à 63 millions d'USD en 2008-2009, les contributions exprimées en euros avaient en fait baissé au cours de la même période, passant de 54,6 millions d'euros à 39,8 millions d'euros, du fait de la faiblesse du dollar.

Le directeur régional adjoint a présenté le document EUR/RC58/8 Add.1, qui exposait le point de vue de la Région européenne de l'OMS sur l'avant-projet de budget programme pour 2010-2011. Elle a dit que le budget reposait sur un effort visant à consolider la croissance de l'OMS tout en renforçant ses capacités à mettre en œuvre les programmes, sur un élément inchangé du budget consacré aux programmes de l'OMS et sur un effort visant à séparer la croissance des effets des taux de change. Bien que le nombre et la nature des objectifs stratégiques dans le Plan stratégique à moyen terme doivent rester inchangés, l'accent mis sur chacun d'entre eux avait été modifié compte tenu des priorités sanitaires mondiales, et de nouveaux résultats escomptés à l'échelle de l'ensemble de l'Organisation portaient sur les changements climatiques et la sécurité des patients. En outre, la qualité des indicateurs avait été améliorée grâce à un certain nombre de révisions.

Jusqu'en 2002 environ, le budget de l'OMS était resté relativement stable, et 50 % de celui-ci était financé par des contributions volontaires. Cependant, il était prévu que cette proportion soit de 81 % en 2010-2011. La présentation du projet de budget en trois éléments et la séparation entre, d'une part, les partenariats et les accords de collaboration et, d'autre part, les programmes de l'OMS entraîneraient une plus grande responsabilisation et une plus grande transparence. Les fonds relatifs aux flambées épidémiques et aux crises seraient également pris en compte séparément pour des raisons de responsabilisation, étant donné que le financement requis était par nature imprévisible. Le montant effectif n'était pas inclus dans le projet de budget et serait déterminé ultérieurement. Le projet de budget programme total du Bureau régional de l'Europe pour 2010-2011 s'élevait à 278 millions d'USD, dont 10 millions d'USD au titre d'un élément relatif aux partenariats et aux accords de collaboration, et 268 millions d'USD au titre des programmes de l'OMS, qui incluaient également le budget de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. La proportion du budget total de l'OMS qu'il était proposé d'allouer au Bureau régional de l'Europe en 2008-2009 était de 6,5 %, tandis que pour 2010-2011, la proportion était de 5,6 %.

Le directeur régional adjoint a ensuite illustré les tendances du budget programme relatives aux maladies transmissibles, aux maladies non transmissibles et à l'environnement, aux systèmes de santé et aux déterminants sociaux de la santé, et à la direction et à la gouvernance (y compris la présence de l'OMS dans les pays) au cours des trois périodes biennales passées et les tendances prévues pour 2010-2011 sur la base des activités du Bureau régional au cours des périodes biennales précédentes, y compris les données sur les performances financières. Il s'était produit une augmentation constante des budgets

affectés aux maladies transmissibles, ainsi qu'aux maladies non transmissibles et à l'environnement en chiffres absolus au cours des dernières périodes biennales. Actuellement, le Bureau régional renforçait et consolidait sa capacité de mise en œuvre afin de répondre de façon appropriée à cette augmentation et d'obtenir une base de ressources suffisante. Il convenait également de noter que le renforcement des activités du Bureau régional en matière de systèmes de santé, qui comportait également des mesures concernant les déterminants sociaux de la santé, contribuait à agir sur les problèmes qui se posaient tant en matière de maladies transmissibles que dans le domaine des maladies non transmissibles et de l'environnement, grâce à une démarche plus globale axée sur l'ensemble du système. Depuis la période biennale 2004-2005, le Bureau régional avait nettement augmenté l'enveloppe financière collective affectée aux domaines traditionnellement sous-financés des systèmes de santé. Il était proposé de maintenir en 2010-2011 la priorité qui avait été accordée aux systèmes de santé et de consolider les activités du Bureau régional. Malgré d'importantes économies dues à un renforcement de l'efficacité, en raison de la nécessité d'allouer des ressources aux domaines de la direction et de la gouvernance, y compris la présence dans les pays, et de demandes accrues en matière de responsabilisation, les dépenses avaient dépassé les budgets programmes au cours de plusieurs périodes biennales. Cela avait résulté du renforcement de la présence de l'OMS dans les pays, d'augmentations des dépenses fixes et des dépenses de fonctionnement pour les bureaux de l'OMS dans les 35 lieux d'implantation, et d'une augmentation des investissements dans la transparence et la responsabilisation du Bureau régional, ainsi que d'une intensification des activités avec les organes directeurs. L'élément « pays » des objectifs stratégiques 12 et 13 dans le budget du Bureau régional de l'Europe était le plus élevé (13,8 %) parmi les Bureaux régionaux de l'OMS par rapport au budget révisé total de chaque bureau et représentait plus de 50 % du budget total du Bureau régional alloué aux domaines de la direction et de la gouvernance, y compris la présence dans les pays. Les dépenses du Bureau régional en matière d'administration étaient comparables à celles des autres Bureaux régionaux (7,3 %).

Le directeur de l'Administration et des finances a décrit de façon plus détaillée les effets des fluctuations monétaires et des variations de taux de change sur le budget de l'OMS. Ce dernier était établi en USD, mais seulement 41 % des recettes étaient reçues dans cette monnaie et l'Organisation devait faire des dépenses dans de nombreuses autres monnaies. Cela créait de l'incertitude et des difficultés en matière de gestion financière. Depuis 2006, le dollar s'était déprécié de 31 % par rapport à l'euro. L'effet estimé de cette dépréciation sur le budget du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en 2008-2009 était de 25 millions d'USD. Bien que le budget du Bureau régional ait augmenté de façon dynamique au cours de la décennie écoulée lorsqu'il était exprimé en USD, la croissance libellée en euros avait été limitée. En outre, l'inflation des monnaies locales avait entraîné une augmentation moyenne de 40 % des dépenses de fonctionnement des bureaux de l'OMS dans 35 lieux. Aucun de ces facteurs n'avait été prévu lors de l'établissement du budget programme pour 2008-2009 en 2006. En outre, il n'existait pas de mécanisme pour un ajustement mondial du budget programme actuel. Cependant, lors de la révision du budget programme en janvier 2008, plusieurs importants bureaux de l'OMS avaient obtenu une augmentation du budget programme pour 2008-2009, tandis que celui de la Région européenne était resté presque inchangé, malgré la demande d'ajustement budgétaire justifié par l'affaiblissement du dollar.

Une autre difficulté tenait à la baisse des niveaux des contributions obligatoires. En raison de la faiblesse du dollar, cela représentait une difficulté encore plus importante pour le Bureau régional que pour l'OMS à l'échelle mondiale. Les contributions obligatoires étaient passées de 49 millions d'USD en 2000-2001 à 63 millions d'USD en 2008-2009, mais elles avaient baissé de 27 % lorsqu'elles étaient exprimées en euros. En raison de cette baisse, les États membres qui payaient leurs contributions en USD avaient réalisé d'importantes « économies » au cours de cette période. La situation financière de plus en plus difficile du Bureau régional pourrait être atténuée si les États membres utilisaient une partie de ces économies pour verser à l'Organisation des contributions volontaires flexibles et non affectées. Le Bureau régional connaissait des difficultés supplémentaires en raison du fait qu'il recevait la part relative la plus basse parmi l'ensemble des Bureaux régionaux. Ce problème restait non résolu malgré diverses mesures correctrices adoptées dans le passé. La mise en œuvre des objectifs 1 à 11 serait difficile si le budget alloué aux objectifs stratégiques 12 et 13 (« fonctions de catalyseur ») pour 2010-2011 était maintenu au niveau de 2008-2009.

Le membre du CPRC a présenté une liste de points qui pourrait guider les discussions du Comité sur ce point de l'ordre du jour. Le projet de budget programme pour 2010-2011 était-il acceptable ? Le Bureau régional serait-il en mesure d'appliquer les résolutions alors que la partie du budget ayant une affectation prédéfinie avait atteint environ 65 % ? Les États membres devraient-ils envisager de verser des contributions volontaires plus flexibles à l'OMS ? Les États membres devraient-ils envisager d'utiliser une partie de la réduction de leur charge financière en raison de la faiblesse du dollar pour augmenter leur contribution obligatoire ? Les plafonds budgétaires pour 2008-2009 devraient-ils être augmentés pour réduire l'effet de la faiblesse du dollar, en autorisant le directeur régional à tenter d'obtenir plus de contributions volontaires ? Convenait-il de discuter de façon plus approfondie de la part des contributions obligatoires allouée au Bureau régional ? Le secrétariat devrait-il fournir des analyses financières plus détaillées à des moments plus appropriés ?

Le sous-directeur général pour la gestion générale du Siège de l'OMS a dit que le budget programme correspondait aux aspirations des États membres. Elle a rappelé aux représentants que la seule partie du budget qui était assurée était constituée par les contributions obligatoires. Comme environ 65 % du budget était constitué par des contributions volontaires très spécifiquement affectées, il était difficile de répondre aux attentes et de mener les activités nécessaires.

Dans le débat qui a suivi, un représentant, s'exprimant au nom de l'UE, de pays candidats à l'adhésion (Turquie, Croatie et ex-République yougoslave de Macédoine), de pays potentiellement candidats (Albanie, Monténégro et Serbie), ainsi que de l'Arménie, de la Géorgie, de la République de Moldova et de l'Ukraine (qui ont souscrit à la Déclaration), a déclaré que le projet de budget programme pour 2010-2011 donnait une indication de la pertinence du Plan stratégique à moyen terme en tant que cadre des activités de l'Organisation, bien qu'il puisse être nécessaire de l'ajuster compte tenu de la situation sanitaire internationale actuelle. Cependant, ce document ne mentionnait pas la création d'un partenariat sanitaire international visant à renforcer la collaboration pour atteindre l'objectif stratégique 12 ; l'adoption d'une stratégie mondiale en matière d'innovation, de santé publique et de propriété intellectuelle pour orienter les activités de l'Organisation pendant la période 2008-2015 en vue d'atteindre l'objectif stratégique 11 ; et la crise alimentaire mondiale, qui devait être prise en compte si l'on voulait atteindre l'objectif stratégique 9. La mention du programme MPOWER dans le cadre de l'épidémie mondiale de tabagisme posait un problème pour les États membres qui avaient signé la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac, qui était contraignante pour eux. Seules des révisions essentielles devaient être apportées aux indicateurs définis, de façon qu'ils restent comparables dans le temps.

Elle a demandé une justification plus complète de la proposition tendant à augmenter le budget mondial pour qu'il passe de 4,2 milliards d'USD à 4,9 milliards d'USD, étant donné que les dépenses affectées à certains programmes et à certaines régions avaient été basses et qu'un excédent de 1,6 milliard d'USD s'était accumulé au cours des périodes biennales précédentes. Elle s'est félicitée de la répartition du budget en trois éléments et, en particulier, de l'effort accompli pour accroître la transparence des partenariats. En ce qui concerne les flambées épidémiques et les crises, une distinction devrait être établie entre les activités de préparation et celles de renforcement des capacités, qui pouvaient être prévues, et les imprévisibles interventions en cas de crise. Le secrétariat devrait être en mesure de présenter une estimation préliminaire des fonds nécessaires pour le premier groupe d'activités, tandis qu'un fonds pour imprévus pouvait être créé pour les secondes. Elle s'est félicitée de l'attribution de ressources pour la plupart des objectifs stratégiques, mais a demandé des clarifications concernant les incidences de l'adoption du système de gestion mondial et le déplacement d'une partie de l'administration financière de l'Organisation en Malaisie, une explication concernant la proposition de réduction de l'allocation au titre de l'objectif stratégique 4, et une liste des programmes qui devaient être supprimés au cours des prochaines années.

Plusieurs orateurs ont remercié le secrétariat pour la qualité, la clarté et le détail des exposés et ont exprimé leur soutien aux documents et aux moyens proposés de faire face aux difficultés. Un orateur s'est dit préoccupé par le fait que, en raison du déséquilibre entre les contributions obligatoires et volontaires, c'était les donateurs et non les organes directeurs qui décidaient en fait des priorités de l'Organisation. Un autre a proposé qu'eu égard aux effets négatifs du taux de change défavorable sur les activités du Bureau régional, ce taux soit pris en compte dans le budget pour chaque période biennale et en particulier que le

budget programme 2008-2009 soit ajusté pour tenir compte des incidences de la dépréciation du dollar depuis 2006, avant de servir de base pour la période 2010-2011. Un représentant a dit que la réduction proposée du financement au titre de la santé sexuelle et reproductive était en dissonance avec les efforts accomplis pour atteindre les OMD et avec l'ambition exprimée par le directeur général lorsqu'elle avait indiqué que l'OMS devait être jugée en fonction des progrès accomplis en matière de santé des femmes. Il a été proposé que le budget de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé soit inclus dans l'élément « partenariats » du budget programme du Bureau régional. Un représentant a fait observer que le rapport d'évaluation complet des performances pour la période biennale 2006-2007 aurait dû être diffusé plus tôt, pour guider les délibérations du Comité régional concernant les activités futures et les priorités pour le budget 2010-2011.

Un certain nombre de représentants ont demandé instamment aux États membres de verser des contributions volontaires entièrement flexibles à l'OMS. Un représentant a fait observer que, compte tenu du déséquilibre entre les contributions obligatoires et volontaires, l'Organisation consacrait à l'obtention de fonds des efforts qu'il vaudrait mieux consacrer à la réalisation des activités normatives et à la fourniture d'une aide technique aux États membres. Son pays était disposé à envisager une augmentation des contributions obligatoires au cours de la période biennale suivante. Néanmoins, si plus de contributions volontaires étaient pleinement flexibles, le secrétariat devrait tenir les États membres parfaitement informés des programmes pour lesquels les fonds étaient utilisés.

Répondant aux observations, le directeur général a convenu que le secrétariat devrait être indépendant et capable de répondre aux attentes des États membres, telles qu'elles étaient exprimées dans les décisions des organes directeurs. Elle a demandé comment l'Organisation était arrivée à une situation dans laquelle 65 % de son budget provenait de contributions volontaires à affectation prédéterminée. Les États membres considéraient-ils que l'OMS ne s'acquittait pas de ses fonctions de façon satisfaisante ? Ne perdaient-ils pas confiance au secrétariat ? Ou bien les États membres ne souhaitaient-ils pas fixer des priorités lors des réunions des organes directeurs et court-circuitaient-ils donc ceux-ci en versant des contributions volontaires à affectation prédéterminée ? Elle a réaffirmé son intention de faire en sorte que l'OMS s'acquitte bien de ses fonctions et a demandé le soutien et la compréhension des États membres en ce qui concerne les difficultés qui se présentaient. À son avis, il importait que ses 193 patrons – c'est-à-dire les États membres de l'OMS – décident de priorités, en tenant pleinement compte de la question de savoir si les activités reproduisaient celles d'une autre organisation.

Le directeur régional adjoint a dit qu'en plus de données sur les performances financières, un nouvel ensemble de mesures et d'indicateurs de performances avait été inclus pour la première fois dans le rapport du directeur régional pour 2006-2007 en ce qui concerne chaque domaine d'activité ; 85 % des résultats souhaités avaient été atteints. Bien qu'il soit possible de faire face à certaines crises et flambées épidémiques en se bornant à obtenir des fonds grâce à des appels, un certain niveau de ressources était prévu pour la préparation aux catastrophes et une action appropriée et menée en temps voulu en cas de crise. En ce qui concerne les effets de la récession économique, divers calculs avaient été effectués et le projet de budget programme en tenait compte grâce au mécanisme d'ajustement monétaire qui serait utilisé pour la première fois en 2010-2011. Le maintien du même niveau de budget d'une période biennale à l'autre pour le Bureau régional entraînerait de facto une baisse du budget, ce qui engendrerait des réductions de programmes, de produits et d'effectifs, et elle s'est donc félicitée de la proposition des États membres tendant à prévoir un ajustement dans le projet de budget programme pour 2010-2011. Les diminutions apparentes de financement au titre de la santé sexuelle et reproductive, de la santé maternelle et des maladies non transmissibles étaient en fait compensées par des augmentations dans les crédits proposés pour d'autres objectifs stratégiques, étant donné qu'un renforcement des systèmes de santé, y compris des actions visant à influencer sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que la gouvernance et la présence dans les pays, entraînerait une amélioration des résultats pour ces domaines. Les observations et suggestions des États membres seraient prises en compte dans la version suivante du projet de budget programme 2010-2011, qui serait présentée au Conseil exécutif en janvier 2009.

Le sous-directeur général pour la gestion générale du Siège de l'OMS a réaffirmé que les organes directeurs, et non les donateurs des contributions volontaires, devraient décider des priorités. Une partie

de l'augmentation proposée du budget global ne dépendait pas de la volonté du secrétariat étant donné que des augmentations étaient décidées par des partenaires de l'OMS dans le cadre de divers programmes menés en collaboration. À un moment plus proche de la prochaine session du Conseil exécutif, les effets précis des taux de change sur les différentes régions de l'OMS seraient évalués. C'est dans la Région européenne, au Siège et dans la Région africaine que les effets semblaient être les plus élevés. Le système de gestion mondial avait été introduit au Siège de l'OMS et au Bureau régional pour le Pacifique occidental et serait mis en œuvre dans les autres Régions d'ici à la fin de la période biennale. Ses avantages deviendraient alors clairs ; des économies d'environ 5 millions d'USD étaient prévues. Elle se réjouissait d'entendre que des États membres avaient l'intention de fournir des contributions volontaires beaucoup plus flexibles. Elle a estimé que la confiance témoignée au secrétariat résultait des efforts qui avaient été accomplis pour améliorer la transparence et la responsabilisation.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC58/R2.

Fonction de direction/gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne : remplir les engagements pris à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité »
(EUR/RC58/9, EUR/RC58/Conf.Doc./4 Rev.1 et EUR/RC58/Inf.Doc./4)

Le conseiller du Bureau régional pour les systèmes de santé, qui a présenté cette question, a dit que, comme la Conférence ministérielle l'avait montré, la fonction de direction était cruciale pour des systèmes de santé équitables dans tous les pays.

Un membre du CPR a relevé que, bien que l'état de santé se soit amélioré au cours des 15 années écoulées, d'importantes difficultés subsistaient et beaucoup de pressions s'exerçaient sur les pouvoirs publics pour qu'ils améliorent les performances et l'équité financière. La fonction de direction était cruciale. Le but recherché était d'obtenir de meilleures performances des systèmes de santé et d'obtenir les niveaux de santé les plus élevés possibles, tout en tenant compte des opinions et des attentes des parties prenantes et en maintenant la flexibilité.

Une courte vidéo sur la Conférence ministérielle de Tallinn a été projetée et un message de salutation du ministre estonien des Affaires sociales a été diffusé.

Le directeur régional adjoint a exposé dans les grandes lignes les principales évolutions et difficultés. La fonction de direction relevait des pouvoirs publics, tant dans le domaine de la santé qu'en ce qui concerne les activités qui avaient des incidences sur cette dernière. Il existait de nombreux types de direction dans la Région et non un modèle unique, mais cette notion consistait à fixer des orientations stratégiques et à élaborer des politiques, à adopter des réglementations efficaces et à veiller à la responsabilisation.

La fonction de direction consistait également à influencer les autres secteurs pour qu'ils fassent la promotion d'une bonne santé et d'un comportement sain. Elle était pertinente non seulement pour des fonctions spécifiques du système de santé, telles que l'obtention de ressources ou du financement, mais également pour des facteurs plus généraux tels que la corruption : elle allait bien au delà du système de santé. On disposait d'informations factuelles solides qui montraient que les systèmes de santé amélioraient la santé, mais ils devaient être façonnés de telle sorte qu'ils amélioraient les résultats et les rendent plus équitables. Le développement économique par lui-même ne permettrait pas d'améliorer la santé, s'il ne s'accompagnait pas d'investissements dans les technologies, le capital humain et le capital des entreprises. Il existait des outils pour aider les pays qui faisaient face à une insuffisance de l'information, à des pressions en faveur de résultats rapides et à une rotation élevée du personnel, et plusieurs études de cas intéressantes avaient porté sur l'exercice d'un rôle de direction plus fort, tant dans les pays qu'entre les pays.

Il était nécessaire de réexaminer le développement des soins de santé primaires et de déterminer la meilleure façon de donner suite aux informations factuelles concernant les effets des déterminants sociaux. Il convenait de prendre des mesures appropriées pour gérer les ressources humaines ; en fait, le mouvement en

faveur d'une consultation sur un code de bonnes pratiques pour le recrutement international constituait une forme de direction.

En ce qui concernait les systèmes de santé, les bonnes intentions ne suffisaient pas. Les performances et la fonction de direction devaient être mesurées, et certaines initiatives utiles avaient été prises dans la recherche comparative des meilleures méthodes et l'évaluation des performances des systèmes. La mesure des performances n'était pas un concept facile et comportait certains risques politiques : le cadre de l'OMS n'avait pas nécessairement pour but d'établir un classement des pays, mais il pouvait aider à voir ce que d'autres faisaient. L'OMS continuerait à concevoir des outils, à examiner la gouvernance, à soutenir les pays et à s'efforcer d'obtenir des consensus.

Un groupe d'experts a ensuite fait part de ses points de vue. Le président de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, dont le rapport venait d'être publié, a fait remarquer qu'il ne fallait pas confondre santé et soins de santé, et que les soins de santé primaires devaient être réélaborés dans le contexte des déterminants sociaux : les deux avaient besoin de l'un et l'autre. Il n'y avait pas conflit non plus avec la Commission sur la macroéconomie et la santé : l'argument était qu'il fallait améliorer la santé, non pas pour des raisons économiques, mais au nom de la justice sociale. Les responsables politiques attachaient beaucoup d'importance aux conclusions de la Commission qu'il présidait parce que nous sommes tous concernés par notre santé ; elle était le résultat de toutes les politiques sociales. Comme l'a un jour déclaré M. Liam Donaldson, la santé devait être l'affaire de l'ensemble des pouvoirs publics. En effet, les ministères ne devaient pas seulement sensibiliser à cet égard, mais aussi jouer le rôle de « comptables sociaux » en garantissant l'évaluation de la santé. Au commencement des travaux de la Commission, il n'avait aucune opinion quant à la nécessité, pour les systèmes de santé, d'être privés ou publics, mais les preuves étaient désormais évidentes : plus la proportion des coûts de soins de santé privés était élevée, plus la situation sanitaire des populations était mauvaise. Chaque année, cent millions de personnes se retrouvaient dans un état de pauvreté à cause des coûts des soins de santé. Certaines inégalités d'ordre sanitaire étaient le résultat de politiques inadaptées et de mesures économiques inéquitables. La manière dont les différents pays organisaient leurs soins de santé était révélatrice du type de société qu'ils désiraient.

Le directeur de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a évoqué la mesure de la performance. Le principal problème résidait dans la manière d'établir un lien entre l'évaluation de la performance et les politiques. En effet, une bonne partie des évaluations étaient réalisées « en aval » (par exemple, l'évaluation des médicaments), mais il fallait aussi évaluer en amont (par exemple, l'investissement dans la sécurité sociale ou le logement). L'opération était certes plus complexe, mais elle pouvait prendre en compte des avantages à venir qui en général étaient négligés. L'espérance de vie n'était pas seulement influencée par les déterminants sociaux mais aussi par l'amélioration des services dispensés. Cependant, malgré toutes les années marquées par la philosophie de la Santé pour tous, on n'avait toujours pas évalué l'efficacité des structures et des approches intersectorielles. Des efforts devaient encore être menés à cet égard.

La Première dame de Géorgie a examiné le rôle du public, résumé en trois termes : voix, choix et représentation. Comme les citoyens étaient tous des patients potentiels ou d'anciens patients, ils pouvaient jouer un rôle à la fois dans la gouvernance et comme bénévoles : l'apprentissage se faisait par la pratique. L'OMS pourrait participer en fournissant des informations au public sur leurs droits et les questions de santé.

Selon le directeur général de la santé (France), il était important de se préoccuper de tout ce qui n'était pas « sous contrôle ». Les patients vulnérables (par exemple, les enfants, les personnes âgées, les minorités, les personnes atteintes de maladies mentales ou les migrants) pouvaient avoir besoin de politiques et de programmes spécifiques afin de garantir l'accès. Les responsables de la santé étaient en somme des « gardiens de but », particulièrement conscients de leurs échecs (les buts encaissés), mais leurs préoccupations devaient être partagées avec les responsables des affaires sociales, s'inspirant des crises pour ramener chez eux le message selon lequel la santé est importante. Cela signifierait à la fois

sensibiliser et émettre des considérations politiques. Il a fait référence à des commentaires précédents, comparant les tâches à celles de Sisyphe, et selon Camus, il fallait imaginer Sisyphe heureux !

Le ministre serbe de la Santé est revenu sur le besoin d'établir un équilibre entre macroéconomie et déterminants sociaux. Il importait de disposer des données, d'être direct et honnête dans toutes les communications avec les parties prenantes, y compris le public, et de fournir un cadre consultatif mais de faire preuve de rigueur dans la mise en œuvre, tout en étant aussi disposé à apprendre et à s'adapter. Il a fait état des réussites rencontrées dans son pays dans le domaine de la lutte contre le tabagisme. Il fallait être non seulement un professionnel de santé, mais aussi un responsable politique sérieux capable d'apprendre des autres ministères.

Le directeur du bureau de l'OMS à Barcelone a abordé la question de savoir comment les ministères de la Santé pouvaient exercer une fonction de direction lorsque leur budget était décentralisé ou entre les mains de sociétés d'assurance. Le contrôle des politiques sans financement était lié à un concept repris dans la Charte de Tallinn, selon lequel les actions devaient s'inspirer d'objectifs bien définis en matière de politiques sanitaires, et non uniquement de circonstances ou de nouvelles initiatives bien spécifiques. Des mesures étaient généralement nécessaires en ce qui concerne la formation et la prestation de services qui y sont associées. Il conviendrait de fixer des critères pour les caisses d'assurance maladie et de leur poser des questions afin de garantir qu'elles répondent de leurs actes. Traditionnellement, cette vérification était effectuée par le contrôle des ressources, mais il serait préférable que la responsabilité du système s'exprime en termes de résultats. Par ailleurs, la collecte et l'utilisation des informations et des connaissances exploitables étaient importantes : les données faisaient la force. Il existait des outils pour exercer la fonction de direction et la gouvernance des principales agences appliquant le système financier, dont la mise à disposition des informations au public ou aux prestataires de services. La réglementation du système permettait d'orienter les intermédiaires vers des objectifs sociaux bien définis. Les politiques des pouvoirs publics pouvaient également prévoir des mécanismes d'ajustement en fonction des risques assurant une répartition équitable des ressources financières et ce, afin de faciliter l'accès par les groupes les plus vulnérables. Avec l'aide de l'OMS, plusieurs pays avaient réussi à améliorer leur fonction de direction pour soutenir les réformes générales. L'OMS s'attachait à émettre les meilleurs conseils fondés sur des preuves scientifiques : c'était son rôle de direction dans la Région.

Dans le débat qui a suivi, un représentant a expliqué comment son ministère avait appris, au cours de ces huit dernières années, à « diriger la barque » plutôt qu'à « tenir les rames ». Les meilleures idées étaient le fruit de l'imagination ou des actions locales ; de manière traditionnelle, le centre avait été trop bureaucratique, expliquant aux personnes ce qu'elles devaient faire et étouffant la créativité. Le ministère s'était attaché principalement à définir des normes précises sans fixer trop d'objectifs, permettant ainsi une répartition équitable et efficace des ressources dans différents domaines caractérisés par des besoins spécifiques, et facilitant le changement. Il s'était aussi efforcé de faire de la santé une responsabilité de tous les ministères.

À la suite de la discussion du groupe d'experts, le directeur régional adjoint a brièvement examiné le contenu du projet de résolution ainsi que le contenu, les messages clés et les engagements de la Charte de Tallinn, qui devraient inspirer tout un ensemble d'activités menées par l'OMS, les États membres et les partenaires pour renforcer les systèmes de santé.

Au cours de la discussion qui a suivi, de nombreux intervenants ont rendu hommage au document relatif à la fonction de direction et à la gouvernance dans la Région et à la présentation innovatrice du sujet. Ils se sont félicités du projet de résolution comme moyen de mettre en œuvre la Charte de Tallinn et de renforcer les systèmes de santé de la Région européenne.

Un représentant s'adressant au nom de l'UE, de pays candidats à l'adhésion (Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie) ; de candidats potentiels (Albanie, Monténégro et Serbie) ; et de l'Arménie, de la Géorgie, de la République de Moldova et de l'Ukraine (qui se sont alignées sur sa déclaration), a encore mis en évidence trois conditions spécifiques pour la bonne gouvernance : la nécessité pour les ministères de la Santé de jouer un important rôle de chef de file et de coopérer avec la

société civile et des partenaires du secteur privé, et la coopération et la coordination aux niveaux régional et international. Tout d'abord, étant donné l'importance des systèmes de santé pour la santé et la prospérité et l'impact des activités des ministères de la Santé sur le développement dans son ensemble, les ministères devaient être capables d'encadrer, de coordonner et d'évaluer les politiques relatives à la santé publique. Ils devaient aussi convaincre les autres ministères d'intégrer la santé dans leurs politiques et assurer une bonne coopération entre les autorités centrales et locales et l'attribution d'une priorité élevée à la santé au niveau des gouvernements nationaux. Deuxièmement, la coopération entre, d'une part, les ministères de la Santé et, d'autre part, les partenaires de la société civile et du secteur privé devrait aussi prévoir des consultations avec des associations de patients et d'ONG, et se pencher sur les questions d'éthique, la transparence et la responsabilité pour prendre en considération les besoins des utilisateurs de services. En outre, le dialogue avec les entités de recherche médicale était important pour gérer les innovations et garantir un bon rapport coût-efficacité ; l'aptitude des ministères de la Santé à entamer un dialogue avec tous les acteurs et intervenants était essentielle pour des soins de santé primaires efficaces. Troisièmement, la coopération et la coordination aux niveaux national et international étaient nécessaires pour aborder des questions telles que la mobilité des patients et des professionnels de santé ainsi que la migration du personnel sanitaire ; les participants se sont félicités des consultations publiques de l'OMS sur le projet de code de pratique relatif à ce dernier sujet. Enfin, l'échange des données d'expérience et des bonnes pratiques pourrait contribuer à la bonne gouvernance des systèmes de santé nationaux.

Le Bureau régional jouait un rôle indispensable à cet égard en aidant les États membres dans l'élaboration de leurs politiques, stratégies et législation selon leur contexte spécifique. L'OMS aux niveaux régional et mondial pourrait contribuer à susciter les dialogues requis. En outre, alors que le document de travail mettait en lumière, avec raison, certains des outils nécessaires pour garantir l'efficacité des ministères de la Santé (réglementations, évaluation de la performance des systèmes de santé, diffusion des bonnes pratiques et établissement d'un système de surveillance épidémiologique), il aurait pu insister davantage sur le besoin d'assurer un financement des systèmes de santé qui soit viable et puisse garantir une couverture universelle. L'intervenant soutenait le projet de résolution comme moyen de mettre en œuvre la Charte de Tallinn et d'atteindre les OMD dans la Région européenne.

Un représentant s'exprimant au nom des cinq pays nordiques a entièrement approuvé ces points de vue, et s'est félicité du soutien constant apporté par l'OMS au renforcement des systèmes de santé et de la priorité accordée aux soins de santé primaires. Plusieurs autres orateurs se sont également ralliés à cet avis, d'autant plus que l'année 2008 marquait le trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata et qu'Andrija Stampar, le père spirituel du centre des soins de santé primaires, était originaire de la Région. Une nouvelle approche des soins de santé primaires était nécessaire, et c'était une condition essentielle pour remédier aux causes des problèmes de santé, notamment à la lumière du rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Parmi les autres aspects importants de la fonction de direction, il convenait de mentionner l'importance de l'équité, du rôle de chef de file assumé par les ministères de la Santé et l'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé. Or, le document de travail aurait pu élargir la définition d'équité pour inclure les résultats au niveau de la santé, et se pencher davantage sur la création des ressources humaines pour la santé en tant qu'important domaine d'exercice de la fonction de direction. L'OMS fournissait déjà un cadre technique sur les ressources humaines pour la santé et des conseils techniques aux États membres. Dans tous les pays, l'immigration et le recrutement international faisaient l'objet d'un débat ; il était donc urgent de disposer du projet de code de pratique. En outre, des interventions nationales et intersectorielles étaient requises pour intégrer les migrants et leur famille dans les pays de destination.

Beaucoup d'autres orateurs ont souligné certains aspects particuliers de la gouvernance et/ou du renforcement des systèmes de santé, à savoir notamment : le besoin de politiques sur la justice sociale, afin d'influer sur les déterminants macroéconomiques de la santé et accroître l'équité ; la contribution essentielle de systèmes de santé robustes au développement socioéconomique ; le besoin d'améliorer l'accès aux services et à la protection financière ; l'importance de renforcer la promotion de la santé publique et le besoin de trouver des solutions optimales à l'adresse des pays et en fonction de la diversité des contextes.

En ce qui concerne la Charte de Tallinn, des représentants ont fièrement rappelé leur rôle dans l'élaboration du document, fortement approuvé ses valeurs, méthodes et engagements, et expliqué en détail comment ils l'avaient mise en œuvre ou comment ils l'utilisaient pour renforcer leur systèmes de santé ou relever les défis actuels de leurs pays respectifs. Un orateur a qualifié le processus préparatoire qui a mené à la Conférence de Tallinn et à la Charte d'exemplaire et affirmé qu'il s'agissait d'un modèle pour d'autres initiatives régionales et mondiales. Des représentants ont demandé que des mesures supplémentaires soient prises quant à la mise en œuvre, mentionnant l'utilité de la Charte pour l'approfondissement des activités. Les États membres devaient passer de la théorie à la pratique, et aller plus loin aux niveaux national et international sur la base de la solidarité.

Certains intervenants se sont félicités du rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé qu'ils considéraient comme utile. Un des orateurs a cependant affirmé que des paiements plus élevés dans le secteur privé n'affecteraient pas les résultats pour la santé si les pouvoirs publics garantissaient une couverture universelle, et se focalisaient sur les déterminants socioéconomiques de la santé.

En ce qui concerne le rôle de l'OMS, plusieurs orateurs ont remercié le Bureau régional pour son soutien apporté à leurs travaux sur les systèmes de santé, se félicitant de l'intégration de l'approche sur les systèmes de santé dans les activités nationales. Ils se sont engagés à collaborer avec l'OMS pour mettre en œuvre la Charte de Tallinn. D'autres intervenants ont fait remarquer l'utilité du lien établi par l'OMS entre les systèmes de santé, d'une part, et la santé et la prospérité, d'autre part. La priorité accordée aux systèmes de santé par le Bureau régional et le Siège de l'OMS aiderait les pays à tous les niveaux de développement. Bon nombre de représentants ont souligné l'importance des informations utilisables (« *intelligence* ») et de l'évaluation des réussites et des échecs, et exprimé leur volonté de partager leurs données d'expérience et leurs informations dans leur pays et sur le plan international. Plusieurs intervenants ont demandé au Bureau régional de collecter et d'analyser ces informations afin d'aider les pays à mettre au point des mécanismes et outils communs.

Le directeur régional s'est félicité de la satisfaction exprimée par les États membres eu égard à la Conférence de Tallinn et a déclaré qu'il fallait désormais, et c'était le défi, assurer la continuation à long terme de l'esprit de cette conférence. Il avait pris note des domaines où le Bureau régional devait amplifier son soutien ainsi que des nouvelles problématiques que celui-ci devait prendre en compte. La discussion du groupe d'experts avait mis en évidence la diversité et la complexité des systèmes de santé et montré qu'il fallait trouver des solutions innovatrices pour les renforcer ; la capacité des ministres de la Santé devait être renforcée afin qu'ils puissent assumer leurs diverses responsabilités ; et de nouvelles méthodes devaient être élaborées afin d'assurer la participation, au niveau local, aux questions d'ordre sanitaire. Le débat avait aussi permis de souligner l'importance de la recherche et de l'information comme moyens de mesurer les progrès réalisés. Les soins de santé primaires représentaient les valeurs de base des systèmes de santé, bien que de nouvelles techniques doivent être mises en place pour moderniser le concept.

Le directeur général a également insisté sur l'importance des bases factuelles et de l'information pour mesurer, contrôler et évaluer les systèmes de santé. Moins d'un tiers des États membres de l'OMS disposait de systèmes robustes d'information sanitaire capables de collecter, d'enregistrer et d'utiliser les données fondamentales et essentielles pour convaincre d'autres ministres de l'importance des questions de santé.

Le chef de la Section de la santé, de la nutrition et de la population (Europe et Asie centrale) de la Banque mondiale a déclaré que le partenariat exemplaire entre le Bureau régional et la Banque mondiale avait contribué à la réussite de la Conférence de Tallinn. Il a recensé six stratégies de financement des services de santé à l'adresse des moins nantis : 1) supprimer le lien entre le niveau d'utilisation des services de santé par les pauvres et les coûts qu'ils encourent ; 2) s'assurer que les ressources financières étaient orientées vers les pauvres et non vers les programmes ; 3) lier le remboursement des prestataires de services à l'utilisation des services ; 4) combler le fossé entre les pauvres et les services de santé, tant au niveau géographique qu'au niveau culturel ; 5) adopter des réglementations pour que les pauvres se

fassent mieux entendre ; et 6) recourir à la modification des comportements pour mettre fin au hiatus entre ce que les pauvres demandaient et ce dont ils avaient besoin.

Un représentant du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a félicité le Bureau régional pour sa prise en compte de la question du renforcement des systèmes de santé. En effet, la santé n'était pas un privilège, mais bien un droit ; tout le monde avait droit à un accès équitable à des soins de santé de qualité. L'élaboration de programmes devait aussi se fonder sur les droits de l'homme, avec la participation responsable de tous les membres de la famille. Il partageait le même avis que le directeur général, à savoir que les informations nationales étaient essentielles dans la mesure où elles exerçaient un plus grand impact sur les décisions nationales que les données émanant d'autres pays.

Le directeur de la Division de la Santé, Cohésion sociale, du Conseil de l'Europe a déclaré que les droits de l'homme étaient un argument qui permettait d'unir les objectifs du Conseil à ceux de l'OMS. En fait, le Conseil appliquait déjà les dispositions de la Charte de Tallin par le biais d'un comité d'experts sur la bonne gouvernance en soins de santé, l'accent étant mis sur la transparence, la responsabilité et la participation. Un autre comité préparait une recommandation sur la mobilité, la migration et l'accès aux soins de santé. La coopération entre le Conseil et l'OMS était depuis longtemps fructueuse, s'agissant notamment du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est dans le cadre du Pacte de stabilité, qui a permis de montrer que la santé pouvait constituer un « pont vers la paix », et que la paix pouvait améliorer la santé.

Les ONG suivantes ont effectué de déclarations : Alzheimer's Disease International, la Fédération internationale pour la planification familiale (Réseau européen) et l'International Association of Medical Regulatory Authorities.

Un certain nombre de représentants et le directeur régional, dans leurs observations sur une modification du projet de résolution proposant qu'un groupe de travail international soit créé pour faciliter la conception d'un modèle optimal de système de santé, ont dit que les incidences financières de toute proposition de ce type devraient d'abord être examinées par le CPCR et ensuite par le Bureau régional. D'autres représentants ont estimé qu'il serait impossible de définir un système de santé optimal. Le Comité a décidé de mentionner plutôt des « normes minimales » pour les systèmes de santé.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC58/R4.

Stratégies de modification des comportements de santé : le rôle des systèmes de santé (EUR/RC58/10 et EUR/RC58/Conf.Doc./5 Rev.1)

Un membre du Comité permanent a présenté ce point, qui constituait, comme il l'a indiqué, un défi crucial mais extrêmement complexe. Dans la Région européenne de l'OMS, les facteurs de risque liés aux comportements constituaient les principales causes de morbidité et de mortalité dues aux maladies chroniques et aux traumatismes, et il existait des informations factuelles convaincantes qui montraient que les comportements favorables à la santé (y compris l'abstinence tabagique, un régime alimentaire sain et de l'exercice régulier) allaient de pair avec une longévité accrue et une qualité de vie améliorée. Cependant, les activités de promotion de la santé n'avaient pas toujours les effets désirés. Le document de travail visait à rassembler les informations factuelles relatives aux interventions efficaces, à décrire les facteurs cruciaux du succès et à étudier leurs implications pour les systèmes de santé et des interventions plus larges des pouvoirs publics. Pour promouvoir la santé dans l'ensemble de la Région, il était essentiel d'influer sur le comportement des individus tout en respectant la liberté de choix personnel.

Le directeur de la Division des systèmes de santé des pays a déclaré qu'on pouvait se demander ce qui était nouveau, étant donné que chacun connaissait cette question depuis plus de trente ans. Cependant, les maladies non transmissibles étaient devenues les principaux facteurs de décès dans la Région et elles résultaient surtout de modes de vie et de comportements malsains, en particulier parmi les groupes défavorisés. Des informations factuelles indiquaient que des interventions pouvaient inverser cette tendance et il convenait d'examiner de façon plus approfondie le comportement conçu comme un ensemble de facteurs de risque ; ce qui était nouveau également, c'était la nécessité de rendre explicite le

rôle des systèmes de santé dans la modification des comportements. Il était temps d'examiner les déterminants liés aux systèmes de santé, d'évaluer l'efficacité des interventions qui avaient été menées et de déterminer quels enseignements avaient été retirés.

Il n'était guère contesté que certaines interventions auxquelles on avait procédé en amont, telles que l'adoption de dispositions législatives sur la lutte contre le tabac, étaient très rationnelles, en particulier sur le plan économique, mais on ne savait toujours pas si l'on comprenait bien les rapports qui existaient entre la santé, la maladie et d'autres facteurs dans la chaîne des causes. Une sensibilisation accrue n'entraînait pas nécessairement un changement du comportement ; en fait, plus le message était largement diffusé, plus la résistance était grande. L'aptitude des individus à changer subissait l'influence d'un grand nombre de facteurs externes et contextuels. Dès lors, il était crucial de souligner l'importance de mesures structurelles. Il ne serait pas possible d'atteindre des résultats positifs si ces facteurs n'étaient pas pleinement pris en considération. Le système de santé pouvait faire en sorte que cela se produise ; il pouvait mener des recherches sur les décès et les groupes à risque ou préconiser des mesures législatives (par exemple sur les ceintures de sécurité, l'âge minimum pour des sanctions liées au permis de conduire ou la réaction du système d'ambulances). Les autorités sanitaires devaient jouer un rôle essentiel dans la mise en œuvre d'interventions efficaces.

Pour une mise en œuvre efficace, il fallait accorder de l'attention à quatre considérations : la population ciblée avait-elle été soigneusement définie ? Le niveau de couverture avait-il été suffisant ? La population ciblée réagissait-elle positivement (et dans la négative, était-ce dû à des insuffisances en matière de conception des programmes et d'outils assurant le respect des recommandations) et le personnel devait-il avoir des qualifications, une formation ou une motivation meilleure ou différente ? Il fallait aborder toutes ces questions en veillant à donner un rôle approprié au système de santé et à ses fonctions de prestation de services, à l'obtention de moyens, au financement et à la fonction de direction.

Les interventions dépendaient du contexte : il n'existait pas de solution valable pour tous. Cependant, les interventions réussies avaient des caractéristiques communes telles que l'engagement, les connaissances, un caractère multisectoriel, le choix du bon moment et un financement suffisant. Le système de santé pouvait orienter le changement de comportement en se basant sur un ensemble minimum de principes, qui allaient d'une large adhésion à une évaluation continue et à un caractère global. La démarche adoptée devait aller de bas en haut et être multisectorielle.

Un groupe d'experts partageaient leurs opinions. Le directeur du Bureau européen de l'OMS pour l'investissement dans la santé et le développement (Venise) a dit qu'une première tentative était en cours en vue de placer le changement de comportement dans le cadre global des systèmes de santé, ce qui exigerait de bonnes performances de la part de toutes les fonctions du système de santé, étant donné que ce changement serait lié à des éléments d'une évaluation des performances du système de santé. On disait souvent que les individus devaient assumer la responsabilité de leur propre santé, mais la Commission sur les déterminants sociaux avait montré que la santé n'était pas répartie de façon égale dans la société et que la possibilité d'adopter un comportement sain se caractérisait également par un gradient social. Pour que le choix sain soit aussi le choix facile, il fallait une action des pouvoirs publics.

Le chef par intérim du service des maladies non transmissibles a dit que le temps où l'éducation sanitaire consistait simplement à envoyer des messages et à rendre les victimes responsables de leur sort était passé depuis longtemps : maintenant, la démarche utilisée était davantage axée sur la responsabilité individuelle dans un environnement favorable, car on disposait d'informations factuelles solides sur ce qui encourageait les individus à adopter des modes de vie sains ou au contraire les en dissuadait. La santé devenait une valeur essentielle dans de nombreux secteurs tels que l'urbanisme, la rénovation des logements ou le développement économique. Des informations et une évaluation de meilleure qualité étaient nécessaires, mais beaucoup de choses se passaient : les médecins de famille prescrivaient de l'exercice physique, les pistes cyclables étaient prolongées et les ministères de l'Agriculture préconisaient des marchés de légumes peu coûteux dans les quartiers. Les partenariats revêtaient de l'importance à différents niveaux, et le marketing social était un outil utile pour rendre ces initiatives viables.

Le chef par intérim du service des maladies transmissibles a dit que, pour un grand nombre de ces maladies, le changement de comportement était le principal objectif des interventions, telles que celles visant à réduire les dommages parmi les toxicomanes par voie intraveineuse ou à promouvoir un accès universel à une thérapeutique antirétrovirale parmi les personnes infectées par le VIH. Ici encore, il fallait créer des environnements favorables dans des situations difficiles, par exemple en persuadant un toxicomane qui s'injectait de la drogue qu'il pouvait exister d'importants avantages à court terme ainsi que la promesse d'une vie meilleure dans l'avenir. Cependant, il ne suffisait pas de promouvoir des démarches de réduction des dommages ; il fallait également que les systèmes de santé fournissent des services. Une fois que des interventions visant à modifier le comportement étaient entreprises, les systèmes de santé pouvaient être obligés de les poursuivre pendant toute la vie des individus concernés, voire pendant plusieurs générations, pour obtenir les améliorations recherchées. Des facteurs politiques et juridiques entraient en jeu, ainsi que la dimension hommes-femmes et la question d'un équilibre entre la santé publique et les droits de l'homme individuels lorsqu'il y avait pénalisation.

Le directeur général de l'Amélioration et de la protection de la santé au Royaume-Uni a déclaré que ses services axaient leur action sur le marketing social. Le secteur du commerce de détail possédait des moyens perfectionnés d'évaluer le comportement des consommateurs et de mettre en œuvre des mesures subtiles pour modifier ce dernier, mais le secteur public restait encore à la traîne. Il fallait non seulement définir des messages, mais également obtenir des connaissances essentielles sur ce qui déclenchait le changement de comportement, sur le bon environnement et sur les moyens d'obtenir la confiance du consommateur. Ses services avaient organisé des campagnes télévisées sur des questions telles que le tabagisme, la consommation d'alcool, la sécurité routière et les ceintures de sécurité sur les sièges arrière. Sa stratégie en matière d'obésité se basait sur une démarche intersectorielle qui associait les secteurs des transports, de la culture, des médias, des sports et de la santé. Les produits du programme « Change4life » avaient été conçus avec la participation des écoles, des parents, de l'industrie alimentaire et de militants locaux. L'idée était de sensibiliser la population à la nécessité d'un mode de vie sain en développant le concept de marche à pied, de danse, de cyclisme, de visite des magasins, de cuisine, etc.

Une représentante 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, Monténégro et Serbie), ainsi que de l'Arménie, de la Géorgie, de la République de Moldova et de l'Ukraine (qui souscrivaient à sa déclaration) a dit que l'action ciblant les facteurs environnementaux et structurels à l'aide d'instruments législatifs et le recours à des mesures d'incitation financières ou non financières conduisant à des comportements favorables à la santé méritait une attention beaucoup plus grande. L'UE avait commencé à appliquer sa stratégie visant à aider les pays à réduire les dommages liés à l'alcool. Cette stratégie préconisait des restrictions sur la vente d'alcool et des mesures réglementaires visant à limiter la consommation d'alcool par les conducteurs de véhicules. La dimension intersectorielle était très importante, mais les ministres de la Santé jouaient un rôle central dans la mobilisation de tous ceux qui étaient responsables des politiques publiques. Cette représentante a soutenu la recommandation tendant à analyser les types problématiques de comportement et leur influence sur la santé, et à mobiliser les connaissances existantes. À cet effet, il fallait repérer les groupes de la population à risque, tenir compte des effets sociaux et environnementaux sur la santé, organiser une action multisectorielle et mettre l'accent sur le rôle du ministère de la Santé, avec la participation d'autres secteurs, dont ceux qui bénéficieraient des mesures.

D'autres intervenants ont décrit des initiatives que les autorités de leur pays avaient prises, telles que l'incorporation de la notion de promotion de la santé dans les politiques officielles et les stratégies sanitaires nationales ; le lancement de programmes publics intersectoriels ; l'organisation de campagnes sur la santé cardiaque ; des campagnes télévisées visant à réduire les facteurs de risque ; l'incorporation obligatoire de la santé dans les matières scolaires ou l'accomplissement de progrès en matière de lutte contre le tabagisme. Il a été souligné que, pour que les activités soient couronnées de succès, elles devaient être appropriées dans le contexte propre au pays, mais il fallait faire en sorte que les choix sains soient faciles, accessibles, attrayants et financièrement abordables. Il importait de prendre des mesures structurelles, notamment par la voie de taxes, de subventions ou d'initiatives éducatives. De mauvais comportements de santé engendraient d'importantes pertes économiques.

Au fil des années, des pays avaient essayé de changer le comportement des individus uniquement par l'information, mais jusqu'à présent le succès obtenu à cet égard avait été limité : cela faisait plus de 20 ans que l'OMS avait préconisé de faire en sorte que « le choix sain soit un choix facile ». Un représentant a fait observer que le rapport n'accordait qu'une attention limitée à l'alcool. La responsabilité pour les programmes de promotion de la santé et la direction de ces derniers incombaient incontestablement aux systèmes de santé, et une fonction de direction solide était également nécessaire au Bureau régional.

Un orateur a fait observer que les décisions prises par les administrations locales avaient aussi des effets importants, étant donné que les environnements physiques et sociaux des individus influençaient considérablement sur les facteurs de comportement. La formation des professionnels de santé, les incitations financières qui leur étaient données et les modalités d'organisation des services de santé pouvaient tous contribuer de façon cohérente à une promotion de la santé efficace et à des efforts fructueux de prévention des maladies.

Les enfants et les jeunes étaient souvent les principaux groupes cibles dans la promotion de choix sains, car l'investissement dans leur santé était l'une des façons les plus efficaces d'assurer la bonne santé des futurs adultes. Cependant, il a été indiqué que, pour des facteurs de risque tels que la consommation d'alcool ou le tabagisme, des démarches ciblées étroitement pouvaient ne pas être aussi efficaces que des démarches plus larges au niveau de la population (c'est ce que l'on appelait souvent le « paradoxe de la prévention »), étant donné que la plupart des personnes étaient exposées aux risques.

Dans sa réponse, le directeur de la Division des systèmes de santé des pays a réaffirmé que la question abordée n'était pas nouvelle, mais que la démarche préconisée était novatrice, étant donné qu'elle visait à définir le rôle des systèmes de santé d'une manière systématique et viable, et à établir un lien entre les quatre fonctions d'un système de santé, d'une part, et les changements de comportement, d'autre part. Tout se compliquait quand on entrait dans les détails. Le rôle de l'État était très important. Les pouvoirs publics pouvaient contrecarrer les effets de l'influence des pairs, de la communauté et du quartier, que l'on constatait souvent chez les populations défavorisées. Il fallait que les pouvoirs publics agissent comme un catalyseur plutôt que comme une force contraignante.

Une déclaration a été prononcée par le représentant de la Fédération internationale pharmaceutique.

Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC58/R8.

Processus de communication de rapports au Comité régional sur les résolutions adoptées lors des sessions précédentes

(EUR/RC58/11 et EUR/RC58/Conf.Doc./6)

En guise d'introduction, un membre du Comité permanent a déclaré que le CPR avait, au cours de l'année précédente, examiné le processus de communication de rapports au Comité régional sur les résolutions qu'il avait adoptées. Un nombre croissant de ces résolutions requérait de faire rapport périodiquement, et souvent sans durée limite. Ceci réduisait le temps alloué aux questions techniques et de politique générale, ainsi que la place accordée à de nouveaux points à l'ordre du jour. Afin de résoudre ce problème, le CPR a proposé que l'on applique une durée limite pour la communication de rapports à plusieurs résolutions déjà adoptées par le Comité régional. En outre, il recommandait que les résolutions adoptées à l'avenir ne contiennent aucun impératif de communication de rapports pour une durée indéterminée, et qu'il devrait y avoir de préférence, et dans la mesure du possible, un minimum de cinq ans entre de tels rapports.

En réponse à une question posée, le directeur régional adjoint a expliqué que le document de travail et le projet de résolution concernaient seulement la périodicité de la communication de rapports. Les décisions relatives à la forme des rapports présentés (oraux ou écrits) et leur inscription officielle à l'ordre du jour d'une session du Comité régional étaient du ressort du CPR. Si de tels rapports étaient présentés sous forme écrite uniquement, et n'étaient pas inscrits à l'ordre du jour de la session (comme dans le cas du

rapport du Comité européen de l'environnement et de la santé à la présente session), les représentants pouvaient émettre des observations sur lesdits rapports lors du débat général.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC58/R5.

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

Stratégies pour la santé des enfants et des adolescents, y compris la vaccination

Le directeur de la Division des systèmes de santé des pays a fait état des progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies européennes sur la santé des enfants et des adolescents et sur la vaccination. Dans la résolution EUR/RC55/R6, il était demandé aux États membres de tenter d'aplanir les inégalités en ce qui concerne la santé des enfants et leur accès aux systèmes de santé en élaborant et en mettant en œuvre des stratégies nationales et ce, conformément à la Stratégie européenne pour le développement et la santé des enfants et des adolescents. Le Bureau régional avait organisé des ateliers régionaux et nationaux sur l'élaboration de stratégies à l'adresse de 18 pays (dont 13 avec accord de collaboration biennal) et mené une analyse de la situation afin d'établir la référence. En 2008, de telles analyses avaient été réalisées pour 12 pays, tandis que 5 avaient élaboré des projets avancés de stratégies et de plans d'action, et 4 avaient vu leurs stratégies et plans d'action approuvés par le gouvernement ou le ministère de la Santé.

Le Bureau régional avait évalué les progrès accomplis en menant une enquête transrégionale et des études de cas en Albanie, en Arménie, en Écosse (Royaume-Uni), en Hongrie et en Ouzbékistan. Cette enquête a permis de mettre en évidence les progrès réalisés en ce qui concerne quatre critères entre 2006 et 2008. On a assisté à une augmentation de la proportion des pays dont les stratégies sur la santé des enfants et des adolescents tenaient compte de différents groupes d'âge (de 25 à 35 %) et se focalisaient sur les inégalités entre les groupes de population (de 50 à 80 %), et des pays qui avaient créé un groupe spécial intersectoriel à la suite de la Stratégie européenne (de 10 à 30 %) et fait participer des jeunes à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies (de 30 à 45 %). Les études de cas ont montré que, pour appliquer des stratégies nationales, les pays devaient accroître la fiabilité des données et des mécanismes de collecte des données, combler les lacunes en matière de formation des professionnels de santé pour développer leur capacité de mise en œuvre, améliorer la répartition géographique des professionnels et des services de santé ainsi que le suivi et l'évaluation de ces services, et garantir un financement adéquat. Parmi les défis auxquels les pays devraient faire face à l'avenir, il convenait de mentionner l'intégration de leur stratégie sur la santé des enfants et des adolescents dans leur système de santé, la formulation des plans d'action à appliquer et la définition d'indicateurs, l'adoption d'une approche unifiée pour la collecte et l'analyse des données, et l'obtention de données désagrégées fiables. Parmi les défis auxquels devait faire face le Bureau régional, il convenait de mentionner le maintien de l'aide à la formulation et à la mise en œuvre de stratégies dans les pays, et l'attention qui devait être davantage accordée à des stades spécifiques de l'existence.

La stratégie de l'OMS en vue d'éliminer la rougeole et la rubéole dans la Région européenne d'ici 2010 reposait sur trois démarches : renforcer les systèmes nationaux de vaccination, émettre une orientation stratégique et des recommandations techniques, et faciliter la communication et une approche commune. Des progrès satisfaisants ont été accomplis. La couverture vaccinale générale était très élevée et durable. L'incidence de la rougeole et de la rubéole était en recul dans toute la Région ; si certains pays d'Europe occidentale connaissaient encore des flambées épidémiques de rougeole, le nombre de pays où l'incidence était inférieure à 1 cas par million d'habitants était passé de 19 en 2006 à 29 en 2007. Ces résultats avaient été obtenus grâce à un engagement de haut niveau des pouvoirs publics envers les programmes de vaccination et à l'obtention de moyens à cette fin, à l'élaboration de politiques nationales, aux activités de sensibilisation (comme par exemple la Semaine européenne de la vaccination organisée chaque année), à des structures de surveillance renforcées et à des activités supplémentaires de vaccination à l'adresse des groupes difficilement accessibles.

Alors que la Région était en bonne voie pour atteindre son objectif, les pays avaient besoin d'un engagement politique et d'une sensibilisation continue, d'un financement durable, d'efforts plus agressifs de la part des pays d'Europe occidentale pour accroître la couverture systématique jusqu'à 95 %, et de services permettant d'atteindre les populations vulnérables. Un engagement continu envers l'initiative d'éradication de la poliomyélite et l'élimination de la rougeole et de la rubéole permettrait de renforcer les systèmes de vaccination systématique. Enfin, le Comité régional pourrait envisager de stimuler l'élaboration et la mise en œuvre d'un processus de certification pour la rougeole et la rubéole.

Les orateurs se sont félicités de la réponse apportée aux demandes du Comité régional dans les résolutions EUR/RC55/R6 et EUR/RC55/R7 ; le Bureau régional avait été très efficace dans la prise de mesures et la communication de rapports à leur sujet.

En réponse à une question, le Directeur de la Division des systèmes de santé des pays a déclaré que les résultats mettant en évidence des progrès en ce qui concerne la santé des enfants et des adolescents portaient sur l'élaboration de stratégies et de plans d'action nationaux ; davantage de temps serait nécessaire pour déterminer leur impact sur la santé des jeunes.

Prévention et contrôle des maladies non transmissibles, y compris la prévention des traumatismes et les problèmes en rapport avec l'alcoolisme, ainsi que les politiques y afférant

La directrice par intérim de la Division des programmes sanitaires a rappelé que le Comité régional avait adopté des résolutions sur les maladies non transmissibles (EUR/RC56/R2), la prévention des traumatismes (EUR/RC55/R9) et le cadre de la politique en matière d'alcool (EUR/RC55/R1), qui demandaient au Bureau régional de faire rapport au Comité en 2008. Les maladies cardiovasculaires étaient la principale cause de mortalité dans la Région, suivies par le cancer ; les traumatismes étaient la troisième cause de mortalité la plus fréquente, mais la principale cause chez les personnes âgées de 5 à 44 ans. On a observé d'importantes inégalités en termes de risques et de décès dus aux traumatismes. Les personnes vivant dans des pays à revenu faible ou moyen couraient d'ailleurs quatre fois plus de risques de décéder d'un traumatisme que celles vivant dans des pays à haut revenu. En Europe, la consommation moyenne d'alcool était deux fois supérieure à la moyenne mondiale, et c'était le principal facteur de risque de morbidité, après l'hypertension et le tabagisme.

La stratégie du Bureau régional consistait à maintenir la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, la consommation nocive d'alcool et les traumatismes au centre des préoccupations politiques et sociales. À cette fin, il établissait des partenariats multisectoriels et élaborait des démarches intégrées. Il produisait des bases factuelles et des preuves scientifiques venant soutenir la définition et la mise en œuvre des priorités, et renforçait la capacité des systèmes de santé des États membres afin d'améliorer les activités de prévention et de lutte.

Selon des conclusions préliminaires, 32 États membres avaient adopté des politiques nationales robustes en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, 47 avaient mis en œuvre des politiques relatives à la nutrition, et 44 avaient ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Environ la moitié des États membres avait adopté des politiques intégrées pour la prévention des traumatismes non intentionnels, et environ un quart s'était doté de politiques sur la prévention de la violence. Elle se félicitait de constater un intérêt plus vif, de la part des États membres, à collaborer avec l'OMS dans ces domaines. Afin de répondre à cet intérêt, le Bureau régional renforçait ses capacités, mettait en avant et réexaminait les politiques intégrées, le matériel et les méthodes de mise en œuvre, développait les moyens humains et élaborait des systèmes de surveillance des « facteurs de risque intégrés ».

Parmi les progrès réalisés, il convenait de mentionner le renforcement de la prévention contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires et l'établissement de programmes intégrés pour la prévention de maladies spécifiques, en partenariat avec d'autres organisations. Eu égard à la prévention de la violence et des traumatismes, un certain nombre d'activités de sensibilisation avaient

été organisées et des partenariats avaient été créés. Une majorité d'États membres avaient signalé que la résolution avait favorisé une action nationale. Des progrès en matière de prévention de l'alcoolisme avaient été possibles en renforçant la collaboration avec d'autres organisations internationales et en mettant en place un système européen d'information sur l'alcool. Cette stratégie bénéficiait d'un engagement massif de la part d'organismes internationaux et nationaux, et était soutenue par des bases factuelles solides.

Il restait des défis à relever, à savoir l'élaboration de démarches intégrées et globales, la définition des déterminants sociaux des risques élevés de certains groupes, le renforcement des capacités des systèmes de santé, la garantie d'une collaboration multisectorielle efficace et le renforcement des partenariats pour les activités de prévention et de lutte.

Plusieurs représentants ont expliqué les progrès réalisés dans leur pays en ce qui concerne la mise en œuvre des différentes résolutions du Comité régional. Néanmoins, étant donné la progression alarmante des maladies non transmissibles dans la Région européenne, il importait que ces problèmes reçoivent une priorité encore plus élevée à la fois dans les États membres et au Bureau régional. Tous les facteurs de risque devaient être pris en compte dans la stratégie, en maintenant l'approche horizontale face à l'ensemble des maladies non transmissibles. Il fallait mettre en place des mesures non seulement individuelles mais aussi structurelles pour relever ces multiples défis, et les États membres devraient envisager l'adoption de mesures réglementaires telles que des restrictions relatives au marketing, des codes de conduite, des subventions propices à la santé et des dispositions fiscales.

Le représentant de Consumers International a prononcé une déclaration.

La directrice par intérim de la Division des programmes sanitaires, répondant à des commentaires, a déclaré qu'elle était heureuse d'entendre que l'appui technique de l'OMS aidait les pays à obtenir des résultats. Le plan d'action intégré sur les maladies transmissibles qui avait été adopté lors de la dernière Assemblée mondiale de la santé devait accroître la priorité de ces maladies et, par conséquent, attirer davantage de financement. La surveillance intégrée des facteurs de risque constituerait un défi, et elle a recommandé aux ministères de la Santé d'organiser des consultations approfondies avec d'autres secteurs afin de garantir que tous les facteurs comportementaux pertinents ont été pris en compte.

Le directeur régional a convenu que les facteurs comportementaux étaient difficiles à aborder. Il importait d'éviter la perception selon laquelle toutes les activités agréables ou « engendrant du plaisir » devaient être proscrites, et c'était en gérant mieux les systèmes de santé que l'on devait formuler les stratégies visant un changement comportemental.

Élections et désignations

(EUR/RC58/7, EUR/RC58/7 Add.1, EUR/RC58/Conf.Doc./8 et EUR/RC58/Inf.Doc./2)

Séance privée

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

Conseil exécutif

Le Comité a décidé que l'Allemagne, l'Estonie, la France et la Serbie présenteraient leur candidature à l'Assemblée de la santé en mai 2009 pour une élection ultérieure au Conseil exécutif.

Comité permanent du Comité régional

Le Comité régional a sélectionné Andorre, la Lituanie et le Monténégro pour des mandats au CPR d'une durée de trois ans, de septembre 2008 à septembre 2011.

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

Conformément aux dispositions du mémorandum d'accord sur la structure administrative du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, le Comité a choisi l'Ukraine pour un mandat au Comité Politiques et coordination d'une durée de trois ans qui commencera le 1^{er} janvier 2009.

Groupe de prospection régional

Le Comité a sélectionné la Fédération de Russie, le Portugal et la Turquie comme membres, et la Suède, l'Arménie et la Lettonie (dans cet ordre) comme membres suppléants du Groupe de prospection régional.

En conséquence, il a adopté la résolution EUR/RC58/R3.

Séance publique

Le représentant d'Andorre a déclaré que les questions examinées par le Comité régional entraîneraient un renforcement des systèmes de santé dans l'ensemble de la Région. Il a remercié toutes les délégations qui avaient soutenu la candidature de son pays à un siège au CPRC, ce qui représentait la première fois que son pays devenait membre d'un comité des Nations Unies.

La représentante de l'Arménie a dit que son pays avait, pour la deuxième fois, été obligé de retirer son candidat à un siège au Conseil exécutif, bien qu'il s'agisse d'un scientifique et d'un responsable politique bien connu, et d'un ancien membre du CPRC. Cette candidature avait été retirée uniquement pour que le Comité régional puisse parvenir à un consensus et pour respecter les groupements sous-régionaux existants. Cependant, combinés au nombre limité de sièges au Conseil exécutif et à la pratique d'un statut de membre semi-permanent, ces groupements étaient contraires au principe d'égalité des chances quant à l'occupation des sièges. Il était nécessaire d'adopter de nouveaux principes démocratiques concernant l'élection de membres au Conseil exécutif et elle a demandé à ce qu'une suite soit donnée à cette question.

La Présidente exécutive, s'exprimant en sa qualité de Présidente sortante du CPRC, a répondu que le Comité permanent discutait des méthodes d'élections des membres du Conseil exécutif compte tenu du nombre plus élevé de membres dont disposait la Région européenne. Elle comprenait les difficultés mentionnées par la représentante de l'Arménie et l'a assurée que le CPRC mettait tout en œuvre pour trouver une solution équitable. Elle a également réaffirmé que le prochain CPRC devrait réexaminer ces questions et leur donner une suite.

Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé

(EUR/RC58/BD/1)

Le Président exécutif adjoint a rappelé que le Conseil exécutif, à sa cent vingt-deuxième session, avait décidé de soumettre aux six comités régionaux la question des principes à respecter dans le choix du directeur général de l'OMS. Le document dont le Comité régional était saisi, établi par le secrétariat de l'OMS, présentait un certain nombre d'options concernant des procédures à suivre. Les opinions du Comité régional sur ces options seraient communiquées au Conseil exécutif lors de sa session suivante.

Une représentante s'est exprimée au nom de l'UE, des pays candidats à l'adhésion (Turquie, Croatie et ex-République de Macédoine), de pays potentiellement candidats (Albanie, Monténégro et Serbie) et de la Norvège, qui est membre de l'Association européenne de libre-échange et de l'Espace économique européen et de l'Arménie, de la Géorgie, de la République de Moldova et de l'Ukraine (qui souscrivaient à cette déclaration). Elle a dit que les qualifications personnelles et professionnelles devaient constituer le principal critère dans le choix de candidats au poste de directeur général de l'OMS et a par conséquent exprimé sa préférence pour la première option présentée dans le document, c'est-à-dire le maintien du statu quo. En outre, elle a souligné la nécessité d'une analyse détaillée des éventuelles incidences

politiques et juridiques de l'adoption du principe de rotation géographique, afin de faire clairement comprendre au Conseil exécutif les implications d'une telle décision (qui constituerait un précédent) dans le contexte plus large des Nations Unies.

Un autre représentant a reconnu qu'une discrimination négative dans le choix de candidats au poste de directeur général ne convenait pas mais a néanmoins exprimé une préférence pour l'option 2, selon laquelle il convenait de tenir compte particulièrement des candidats de certaines régions.

Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2009-2012

(EUR/RC58/Conf.Doc./7)

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC58/R6, par laquelle il a décidé que sa cinquante-neuvième session se tiendrait au Bureau régional à Copenhague (Danemark) du 14 au 17 septembre 2009 ; sa soixantième session se déroulerait à Moscou (Fédération de Russie) du 13 au 16 septembre 2010 ; sa soixante et unième session se tiendrait à Copenhague du 12 au 15 septembre 2011 ; et sa soixante-deuxième session se tiendrait du 10 au 13 septembre 2012 (lieu à déterminer).

Le représentant de Malte a dit que son pays offrait d'accueillir la soixante-deuxième session, tandis que le représentant de la Lituanie a déclaré que son pays proposait d'accueillir la soixante-deuxième ou la soixante-quatrième session. Ces deux offres ont été accueillies avec reconnaissance.

Résolutions

EUR/RC58/R1

Rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2006-2007

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2006-2007 (document EUR/RC58/4) et le document d'information connexe sur la mise en œuvre du budget programme 2006-2007 (document EUR/RC58/Inf.Doc./1 (PBPA/2006-2007)) ;

1. REMERCIE le directeur régional pour son rapport ;
2. EXPRIME sa satisfaction devant les travaux accomplis par le Bureau régional au cours de la période biennale 2006-2007 ;
3. DEMANDE au directeur régional de prendre en considération les suggestions formulées au cours du débat tenu à la cinquante-huitième session et de s'en inspirer pour élaborer les programmes de l'Organisation et mettre en œuvre les activités du Bureau régional.

EUR/RC58/R2

Projet de budget programme pour 2010-2011

Le Comité régional,

Ayant examiné le projet de budget programme pour l'exercice biennal 2010-2011 (document EUR/RC58/8) et sa perspective régionale (EUR/RC58/8 Add.1) et pris note des observations formulées à cet égard par le Comité permanent du Comité régional et le Comité régional ;

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

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

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

1. PRIE le directeur régional de communiquer au directeur général les points de vue, commentaires et suggestions exprimés par le Comité régional à propos de la proposition de budget programme, afin qu'il en soit tenu compte pendant la finalisation du budget ;
2. PREND NOTE de la proposition de budget programme mondial 2010-2011 repris dans le document EUR/RC58/8, qui devra être financé grâce à des contributions obligatoires et volontaires, dans la mesure où ces dernières peuvent être obtenues ;

3. APPROUVE les orientations stratégiques formulées dans le document « Projet de budget programme 2010-2011 : la perspective de la Région européenne de l'OMS » (EUR/RC58/8 Add.1).

EUR/RC58/R3

Désignation d'un groupe de prospection régional

Le Comité régional,

Conformément à l'article 47 de son règlement intérieur :

1. NOMME un groupe de prospection régional composé des membres et des suppléants suivants :

Membres :

Portugal

Fédération de Russie

Turquie

Suppléants :

Suède

Arménie

Lettonie

2. PRIE le Groupe de prospection régional d'accomplir ses travaux conformément au règlement intérieur du Comité régional et aux autres critères énoncés dans le document EUR/RC58/Inf.Doc./2, et de faire rapport sur ses travaux au Comité régional à sa cinquante-neuvième session.

EUR/RC58/R4

Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS

Le Comité régional,

Rappelant la résolution EUR/RC55/R8 sur le renforcement des systèmes de santé européens dans le prolongement de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins », qui priait les États membres d'élaborer leurs objectifs de politique en s'inspirant des valeurs et principes de l'OMS adoptés par les États membres, conjugués à des processus transparents de suivi et d'évaluation ;

Rappelant ses résolutions EUR/RC57/R2 sur les objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région européenne de l'OMS : les systèmes de santé et la santé de la mère et de l'enfant – enseignements tirés et EUR/RC57/R1 sur les politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne ;

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé WHA56.25 sur le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé, WHA58.17 sur les migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement et WHA61.18 sur le suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;

Reconnaissant les défis que doivent relever les gouvernements afin d'orienter les systèmes de santé vers de meilleurs résultats, et l'importance de la fonction de direction des systèmes de santé exercée par les ministères de la Santé au sein des gouvernements ;

Ayant présentes à l'esprit les discussions et les observations de la cinquante-huitième session du Comité régional sur les enseignements tirés et les moyens concrets d'améliorer la fonction de direction des ministères de la Santé et des gouvernements ;

Ayant examiné le document EUR/RC58/9 sur la direction et la gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS ;

Ayant examiné 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 » ;

1. FÉLICITE le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe d'avoir organisé la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé à Tallinn du 25 au 27 juin 2008, en collaboration avec des partenaires et des parties prenantes ;
2. REMERCIE le gouvernement estonien d'avoir accueilli la Conférence ministérielle et d'avoir pris d'excellentes dispositions pour son organisation ;
3. APPROUVE la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité adoptée lors de la Conférence ministérielle dans le but de fournir des recommandations politiques et une orientation stratégique en vue d'actions menées à l'échelle régionale dans ce domaine ;
4. RECONNAÎT les tendances positives amorcées grâce aux efforts entrepris depuis 2005 pour renforcer les systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS ;
5. PRIE INSTAMMENT les États membres :
 - a) de poursuivre leur collaboration dans le contexte de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ;
 - b) de renforcer les rôles de direction des systèmes de santé joués par les ministères de la Santé et les gouvernements, conformément aux modalités présentées dans le document EUR/RC58/9 sur la direction et la gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS et dans la Charte de Tallinn ;
 - c) d'assurer la production et l'utilisation systématiques d'informations et autres bases factuelles relatives à l'efficacité des systèmes de santé et à d'autres questions pertinentes (d'ordre épidémiologique, économique, etc.) lors de la prise de décision, notamment celles qui résultent de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé tenue à Tallinn, afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'atteindre des buts concernant les systèmes de santé ;
 - d) d'assurer la mise en place de stratégies vigoureuses relatives aux systèmes de santé, conformes aux valeurs de l'OMS et des pays et liées à des attentes claires en matière de performances ;
 - e) de rendre les systèmes de soins de santé plus réactifs aux besoins, aux préférences et aux attentes des individus, tout en reconnaissant leurs droits et responsabilités à l'égard de leur propre santé, et d'associer les parties prenantes à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques ;
 - f) d'utiliser les divers moyens d'action (tels que les lois-cadres et les incitations) dont ils disposent afin de soutenir, si nécessaire, la réalisation des buts des systèmes de santé ;
 - g) de veiller à ce que le recrutement international des agents de santé soit guidé par des considérations d'ordre éthique, par une solidarité entre pays et par un code de bonne conduite ;

- h) de favoriser la collaboration intersectorielle, afin de tenir compte des déterminants sociaux plus larges de la santé et d'instaurer dans les services une démarche d'ensemble, qui comprenne notamment la promotion de la santé et la prévention des maladies ;
 - i) d'assurer un accès universel à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux services de santé en tant que moyen fondamental d'assurer l'équité en matière de santé ;
 - j) d'obtenir des informations factuelles supplémentaires sur l'efficacité de la direction des systèmes de santé grâce à une évaluation plus systématique de la manière dont ils exercent leur fonction de direction ;
 - k) d'assurer, lorsqu'il y a lieu, une coordination de l'aide, conformément aux principes exposés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide : appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle ;
6. PRIE le directeur régional :
- a) de prendre des mesures visant à aider les ministères de la Santé à développer leurs compétences, pour qu'ils puissent exercer leur fonction de direction des systèmes de santé, y compris leurs aptitudes à prendre la tête d'efforts intersectoriels dans l'ensemble de l'administration publique, afin d'agir sur les déterminants plus larges de la santé ;
 - b) de faciliter le perfectionnement d'outils d'évaluation, d'indicateurs de performance et de normes minimales pertinents, afin d'évaluer l'efficacité de la fonction de direction des systèmes de santé dans un contexte de responsabilisation, de pluralisme et de transparence ;
 - c) de faciliter la collaboration des États membres en matière de méthodes qui ont fait leurs preuves dans le domaine de la direction des systèmes de santé et de favoriser le partage, entre les États membres, d'études de cas effectuées dans la Région européenne de l'OMS et au-delà ;
 - d) d'intensifier la collaboration en matière de renforcement des systèmes de santé avec d'autres organisations internationales concernées par la santé et actives dans ce domaine, telles que la Banque mondiale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Organisation internationale pour les migrations, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Conseil de l'Europe, l'Organisation de coopération et de développement économiques, la Commission européenne et les institutions connexes, la Banque européenne d'investissement, etc. ;
 - e) de rendre compte au Comité régional en 2011 puis à nouveau en 2015, par un rapport final, du soutien apporté par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et des progrès accomplis par les États membres dans le prolongement de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé tenue à Tallinn.

EUR/RC58/R5

Examen du processus de communication de rapports au Comité régional sur les résolutions adoptées lors des sessions précédentes

Le Comité régional,

Ayant examiné le document EUR/RC58/11 relatif au processus de communication de rapports au Comité régional sur les résolutions adoptées lors des sessions précédentes ;

Ayant pris acte du fait qu'un certain nombre de résolutions comportent un impératif de communication de rapports au Comité régional, pour une durée indéterminée ;

Reconnaissant que le nombre croissant de résolutions requérant de faire rapport a des répercussions pour l'ordre du jour et le programme des sessions futures du Comité régional, et désirant faire le meilleur usage possible du temps pendant les sessions du Comité régional ;

1. ADHÈRE aux recommandations formulées dans le document EUR/RC58/11 ;
2. PRIE le directeur régional :
 - a) de veiller à ce que les impératifs pour la communication de rapports sur la mise en œuvre des résolutions soient clairement définis et, pour les résolutions spécifiant qu'il faut produire plus d'un rapport, à ce que les intervalles entre deux rapports ne soient pas inférieurs à trois ans et supérieurs à cinq ans ;
 - b) de proposer, pour chaque résolution, une durée limite précise pour la communication de rapports au Comité régional ;
 - c) de mettre fin à la pratique de rédaction de rapports sans précision de durée.

EUR/RC58/R6

Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2009, 2010, 2011 et 2012

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution EUR/RC57/R3 adoptée à sa cinquante-septième session ;

1. RECONFIRME que la cinquante-neuvième session se tiendra à Copenhague du 14 au 17 septembre 2009 ;
2. RECONFIRME que la soixantième session se tiendra à Moscou (Fédération de Russie) du 13 au 16 septembre 2010 ;
3. DÉCIDE que la soixante et unième session se tiendra à Copenhague du 12 au 15 septembre 2011 ;
4. DÉCIDE ÉGALEMENT que la soixante-deuxième session se tiendra du 10 au 13 septembre 2012, lieu exact à confirmer.

EUR/RC58/R7

Rapport du quinzième Comité permanent du Comité régional

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport du quinzième Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC58/5 et EUR/RC58/5 Add.1) ;

1. REMERCIE le président et les membres du Comité permanent pour leur travail au nom du Comité régional ;
2. INVITE le Comité permanent à poursuivre ses travaux sur la base des discussions tenues et des résolutions adoptées par le Comité régional à sa cinquante-huitième 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-huitième session telles qu'elles ont été consignées dans le rapport de la session.

EUR/RC58/R8

Stratégies de modification des comportements et santé : le rôle des systèmes de santé

Le Comité régional,

Rappelant la résolution EUR/RC55/R8 sur le renforcement des systèmes de santé européens dans le prolongement de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins », qui priait les États membres d'élaborer leurs objectifs de politique en s'inspirant des valeurs et principes de l'OMS adoptés par les États membres, conjugués à des processus transparents de suivi et d'évaluation ;

Rappelant la résolution EUR/RC56/R2 sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS ;

Reconnaissant les engagements pris par les États membres et les activités en cours dans le cadre de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac (EUR/RC52/R12), le Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC55/R1), le Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle (EUR/RC57/R4), le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe (EUR/RC54/R3) et la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents (EUR/RC55/R6) ;

Rappelant la résolution WHA53.17 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, les résolutions WHA56.1 sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, ainsi que les résolutions EB117.R9 du Conseil exécutif sur la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation et WHA61.4 sur les stratégies de réduction de la consommation nocive d'alcool) ;

Reconnaissant que les études épidémiologiques suggèrent que les facteurs de risque liés au comportement sont devenus les principales causes de morbidité et de mortalité dans la Région européenne de l'OMS et tenant compte des informations factuelles selon lesquelles les comportements de santé individuels ne peuvent être considérés de façon isolée, étant donné que ceux-ci sont dans la plupart des cas inextricablement liés aux déterminants sociaux de la santé ;

Ayant présentes à l'esprit les discussions et les observations de la cinquante-huitième session du Comité régional sur les enseignements tirés et les moyens concrets de renforcer les systèmes de santé et les rôles des ministères de la Santé et des gouvernements ;

Ayant examiné les documents établis en vue de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité » ;

Ayant examiné le document EUR/RC58/10 sur les stratégies de modification des comportements et la santé : le rôle des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS :

1. FÉLICITE le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe d'avoir sensibilisé l'opinion, au cours des dernières années, à un certain nombre de questions de santé intersectorielles telles que la Convention-cadre pour la lutte antitabac, le Règlement sanitaire international, l'environnement et la santé, et la lutte contre l'obésité, ainsi qu'à la santé publique dans son ensemble ;

2. RECONNAÎT les efforts déployés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ces dernières années afin de fournir des orientations et une direction stratégique dans ces domaines, tout en établissant le lien avec l'amélioration des systèmes de santé dans les États membres de la Région européenne de l'OMS ;
3. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres de poursuivre leur collaboration dans le cadre de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe :
 - a) en définissant les domaines qui présentent un intérêt particulier sur le plan de la santé publique (comme le sevrage tabagique, une activité physique accrue, un régime alimentaire équilibré et la réduction à son niveau minimum de la consommation nocive d'alcool) et pourraient faire l'objet d'initiatives (même limitées) conformément aux modalités présentées dans le document EUR/RC58/10 ;
 - b) en utilisant les moyens d'action et les stratégies nécessaires, tels que les règlements, l'éducation, les techniques de motivation, la fourniture de conseils à des individus ou à des groupes et le renforcement des capacités des communautés, selon les besoins, afin de favoriser de façon synergique la réalisation des buts relatifs aux systèmes de santé ;
 - c) en prenant des mesures pour mettre en place une ou plusieurs équipes spéciales chargées d'étudier, conformément à des mandats clairs, les politiques concernant la santé de la population et les soins aux particuliers, ainsi que les stratégies relatives à la modification des comportements dans le contexte du système de santé, et de définir les rôles et les responsabilités respectifs des ministères de la Santé et de toutes les autres parties prenantes dans les domaines de la gouvernance, du financement et de la fourniture des services, y compris d'autres secteurs, si nécessaire, en vue d'une collaboration intersectorielle ;
 - d) en facilitant l'accès, à l'échelon national, aux informations disponibles se rapportant à la modification des comportements dans la Région européenne de l'OMS, afin de favoriser la comparabilité et de faciliter la reproduction d'interventions réussies dans d'autres contextes ;
 - e) en veillant à ce que de telles expériences soient correctement évaluées sur les plans du rapport qualité-prix, de la responsabilité et de la transparence, afin de recueillir des informations factuelles sur le coût et l'efficacité de la modification des comportements, tout en favorisant une interdépendance plus systématique avec les systèmes de santé et la fonction de direction ;
4. PRIE le directeur régional :
 - a) de faciliter l'échange et le partage des expériences entre les États membres en ce qui concerne les études de cas et les projets de démonstration dans le domaine de la modification des comportements dans la Région européenne de l'OMS et au-delà, afin de recueillir des informations sur les facteurs cruciaux liés au système de santé qui jouent un rôle et de permettre de tirer des enseignements et de reproduire des interventions réussies ;
 - b) de s'employer à aider, à leur demande, les ministères de la Santé à renforcer leurs compétences en matière de modification du comportement, y compris des politiques et stratégies multisectorielles coordonnées au sein de leurs systèmes de santé ;
 - c) de préparer la Région européenne de l'OMS aux prochains débats de la Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé sur le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et le Plan d'action pour la lutte mondiale contre les maladies non transmissibles (résolution WHA61.14 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale) et au prochain débat que la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé consacrera à la stratégie mondiale de réduction de la consommation nocive d'alcool (résolution WHA61.4 de l'Assemblée mondiale de la santé sur les stratégies de réduction de la consommation nocive d'alcool ;

- d) de favoriser une évaluation fiable et méthodologiquement bien fondée des progrès accomplis aux échelons national et européen dans ce domaine (santé de l'individu et de la population, charge de morbidité, dépenses de santé et facteurs essentiels de réussite en matière d'établissement d'un lien entre théorie et pratique) ;
- e) d'étudier, avec les États membres pour lesquels ce domaine présente un intérêt particulier, les principales implications pour les systèmes de santé et, plus largement, l'intervention des pouvoirs publics ;
- f) de rendre compte au Comité régional en 2015 du soutien apporté aux États membres par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et des progrès accomplis par les États membres dans l'action menée pour donner suite à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, tenue à Tallinn en 2008.

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

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

2. Allocution du directeur général**3. Allocution du directeur régional et rapport 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 quinzième Comité permanent du Comité régional (CPCR)****7. Questions de politique et questions techniques**

- a) Projet de budget programme 2010-2011
- b) Fonction de direction/gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne : satisfaire les engagements pris à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité »
- c) Stratégies de modification des comportements et santé : le rôle des systèmes de santé
- d) Processus de communication de rapports au Comité régional sur les résolutions adoptées lors des sessions précédentes

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

- Stratégies pour la santé de l'enfant et de l'adolescent, y compris la vaccination
- Prévention et contrôle des maladies non transmissibles, y compris la prévention des traumatismes et les problèmes en rapport avec l'alcoolisme, ainsi que les politiques y afférentes

9. Élections et désignations**Séance privée**

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

Séance publique

- e) Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (*question soumise au Comité régional par le Conseil exécutif*)
- 10. Confirmation des dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2009, 2010, 2011 et 2012**
- 11. Autres questions à l'ordre du jour**
- 12. Adoption du rapport et clôture de la session**

Séances d'information technique

Rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé
Protéger la santé face au changement climatique

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

EUR/RC58/1 Rev.1	Liste des documents
EUR/RC58/2 Rev.1	Ordre du jour provisoire
EUR/RC58/3	Programme provisoire
EUR/RC58/4	L'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2006-2007 Rapport biennal du directeur régional
EUR/RC58/5	Rapport du quinzième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC58/5 Add.1	Quinzième Comité permanent du Comité régional Rapports sur les sessions spéciales et la sixième session
EUR/RC58/6	Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
EUR/RC58/7	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC58/7 Add.1	Composition d'organes et de comités de l'OMS : Conseil exécutif, Comité permanent du Comité régional
EUR/RC58/8	Projet de budget programme 2010-2011
EUR/RC58/8 Add.1	Projet de budget programme 2010-2011 : le point de vue de la Région européenne de l'OMS
EUR/RC58/9	Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS
EUR/RC58/10	Stratégies de modification des comportements et santé : le rôle des systèmes de santé
EUR/RC58/11	Examen du processus de communication de rapports au Comité régional sur les résolutions adoptées lors des sessions précédentes

Documents d'information

EUR/RC58/Inf.Doc./1 (PBPA/2006-2007)	Budget programme 2006-2007 : appréciation de l'exécution
EUR/RC58/Inf.Doc./2	Désignation d'un groupe de prospection régional
EUR/RC58/Inf.Doc./3	Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé
EUR/RC58/Inf.Doc./4	Soins de santé primaires

Document de référence

EUR/RC58/BD/1	Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé
---------------	--

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

Dr Arben Ivanaj
Vice-ministre de la Santé

Allemagne*Représentants*

Dr Ewold Seeba
Directeur général du personnel, du budget, de l'organisation et de la politique sanitaire européenne et internationale, ministère fédéral de la Santé

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

Suppléants

Mme Dagmar Reitenbach
Directrice de la section de Coopération multilatérale dans le domaine de la santé au ministère fédéral de la Santé

M. Gunnar Berkemeier
Attaché à la mission permanente de l'Allemagne auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Conseillère

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

Andorre*Représentants*

Mme Eva Descarrega Garcia
Directrice, Relations bilatérales et consulaires et Union européenne, ministère des Affaires étrangères

M. Josep M. Casals Alís
Chef de l'unité de l'Alimentation et de la nutrition au ministère de la Santé, du Bien-être social et de la Famille

Arménie

Représentants

Professeur Harutyun Kushkyan
Ministre de la Santé

Son Excellence M. Hrach Sylvanyan
Ambassadeur d'Arménie en Géorgie

Suppléantes

Dr Narine Beglaryan
Directrice du service des relations internationales au ministère de la Santé

Dr Gayane Sahakyan
Spécialiste principale au département d'épidémiologie des maladies transmissibles et non transmissibles, Inspectorat de l'État pour l'hygiène et la lutte contre les épidémies, ministère de la Santé

Autriche

Représentants

Dr Andrea Kdolsky
Ministre fédérale de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse

Professeur Hubert Hrabcik
Directeur général de la Santé publique au ministère fédéral de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse

Suppléant

Dr Helmut Friza
Attaché à la santé, mission permanente autrichienne aux Nations Unies à Genève

Conseillères

Dr Reinhild Strauss
Directrice du département des maladies infectieuses, de la lutte contre les épidémies et de la gestion des catastrophes, ministère fédéral de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse

Mme Daniela Klinser
Responsable des relations avec la presse au ministère fédéral de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse

Azerbaïdjan

Représentants

Dr Abbas Valibayov
Premier vice-ministre de la Santé

Dr Jeyhun Mammadov
Directeur du département de la Santé publique et des réformes au ministère de la Santé

Bélarus*Représentant*

Dr Vasiliy I. Zharko
Ministre de la Santé

Belgique*Représentante*

Mme Leen Meulenbergs
Directrice du département des Relations internationales au Service public fédéral Santé publique,
sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Bosnie-Herzégovine*Représentantes*

Dr Drazenka Malicbegovic
Vice-ministre au département des Soins de santé du ministère des Affaires civiles

Dr Amela Lolić
Vice-ministre de la Santé et de la Sécurité sociale de la Republika Srpska

Suppléant

Dr Goran Cerkez
Vice-ministre au département de la coopération internationale du ministère fédéral de la Santé

Bulgarie*Représentants*

Professeur Lyubomir Ivanov
Directeur du Centre national de protection de la santé publique au ministère de la Santé

Dr Dora Mircheva
Experte principale au Centre national de protection de la santé publique, ministère de la Santé

Suppléant

Mme Desislava Parusheva
Deuxième secrétaire à la direction des Droits de l'homme et des organismes humanitaires
internationaux du ministère des Affaires étrangères

Chypre*Représentants*

Dr Christos Patsalides
Ministre de la Santé

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

Suppléant

Dr Christodoulos Kaisis
Médecin conseiller technique, Services de médecine et de santé publique, ministère de la Santé

Croatie*Représentants*

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

Mme Sibila Žabica
Conseillère à l'intégration européenne, cabinet du ministre, ministère de la Santé et des Affaires sociales

Danemark*Représentants*

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

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

Suppléante

Mme Marianne Kristensen
Conseillère principale au Conseil national de la santé

Conseillère

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

Espagne*Représentant*

Dr José Martínez Olmos
Secrétaire général pour la Santé au 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 María Teresa de Martín Martínez
Coordinatrice des programmes, cabinet du secrétaire général de la Santé, ministère de la Santé et de la Consommation

Conseillère

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

Estonie*Représentantes*

Mme Maris Jesse
Directrice de l'Institut national de développement sanitaire

Dr Ülla-Karin Nurm
Directrice du Département de la santé publique au ministère des Affaires sociales

Suppléante

Mme Heli Laarmann
Directrice de l'Unité de la sécurité chimique au Département de la santé publique du ministère des Affaires sociales

Ex-République yougoslave de Macédoine*Représentant*

Dr Vladimir Lazarevik
Sous-secrétaire adjoint au ministère de la Santé

Finlande*Représentants*

Professeur Pekka Puska
Directeur général de l'Institut national de santé publique

Dr Tapani Melkas
Directeur au ministère des Affaires sociales et de la Santé

Suppléantes

Dr Taru Koivisto
Conseillère ministérielle au ministère des Affaires sociales et de la Santé

Dr Marjukka Vallimies-Patomäki
Conseillère ministérielle au ministère des Affaires sociales et de la Santé

Conseillères

Mme Salla Sammalkivi
Deuxième secrétaire au ministère des Affaires étrangères

Mme Maire Kolimaa
Haute fonctionnaire au ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Maria Waltari
Haute fonctionnaire au ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Jutta Immanen-Pöyry
Directrice du Centre national de recherche et de développement pour la protection sociale et la santé

France*Représentants*

Son Excellence M. Éric Fournier
Ambassadeur de France en Géorgie

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

Suppléant

M. Michel Baran
Conseiller principal à l'Ambassade de France en Géorgie

Conseillères

Mme Brigitte Arthur
Chef du bureau des Affaires internationales dans le domaine de la santé et de la protection sociale, délégation aux Affaires européennes et internationales, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Mme Isabelle Virem
Chef de la Mission Affaires européennes et internationales, Direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

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

Mme Natacha Tolstoi
Éditrice au ministère des Affaires étrangères et européennes

Mme Anne-Cécile Bard
Stagiaire, mission permanente de la France auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

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

Suppléants

Dr Irakli Giorgobiani
Premier vice-ministre du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

Mme Manana Jebashvili
Vice-ministre du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

Dr Otar Toidze
Président du comité parlementaire des Soins de santé et des affaires sociales

Conseillers

M. Giorgi Menabde
Recteur de l'université de médecine d'État de Tbilissi

Professeur Alexander Tsiskaridze
Doyen de la faculté de médecine de l'université d'État de Tbilissi

Mme Nino Esakia
Directrice exécutive du centre pour la mise en œuvre de projets sanitaires et sociaux

Professeur Paata Imnadze
Directeur général du Centre national pour la lutte contre les maladies et la santé publique

Dr Sophio Lebanidze
Chef du Bureau des soins de santé au ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

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

Secrétaires

Dr Devi Tabidze
Chef de cabinet du ministre du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

M. David Chkhatarashvili
Chef de la division administrative au ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

Dr Zaza Bokhua
Conseiller, Ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

Mme Irma Mjavanadze
Chef de la division des politiques du département des soins de santé au ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

Grèce*Représentante*

Professeur Jenny Kremastinou
École nationale de santé publique

Conseiller

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

Secrétaire

Mme Maria Liodaki
Direction des Relations internationales, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Hongrie*Représentants*

Dr Mihály Kökény
Président du Comité parlementaire pour la santé

Dr Ferenc Falus
Directeur général de la santé

Suppléant

Dr Árpád Mészáros
Chef de division adjoint au ministère de la Santé

Islande*Représentants*

M. David Á. Gunnarsson
Envoyé spécial pour la santé mondiale, ministère des Affaires étrangères

Mme Sigridur Berglind Ásgeirsdóttir
Secrétaire permanente au ministère de la Santé

Israël*Représentants*

M. Y. Ben-Yizri
Ministre de la Santé

Professeur Avi Israeli
Directeur général au ministère de la Santé

Suppléants

Dr Alex Leventhal
Directeur du service des relations internationales au ministère de la Santé

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

Conseillers

Mme Galit Levy
Conseillère auprès du ministre de la Santé

M. Tal Harel
Conseiller en communication au ministère de la Santé

Italie*Représentant*

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

Kazakhstan*Représentants*

M. Igor Musalimov
Chargé d'affaires à l'Ambassade du Kazakhstan en Géorgie

M. Marat Askarov
Deuxième secrétaire de l'Ambassade du Kazakhstan en Géorgie

Kirghizistan*Représentant*

Dr Marat Mambetov
Ministre de la Santé

Lettonie*Représentants*

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

Mme Līga Šerna
Directrice adjointe au département des Affaires européennes et des relations internationales,
ministère de la Santé

Suppléant

Dr Viktors Jaksons
Conseiller au secrétaire d'État à la Coopération internationale, ministère de la Santé

Lituanie*Représentant*

M. Gediminas Černiauskas
Ministre de la Santé

Suppléant

M. Viktoras Meižis
Chef de la Division des affaires étrangères du ministère de la Santé

Conseillères

Professeur Zita Ausrele Kučinskienė
Doyenne de la faculté de médecine de l'université de Vilnius

Mme Rita Pazdrazdyte
Chef de la division de stratégie en santé publique au ministère de la Santé

Malte*Représentant*

M. Joseph M. Stafrace
Directeur adjoint au Bureau du directeur général, division de la réglementation de la santé publique, ministère de la Politique sociale

Monaco*Représentants*

Dr Anne Nègre
Directrice de l'action sanitaire et sociale

M. Gilles Realini
Troisième secrétaire, Mission permanente de Monaco auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Monténégro*Représentant*

Professeur Miodrag Radunović
Ministre de la Santé, du Travail et des Affaires sociales

Conseillères

Mme Mina Brajović
Conseillère au ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales

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

Norvège*Représentants*

Dr Bjørn-Inge Larsen
Directeur général de la Direction de la santé et des affaires sociales

M. Ole T. Andersen
Directeur général adjoint de la division de la Coopération et des plans d'action internationaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Suppléants

M. Bernt Bull
Conseiller principal au ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Conseillers

M. Arne-Petter Sanne
Directeur, Affaires multilatérales, secrétariat de la Coopération internationale, Direction de la santé et des affaires sociales

Dr Thor Erik Lindgren
Conseiller, mission permanente de la Norvège auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Pays-Bas*Représentants*

M. Marc J.W. Sprenger
Directeur général de l'Institut national pour la santé publique et l'environnement

Mme Annemiek van Bolhuis
Directeur, Nutrition, protection et prévention, ministère de la Santé

Suppléantes

Mme Frieda M. Nicolai
Conseillère principale au ministère de la Santé

Mme Regine Aalders
Coordinatrice, Santé mondiale, ministère de la Santé

Conseillère

Mme Radha Gobind
Conseillère au département des Nations Unies, ministère des Affaires étrangères

Pologne*Représentants*

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

M. Wojciech Kutyla
Directeur général au ministère de la Santé

Suppléants

Mme Sylwia Lis
Directrice du département de l'Assurance-maladie au ministère de la Santé

M. Piotr Warczynski
Directeur du département de l'Organisation des soins de santé au ministère de la Santé

Mme Ineza Dagmara Królik
Directrice du département de la Coopération internationale au ministère de la Santé

Portugal

Représentants

Professeur Maria do Céu Machado
Haute commissaire à la santé

Dr Francisco Henrique Moura George
Directeur général de la santé

Suppléants

Mme Filipa Pedrosa
Conseillère auprès de la Haute commissaire à la Santé

Dr Paulo Jorge de Morais Zamith Nicola
Conseiller auprès de la Haute commissaire à la Santé

République de Moldova

Représentants

Dr Mircea Buga
Vice-ministre de la Santé

Dr Eugenia Berzan
Directrice de la division des Relations internationales et de l'assistance extérieure au ministère de la Santé

Suppléant

M. Oleg Lozan
Directeur de l'école de Gestion de la santé publique, université d'État de Médecine et de pharmacie

République tchèque

Représentant

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

Suppléants

Dr Jaroslav Volf
Mission permanente de la République tchèque auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Mme Lucie Wondřichová
Département des Affaires internationales, ministère de la Santé

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

Sir Liam Donaldson
Médecin conseiller technique à la Direction de la santé

Suppléants

Dr David R. Harper
Directeur général de l'Amélioration et de la protection de la santé au ministère de la Santé

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

Conseillère

Mme Adetola Akinfolajimi
Directrice commerciale internationale adjointe au Département de la santé

Roumanie*Représentants*

Dr Laurentiu T. Mihai
Directeur général au ministère de la Santé publique

Dr Cristina Vladu
Directrice générale adjointe au ministère de la Santé publique

Saint-Marin*Représentant*

M. Marino Guidi
Ministre plénipotentiaire, mission permanente de Saint-Marin auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Serbie*Représentants*

Professeur Tomica Milosavljević
Ministre de la Santé

Dr Elizabet Paunović
Vice-ministre au département de la coopération internationale du ministère de la Santé

Suppléant

Professeur Snežana Simić
Conseiller spécial auprès du ministre de la Santé

Conseillère

Mme Ana Vuksanović
Chef de cabinet du ministre de la Santé

Slovaquie*Représentant*

M. Daniel Klačko
Vice-ministre de la Santé

Suppléant

M. Ivan Rovný
Directeur de l'Administration de la santé publique

Conseillères

Professeur Danka Farkašová
Vice-rectrice de l'université slovaque de Médecine

Dr Jaroslava Hurná
Directrice du Département des relations étrangères du ministère de la Santé

Slovénie*Représentantes*

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

Mme Nina Krtelj
Conseillère au ministère de la Santé

Suède*Représentants*

M. Lars-Erik Holm
Directeur général du Conseil national de la Santé et de la protection sociale

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

Suppléants

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

Mme Maria Möllergren
Conseillère juridique au conseil national de la Santé et des Affaires sociales

M. Bosse Pettersson
Conseiller principal à l'institut national de Santé publique

Suisse*Représentants*

Dr Gaudenz Silberschmidt
Directeur adjoint et directeur de la division des Affaires internationales, Office fédéral de la Santé publique

M. Jean-Daniel Biéler
Directeur adjoint de la division des Affaires internationales, Office fédéral de la Santé publique

Suppléante

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

Conseiller

M. Nicolas Plattner
Troisième secrétaire, mission permanente de la Suisse auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Turquie*Représentant*

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

Suppléants

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

Dr Bekir Keskinliç
Directeur général adjoint au ministère de la Santé

Mme Sevim Tezel Aydın
Chef adjoint du Département des affaires étrangères au ministère de la Santé

Mme Elif Çalışkan
Deuxième secrétaire de l'ambassade de Turquie en Géorgie

Conseillers

Dr Ahmet Refik İmamecioğlu
Ministère de la Santé

Dr Kemal Özgür Demiralp
Ministère de la Santé

Ukraine

Représentants

Mme Zhanna Tsenilova
Directrice du département de l'Intégration européenne et des relations internationales au ministère de la Santé

Professeur Vitaliy F. Moskalenko
Recteur de l'université nationale de Médecine

Suppléante

Professeur Olesya Hulchiy
Vice-rectrice pour les relations internationales de l'université nationale de Médecine

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

Canada

Dr Garry Aslanyan
Conseiller principal de la division internationale de Santé publique, agence de la Santé publique du Canada

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

M. Abdo S Yazbeck
Directeur sectoriel, Santé, nutrition et population, Europe et Asie centrale

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)

Dr Tamar Khomasuridze
Responsable national des programmes

Dr Peer Sieven
Directeur du FNUAP pour la Géorgie, l'Arménie, l'Azerbaïdjan et la Turquie

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

M. Reza Hossaini
Représentant de l'UNICEF en Turquie

Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR)

Mme Edina Dziho
Adjointe chargée de la protection, UNHCR, Géorgie

Mme Tamar Magradze
Chargée de la protection, UNHCR Géorgie

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

M. Mamuka Meskhi
Assistant du représentant de la FAO en Géorgie

V. Représentants d'autres organisations intergouvernementales*Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies*

Mme Zsuzsanna Jakab

Comité international de la Croix-Rouge

Dr Nikoloz Sadradze
Directeur de la Division tuberculose

Commission européenne

Mme Isabel de la Mata
M. Canice Nolan
Dr Matti Rajala

Conseil de l'Europe

Dr Piotr Mierzewski

**VI. Représentants d'organisations non gouvernementales
dans leurs relations officielles avec l'OMS***Alzheimer's Disease International*

M. Marc Wortmann

Association médicale mondiale

Dr Levan Labauri

Conseil international des infirmières

Mme Eteri Kakabadze
Dr Rusudan Khatchapuridze
Mme Tamar Jincharadze
M. Tengizi Chkhikvadze

Consumers International

Mme Madonna Koidze
Dr Shalva Melkadze
Mme Ketil Melkadze
Dr Rezo Kobakhidze

Fédération internationale des associations des étudiants en médecine

Mme Yelena Petrosyan

Fédération internationale pharmaceutique

Dr Inger Lise Eriksen

Fédération mondiale d'hémophilie

Mme Catherine Hudon

International Association of Medical Regulatory Agencies

Dr David Watt

International Planned Parenthood Federation – Réseau européen

Mme Irene Donadio

Medical Women's International Association

Mme Nino Zhvania

VII. Observateurs

European Forum of Medical Associations

Dr Ramin Walter Parsa-Parsi

Fédération européenne des associations d'infirmières

M. Paul De Raeve

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

Dr Philippe Creach

Mme Ela Iashvili

Dr Andreas Tamberg

Dr Urban Weber

Forum EuroPharm

Dr Inger Lise Eriksen

Georgian Country Coordinating Mechanism

Mme Nata Avaliani

M. Akaki Lochoshvili

Mme Qetevan Nemsadze

M. Archil Salakaia

Mme Tamar Sirbiladze

M. Tengiz Tsertsvadze

Réseau Régions-santé

Dr Pina Frazzica

*Annexe 4***Rapport du directeur régional de l'OMS de l'Europe****De Belgrade à Tbilissi**

Monsieur le Président, Monsieur le Premier ministre, mesdames et messieurs les ministres, représentants des États membres et des autres organisations participant à la cinquante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, et tout spécialement Mme Sandra Roelofs, Première dame de Géorgie,

Permettez-moi tout d'abord d'avoir une pensée émue pour tous ceux qui ont perdu la vie, ont été blessés ou ont été déplacés récemment dans cette partie de notre Région. Permettez-moi aussi de remercier chacun d'entre vous, personnellement, pour avoir fait l'effort d'être ici ce matin. Permettez-moi également de remercier en votre nom le gouvernement de Géorgie pour avoir tenu ses engagements et rendu possible notre présence ici aujourd'hui.

Le rapport que je présente ce matin couvre la période qui s'est déroulée depuis le Comité de Belgrade en septembre dernier. Il reprend en partie, mais en partie seulement, le rapport écrit qui vous a été distribué et qui couvre, lui, les deux années 2006 et 2007.

Les événements majeurs de l'année

Si je devais qualifier cette période en peu de mots, je dirais qu'elle est une illustration fidèle des activités et des problématiques de la Région européenne de l'OMS des années 2000.

Il est évident, et je pense que nous partageons tous ce sentiment, que la Conférence de Tallinn sur les systèmes de santé a marqué un tournant majeur dans l'évolution de la santé publique. En réalité, même si c'est l'événement lui-même qui a donné de la visibilité et de la crédibilité au sujet, il n'aurait pu, à lui seul, parvenir à cela. Ce sont en réalité les nombreux travaux préparatoires et le suivi qui sera donné à la Conférence qui en constituent le principal moteur. Les journées de Tallinn ont permis de finaliser ce long travail préparatoire, d'insuffler un esprit stimulant et d'envisager des outils pratiques de mise en œuvre.

L'idée centrale de la Conférence réaffirme la nécessité de renforcer et de moderniser la gestion des systèmes de santé. Elle est partagée par nous tous comme l'est celle d'évaluer les performances des systèmes de santé dans le but de les améliorer. Les outils pour effectuer ce travail sont en cours de réalisation. Leur mise au point finale et leur utilisation généralisée constituent les phases présentes et futures de ce long processus.

Je voudrais insister aussi sur la nécessité d'inclure dans le concept de performance la dimension humaine, car elle est au cœur du champ de la santé. Cette notion de performance doit être envisagée au sens le plus large, en y incluant toutes les activités qui contribuent à l'amélioration de la santé, sans bien sûr oublier celles produites par les autres secteurs. Cette vision large est celle de la politique de la *Santé pour tous*.

En ce qui me concerne, pendant cette année j'ai été particulièrement touché par la souffrance que j'ai pu voir dans l'un des États membres de la Région, le Tadjikistan. Le système de santé de ce pays a été mis à mal par un hiver particulièrement long et rigoureux. J'ai tout naturellement essayé de prêter main forte au gouvernement pour mobiliser la communauté internationale. J'avoue avoir vu là-bas des images que je ne suis pas près d'oublier. Celles, en particulier, de mères qui tentaient en vain de calmer les douleurs de leurs enfants brûlés par des chauffages de fortune. Je n'oublierai pas non plus ce centre de soins psychiatriques sans électricité ni chauffage, dans lequel les malades étaient entassés dans le peu de chambres restées ouvertes, toutes les autres étant fermées par manque de fonds. Mais je garde aussi le souvenir de la motivation du personnel pour faire face de son mieux à ces conditions exceptionnelles. La chaleur humaine et les sourires compensaient un peu les rigueurs de la température. Je voudrais aussi me réjouir de la réponse positive de la communauté internationale à la fois sur place et à l'extérieur en

réponse à l'appel que j'ai lancé au nom de l'OMS. Le soutien de la Norvège s'est révélé essentiel. Permettez-moi de saisir l'occasion de notre réunion pour relancer cet appel devant vous. C'est un appel à la solidarité mais aussi au réalisme car, comme cela a été souligné à Tallinn, à l'heure des crises sanitaires, la défaillance d'un système de santé met en danger la santé du monde.

Toujours au cours de cette année, et pour illustrer le travail du Bureau européen, je voudrais évoquer une situation particulière démontrant la complexité de notre domaine de travail et la nécessité de fonder nos actions sur des bases factuelles solides. Alors que la Région est engagée dans le combat difficile de l'élimination de la rubéole et de la rougeole, un regrettable accident s'est produit en Ukraine. La conséquence en a été le ralentissement de l'avancée vers cet objectif souhaité par les États membres pour 2010 et aujourd'hui très compromis. L'Ukraine étant le foyer le plus important de ces maladies dans la Région, nous avons recommandé une campagne de vaccination de masse destinée à l'ensemble de la population de 15 à 29 ans. Notre conviction étant que seul ce type de campagne peut aider à l'élimination de ces deux maladies.

Malheureusement, un jeune homme est mort au début de la campagne, 15 heures après avoir été vacciné. La presse et les concurrents du laboratoire producteur du vaccin ainsi qu'une partie de la communauté scientifique se sont empressés de communiquer à la population leur certitude que le décès était la conséquence de la vaccination. Diagnostic erroné, car les centaines de millions de vaccinations effectuées avec ce produit ont certes provoqué quelques accidents secondaires dont quelques rares décès, mais en aucun cas une symptomatologie comparable à celle incriminée et un décès survenu après un intervalle de temps équivalent. Convaincu par ces évidences, le Bureau régional s'est fait l'avocat de la reprise de la campagne, en garantissant que toutes les mesures étaient prises pour assurer la meilleure sécurité vaccinale possible.

À ce jour, nous espérons que la campagne va reprendre. Nous collaborerons avec le ministère de la Santé dans cette perspective. Toutefois, un effort spécial pour rétablir la confiance auprès du public et des médias est plus que jamais nécessaire ; nous y contribuons dans toute la mesure de nos moyens.

Je voudrais aussi souligner ce matin le renforcement de nos activités dans le domaine de la migration des personnels de santé. Les débats sur ce thème au cours de notre session de Belgrade ont stimulé notre participation active au mouvement global sur ce sujet capital pour l'avenir des systèmes de santé.

Un guide de bonnes pratiques est en cours d'élaboration. Le Bureau européen et certains États membres de la Région, en particulier la Norvège, se sont associés à cette initiative et ont montré au cours d'une réunion en décembre dernier en Ouganda que loin d'être indifférents, les pays européens se sentaient très concernés par le sujet. J'ai éprouvé une grande satisfaction à lever les doutes des autres Régions sur les intentions et les intérêts de la nôtre. Dès la fin de notre Comité régional, je participerai à Londres à une réunion de l'Alliance mondiale sur la migration des personnels de santé présidée par Mme Mary Robinson.

J'ai dit en introduction que cette année était représentative de nos actions. Elle l'a été aussi par la poursuite de différentes formes d'activités déjà commencées au cours des années précédentes.

Poursuite des engagements

Le travail technique

Demain, à l'heure du déjeuner, le professeur Marmot présentera son rapport sur les déterminants sociaux de la santé. Nos discussions contribueront sans aucun doute à la décision que prendra l'Assemblée mondiale sur les suites à donner à ce rapport. Je voudrais souligner à ce propos, comme le fera certainement le professeur Marmot, que la Région européenne a largement contribué à l'élaboration de ce rapport, en particulier grâce au travail du Centre de Venise sur les déterminants de la santé.

Je voudrais aussi, à ce stade, évoquer un certain nombre de domaines dans lesquels nous avons poursuivi notre travail technique à orientation opérationnelle. En ce qui concerne la tuberculose, un forum ministériel européen a eu lieu en octobre 2007 à Berlin. Le principal résultat de ce forum a été le vif souhait, exprimé par les États membres de la Région, de lutter ensemble pour arrêter l'évolution rapide de l'épidémie et faire face à l'accroissement des cas de résistance aux médicaments. En 2006, pour la Région européenne, 433 000 personnes ont contracté la tuberculose et 66 000 en sont mortes.

Le changement climatique a été le thème de la Journée mondiale de la santé cette année. Il a mobilisé beaucoup d'énergie dans la Région. Vous aurez l'occasion d'en discuter au cours de la séance d'information de mercredi, à l'heure du déjeuner.

Nos travaux sur la nutrition se sont poursuivis après la Conférence d'Istanbul sur l'obésité. Nous prendrons avec l'industrie alimentaire des mesures concernant la présence de sodium dans les aliments. Il s'agit de diminuer les apports sodés et d'améliorer l'information du consommateur. En ce qui nous concerne, la collaboration avec le secteur privé consiste à rechercher sans naïveté une complémentarité qui profite à toutes les parties et dont le principal bénéficiaire, bien sûr, doit être et sera le citoyen.

Des détails sur ces sujets sont présentés dans le rapport écrit. J'attire votre attention, en particulier, sur les chapitres consacrés au VIH/sida, à la consommation de tabac et d'alcool et, de manière plus générale, aux maladies non transmissibles.

Dans ce dernier domaine, je voudrais insister sur la santé mentale et la nécessité de maintenir et de renforcer nos activités. Nous présenterons les résultats d'une étude sur les politiques de santé mentale des pays européens au cours d'une réunion à Londres le mois prochain. Au chapitre des activités prévues dans un proche avenir, je vous signale en particulier la conférence qui se tiendra à Paris les 9 et 10 octobre sur la prévention des accidents et la promotion de la sécurité.

Le travail opérationnel avec les pays

C'est bien entendu au niveau des pays et de façon positive et concrète que tout le travail du Bureau trouve sa finalité. J'ai choisi quelques exemples pour illustrer cet objectif.

Je citerai en premier l'assistance apportée à la définition d'une stratégie pour la santé reproductive de 2008 à 2015 en Azerbaïdjan, en collaboration notamment avec les agences des Nations Unies. Autre exemple : la mission d'évaluation des risques du virus Chikungunya en Italie avec le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

Toujours comme exemple d'activité avec les pays : la suite de l'étude des conséquences du syndrome de l'huile toxique en Espagne. Cette étude, menée avec la Direction générale de la recherche de la Commission européenne, a pour objectif d'inscrire ce sujet dans le contexte plus large des politiques environnementales et sanitaires fondées sur des bases factuelles.

L'élaboration d'un plan 2008-2010 pour l'élimination du paludisme au Turkménistan avec le ministère de la Santé est un autre bon exemple de coopération, comme l'est aussi le suivi de l'évaluation du programme des guides cliniques de l'Institut national de la santé et de l'excellence clinique en Angleterre (NICE).

Partenariats avec d'autres organisations

La Conférence de Tallinn nous a donné l'occasion de renforcer et de concrétiser nos liens et notre collaboration avec de nombreuses organisations gouvernementales et non gouvernementales.

La Commission européenne a été un partenaire très présent dans la préparation et le déroulement de la Conférence. Je voudrais remercier Mme Vassiliou pour le soutien de son équipe et sa contribution personnelle. Réciproquement, le Bureau régional a contribué à la Consultation de la Direction générale SANCO pour l'élaboration de la stratégie de santé de l'Union européenne.

Au cours de notre réunion annuelle avec la Commission, nous avons revu les domaines de notre collaboration. Les principaux sujets retenus dans le cadre de celle-ci sont la sécurité sanitaire, l'alcoolisme, le tabagisme, l'obésité, la propriété intellectuelle, le Règlement sanitaire international, la santé au travail et les déterminants sociaux de la santé.

La participation active du Bureau européen aux initiatives lancées par les présidences successives de l'Union européenne s'est poursuivie et intensifiée cette année sur les thèmes de la santé dans toutes les politiques pour la présidence finlandaise, le cancer pour la présidence slovène, et la sécurité sanitaire et la maladie d'Alzheimer aujourd'hui pour la présidence française.

Bien sûr, nous avons aussi poursuivi nos travaux, en particulier dans le domaine de la grippe aviaire, avec le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC). Une réunion de bilan et de perspective s'est déroulée à Stockholm en février dernier. Parmi les conclusions auxquelles nous sommes parvenus, citons : une évaluation positive de la collaboration, une volonté mutuelle de la renforcer et l'adoption d'un plan de travail pour 2008-2009.

Par ailleurs, notre partenariat avec la Banque mondiale, le Conseil de l'Europe et l'OCDE s'est poursuivi et a, lui aussi, bénéficié de l'élan de Tallinn.

La collaboration au sein de l'OMS

Le climat favorable de travail commun entre les différentes parties de l'Organisation sous la direction du docteur Chan s'est poursuivi au cours de l'année écoulée. Je pense que la directrice générale vous le confirmera demain dans son intervention.

De notre côté, nous pouvons témoigner que les relations sont fortes, positives et stimulantes entre nous pour le bénéfice de nos services aux États membres. Nous travaillons main dans la main et progressons sur des sujets tels que l'architecture de la santé et les partenariats. Bien entendu, le budget et le programme sont abordés au cours de chacune de nos réunions. Par ailleurs, nous avons longuement discuté de la modernisation de l'Organisation et du nouveau système global de gestion, des délégations d'autorité, de notre politique des ressources humaines et de la réforme du système des Nations Unies.

À ce sujet, l'expérience pilote en Albanie a révélé à la fois les opportunités à saisir et les défis à relever pour améliorer les résultats de nos actions par une meilleure coordination à l'intérieur du système des Nations Unies.

Les réunions régulières des directeurs régionaux avec la directrice générale sont passionnantes et approfondies. Je suis convaincu qu'elles contribuent à l'amélioration des performances de notre Organisation.

La vie interne du Bureau

À la suite du débat de Belgrade relatif à l'ouverture d'une unité sur les maladies non transmissibles à Athènes, les discussions ont été poursuivies avec le gouvernement grec. Un rapport a été présenté au Comité permanent à chacune de ses sessions. Le contrat entre la Grèce et le Bureau européen lui a été soumis avant signature. Au milieu du mois dernier, nous avons visité les locaux de cette nouvelle unité. Nous sommes en cours de discussion pour leur aménagement.

Je voudrais vous rappeler que selon le document adopté par le Comité régional en 2004, ce nouveau centre sera une unité du Bureau régional. Au même titre que les autres unités du Bureau, il s'inscrira dans son programme, sa hiérarchie et son fonctionnement interne. Le contrat signé est en parfaite adéquation avec ces conditions.

Je voudrais conclure ma présentation de ce matin en vous disant que le personnel du Bureau a travaillé dans un contexte un peu exceptionnel et difficile pour que ce Comité régional ait lieu dans les meilleures conditions. Je n'avais aucun doute sur leur capacité d'adaptation et leur volonté de bien faire. Je voudrais

profiter de l'occasion qui nous réunit pour leur rendre hommage à tous et à chacun. Je suis sûr que vous vous associez à moi pour le faire.

Enfin, je voudrais remercier le Comité permanent de son travail intensif pour définir le contenu de notre Comité régional. Mais en plus, cette année, son rôle a été majeur pour décider du maintien de son déroulement à Tbilissi à la date prévue. Merci à tous les membres de ce comité et en particulier à sa présidente, Mme Annemiek van Bolhuis.

Il ne me reste maintenant qu'à nous souhaiter un bon Comité régional qui restera dans les mémoires et contribuera à notre travail pour le bien de la santé de nos concitoyens.

*Annexe 5***Allocution du directeur général de l'OMS**

Excellence, Madame le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres et les délégués, Monsieur le Directeur régional, Mesdames et Messieurs,

Je tiens tout d'abord, comme ceux qui m'ont précédée à cette tribune, à présenter mes condoléances à ceux qui ont perdu des membres de leur famille ou qui ont souffert lors des récents événements. Permettez-moi de remercier le Gouvernement géorgien de l'hospitalité dont il fait preuve en accueillant le Comité régional. Comme celui d'autres pays de la Région européenne, le système de santé géorgien est en transition et doit surmonter de nombreux obstacles.

Je tiens à féliciter le Ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales pour les plans de réforme du secteur de la santé. Vous êtes confrontés à une situation économique fragile et à des dépenses de santé catastrophiques qui aggravent la pauvreté.

Vous cherchez à améliorer la santé du peuple géorgien en garantissant l'accès universel à un ensemble de services de santé publique et de soins de santé de base. Vous avez fait des soins de santé primaires un domaine d'investissement prioritaire. Ce sont là des buts louables, mais les défis sont considérables. Soyez assurés que l'OMS continuera à vous apporter son soutien.

Dans son rapport pour 2006-2007, le Directeur régional évoque la bonne collaboration qui s'est instaurée entre les Régions et entre le Siège et les Régions. Je partage pleinement son point de vue et je remercie le Directeur régional et le personnel de l'ensemble de l'Organisation de leur coopération. Nous savons tous combien il est important d'œuvrer ensemble pour apporter un appui harmonieux aux États membres. Dans son rapport, le Directeur régional considère le développement des systèmes de santé comme le domaine d'activité le plus important pour le Bureau régional. Les récentes initiatives dans ce domaine, et plus spécialement la Charte de Tallinn et les documents connexes, permettent de faire avancer la cause de la santé en Géorgie, dans l'ensemble de l'Europe et même dans le monde entier.

Au cours de cette session, vous devrez aborder deux des problèmes de santé publique les plus complexes, irréductibles et difficiles à cerner. Vous cherchez des moyens de rendre les systèmes de santé plus performants et, pour cela, il faut améliorer aussi bien l'équité que l'efficacité. Et vous cherchez des moyens de modifier les comportements humains, là aussi en mettant l'accent sur les systèmes de santé. Dans l'ensemble de la santé publique, rien n'est probablement plus difficile que de modifier les comportements humains. Quand un programme donne de bons résultats, il est souvent impossible de les reproduire dans une autre situation. Ou alors, à une autre échelle. Ou, plus souvent, de manière durable. Nous ressemblons à Sisyphe, que la mythologie de la Grèce antique condamne à faire rouler vers le sommet d'une montagne un rocher qui retombe sans cesse jusqu'en bas.

Les efforts visant à rendre les systèmes de santé plus performants eux non plus ne datent pas d'hier et leurs résultats sont tout aussi mitigés, avec des décennies d'expérimentation, des conseils politiques sans cesse modifiés, des erreurs énormes et coûteuses et une incapacité presque incompréhensible de tirer les enseignements voulus des succès obtenus et des erreurs commises.

Je vous félicite du courage dont vous faites preuve face à ces problèmes. Malgré leurs difficultés, ils représentent deux des obstacles les plus importants au développement de la santé auxquels chaque pays est confronté.

La Conférence ministérielle européenne sur les systèmes de santé a envoyé un message clair au reste de la planète. La façon dont les systèmes de santé sont organisés, financés et gérés est importante. Il est essentiel d'être plus performant, même dans les pays qui peuvent se prévaloir des meilleurs niveaux

d'espérance de vie et des meilleurs systèmes de santé. Pour devenir plus performant, il ne s'agit pas simplement d'être plus efficace, mais aussi plus équitable, en influençant et en coordonnant des initiatives dans d'autres secteurs pour que toutes les politiques tiennent compte des impératifs de la santé. Les réalisations de la Charte de Tallinn font avancer le débat international sur le développement de la santé. Cette fois, nous avons de meilleures chances de trouver les bonnes solutions. Le problème est reconnu, et la motivation et l'élan en faveur du changement sont plus forts qu'ils ne l'ont jamais été.

L'enlèvement des efforts en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle et génésique, nous a forcés à réfléchir franchement aux conséquences des décisions de ne pas consacrer pendant des décennies les montants nécessaires à l'infrastructure, aux services et au personnel de santé de base. Comme nous l'avons vu, les interventions énergiques et les moyens financiers ne permettent pas d'acheter de meilleurs résultats sanitaires si les systèmes efficaces font défaut pour fournir les services.

Le mois dernier, la Conférence internationale sur le sida au Mexique a mis l'accent sur l'importance du renforcement des systèmes de santé. En apportant un traitement antirétroviral à trois millions de personnes, on a mis en lumière les obstacles critiques liés à la faiblesse des systèmes d'achat et d'acheminement des médicaments, ainsi qu'à l'insuffisance de l'appui aux laboratoires et des effectifs. Cette Conférence a également souligné que la prévention est le seul moyen d'éviter une aggravation de l'épidémie de VIH/sida et de la battre en brèche. Elle a montré avec une grande clarté combien il est difficile de modifier les comportements. Dans les Amériques, comme dans certaines parties de l'Europe, l'épidémie du sida est repartie de l'avant chez les hommes homosexuels. Or c'est précisément ce groupe qui avait le premier lancé des initiatives de modification des comportements par la prévention et qui avait obtenu de si bons résultats. Une fois de plus, nous avons poussé le rocher vers le sommet pour le voir retomber à nouveau.

En juin, un forum mondial des dirigeants a réfléchi à la nécessité d'intégrer la riposte face aux épidémies étroitement liées du sida et de la tuberculose. C'est là une autre expression de la recherche d'une efficacité accrue dans la manière de fournir les services. Permettez-moi de vous rappeler la progression alarmante de la tuberculose à bacilles multirésistants en Europe. Cette Région compte de loin le pourcentage le plus élevé de cas à bacilles multirésistants parmi les nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués. En fait, un nouveau cas sur cinq résiste dès le début à de nombreux médicaments.

La situation a des implications considérables pour les systèmes sanitaires et les budgets de la santé, car cette forme de tuberculose est beaucoup plus difficile à combattre, le prix approximatif du traitement étant multiplié par cent. Pourtant, dans la Région européenne, l'Estonie et la Lettonie ont montré qu'en améliorant la capacité du système de santé de base, on peut stabiliser les taux de la tuberculose à bacilles multirésistants, et même les réduire.

La poussée des maladies chroniques a fait apparaître d'autres problèmes. On a pris conscience de la charge que représentent les soins à long terme pour les systèmes sanitaires et les budgets de la santé et des coûts catastrophiques engendrés qui sont à l'origine de la paupérisation des familles. Cette évolution fait bien ressortir l'ironie que revêt la promotion de la santé comme stratégie de réduction de la pauvreté à une époque où les coûts de la santé peuvent eux-mêmes représenter une cause de pauvreté.

La meilleure option est de loin celle de la prévention, ce qui suppose un changement de comportement et une cohérence au niveau des politiques suivies. Or, parallèlement, les principaux facteurs de risque de maladies chroniques échappent au contrôle direct du secteur de la santé. En d'autres termes, la riposte face aux maladies chroniques et à de nombreux autres problèmes de santé doit se fonder sur l'efficacité, l'équité et l'action plurisectorielle.

Il y a 30 ans, la Déclaration d'Alma-Ata présentait les soins de santé primaires comme une série de valeurs de base pour le développement de la santé, une série de principes pour l'organisation des services de santé et un ensemble d'approches permettant de répondre aux besoins de santé prioritaires et aux déterminants fondamentaux de la santé. L'équité en matière d'accès aux soins et l'efficacité dans la

prestation des services étaient des buts primordiaux. Et, surtout, les soins de santé primaires offraient un moyen d'organiser tout l'éventail des soins de santé, du ménage jusqu'à l'hôpital, en considérant la prévention comme aussi importante que le traitement et en prônant l'investissement rationnel des ressources en faveur des différents niveaux de soins.

Les valeurs de l'équité, de la justice sociale et de la couverture universelle sont solidement ancrées dans la Charte de Tallinn. Comme le relève le document dont le Comité est saisi, ces valeurs communes jouent un rôle central dans la prise des décisions concernant la santé dans l'Europe entière. Le principe de l'approche globale en faveur de la santé privilégiant la prévention et tenant compte des déterminants fondamentaux de la santé y est également présent. La participation communautaire, qui associe en particulier les femmes comme agents du changement, l'action plurisectorielle et l'adoption de choix technologiques alignés sur les besoins prioritaires ont aussi fait leurs preuves sur la durée. Comme l'indique le Directeur régional dans son rapport, la mise sur pied de services de qualité fondés sur les soins de santé primaires est la clé pour parvenir à des systèmes de santé plus performants dans les pays d'Europe orientale et occidentale.

L'approche des soins de santé primaires, articulée en 1978, a presque immédiatement été mal comprise. On y a vu une attaque radicale contre l'ordre médical établi. On l'a qualifiée d'utopie. On l'a accusée de mettre exclusivement l'accent sur les soins au premier niveau. Pour certains milieux du développement, il s'agissait de proposer un système au rabais : des soins au rabais pour les pauvres, une solution au rabais pour les pays en développement. Trente ans après, les soins de santé primaires sont moins mal compris. La Conférence ministérielle a contribué à redonner aux soins de santé primaires son sens originel. C'est là une approche rationnelle pour arriver à des soins justes, efficaces et de bonne qualité. Et les valeurs, principes et approches en cause sont valables aussi bien pour les pays riches que pour les pays pauvres.

La Charte de Tallinn s'inspirait des travaux qui avaient suivi ceux de la Commission Macroéconomie et Santé. Ces travaux montraient que la santé ne doit pas être considérée comme un fardeau budgétaire mais comme une source productive d'avantages économiques. Vous avez étendu cette réflexion aux systèmes de santé. Un système de santé n'est pas seulement une charge lourde et coûteuse pour l'État. Il ne s'agit pas d'un système comme par exemple le service des eaux qui est censé fournir un service de base et laisser les forces du marché s'occuper du reste – les gens pouvant s'acheter de l'eau minérale coûteuse s'ils le souhaitent. Si les services de santé du secteur public assurent des soins de piètre qualité, s'ils sont surchargés et dépourvus des effectifs nécessaires, ce n'est pas une solution acceptable que de s'en remettre aux services de santé privés pour compenser ces carences. Si on le fait, on encourage l'inefficacité et les inégalités. C'est abondamment prouvé. Une bonne gestion suppose de s'occuper de toutes les dimensions des soins de santé.

Les gens ne doivent pas être appauvris parce qu'ils sont malades. Or, comme le relève le plan géorgien de la santé, un seul épisode de maladie peut parfois paupériser toute une famille. Les systèmes de santé ne se dirigeront pas automatiquement vers plus d'équité et d'efficacité. Il faut des décisions politiques délibérées pour qu'elles y parviennent. À mon sens, c'est là la réalisation la plus importante de la Charte de Tallinn et de tous les travaux préparatoires qui l'ont précédée. Vous avez reformulé l'importance des systèmes de santé.

Un système de santé n'est pas une obligation pesante qui engloutit des ressources gigantesques, mais bien une occasion stratégique. Un système de santé offre l'occasion stratégique de gérer la santé de manière proactive en regardant vers l'avenir, de gérer la relation dynamique entre la santé d'une nation et sa richesse, et cela dans les deux sens.

Je n'utiliserai qu'un exemple tiré de la documentation établie pour la Conférence ministérielle sur les systèmes de santé. Le vieillissement démographique est désormais une tendance mondiale et l'espérance de vie plus longue entraîne une augmentation des maladies chroniques. Le coût des soins destinés aux personnes âgées est considéré comme une des principales causes de l'augmentation des dépenses de santé. La multiplication des soins aux personnes âgées toujours plus nombreuses est aussi une des raisons de la pénurie de personnels de santé. Au lieu d'accepter que cette charge soit inévitable, vous avez montré

comment les systèmes de santé peuvent offrir une meilleure option. Vous avez montré comment un système de santé qui fait de la prévention et de la promotion de la santé une priorité peut réduire les incapacités chez les personnes âgées, réduire les coûts des soins et en même temps améliorer la qualité de la vie. Telle est l'approche supérieure et tournée vers l'avenir qui se dégage quand les systèmes de santé sont considérés comme une occasion stratégique. Cette approche est particulièrement judicieuse dans l'intérêt de l'efficacité, de l'équité et du but ultime du développement de la santé en faveur de meilleurs résultats sanitaires. Cette approche bénéficie également d'un solide soutien.

À la fin du mois d'août, la Commission des Déterminants sociaux de la Santé a présenté son rapport final. Ce sont les écarts frappants des résultats sanitaires qui constituent sa principale préoccupation, et son objectif est d'arriver à plus d'équité. Le rapport conteste l'idée selon laquelle seule la croissance économique permettra de réduire la pauvreté et d'améliorer la santé. Si la tendance actuelle se maintient, la prospérité économique accrue profitera aux populations qui sont déjà bien pourvues alors que les autres prendront toujours plus de retard. C'est ce qui est déjà apparent dans certaines parties de l'Europe. Comme le note le rapport, les déterminants les plus importants de la santé découlent des conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, vivent, travaillent et vieillissent. Et ces conditions sont façonnées par les politiques des gouvernements.

La croissance économique ne permettra d'améliorer la santé des pauvres que si l'on met en place des politiques visant explicitement à modifier les conditions sociales sous-jacentes. En l'absence de telles politiques, la majorité de la population de la planète ne parviendra pas au niveau de santé et de productivité économique qui est biologiquement possible. Les écarts en matière de résultats sanitaires ne sont pas dictés par le destin. Ils illustrent simplement l'échec des politiques suivies.

Le rapport dit clairement que c'est aux responsables politiques qu'il incombe de réduire les inégalités en matière de santé, et cela dans des secteurs qui dépassent de loin celui de la santé. Le rapport reconnaît que presque tous les déterminants sociaux de la santé échappent au contrôle direct du secteur sanitaire. Les travaux effectués dans la Région européenne confirment cette conclusion, notamment en ce qui concerne les maladies chroniques. Le rapport préconise une approche globale de l'État qui fasse de la santé une partie de toutes les politiques gouvernementales dans tous les secteurs. En d'autres termes, la santé doit figurer dans toutes les politiques.

Les conclusions de la Commission sont aussi applicables au niveau international. Les forces qui accroissent les inégalités en matière de santé opèrent dans les pays sous l'autorité des gouvernements. Mais, de plus en plus, ces forces interviennent entre les pays sous l'influence de la mondialisation. À titre d'exemple, l'industrialisation de l'approvisionnement vivrier et la commercialisation et la distribution mondialisées des produits alimentaires sont une des raisons pour lesquelles les maladies liées au régime alimentaire se retrouvent désormais dans le monde entier. Je vous le rappelle : le secteur de la santé n'avait pas son mot à dire dans l'élaboration des politiques qui ont rendu inévitable le changement climatique. Nous n'avons pas notre mot à dire dans l'élaboration des politiques responsables de la crise de l'augmentation des prix des produits alimentaires.

Lorsque nous songeons aux conclusions de la Commission, nous devons aussi réfléchir à un paradoxe fondamental. Au niveau international, la santé occupe désormais une bonne place dans les préoccupations concernant le développement. Pourtant, dans la plupart des pays, le ministère de la santé a généralement moins d'influence et de pouvoir de négociation que les autres membres du cabinet.

Soyons francs. Dans la plupart des pays, un appel en faveur de l'utilité que revêt l'équité en santé ne suffira pas à susciter un engagement politique de haut niveau. Il ne suffira pas pour convaincre les autres secteurs de tenir compte des effets sanitaires dans toutes leurs politiques. C'est pour cela que je considère que le travail actuellement effectué dans la Région européenne est si important. Vous avez élaboré un ensemble d'instruments politiques, d'incitations et d'instruments juridiques et réglementaires pour rendre les systèmes de santé plus performants. Vous l'avez fait en utilisant des bases solides. Et vous avez utilisé des arguments économiques convaincants.

Les soins de santé primaires sont des soins de santé de qualité. Ce sont des soins de santé qui ont besoin de ressources. L'approche doit reposer sur des arguments valables et sur des preuves convaincantes. Et c'est une approche qui suppose un énorme courage politique.

Comme je vous l'ai dit, notre monde ne va pas devenir un monde juste pour la santé sans intervention de l'extérieur. La croissance économique d'un pays n'entraînera pas automatiquement une atténuation de la pauvreté ni une réduction des écarts actuels importants au niveau des résultats sanitaires. Les systèmes de santé n'évolueront pas automatiquement vers plus d'équité et d'efficacité. Ces modifications impliqueront des décisions politiques délibérées.

Il n'est pas facile de faire compter une valeur telle que l'équité d'accès aux médicaments au niveau politique international. Mais c'est néanmoins possible. La résolution adoptée en mai sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle l'a démontré de façon éclatante. Elle a montré que les règles régissant le système commercial international peuvent en fait être façonnées de manière à favoriser plus d'équité en matière de santé.

Il n'est pas facile de faire de l'équité en santé un principe directeur des systèmes de santé, surtout lorsque les forces du marché considèrent les soins de santé comme un bien et encouragent une consommation inefficace. Mais c'est néanmoins possible. En octobre, le Rapport sur la santé dans le monde consacré aux soins de santé primaires sera publié pour marquer l'anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata. Le Rapport offre des orientations pratiques et techniques pour adopter des réformes pouvant donner aux systèmes de santé des moyens de relever les défis d'une complexité sans précédent auxquels la santé est confrontée.

Le Rapport demande aux dirigeants politiques de vouer une attention particulière aux attentes sociales croissantes en matière de soins de santé. Comme on le voit de plus en plus, les gens veulent des soins justes et efficaces. Les gens veulent des soins de santé qui incorporent une grande partie des valeurs, des principes et des approches articulés il y a 30 ans à Alma-Ata.

Les dirigeants politiques feraient bien d'écouter ces attentes. Voilà aussi ce qui pourraient vous donner d'autres arguments pour faire de la santé une préoccupation pour l'ensemble de l'État, afin que la santé trouve sa place dans toutes les politiques adoptées.