



EUROPE

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

Belgrade (Serbie), 17-20 septembre 2007

EUR/RC57/REC/1
18 octobre 2007
74196
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT DE LA
CINQUANTE-SEPTIÈME SESSION

Mots clés

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

Sommaire

	<i>page</i>
Ouverture de la session.....	1
Élection du Bureau.....	1
Adoption de l'ordre du jour et du programme de travail.....	1
Allocution du directeur général.....	1
Allocution du directeur régional.....	3
Allocution de Son Excellence Boris Tadić, Président de la République de Serbie.....	7
Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif.....	8
Rapport du quatorzième Comité permanent du Comité régional (CPCR).....	9
Questions de politique et questions techniques.....	11
Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne de l'OMS.....	11
Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle.....	14
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.....	18
Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional.....	20
Suivi de la Conférence ministérielle sur la lutte contre l'obésité.....	20
Travaux accomplis en vue du renforcement des systèmes de santé.....	21
Mesures prises en application de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte).....	22
Communication d'informations à jour sur la sécurité sanitaire.....	23
Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé.....	24
Élections et désignations.....	26
Conseil exécutif.....	26
Comité permanent du Comité régional.....	26
Élection d'un membre du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.....	26
Comité européen de l'environnement et de la santé.....	26
Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2008, 2009, 2010 et 2011.....	26
Divers.....	26
Séances d'informations techniques.....	26
Proposition de la Grèce concernant l'établissement d'un bureau géographiquement dispersé à Athènes.....	27
Santé publique, innovation et propriété intellectuelle.....	27
Résolutions.....	29
EUR/RC57/R1 Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne.....	29
EUR/RC57/R2 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.....	31
EUR/RC57/R3 Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2008, 2009, 2010 et 2011.....	33
EUR/RC57/R4 Suite donnée à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité et Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle.....	33
EUR/RC57/R5 Rapport du quatorzième Comité permanent du Comité régional.....	35
Annexe 1. Ordre du jour.....	37
Annexe 2. Liste des documents.....	39
Annexe 3. Liste des représentants et autres participants.....	40
Annexe 4. Allocution du directeur régional de l'OMS pour l'Europe.....	64
Annexe 5. Allocution du directeur général de l'OMS.....	71

Ouverture de la session

La cinquante-septième session du Comité régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est tenue à l'Assemblée nationale, à Belgrade (Serbie), du 17 au 20 septembre 2007. Des représentants des 53 pays de la Région européenne de l'OMS 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 du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Programme des Nations Unies pour le développement, du Bureau des Nations Unies à Belgrade, du Fonds des Nations Unies pour la population, de la Banque mondiale, du Conseil de l'Europe, du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), de la Commission européenne, de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et d'organisations non gouvernementales (ONG).

La première séance de travail a été ouverte par le professeur Recep Akdağ, président sortant.

Élection du Bureau

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

Professeur Tomica Milosavljević (Serbie)	président
Dr David Harper (Royaume-Uni)	président exécutif
Mme Annemiek van Bolhuis (Pays-Bas)	vice-président exécutif
Professeur Alexander V. Nersessov (Kazakhstan)	rapporteur

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

(EUR/RC57/2 Rev.2 et EUR/RC57/3 Rev.1)

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

Allocution du directeur général

Le directeur général a commencé son allocution en rappelant les conditions dans lesquelles se trouvait la Région européenne dans les années 80, et le rôle de chef de file de la Région qui prodiguait des conseils sur les nouveaux problèmes de santé affectant les pays riches et développés. Le Bureau régional avait mis en œuvre des travaux de pionnier sur la santé et l'environnement et, ce faisant, expérimenté des solutions pour appliquer des approches multisectorielles, montré la voie à suivre en matière de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé, et prédit que le vieillissement démographique deviendrait l'un des principaux défis futurs. En cette première décennie du XXI^e siècle, ces questions soulevaient désormais des passions dans le monde entier, ainsi d'ailleurs que le financement de la santé et le besoin de renforcer les systèmes de santé. Les stratégies multisectorielles étaient maintenant une composante fondamentale des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), qui s'attaquaient aux causes profondes de la pauvreté et préconisaient la santé comme moteur essentiel du progrès économique.

La situation sanitaire avait énormément évolué en Europe depuis les années 80, montrant des écarts entre les riches et les pauvres au sein des pays, et entre les pays de l'Ouest et de l'Est. Parmi les problèmes rencontrés dans ces derniers, il convenait de mentionner notamment les taux de mortalité élevés des mères et des nourrissons, quelques-uns des taux les plus élevés de tuberculose multirésistante dans le monde et l'apparition de tuberculose ultrarésistante. Une action collective sur ces menaces communes, basée sur une prise de responsabilités commune, était donc nécessaire. Toutes les régions du monde tentaient de résoudre les problèmes de pénuries de personnel sanitaire compétent et bien formé. La mise en commun des efforts conduirait à une bonne santé, le fondement même de la prospérité.

L'Europe ayant une longueur d'avance en ce qui concerne l'élaboration de plans d'action pour résoudre ces problèmes, la Région occupait dès lors une position favorable pour prendre des initiatives en matière de santé mondiale, et son rôle de chef de file influait très largement sur la politique sanitaire internationale. La priorité accordée par la Région à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, à l'action multisectorielle ainsi qu'au lien entre les bilans sanitaires et la performance des systèmes de santé s'avérait de plus en plus significative au niveau mondial. Si l'Europe trouvait, par exemple, le moyen de réduire les maladies liées au régime alimentaire et d'origine alimentaire par le biais de son Plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle, et de définir des stratégies et des pratiques efficaces permettant d'améliorer la performance des systèmes de santé lors de la Conférence de 2008, le monde entier en profiterait. L'un des atouts de l'Europe était son utilisation avisée des informations ou des bases factuelles. L'un des principaux inconvénients était la possible indifférence face aux besoins non satisfaits des pays d'Europe centrale et orientale en matière de santé et de systèmes de santé.

Le document du Comité régional sur les OMD mettait particulièrement l'accent sur la mortalité maternelle et infantile. En Europe, comme dans le monde, la mise en place de systèmes de santé efficaces était absolument nécessaire pour réaliser ces objectifs ; la capacité insuffisante des systèmes de santé d'atteindre les populations les plus démunies représentait un obstacle insurmontable à la réalisation des OMD en rapport avec la santé, les objectifs qui d'ailleurs avaient moins de chances d'être atteints. Le lancement récent du Partenariat international pour la santé était un signe encourageant de changement : les institutions internationales étaient convenues de collaborer avec davantage de coordination et une définition plus explicite des rôles en vue d'atteindre les cibles communes. Cette initiative s'inscrivait bien dans le programme plus général de réforme des Nations Unies auquel l'OMS s'était pleinement engagée.

La santé publique de par le monde menait les mêmes luttes sur trois fronts. La première était pour l'attention et les ressources suscitées par l'engagement à réaliser les OMD. La Région européenne a joué un rôle pilote et critique dans certaines innovations récentes telles qu'UNITAID (un mécanisme de financement novateur visant à accélérer l'accès à des médicaments et diagnostics de grande qualité pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le sida, le paludisme et la tuberculose), le Dispositif international de financement des vaccinations, et le recours aux « engagements d'achat à terme » comme mesure d'encouragement pour l'élaboration de vaccins à l'adresse du monde en développement. Le directeur général a remercié les pays européens et la Commission européenne pour leur contribution au Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. Deuxièmement, le Règlement sanitaire international (RSI) avait contribué à la lutte contre le monde microbien en constante évolution. Les préparations à une éventuelle pandémie de grippe aviaire s'étaient en outre avérées utiles pour stimuler la recherche et renforcer les capacités nationales et internationales d'intervention en cas de menaces sanitaires. À titre d'exemple, la mise en œuvre du plan de préparation en Ouganda avait permis d'endiguer une épidémie récente de fièvre hémorragique de Marburg. Troisièmement, la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac a été un instrument international décisif dans les efforts visant à modifier les comportements humains. Les impulsions données par la Région européenne à cet égard avaient joué un rôle majeur dans la rédaction du RSI et de la Convention-cadre, l'Union européenne (UE) servant de modèle.

L'espèce humaine était désormais confrontée au défi de s'adapter aux conséquences inévitables du changement climatique à l'échelle mondiale. Les événements météorologiques extrêmes, dont la fréquence et la gravité ne cessaient de croître, auraient des conséquences dangereuses immédiates et à long terme, en particulier pour la santé. Le défi pour la santé publique était de placer les questions sanitaires au centre des préoccupations relatives au climat. Le changement climatique rendait plus urgent de réaliser les OMD. Les pays qui jouissaient d'un niveau de vie essentiel, encadré par des infrastructures sanitaires adéquates, seraient les plus aptes à s'adapter aux changements radicaux à venir. S'agissant de faire face à l'impact des conditions environnementales sur la santé, la Région européenne avait en effet une longueur d'avance, et le monde entier pourrait en profiter.

Dans la discussion qui a suivi, tous les orateurs ont remercié le directeur général pour son allocution à la fois édifiante et encourageante. La plupart des intervenants ont souligné le soutien apporté par leur pays au travail de l'OMS sous l'égide du directeur général. Plusieurs orateurs ont demandé que davantage de

ressources soient affectées à la Région européenne. Elles étaient en effet nécessaires pour répondre aux besoins accrus de la Région, encadrer les efforts déployés dans les pays d'Asie centrale pour résoudre leurs problèmes de santé, et aider la Région européenne à relever les défis posés par la propagation microbienne et modifier les comportements humains. Un orateur a décrit les progrès réalisés dans son pays en matière de vaccination et de santé de l'enfant et ce, dans le cadre de ses ressources limitées.

Un représentant s'adressant au nom des cinq pays nordiques a demandé si le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé pouvait être lancé lors de l'Assemblée mondiale de la santé de 2008, et si le président de la Commission pouvait s'adresser à cette occasion afin de maintenir la dynamique de la Commission et de s'assurer que les organes directeurs de l'OMS pouvaient dûment traiter ses propositions.

Un représentant a suggéré que les compromis nécessaires pour relever les défis de la santé en Europe puissent faire l'objet d'une approche multisectorielle motivée par une volonté politique. Son pays soutiendrait l'OMS dans ses efforts d'approcher d'autres secteurs, des ONG et le monde des affaires afin d'accorder une plus grande priorité à la santé. Un autre orateur a souligné l'importance des questions relatives à la santé de la mère et de l'enfant et, en particulier, au problème du vieillissement. La question de savoir comment les comportements humains pouvaient être modifiés pour protéger l'environnement étant particulièrement ardue, le Comité régional pourrait peut-être envisager les moyens d'y parvenir lors de sa prochaine session, notamment la prise de mesures politiques.

Le directeur de l'ECDC a remercié le directeur général pour son rôle dans l'augmentation récente de la part du budget de l'OMS affectée à la Région européenne. L'OMS avait un rôle spécial à jouer en tant que partenaire mondial et régional de l'ECDC. L'UE et l'ECDC étaient dévoués aux stratégies et objectifs mondiaux et régionaux. Il convenait de mentionner, à titre d'exemple, le récent plan d'action européen contre la tuberculose, la préparation à la pandémie de grippe, les travaux en cours sur la sécurité du patient et les efforts en vue de renforcer le système européen de surveillance et de développer des capacités pour appliquer le RSI. Des experts formés dans le cadre du Programme européen de formation à l'épidémiologie d'intervention ont régulièrement participé au dépistage et à la lutte contre les épidémies par le biais du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. Le Siège de l'OMS avait apporté son soutien à l'étude de l'ECDC sur la charge des maladies dans l'UE, en harmonie avec les méthodes de l'OMS. L'OMS et l'ECDC devaient poursuivre et approfondir leur coopération ; l'OMS pouvait compter sur l'aide de l'ECDC tant au niveau mondial que régional.

En guise de réponse, le directeur régional a reconnu l'engagement clair du Comité régional en vue d'améliorer la santé ; l'OMS ferait son possible pour collaborer avec les pays et acquérir les ressources nécessaires pour soutenir leurs efforts. L'OMS comptait sur ses partenaires au sein comme en dehors du système des Nations Unies. La situation était certes encourageante ; davantage de ressources étaient disponibles, mais l'OMS devait montrer qu'elle pouvait obtenir des résultats sur le terrain. L'OMS était particulièrement disposée à collaborer avec des centres d'excellence comme l'ECDC. Elle accueillait favorablement le soutien du Centre, par exemple, pour aider les pays à développer leurs capacités en créant des réseaux de laboratoires.

Le directeur général admettait parfaitement la nécessité de maintenir la dynamique de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, et était disposé à organiser un événement à ce sujet dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé de 2008, et dans les limites imposées par l'ordre du jour fixé par les organes directeurs de l'OMS.

Allocution du directeur régional

Le directeur régional a décrit son allocution comme étant le premier rapport d'avancement des activités sur l'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe d'ici 2020. Il s'est félicité de la coopération améliorée entre les différents niveaux de l'OMS et de l'adoption de l'approche ascendante et descendante, sous l'égide du nouveau directeur général de l'OMS, le docteur Margaret Chan. À titre d'exemple, le

Siège et les bureaux régionaux avaient collaboré ensemble sur le RSI, la propriété intellectuelle, les politiques relatives au personnel sanitaire, le renforcement des systèmes de santé et des relations entre l'OMS et les partenaires mondiaux et européens. L'Organisation dans son ensemble participait à la réforme du système des Nations Unies.

Les activités menées en Europe du Sud-Est se concentraient sur la paix, les droits de l'homme et la santé. L'OMS, le Conseil de l'Europe et plusieurs pays avaient entrepris un programme dans le cadre du Pacte de stabilité pour l'Europe du Sud-Est et ce, dans le but de rétablir la paix dans la région par le biais de programmes communs de santé publique. On a assisté à une augmentation du nombre de pays participants, de bailleurs de fonds et de programmes communs, et le programme dans son ensemble avait débuté sa deuxième phase en 2005. En outre, l'OMS et d'autres organisations des Nations Unies avaient aidé 530 personnes d'origine tzigane (Roms) de la province du Kosovo (sous administration des Nations Unies) à s'installer en un lieu plus sûr, et leur avaient fourni soutien et traitements. Finalement, le Bureau régional a célébré la libération des infirmières et du médecin bulgares détenus en République arabe libyenne, le résultat d'efforts déployés depuis 2000 en collaboration avec le gouvernement bulgare, le Siège de l'OMS et Mme Sylvie Vartan, ambassadrice de bonne volonté auprès de l'OMS pour la santé de la mère et de l'enfant dans la Région européenne.

Le Bureau régional poursuivait ses efforts d'amélioration de ses services aux 53 États membres de la Région européenne de l'OMS, notamment par le développement de ses bureaux de pays. Le directeur régional a mentionné plusieurs réalisations spécialement importantes ou représentatives dans quatre domaines, à savoir les maladies transmissibles et non transmissibles, le renforcement des systèmes de santé et l'environnement et la santé. Premièrement, le Bureau régional avait organisé la deuxième Semaine européenne de la vaccination avec la participation de 25 pays ; tenu une réunion avec 44 homologues nationaux sur la lutte contre la rougeole et la rubéole ; convenu de collaborer avec le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale dans le cadre des efforts d'éradication de la poliomyélite au niveau mondial ; aidé les États membres à se préparer à une éventuelle pandémie de grippe (dont la planification d'une réunion intergouvernementale sur la propriété intellectuelle) ; prévu d'organiser un forum ministériel intitulé « Tous contre la tuberculose », et poursuivait ses activités afin de garantir un meilleur accès à la prévention et au traitement du VIH/sida. Les 200 premiers cas du virus chikungunya dans la Région ont mis en lumière l'importance de la participation européenne au Conseil du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

Deuxièmement, le Bureau régional œuvrait à l'application de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) en apportant un soutien direct à la surveillance et à l'élaboration de politiques dans plusieurs pays. Il s'était réuni avec 44 pays afin de discuter de l'amélioration de la prévention du cancer du col de l'utérus, et collaborait avec plusieurs d'entre eux à des programmes de lutte. En outre, le Bureau régional et la Commission européenne allaient bientôt publier des données permettant de se faire une idée plus précise des services de santé mentale dispensés dans la Région ; le Bureau régional aidait aussi des pays, notamment en Asie centrale, à intégrer la santé mentale dans les soins de santé primaires et à former les médecins de famille afin que ces derniers puissent diagnostiquer et traiter les troubles mentaux.

Troisièmement, le Bureau régional soutenait 25 pays dans leurs efforts visant à aplanir les inégalités des systèmes de santé, et aidait les pays à améliorer leurs politiques relatives aux systèmes de santé et la gestion desdits systèmes, ou à restructurer leur ministère de la Santé. Il avait publié un rapport européen sur la santé et la sécurité, et préparait une conférence sur les systèmes de santé en Estonie pour 2008. Le renforcement des systèmes de santé était souvent repris dans les accords de collaboration biennaux entre le Bureau régional et les pays, en particulier ceux conclus dernièrement avec l'Andorre, la Belgique et le Portugal.

Quatrièmement, les activités du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES) et une réunion intergouvernementale d'évaluation organisée à Vienne (Autriche) avaient très largement contribué à l'élaboration de politiques nationales sur l'environnement et la santé ; des études de cas sur les bonnes pratiques et les activités réalisées avec des groupements de jeunesse se sont également avérées utiles.

En réponse à une résolution adoptée en 2006 par le Comité régional, le Bureau régional avait renforcé sa coopération avec ses principaux partenaires. Parmi les activités menées conjointement avec l'UE, il convenait entre autres de mentionner celles réalisées avec l'ECDC sur la grippe aviaire ; avec la Commission européenne pour harmoniser les programmes sur la sécurité sanitaire, l'équité, l'environnement et la nutrition ; et avec les présidences finlandaise, allemande et portugaise de l'UE sur l'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques, la prévention du VIH/sida et la santé des migrants, respectivement. Le directeur général et le directeur régional s'étaient réunis avec des responsables de l'OCDE et de l'UE en vue d'harmoniser et d'accroître l'efficacité de leurs activités conjointes.

Le directeur de la santé publique et de l'évaluation des risques à la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne, s'adressant à l'invitation du directeur régional, a déclaré que la collaboration entre la Commission européenne et l'OMS s'était développée au fil des années avec l'intensification de la priorité accordée par la Commission européenne aux questions liées à la santé. La Commission européenne avait lancé un projet de stratégie sanitaire adoptant une approche intersectorielle ambitieuse, et doté d'un plan de réalisation sur dix ans. Les conclusions d'une étude réalisée par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé avaient inspiré une proposition de l'UE en vue de garantir l'élaboration de règlements communs, explicites et exécutoires sur des questions de soins de santé dépassant le cadre national.

Dans l'UE, la mobilité du personnel sanitaire était conforme au principe de liberté de mouvement. Si les professionnels de santé pouvaient s'installer là où leurs compétences étaient requises, cette situation risquait de réduire davantage le nombre d'effectifs qualifiés dans les régions plus isolées ou plus pauvres d'Europe. Comme une stratégie commune était nécessaire en Europe, l'inscription de ce thème à l'ordre du jour de la présente session était donc appréciée.

En 2007, l'UE avait élaboré des politiques relatives au tabac et à l'alcool, ainsi qu'à la nutrition, à la surcharge pondérale et à l'obésité. Elle collaborait très étroitement avec le Bureau régional sur l'alimentation et la nutrition. En mars 2007, les deux partenaires avaient cosigné sept projets conjoints d'un montant de plus de 4,2 millions d'euros et financé à 60 % par le programme de santé publique de l'UE. Il s'agissait là de quelques exemples des centaines de projets réalisés conjointement par l'OMS et la Commission européenne. Au total, le soutien de la Commission européenne à l'OMS se chiffrait à environ 100 millions de dollars des États-Unis (USD) chaque année, ce qui faisait de l'UE l'un des cinq principaux bailleurs de fonds de l'OMS.

S'adressant également à l'invitation du directeur régional, Mme Sylvie Vartan, ambassadrice de bonne volonté auprès de l'OMS pour la santé de la mère et de l'enfant dans la Région européenne, a déclaré que c'était pour elle un honneur de collaborer avec l'OMS dans un domaine qui lui tenait particulièrement à cœur. Pendant de nombreuses années, elle s'était consacrée à l'amélioration du niveau de vie des enfants défavorisés de son pays natal, la Bulgarie, et pouvait désormais, par le biais de l'OMS, offrir cette aide à d'autres régions d'Europe. Elle était heureuse d'avoir pu contribuer à la libération du personnel sanitaire bulgare par la mobilisation d'autres secteurs tels que les médias et l'industrie du spectacle. Elle a félicité le Bureau régional pour son aide apportée aux enfants roms de la province du Kosovo, sous administration des Nations Unies.

Au cours de la discussion qui a suivi, la plupart des orateurs ont félicité le directeur régional pour son rapport complet et les activités du Bureau régional.

Un représentant s'adressant au nom de l'UE, de pays candidats à l'adhésion (Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie), des pays du Processus de stabilisation et d'association et de candidats potentiels à l'adhésion (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie) ainsi que de l'Arménie, de la Géorgie, de la République de Moldova et de l'Ukraine (qui se sont alignés sur sa déclaration), a exprimé son soutien aux activités du Bureau régional dans plusieurs domaines et se félicitait de la poursuite des débats par le Comité régional sur les thèmes suivants : le renforcement des systèmes de santé (y compris la Conférence de 2008) ; l'élimination de la rougeole et de la rubéole ; les

progrès en vue de la réalisation des OMD, notamment ceux en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant ; le personnel sanitaire (y compris la problématique des pénuries et de la migration ainsi que les politiques relatives au personnel sanitaire) ; la réduction des inégalités sanitaires ; l'abus d'alcool ; la santé génésique et la prise en compte de la distinction homme-femme ; et l'obésité et la malnutrition. La présidence portugaise de l'UE a demandé que davantage d'attention soit accordée à l'amélioration de la santé des migrants. Il attendait avec impatience de recevoir le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé.

Étant donné la charge des maladies non transmissibles, la part du budget programme de l'OMS affectée à ce domaine pour 2008-2009, soit 1,3 %, était un sujet de préoccupation. L'UE continuerait à soutenir les activités de l'OMS sur ces maladies, notamment en ce qui concerne la surveillance et la formulation de plans d'action, comme celui proposé pour l'alimentation et la nutrition. En outre, l'UE avait élaboré un programme afin de lutter contre les pénuries de personnel sanitaire dans les pays en développement pour 2007-2013. Elle préparait une initiative afin d'examiner et d'envisager la prise de mesures visant à résoudre les problèmes liés au personnel sanitaire dans l'Union.

Un grand nombre d'autres orateurs se sont ralliés à ces points de vue, notamment le soutien apporté aux activités de l'OMS dans le domaine des systèmes de santé (y compris les préparatifs de la Conférence de 2008) et des maladies non transmissibles. Ils ont également fait l'éloge des activités menées par l'OMS sur les inégalités sanitaires, le VIH/sida, l'intégration de la santé mentale et sa stratégie de pays, et se sont félicités de l'affectation accrue de fonds au Bureau régional au titre du budget programme de 2008-2009.

Des orateurs ont aussi favorablement accueilli la place plus importante accordée par l'OMS aux partenariats avec l'UE et d'autres institutions. Certains ont mentionné le programme du Pacte de stabilité comme un modèle qui pourrait s'avérer utile à d'autres pays et contribuer au maintien de la paix en Europe du Sud-Est. Un autre orateur a prié instamment l'OMS d'évaluer les différents centres techniques actifs de la Région.

Dans un esprit de partenariat, plusieurs orateurs ont mentionné les succès ou les atouts de leur pays qui pourraient être mis à profit ailleurs ou dans les activités de l'OMS au niveau de la Région. Il s'agissait notamment d'un réseau européen et d'une déclaration des pays nordiques contre le marketing de boissons et d'aliments nocifs pour la santé à l'adresse des enfants, de conférences nationales sur la santé mentale et l'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques, de l'adoption d'une stratégie nationale sur la santé, de l'interdiction de fumer dans les locaux, d'un observatoire sur la santé des femmes, d'instituts de recherche scientifique compétents, et de l'expérience acquise au niveau national sur la manière de gérer les catastrophes et d'autres situations d'urgence. S'inspirant des activités du Bureau régional dans divers domaines, les pays avaient élaboré ou planifié des stratégies sur les maladies non transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant, le personnel sanitaire et la sécurité du patient. Des orateurs ont décrit les questions hautement prioritaires dans leur pays : les OMD, la santé des femmes, des enfants et des adolescents, l'égalité des sexes et la lutte contre les médicaments contrefaits, la lutte contre les maladies héréditaires, l'amélioration des soins à l'adresse des personnes âgées et la nécessité d'accroître les ressources pour la santé mentale. Un représentant a souligné l'importance des valeurs qui devaient orienter les réformes du secteur sanitaire.

Un représentant de la Bulgarie a remercié tous ceux qui avaient soutenu la libération du personnel sanitaire incarcéré et contribué à celle-ci. Il s'agissait notamment de différents pays, de l'UE, d'organisations gouvernementales et non gouvernementales internationales (en particulier l'OMS), du monde scientifique et d'associations/de groupements de personnel sanitaire. Le représentant a particulièrement remercié les personnes suivantes : le président de la Commission européenne, le Président français, les directeurs généraux de l'OMS actuel et précédent, le directeur régional de l'OMS pour l'Europe ainsi que l'ambassadrice de bonne volonté de l'OMS, Mme Sylvie Vartan. Le gouvernement bulgare poursuivrait son aide au traitement des enfants infectés au VIH ; il avait récemment transféré la dette extérieure de la République arabe de Libye au Fonds international Benghazi.

Un représentant s'adressant en sa qualité de chef du comité exécutif du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est a décrit l'historique, le développement et les activités du programme du Pacte de stabilité et du Réseau. Il a exprimé les remerciements du Réseau aux gouvernements de plusieurs pays et organisations partenaires pour leur généreuse aide technique et financière. Le concours des publications médicales de la *British Medical Association* avait reconnu la valeur du Réseau en distinguant une publication conjointe du Bureau régional et de la Banque de développement du Conseil de l'Europe sur le développement sanitaire et économique de l'Europe du Sud-Est. Les activités du Réseau étaient visibles sur le site Web de l'UE. Le Réseau était en fait un modèle durable de collaboration sur les priorités sanitaires communes.

Le responsable de la Division de la santé du Conseil de l'Europe s'est félicité de la contribution du Conseil au succès du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est. L'action commune réalisée par l'OMS, le Conseil de l'Europe et sa Banque de développement permettait de faire de la santé « un pont conduisant à la paix ». La coopération s'effectuait sans écueil car les partenaires œuvraient pour la santé et les droits de l'homme pour tous. Le programme du Pacte de stabilité et le Réseau présentaient un modèle applicable dans des secteurs autres que celui de la santé, et le Conseil de l'Europe examinait une initiative similaire pour le Caucase du Sud.

Le directeur de l'ECDC a décrit le développement rapide et l'intensification du partenariat avec le Bureau régional au cours de ces deux dernières années. Des progrès importants avaient été réalisés en matière de coopération politique, stratégique et technique avec l'OMS, au Siège et surtout au niveau du Bureau régional. L'OMS envoyait des représentants aux organes directeurs et réunions techniques de l'ECDC et vice-versa. L'OMS a détaché du personnel à l'ECDC, et l'ECDC était disposé à faire pareil en 2008. Ensemble, l'Organisation et le Centre avaient élaboré une méthodologie de préparation aux pandémies. En ce qui concerne l'intégration de réseaux portant sur des maladies spécifiques à l'ECDC, le réseau et la base de données sur le VIH/sida étaient devenus un projet conjoint couvrant l'ensemble des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS. Il serait bon d'effectuer des activités similaires en matière de tuberculose. L'ECDC avait élaboré un plan d'action de lutte contre la tuberculose conformément aux stratégies de l'OMS. Parmi les exemples d'interventions communes aux menaces sanitaires, il convenait en particulier de mentionner une mission menée récemment en Italie afin d'étudier la présence du virus chikungunya. Un grand nombre de ces activités étaient réalisées dans le cadre de la Politique de voisinage de l'UE. Le partenariat entre l'OMS et l'ECDC présentait un important potentiel de développement.

En guise de réponse, le directeur régional a souligné que l'OMS œuvrait au respect des valeurs universelles et de celles du système des Nations Unies. Le secteur public international devait insister sur les valeurs éthiques. Afin d'alléger les souffrances de notre monde, toutes les parties devaient utiliser leurs ressources aussi efficacement que possible par le biais de partenariats. La migration du personnel sanitaire était empreinte d'une grande valeur morale dans la mesure où elle ne pouvait profiter à certains pays jouissant d'une meilleure situation, tout en aggravant celle d'autres pays. Il existait un besoin moral, à la fois pour l'OMS et l'UE, d'échanger les données d'expérience. En effet, il n'existait qu'une seule Europe, comprenant 53 pays, et le Bureau régional pouvait servir de lien entre les pays, et entre l'UE et les autres pays.

Allocution de Son Excellence Boris Tadić, Président de la République de Serbie

Le Président de la Serbie se réjouissait de pouvoir exprimer sa reconnaissance pour le travail que l'OMS avait accompli depuis 1948 afin d'améliorer la santé des populations par ses efforts visant à déterminer les politiques sanitaires, à renforcer les systèmes de santé et à combattre et prévenir les maladies. En effet, au cours de ces dernières années, d'énormes progrès avaient été accomplis au niveau mondial et l'humanité entière en avait profité. Les technologies étaient devenues une partie intégrante de la vie de tous les jours. Les pays devaient collaborer afin de contrer l'impact négatif de ces changements rapides et en maximiser les effets positifs. En outre, anticiper les évolutions futures, notamment en ce qui concerne les nouvelles technologies, était une tâche importante. Il était également essentiel de créer des liens et de travailler de manière intégrée. L'OMS constituait un exemple par sa volonté de résoudre les problèmes

d'une portée mondiale en collaboration avec les gouvernements et d'autres institutions et partenaires. Une planification rigoureuse était primordiale pour relever les principaux défis qui nous attendaient.

Toutes les parties avaient un rôle à jouer, et la Serbie apporterait son soutien chaque fois qu'elle le pourrait. Son pays suivait de près les progrès scientifiques ayant une incidence sur la santé. La Serbie était fière de pouvoir contribuer au savoir scientifique qui aidait l'humanité, avec le soutien de l'OMS et dans le cadre d'un réseau mondial d'experts. La Serbie était honorée d'accueillir la session du Comité régional qui avait inscrit à son ordre du jour des thèmes d'une telle importance. Le Président soutenait entièrement les travaux du Comité régional et lui souhaitait beaucoup de succès.

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

(EUR/RC57/5)

Le membre européen du Conseil exécutif désigné pour assister aux réunions du CPR en qualité d'observateur a indiqué que trois thèmes généraux avaient été examinés lors de toutes les sessions du Conseil exécutif au cours de l'année : le fait que le directeur général tenait à ce que l'ensemble des priorités et des décisions reposent strictement sur des bases factuelles ; la nécessité d'accorder une attention particulière à la Région africaine et le fait que celle-ci avait aussi le plus de mal à utiliser efficacement l'assistance de l'OMS ; et la nécessité de renforcer les systèmes de santé, en accordant la priorité maximale aux soins de santé primaires.

Il était positif que les discussions concernant le budget et le Plan stratégique à moyen terme (PSMT) accordaient de l'importance non seulement aux montants en cause, mais surtout aux principes en vertu desquels ces montants devaient être dépensés, étant entendu que les investissements devaient être consentis là où des ressources existaient pour les utiliser ; là où les systèmes de santé avaient atteint un niveau de développement approprié ; et là où il existait un système bien établi de comptabilité et de communication d'informations, et un calendrier qui était respecté. Le directeur général avait accepté qu'une redistribution puisse être envisagée là où ces conditions n'étaient pas réunies. Il avait été reconnu que, bien que le PSMT soit en vigueur pour la mise en œuvre du Programme général de travail, son élaboration se poursuivait. Tous les projets de résolution devaient être conformes au PSMT et indiquer les incidences financières de leur mise en œuvre, et il a été recommandé de respecter ce principe dans la Région européenne.

Parmi les questions qui avaient intéressé plus particulièrement le Conseil, il fallait mentionner les maladies non transmissibles, au sujet desquelles la stratégie élaborée par la Région européenne était considérée comme un exemple particulièrement utile ; la limitation de la disponibilité d'aliments peu sains pour les enfants ; et l'utilisation rationnelle des médicaments. Dans un grand nombre de ces domaines, ainsi qu'en ce qui concerne la disponibilité de nouveaux vaccins contre la grippe et la santé publique, l'innovation et les droits de propriété intellectuelle, il y avait eu des conflits d'intérêts entre les pays en développement et les pays à revenu intermédiaire, d'une part, et un certain nombre de pays industrialisés, d'autre part. À cet égard, il était positif que les pays développés avaient de plus en plus tendance à soutenir les décisions qui allaient dans le sens de la santé publique. Des divergences étaient également apparues en ce qui concerne le principe de la rotation géographique comme critère principal pour la désignation du directeur général, et on avait exprimé l'opinion que les qualités personnelles devaient revêtir une plus grande importance. Après des discussions, il devenait probable qu'un compromis pouvait être trouvé, étant entendu que la rotation géographique serait conservée comme un critère parmi d'autres.

Un représentant, s'exprimant au nom des pays nordiques, a soulevé la question de la consommation nocive d'alcool et de la stratégie mondiale qui devrait être examinée lors de la prochaine session du Conseil exécutif, en janvier 2008. La Région européenne avait déjà un cadre sur la politique en matière d'alcool et devrait continuer à jouer un rôle moteur dans la mise au point d'une initiative mondiale, étant donné que les mesures contre les méfaits de l'alcool étaient un élément essentiel de la lutte contre les maladies non transmissibles. Le membre du Conseil exécutif partageait cette opinion.

En réponse à une demande d'informations plus détaillées sur les liens entre les 13 objectifs stratégiques du PSMT et les 6 orientations stratégiques des activités du Bureau régional d'ici à 2020, le directeur régional adjoint a expliqué que le Bureau avait créé des groupes de travail internes chargés d'examiner la façon dont les engagements régionaux concorderaient avec les objectifs stratégiques mondiaux et les résultats attendus, et contribueraient à leur réalisation, tout en reposant sur les priorités des pays telles qu'elles étaient énoncées dans les accords de collaboration biennaux conclus avec le Bureau régional. Quinze accords de ce type portant sur la période 2008-2009 avaient déjà été signés et seraient diffusés sur le site Web du Bureau régional, de même que des informations complémentaires, à mesure qu'elles seraient disponibles. Un récent document du Siège de l'OMS, qui présentait les conclusions intérimaires du suivi de la mise en œuvre du budget programme 2006-2007, montrait que la Région européenne accomplissait des progrès satisfaisants.

En ce qui concerne la résolution WHA60.28 sur la préparation à une pandémie de grippe, des informations complémentaires ont également été demandées au sujet des préparatifs en vue de la deuxième session du Groupe intergouvernemental de travail sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

Rapport du quatorzième Comité permanent du Comité régional (CPCR)

(EUR/RC57/4, EUR/RC57/4 Add.1 et EUR/RC57/Conf.Doc./1)

Le président du quatorzième CPCR a signalé que des membres du CPCR présenteraient les vues de ce dernier sur les thèmes principaux qui seraient examinés au cours de la session, lorsqu'ils présenteraient les points correspondants de l'ordre du jour. Il se bornerait à mettre l'accent sur certaines questions importantes que le CPCR avait abordées au cours de l'année.

Pour pouvoir mieux analyser les documents préparés pour la session en cours et apporter une contribution à ces derniers, le quatorzième CPCR s'était réuni six fois au cours de l'année, au lieu des cinq fois habituelles. Il estimait que cette initiative avait eu d'importants avantages pour les relations entre le CPCR et le Bureau régional, et il encourageait les futurs Comités permanents à poursuivre cette pratique.

À la suite de la discussion sur l'avenir du Bureau régional qui avait eu lieu lors de la session précédente du Comité régional, le CPCR avait chargé un petit groupe de membres d'examiner la meilleure façon dont le CPCR pouvait s'acquitter de sa mission et travailler de façon stratégique, en définissant des priorités en vue d'une action de la part du directeur régional et du secrétariat. Dans son rapport, ce groupe de travail avait défini un certain nombre de domaines en vue d'une action immédiate, notamment l'augmentation de la visibilité du CPCR grâce à l'élaboration d'une note et d'un dossier d'information destinés aux nouveaux membres. Cette note d'information serait diffusée sur le site Web du Bureau régional, tandis que le rapport intégral serait communiqué aux États membres qui en feraient la demande.

Parmi les suggestions présentées qui devaient faire l'objet d'un examen à plus long terme (au sujet desquelles on n'était pas parvenu à un consensus), il fallait mentionner la possibilité de modifier le règlement intérieur du Comité régional et celui du CPCR, qui avaient été mis à jour pour la dernière fois en 2001. En outre le groupe de travail avait posé trois questions auxquelles il conviendrait de répondre dans l'avenir :

- Le CPCR devrait-il servir d'intermédiaire pour l'expression des préoccupations des États membres ?
- Le CPCR devrait-il prendre davantage les devants lorsqu'il s'agissait d'établir des liens avec les activités de l'UE et de rendre compte des évolutions relatives à l'UE lors des sessions du Comité régional ?
- Le CPCR devrait-il prendre une position plus active en ce qui concerne la séparation Est-Ouest ?

Le CPCR avait examiné la question du lieu des sessions futures du Comité régional et estimé qu'il était prudent de choisir un lieu neutre (c'est-à-dire le Bureau régional à Copenhague) pour les sessions au

cours desquelles la désignation du directeur régional serait examinée. Il était par conséquent proposé que la session de 2009 se tienne à Copenhague, que celle de 2008 ait lieu en Géorgie et que la session de 2010 se déroule en Fédération de Russie.

En sa qualité de président du CPR, il avait écrit au directeur général à la fin de 2006 pour lui demander instamment d'examiner l'allocation versée à la Région européenne au titre du budget ordinaire, afin d'assurer une plus grande équité financière, conformément au mécanisme de validation approuvé par le Conseil exécutif en 2006. Il avait été heureux de constater que, dans le budget programme approuvé par la Soixantième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2007, l'allocation destinée à la Région, soit 63 millions d'USD, était bien située dans la fourchette définie par ce mécanisme.

Le CPR avait encouragé le directeur régional à tenir des discussions de haut niveau avec le Conseil de l'Europe en ce qui concerne la collaboration relative à la transfusion sanguine et aux greffes d'organes ; ces discussions étaient en cours.

Le Comité régional surveillait les préparatifs en vue de la Conférence ministérielle sur les systèmes de santé de 2008. Un groupe de rédaction avait été créé en vue de l'élaboration d'une charte, qui reposerait sur les valeurs et les principes énoncés dans la Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé (1996). Vingt-six États membres avaient exprimé le souhait de contribuer aux travaux de ce groupe de rédaction ; il a demandé instamment à tous les États membres de participer activement au processus d'élaboration de cette charte.

Enfin, le CPR était parvenu à un accord par consensus sur les candidats qu'il recommandait au Comité régional de désigner ou d'élire pour siéger dans divers organes de l'OMS.

En conclusion, il a invité tous les États membres à suggérer des questions techniques ou de politique générale qui, à leur avis, devraient être incluses dans le programme d'activités du CPR et être abordées par le Comité régional lors d'une session future.

Au cours de la discussion qui a suivi, des représentants ont félicité le CPR pour les travaux accomplis au cours de l'année, notamment en ce qui concerne l'établissement de l'ordre du jour de la session en cours et le choix des sujets des séances d'informations techniques. Le CPR avait pris les devants en mettant l'accent sur l'examen de priorités stratégiques telles que le personnel sanitaire, et l'alimentation et la nutrition (concernant lesquelles les observations du Comité régional avaient été prises en considération par le secrétariat lorsque ce dernier avait élaboré la version finale du Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle).

Grâce aux orientations données par le CPR, les représentants des pays de la Région européenne avaient pu jouer un rôle utile dans les discussions qui s'étaient tenues lors de la cent vingtième session du Conseil exécutif et de la Soixantième Assemblée mondiale de la santé, qui s'était traduit par une augmentation de l'allocation versée à la Région au titre du budget ordinaire en 2008-2009.

En ce qui concerne le rôle et la façon de travailler du CPR, les représentants ont approuvé l'analyse rétrospective des prestations du CPR. Cependant, pour renforcer encore sa fonction de lien entre le Bureau régional et le Comité régional, le CPR devrait porter davantage son attention sur des questions stratégiques et fixer des priorités plus claires pour ses travaux. Il lui a été demandé instamment de continuer à tenir compte des questions posées par le groupe de travail.

Un représentant a relevé qu'on célébrerait en 2008 le quinzième anniversaire de la création du CPR. Cela pourrait constituer une bonne occasion d'examiner le rôle que le CPR avait joué au cours de cette période, afin de déterminer la façon dont il serait possible de mieux utiliser encore son potentiel au cours des années à venir.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC57/R5.

Questions de politique et questions techniques

Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne de l'OMS

(EUR/RC57/9 et EUR/RC57/Conf.Doc./3)

Le membre du CPRC présentant ce point a fait observer que les États membres devaient d'urgence prendre des mesures car la situation relative au personnel sanitaire se détériorait. L'une des questions que le CPRC avait soulevée était la nécessité de données permettant une analyse appropriée et une bonne compréhension de la situation. Le CPRC s'était également préoccupé de la migration du personnel sanitaire vers les zones urbaines, des pays offrant des rémunérations plus élevées ou dotés de systèmes de santé mieux organisés et mieux financés, ou des secteurs autres que la santé, où les rémunérations étaient plus intéressantes. En outre, les pays dans lesquels il y avait une pénurie de personnel sanitaire avaient tendance à les recruter dans d'autres pays. Les aspects démographiques constituaient un facteur essentiel. La population de nombreux pays vieillissait tandis que le nombre de personnes en âge de travailler diminuait. Le vieillissement de la population entraînait une augmentation de la demande de services de santé ; les professionnels de santé vieillissaient eux aussi et l'afflux de jeunes était peu important ; en outre, l'espérance de vie augmentait. Dans certains pays, ces tendances nécessiteraient une augmentation supérieure à 100 % des effectifs de personnel sanitaire. Il n'était possible de surmonter ces problèmes que grâce à une action des gouvernements et de la communauté internationale.

Le coordinateur de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé avait été prié d'animer une table ronde et un débat. Il a déclaré que le but semblait être simple : « veiller à ce que les agents compétents présentant les qualifications voulues soient placés au bon endroit pour faire ce qu'il y a lieu de faire d'une façon appropriée » (Rapport sur la santé dans le monde 2006). Cependant, cette question était complexe et exigeait le recours à une démarche fondée sur l'ensemble du système de santé. Il importait de comprendre la relation qui existait entre le personnel sanitaire et les autres éléments du système de santé. Les éléments moteurs de l'environnement qui avaient des effets sur le personnel sanitaire pouvaient être regroupés sous les rubriques suivantes : besoins sanitaires (démographie, charge de morbidité et épidémies), systèmes de santé (technologies de financement, préférences des consommateurs) et contexte (emploi et formation, réforme du secteur public et mondialisation). Il a soutenu que les migrations de personnel sanitaire étaient un symptôme de déséquilibres dans le nombre de professionnels de santé (pénuries ou pléthores), une combinaison de compétences inappropriée et un environnement de travail peu motivant (manque d'incitations, rémunérations basses, manque de possibilités de faire carrière et de se former). La solution de ces problèmes réduirait les migrations. Il existait dans la Région des exemples d'actions qui pouvaient être menées à divers niveaux pour faire face aux migrations, telles que les accords bilatéraux ou multilatéraux, les échanges et le jumelage de personnel, et une aide en matière de formation. Elles exigeaient un large cadre stratégique qui portait sur les prestations, l'éducation et la formation, la réglementation et la planification, et l'information et les bases factuelles.

Plusieurs orateurs ont mentionné la dimension éthique de cette question. Il ne faudrait pas limiter la liberté de circulation des travailleurs vers d'autres pays où les rémunérations étaient plus élevées, où il y avait plus de possibilités de faire carrière, et où la sécurité sur le lieu de travail était meilleure. Il s'agissait d'un droit de l'homme fondamental. Cependant, certains représentants ont exprimé des préoccupations devant la perte d'investissements dans la formation des professionnels de santé, ce qui revenait à une exploitation des ressources nationales. Les migrations entraînaient également un manque de personnel qualifié pour les citoyens de leur propre pays et avaient des effets négatifs sur la pérennité et la qualité des services de santé. Il était nécessaire de ne pas se contenter de répéter des arguments philosophiques en matière d'éthique mais d'adopter un code pratique. Le Code de bonne pratique du Commonwealth pour le recrutement international de professionnels de santé avait eu un effet positif à cet égard.

Des représentants ont donné des exemples d'initiatives prises dans leur pays. L'un d'entre eux a déclaré que son pays avait adopté au cours de l'année écoulée une loi qui engendrerait d'importantes augmentations de la rémunération des professionnels de santé. Cette mesure avait été prise pour contrer le manque de motivation parmi les professionnels de santé et la difficulté de recruter du personnel qualifié.

Des technologies modernes avaient également été mises en place en vue d'améliorer les conditions de travail et d'alléger la charge de travail. Ces initiatives étaient possibles grâce à des améliorations de la situation socioéconomique. Un autre pays examinait des moyens d'utiliser le réservoir potentiellement précieux représenté par les professionnels employés qui pourraient prendre prochainement leur retraite. Il avait pris des mesures pour adopter des politiques nationales visant à réduire les migrations grâce à une meilleure planification des ressources humaines et à la mise en place d'un environnement de travail favorable pour les médecins et les infirmiers. Un troisième représentant a fait état des activités de recherche dans son pays, qui visaient en particulier à comprendre les migrations des professionnels de santé. Ce type de recherche devrait également être menée au niveau international.

Les participants à la table ronde, qui étaient des fonctionnaires du secrétariat de l'OMS et d'autres experts, ont répondu aux observations et aux questions. Ils ont relevé la nécessité de réexaminer les rôles et les responsabilités des professionnels de santé et d'étudier la diversité dans l'ensemble de la Région. Les infirmiers, par exemple, pouvaient se charger d'un certain nombre d'activités traditionnellement menées par des médecins dans certains pays. Ils ont également souligné l'importance d'une planification efficace et efficiente, de façon à assurer, dans le secteur sanitaire, un équilibre approprié en ce qui concerne les professionnels de santé. Selon certaines indications, les accords bilatéraux constituaient un moyen utile de surmonter les pénuries de personnel sanitaire dans un pays, en les important d'un pays où il existait une pléthore ; cependant, il fallait disposer de plus d'informations pour être en mesure de tirer des conclusions valables. La décentralisation représentait également un moyen qui pouvait être utilisé à certains niveaux nationaux ou sous-régionaux pour corriger des déséquilibres relatifs au personnel sanitaire ; cependant il ne s'agissait pas d'une pratique qui pouvait être transférée sans tenir compte du contexte. Il fallait combiner judicieusement des interventions qui reconnaissaient la diversité, mais le faire dans un cadre stratégique commun. Une autre difficulté consistait à établir un équilibre entre les secteurs public et privé. Une certaine réglementation ou une centralisation était nécessaire. Le processus de Bologne représentait une initiative importante, car elle appliquait des normes mondiales convenues à l'enseignement supérieur. Un système d'accréditation rigoureux avait déjà été adopté. Ce processus faisait partie d'un mouvement observé dans la Région qui visait à améliorer la qualité et la compétitivité de l'enseignement universitaire afin que les jeunes, par exemple, soient moins enclins à s'expatrier à la recherche d'une meilleure formation.

Le directeur par intérim de la Division des systèmes de santé des pays a fait observer que l'action menée au sujet du personnel sanitaire, qui constituait un important élément des systèmes de santé, n'était pas nouvelle pour l'OMS : elle apparaissait dans une série de résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé, le *Rapport sur la santé dans le monde 2006*, deux rapports récents sur la situation européenne et sur les migrations, et des travaux récents de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Des politiques en matière de personnel sanitaire devraient être élaborées pour résoudre les nombreux problèmes qui se posaient.

Au cours de la discussion qui a suivi, un orateur s'exprimant au nom de l'UE s'est félicité du rapport et a relevé la nécessité d'élaborer des stratégies complètes pour améliorer la situation, y compris un code de déontologie du recrutement. En 2006, l'UE avait adopté une déclaration de consensus sur la crise relative aux ressources humaines pour la santé, et cette question devrait figurer en bonne place à l'ordre du jour de la Conférence ministérielle de l'OMS sur les systèmes de santé, qui se tiendrait en 2008. Des mesures devaient commencer à être prises au niveau national, mais une coopération pleine et entière entre les pays était cruciale, ainsi qu'avec des organismes tels que l'Alliance mondiale pour les personnels de santé. D'autres orateurs ont signalé que l'Alliance organiserait un forum mondial en Ouganda en mars 2008. Il importait de se fonder sur les travaux déjà accomplis, par exemple le rapport de 2005 du Conseil de l'Europe sur la mobilité transfrontalière des professionnels de santé.

Un orateur a fait observer que les ressources humaines pour la santé mettaient en jeu un ensemble de problèmes liés entre eux qui ne pouvaient être résolus grâce à un remède miracle. À son avis, il était essentiel d'accroître l'engagement politique, d'oublier les coûts politiques et de s'attaquer aux problèmes.

La complexité de la question était encore accrue par le manque de données et l'absence de cohérence de ces dernières. Il était difficile de réaliser des comparaisons appropriées lorsque, par exemple, même les définitions des professionnels variaient d'un pays à l'autre. Il fallait disposer de données et d'informations de qualité élevée et comparables pour faciliter la prise de décisions judicieuses concernant le personnel sanitaire, y compris le personnel migrant. Un orateur a décrit une étude d'ensemble entreprise dans son pays au sujet de la demande et de l'offre de professionnels de santé spécialisés au cours de la période 2006-2030, qui utilisait des données décentralisées recueillies par ses administrations régionales. L'objectif était d'établir des prévisions claires en tant que partie intégrante du système de soins de santé. Une préoccupation particulière mentionnée était la non-concordance entre l'offre et la demande dans un pays dans lequel la saison touristique était importante sur le plan économique.

On a fait observer que la mobilité entre pays et à l'intérieur de pays pourrait être bénéfique aux systèmes de santé, mais qu'il fallait mettre cet avantage potentiel en balance avec le risque de « drainage » de ressources humaines des pays pauvres vers des pays riches. On n'en savait pas assez sur les actions qui étaient efficaces pour obtenir des avantages pour les différentes parties. Un pays avait pour politique de s'abstenir de recruter activement du personnel de pays en développement ; il accordait une plus grande importance à des mesures nationales visant à accroître les capacités du personnel sanitaire, à améliorer l'enseignement, à améliorer les conditions de formation et de travail, à augmenter le nombre de travailleurs à temps plein et à réduire l'absentéisme pour maladie. Plusieurs représentants ont reconnu que les migrations du personnel étaient liées à la situation socioéconomique du pays d'origine. De nombreuses professions, et pas uniquement dans le secteur sanitaire, connaissaient un exode des compétences. Les individus hésiteraient cependant à s'expatrier s'ils bénéficiaient d'une bonne rémunération, de perspectives de carrière, de possibilités de développement professionnel continu et de la sécurité d'emploi. Dans les pays, il se produisait une migration de plus en plus importante des zones rurales vers les villes, car les rémunérations étaient inférieures et les possibilités de carrière plus limitées, de sorte qu'il fallait trouver des incitations.

Certains représentants ont déclaré que le manque de respect pour les professions de santé constituait également un problème. Le travail dans le secteur sanitaire était conçu comme peu valorisant, en partie en raison d'un changement des valeurs selon lequel ce domaine professionnel n'était plus considéré comme une vocation. Il fallait accomplir des efforts pour améliorer l'image de ces professions. Il importait d'inciter plus de jeunes à faire carrière dans la santé. Un infirmier avait de nombreuses options dans un système de santé moderne et devait être aussi bien rémunéré que d'autres personnes d'un niveau d'études comparable. Un orateur a décrit des améliorations du recrutement qui visaient à agir sur la répartition géographique du personnel sanitaire et à réduire le nombre de travailleurs à temps partiel.

La pénurie mondiale de professionnels de santé qualifiés représentait une faiblesse importante dans la lutte contre les menaces qui pesaient sur la sécurité sanitaire. Les systèmes d'enseignement étaient, dans bien des cas, incapables de former le personnel qualifié nécessaire. Plusieurs orateurs ont décrit une évolution progressive vers la normalisation de la formation des médecins et d'autres professionnels du secteur sanitaire ainsi que de l'amélioration des compétences. Il était crucial d'harmoniser la structure de l'enseignement dans le domaine des soins de santé au niveau régional et d'accroître la gestion au niveau national pour maintenir l'attrait de cette carrière. Un pays avait récemment mis en œuvre une formation professionnelle continue qui déboucherait sur une accréditation de l'UE. Il avait mis en place un système de crédits qui permettrait une mobilité dans d'autres pays de la Région. Actuellement, ses principaux problèmes étaient le manque de professionnels de santé qualifiés dans les zones rurales et le déséquilibre entre les médecins généralistes et les spécialistes.

Les pays avaient accomplis des efforts non seulement pour améliorer la formation professionnelle, mais également pour mettre en harmonie le personnel sanitaire avec les besoins de la population et ceux du système de santé. La réorganisation du secteur sanitaire conformément aux réformes du financement de la santé faisait partie d'une démarche intégrée visant à améliorer la situation du personnel sanitaire. Dans certains pays, le nombre d'étudiants en médecine et disciplines paramédicales avait augmenté compte tenu de l'évolution rapide de l'environnement sanitaire. Dans d'autres, la formation médicale du premier

cycle et la formation aux soins infirmiers et à des disciplines connexes étaient encore balbutiantes. On a fait observer que, pour un enseignement de qualité, il fallait que les étudiants connaissent bien l'anglais.

Dans certains pays, la formation des jeunes ne suffisait pas à répondre aux besoins sanitaires de la population, et les politiques sur l'assimilation des travailleurs de santé immigrés seraient essentielles. Il fallait mettre en place un système de reconnaissance des qualifications reposant sur des critères communs relatifs à la formation, qui favoriserait la liberté de circulation mais maintiendrait la qualité. Il importait d'orienter les efforts vers l'amélioration de la formation du personnel sanitaire, en utilisant une démarche reposant sur l'apprentissage tout au long de la vie, afin d'améliorer les compétences spécialisées. Pour les travailleurs étrangers, il était nécessaire d'adopter une démarche non discriminatoire et sensible aux particularités culturelles et de s'attaquer aux barrières linguistiques. Les droits des migrants devaient être respectés. Dans certains secteurs, tels que les soins de santé de longue durée, les immigrés clandestins posaient un problème qu'il fallait reconnaître et résoudre. Lorsqu'on élaborait des politiques, il était essentiel de mettre en place des partenariats forts avec des organismes de santé, des syndicats et les professionnels de santé.

Le chef de la Division de la santé de l'OCDE a relevé que les migrations de personnel hautement qualifié avaient lieu à un moment où on observait une demande croissante de compétences techniques en raison de l'avènement des nouvelles technologies, combinée avec une concurrence entre pays pour attirer et fidéliser les professionnels de santé. Il a présenté les résultats d'études récentes de l'OCDE sur l'emploi de médecins et d'infirmiers nés à l'étranger. Les migrations de médecins et d'infirmiers étaient représentatives des migrations de cadres en général, de sorte que toute tentative de garder le personnel dans son propre pays exigerait une discrimination active contre les professionnels de santé. Les données disponibles mettaient en évidence une augmentation du recrutement étranger et un élargissement à un plus grand nombre de pays. Des études complémentaires seraient très utiles mais elles exigeraient des pays qu'ils emploient des ressources de façon à obtenir des informations conformes aux normes internationales. Le programme de l'OCDE sur les données de santé, soutenu par la Commission européenne, avait déjà recueilli des informations sur le personnel sanitaire, et il était prévu d'entreprendre de nouvelles collectes de données en observant les travailleurs de santé migrant et le personnel sanitaire de longue durée. Une conférence de haut niveau sur les politiques concernant le personnel sanitaire et ses migrations, organisée en commun par l'OCDE et l'OMS, aurait lieu à Genève les 18 et 19 mars 2008.

Un représentant de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé a signalé que celle-ci avait l'intention d'intensifier les actions des pays en matière de planification et de gestion du personnel sanitaire, et de s'attaquer aux problèmes transnationaux. Tous les organismes partenaires intéressés pouvaient devenir membres, et le secrétariat de l'Alliance se trouvait dans les locaux du Siège de l'OMS. L'Alliance avait créé un certain nombre de groupes techniques : l'un avait établi un cadre d'action sur les ressources humaines pour la santé, les autres travaillaient dans des domaines tels que l'éducation et la politique relative au personnel sanitaire, les initiatives de migration, l'action de sensibilisation auprès du personnel sanitaire, le financement du personnel et l'accès universel.

Le directeur régional a déclaré que la question du personnel sanitaire revêtait une grande importance pour la santé des individus, et qu'il était heureux que l'OMS et les États membres aient entrepris de s'en préoccuper.

Des déclarations ont été reçues des ONG suivantes : Conseil international des infirmières, Association des écoles de santé publique de la Région européenne et Organisation internationale pour les migrations.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC57/R1.

Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle (EUR/RC57/10 et EUR/RC57/Conf.Doc./4)

En présentant ce point à l'ordre du jour, un membre du CPR a décrit le projet de Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle comme le résultat d'une consultation.

La consultation avec les États membres de 2005 avait mis en évidence la nécessité de renouveler et d'adapter le premier Plan d'action afin de fournir un ensemble cohérent de mesures intersectorielles et de garantir un engagement au niveau international. Pendant plus de 18 mois, le Bureau régional avait consulté les homologues en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments dans les États membres, la Commission européenne et d'autres parties prenantes (dont des ONG, des organisations intergouvernementales et des experts en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments) sur les grandes lignes et les ébauches du deuxième Plan d'action européen. Deux importants défis étaient posés : il s'agissait en premier lieu d'élaborer des options politiques efficaces qui impliquaient tous les secteurs des pouvoirs publics et acteurs de la société, ainsi que des organes directeurs internationaux. Le Plan d'action pouvait fournir un cadre pour la création de partenariats entre différents secteurs et acteurs, comme les acteurs économiques (y compris l'industrie alimentaire). La Commission européenne était un partenaire essentiel et s'était félicitée de la formulation du Plan d'action. Le deuxième défi consistait à atteindre une masse critique pour la mise en œuvre des actions. Bon nombre d'initiatives étaient réalisées dans les pays ; un réseau de collaboration pouvait être établi dans la Région, et peut-être apporter son soutien à des activités similaires dans d'autres régions du monde. Le CPR avait conclu que le deuxième Plan d'action européen émettait des recommandations explicites sur les mesures prioritaires, les acteurs responsables, les mécanismes de mise en œuvre et le rôle de l'OMS.

Le conseiller régional pour la Nutrition et la sécurité sanitaire des aliments a expliqué les motifs, le contexte et les principales caractéristiques du Plan d'action. Des régimes inadéquats en quantité et en qualité, répartis de manière inégale, causaient la double charge de l'obésité et de la malnutrition. Parmi les problèmes de santé liés à la nutrition et à la sécurité sanitaire des aliments, il convenait notamment de mentionner la surcharge pondérale répandue chez les femmes, l'obésité et la malnutrition chez les enfants, les maladies liées aux carences en micronutriments tels que le fer et l'iode, et les risques sanitaires liés à la contamination microbiologique, chimique et radioactive des aliments et aux méthodes de production agricole ou aux technologies de transformation des aliments. Les régimes alimentaires avaient une trop haute teneur énergétique et en matières grasses, et étaient trop pauvres en fruits et légumes. Si la sécurité sanitaire des aliments s'était considérablement améliorée dans l'UE, l'Europe du Sud-Est et la Communauté des États indépendants (CEI) devaient encore faire face à d'importants défis, et l'on assistait à l'émergence continue de nouvelles menaces. Dans le système alimentaire moderne et de plus en plus mondialisé, les habitudes alimentaires étaient surtout motivées par la disponibilité, la qualité, la sécurité sanitaire et le prix des denrées, bien qu'elles soient influencées par des caractéristiques individuelles telles que l'éducation et le revenu. Les politiques élaborées dans plusieurs domaines (agriculture, commerce, politique fiscales et sociales, urbanisme, protection des consommateurs et éducation) pouvaient influencer sur les choix alimentaires. Le projet de Plan d'action faisait allusion à une action intégrée pour faire face à ces facteurs.

Le deuxième Plan d'action européen traduisait mieux le besoin d'appliquer des mesures urgentes pour lutter contre l'obésité et relever d'autres nouveaux défis. Il prenait en compte les démarches efficaces adoptées dans les États membres en matière d'élaboration de politiques qui pouvaient profiter à l'ensemble de la Région. Il mettait en évidence les dernières initiatives politiques mondiales et régionales telles que les stratégies mondiales sur le régime alimentaire, la sécurité sanitaire des aliments et l'alimentation des jeunes enfants ainsi que les stratégies européennes relatives aux maladies non transmissibles, à l'alcool et à la santé des enfants et des adolescents, le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe et la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité.

Le Plan d'action fixait des objectifs régionaux en matière de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité alimentaire ; énonçait des mesures prioritaires que les pays devaient prendre en matière d'approvisionnement alimentaire et de comportement des consommateurs ; reconnaissait la nécessité d'une action régionale, tenant compte des besoins et ressources spécifiques des pays ; recensait les acteurs et les partenariats potentiels, et abordait la définition des priorités. Il devait relever quatre grands défis sanitaires – les maladies non transmissibles en rapport avec l'alimentation, l'obésité chez les enfants et les adolescents, les carences en micronutriments et les maladies d'origine alimentaire – en visant six domaines d'action : favoriser un départ sain dans la vie ; assurer un approvisionnement durable en aliments sûrs et sains ; assurer une information et une éducation complètes des consommateurs ; agir de

façon intégrée sur les déterminants connexes ; améliorer la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments dans le secteur de la santé ; et procéder à la surveillance et à l'évaluation. Une liste d'actions prioritaires a été établie pour chacun de ces domaines. Si le Plan d'action attribuait la principale responsabilité pour ces actions aux pouvoirs publics, notamment aux ministères de la Santé, il préconisait aussi la participation de la société civile, des réseaux professionnels et des acteurs économiques, en particulier les fabricants d'aliments et les détaillants. Le rôle de l'OMS était de promouvoir l'engagement politique, fournir un soutien, contribuer au développement des capacités, analyser les politiques, évaluer les tendances de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments, produire des bases factuelles et établir un rapport sur la mise en œuvre.

Le directeur régional adjoint du Bureau régional de l'UNICEF en Europe centrale et orientale et dans la CEI a cordialement approuvé le Plan d'action, félicité le Bureau régional pour son rôle pilote dans l'élaboration du Plan, et promis que l'UNICEF collaborerait avec les ministères de la Santé et d'autres ministères, les bureaux régionaux et de pays de l'OMS et les Nations Unies et d'autres partenaires pour sa mise en œuvre. En Europe orientale et en Asie centrale, la répartition inégale des avantages économiques se traduisait par des taux élevés de malnutrition, une double charge du retard de croissance et du surpoids, et des niveaux élevés de carences en micronutriments. Des pratiques alimentaires inadéquates chez les nourrissons et les jeunes enfants causaient des problèmes de nutrition inutiles et évitables ; le premier domaine d'action du Plan énonçait les différentes étapes nécessaires à ce niveau, et elle a demandé à tous les pays qui ne l'avaient pas encore fait d'adopter et d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Elle a aussi demandé que les unités de maternité, les collectivités et les lieux de travail soient « favorables aux bébés ».

Si l'UNICEF et ses partenaires avaient obtenu de nombreux résultats dans la lutte contre les carences en micronutriments, beaucoup restait à faire. L'UNICEF œuvrerait à la réalisation des objectifs de l'initiative visant à favoriser l'adoption de comportements alimentaires sains à l'école. Des mesures étaient nécessaires pour aplanir les disparités, notamment celles reprises dans le sixième domaine d'action du Plan, surveillance et évaluation. Les écarts existant entre l'UE et les pays de l'Est en matière de problèmes sanitaires et de capacités d'intervention restaient grands ; elle a demandé aux pays de l'UE d'intensifier leur collaboration avec les autres pays afin de réduire plus rapidement ces différences. Les agences des Nations Unies pourraient jouer un rôle important en soutenant une telle collaboration et l'échange de données d'expérience. L'UNICEF et le Bureau régional avait joint leurs forces pour mettre en œuvre le premier Plan d'action ; le Deuxième Plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle fournissait un schéma aux partenaires afin de développer leur collaboration et leur alliance et, par conséquent, mieux atteindre et servir les populations de la vaste Région européenne de l'OMS.

Les représentants ont accueilli favorablement le projet de Plan d'action. Il s'agissait pour eux d'une contribution à point nommé aux activités menées à l'échelon international sur l'alimentation et la nutrition. Ils ont particulièrement apprécié le processus consultatif utilisé dans la phase de rédaction du Plan qu'il considérait comme un document fondamental de référence pour les États membres, dans la mesure où les actions proposées pouvaient être adaptées au contexte national.

Beaucoup de pays possédaient déjà leurs propres stratégies ou programmes en matière d'alimentation et de nutrition. Plusieurs d'entre eux ont été adoptés à la suite de la Conférence ministérielle sur la lutte contre l'obésité ; ils ont été formulés sur la base d'une collaboration multisectorielle impliquant un bon nombre de ministères et d'autres institutions. Le Livre blanc de la Commission européenne sur une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité constituait, lui aussi, un premier exemple de convergence d'un grand nombre de domaines d'activités par la Commission européenne.

On a insisté sur le besoin d'appliquer le Plan par le biais d'une action intégrée sur la promotion de la santé et les facteurs de risque impliquant tous les acteurs principaux, à savoir la famille, les enfants en âge scolaire, la société civile, l'industrie alimentaire et d'autres intervenants du secteur privé, afin d'appuyer les pouvoirs publics et les autorités locales ou régionales. Une attention particulière devrait être accordée à la situation économique, sociale, culturelle et géographique, ainsi qu'à la distinction homme-femme.

L'obésité et la surcharge pondérale étaient une préoccupation majeure, et il était à espérer que la mise en œuvre du Plan d'action permettrait une prise de responsabilités de la part des individus et de la société. De nombreux facteurs tributaires étaient en jeu : les représentants ont attiré l'attention sur la nécessité d'adopter des habitudes alimentaires saines et un style de vie actif pour combattre non seulement l'obésité, mais aussi pour lutter contre les maladies chroniques et non transmissibles. Le Plan d'action devait être cohérent avec la stratégie européenne contre les maladies non transmissibles.

Un représentant s'exprimant au nom de l'UE, des pays candidats à l'adhésion (Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie), des pays du Processus de stabilisation et d'association et de candidats potentiels à l'adhésion (Albanie, Bosnie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie), ainsi que de l'Arménie, de la Géorgie, de la République de Moldova, de la Suisse et de l'Ukraine, qui ont souscrit à la déclaration, ont proposé d'inclure un objectif supplémentaire dans le Plan, à savoir l'augmentation du pourcentage de femmes qui commençaient à allaiter leurs enfants, étant donné que cela entraînerait des améliorations de la santé encore plus importantes que l'obtention d'une période prolongée d'allaitement.

Il a également proposé que la demande adressée dans le Plan d'action à la Commission du Codex Alimentarius, devrait être qu'elle continue de tenir pleinement compte, dans le cadre de son mandat opérationnel, des mesures fondées sur des informations factuelles en vue d'améliorer les normes sanitaires applicables aux aliments et ce, conformément aux buts et objectifs de la Stratégie mondiale sur le régime alimentaire, l'exercice physique et la santé.

Un représentant a proposé quatre amendements au projet de résolution afin de renforcer l'approche horizontale et d'établir un lien explicite entre, d'une part, le Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle et, d'autre part, la stratégie globale contre les maladies non transmissibles adoptée par le Comité régional en sa cinquante-sixième session. Il a également été fait mention des travaux relatifs aux enfants, qui allaient de la prévention de la malnutrition – qui devraient inclure une meilleure surveillance de la croissance des enfants – à des plans d'action et programmes destinés aux écoles, en vue d'améliorer la qualité du régime alimentaire des enfants.

Il a été question de l'action spécifique 4 du domaine 3 du Plan, relative à l'étiquetage des produits alimentaires, et un certain nombre d'orateurs se sont dits encouragés par les efforts accomplis par l'industrie, guidée par la législation de l'UE, et un autre a signalé que les modifications apportées à cette législation avait eu pour conséquence qu'une campagne nationale réussie visant à réduire la consommation de sel n'avait pu être poursuivie.

Certains orateurs ont estimé que pour encourager l'industrie à jouer son rôle dans l'amélioration de la santé de la population, une démarche d'autoréglementation devrait être adoptée et que des principes directeurs et des buts devraient être fixés par les pouvoirs publics. En raison de l'importance et de l'influence de la publicité et du marketing, il faudrait également encourager les médias et les associations de consommateurs à jouer un rôle.

En ce qui concerne l'action spécifique 6 du domaine 2 du Plan, un orateur a estimé que des taxes sur des produits « peu sains » ne présenteraient aucun avantage ; en fait, ils pénaliseraient de façon injuste les personnes qui faisaient partie du groupe à faible revenu.

Un orateur a souligné qu'il importait d'inclure l'exercice physique dans le Plan et le projet de résolution ; l'exercice et la nutrition étaient tous deux des facteurs essentiels de la qualité de la vie, en particulier dans le cas d'une population vieillissante, étant donné que l'exercice pouvait contribuer à accroître l'autonomie et à préserver la santé des personnes âgées, ainsi qu'à réduire leurs besoins en matière de soins.

Un certain nombre d'observations ont été formulées au sujet de la sécurité sanitaire des aliments : un pays examinait la sécurité des produits à base de poisson et des édulcorants artificiels qui remplaçaient le sucre dans les boissons. Un autre orateur a mentionné que l'industrie ne cessait d'utiliser de nouveaux additifs et colorants dans les produits alimentaires et souligné que les pays avaient besoin d'informations relatives à leurs effets possibles. Il serait utile de disposer d'une bibliothèque de référence comportant de telles

informations. Il a également été suggéré que la question des produits génétiquement modifiés et de leur sécurité pourrait être incorporée dans le Plan d'action au titre du domaine 5.

Il a été convenu qu'il a été nécessaire de surveiller la mise en œuvre du Plan d'action ; des informations devaient être échangées entre les pays, et des exemples des meilleures pratiques et des outils les plus efficaces seraient particulièrement utiles. Les réseaux, en particulier ceux qui résultaient du Plan d'action, devaient jouer un rôle très important à cet égard. Les pays ont été encouragés à coopérer avec le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN), créé en vue d'améliorer la collaboration entre les autorités de sécurité sanitaire des aliments aux niveaux national et international et d'établir un lien plus étroit entre leurs travaux et le RSI (2005) ; il fallait disposer d'informations mondiales pour soutenir les pays qui avaient besoin d'aide pour renforcer leurs autorités de sécurité sanitaire des aliments.

Des déclarations ont été reçues du Conseil international pour le contrôle des troubles dus à la déficience en iode et de Consumers International.

Dans sa réponse, le conseiller régional responsable du Service de nutrition et de sécurité alimentaire s'est félicité des utiles observations et suggestions des représentants. Il a émis l'opinion que les efforts volontaires devaient être considérés dans le contexte des travaux du Codex Alimentarius. Il convenait d'élargir l'expérience dans un certain nombre de domaines d'action ; par exemple, bien que la plupart des pays utilisaient déjà des instruments économiques tels que ceux relatifs à l'agriculture, ils ne les appliquaient pas à des fins sanitaires. En outre, il fallait agir davantage sur les inégalités, en particulier en faveur des groupes cibles vulnérables tels que les personnes âgées. Il a accueilli favorablement l'importance accordée à l'activité physique ; il se pouvait qu'un document ou plan spécial consacré à cette question doive être élaboré.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC57/R4.

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 (EUR/RC57/8 et EUR/RC57/Conf.Doc./2)

Un membre du CPRC a fait observer que les OMD avaient été adoptés sept ans plus tôt par l'Assemblée générale des Nations Unies. Ils représentaient un effort historique pour s'attaquer à la pauvreté dans le monde entier et constituaient un mécanisme pour le suivi de l'évolution de la situation. Dans la Région européenne, les progrès accomplis vers les OMD étaient positifs sur le plan des moyennes régionales, mais les chiffres nationaux et sous-nationaux révélaient une situation beaucoup plus inéquitable. L'OMS faisait la promotion d'une stratégie visant à atteindre les OMD qui mettait l'accent sur l'action intersectorielle et des systèmes de santé améliorés, et qui contribuait à définir des orientations.

Le directeur régional adjoint a résumé la démarche adoptée par l'OMS à l'égard des OMD, qui consistait à fournir une assistance importante aux pays et mettait l'accent sur la coopération, le renforcement des systèmes de santé et les interventions techniques bien ciblées. Les efforts devaient porter principalement sur les points caractérisés par des déficiences, qui n'apparaissaient que trop clairement au niveau des taux de mortalité infantile mentionnés dans le tout dernier rapport mondial. En effet, la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans le pays accusant le taux le plus élevé était 40 fois supérieure à celle du pays présentant le taux le plus bas. La mortalité maternelle dans les républiques d'Asie centrale était au moins deux fois supérieure à la moyenne régionale. Il existait des déséquilibres à l'intérieur des pays (y compris des pays d'Europe occidentale), ainsi qu'entre les pays ; les femmes pauvres ayant un faible niveau d'instruction, faisant partie de minorités ethniques ou vivant dans des zones rurales, étaient les plus vulnérables. La situation était encore compliquée par la modification des points de référence dans certains pays, car cela changeait la façon dont ceux-ci comptaient et rassemblaient les données. La santé de la population était bien trop importante pour être laissée aux seuls médecins ; elle devrait mobiliser l'ensemble de la société. L'insuffisance des capacités des systèmes de santé représentait un obstacle

considérable à l'atteinte des OMD. Des ressources et des technologies étaient disponibles, mais les progrès accomplis n'étaient pas aussi rapides qu'ils devraient l'être.

L'OMS travaillait dans divers pays, en utilisant une démarche intégrée et unifiée à l'égard des systèmes de santé, qui était axée sur des interventions efficaces concernant la prestation des services, les ressources, le financement et la gouvernance. D'ici à 2015, il était prévu que la plupart des membres de l'UE devraient réaliser la majorité des OMD. La plupart des pays d'Europe du Sud-Est atteindraient la majorité des buts, à quelques exceptions près. Les pays de la CEI auraient du mal à atteindre les OMD en rapport avec la santé, et les pays de la CEI à faible revenu avaient peu de chances d'atteindre de quatre à six d'entre eux. Il incombait à l'OMS et plus particulièrement aux États membres eux-mêmes de veiller à ce que ces prévisions soient démenties. La Conférence ministérielle sur les systèmes de santé, qui se tiendrait en 2008, permettrait d'étudier le cercle vertueux des systèmes de santé, de la santé et de la prospérité.

Au cours de la discussion qui a suivi, les représentants ont soutenu la stratégie proposée par le Bureau régional. Un représentant s'exprimant au nom de l'UE, des pays candidats à l'adhésion (Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie), des pays du Processus de stabilisation et d'association et de candidats potentiels à l'adhésion (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie), ainsi que de l'Arménie, de l'Azerbaïdjan, de la Géorgie, de la République de Moldova, de la Suisse et de l'Ukraine (qui ont souscrit à sa déclaration), s'est dit préoccupé par le fait que certains OMD étaient loin d'être atteints dans une partie de la Région européenne, et a approuvé la démarche qui consistait à donner la priorité à une augmentation des capacités des systèmes de santé. L'OMS devait y jouer un rôle moteur. Les conclusions du Conseil européen de Bruxelles tenu en juin 2006 et consacré aux valeurs et principes communs des systèmes de santé européens avaient mis l'accent sur la nécessité d'adopter une démarche éthique à l'égard du développement des systèmes de santé.

Il faudrait accorder une plus grande attention à des questions telles que les migrations. En effet, les migrants étaient souvent pauvres et susceptibles de contracter des maladies, et avaient un moindre accès aux services médicaux. Certains pays avaient accueilli, à la suite de conflits, un grand nombre de réfugiés qui étaient particulièrement vulnérables. La réalisation des OMD exigeait des investissements dans la prévention des maladies, la promotion de la santé et l'accès aux traitements et à la rééducation. Les services devaient être sensibles aux particularités culturelles. Les OMD représentaient une façon de rompre la chaîne de la pauvreté et de la mauvaise santé, et de favoriser l'égalité homme-femme.

Il fallait que les organismes compétents des Nations Unies au niveau international et les différentes parties prenantes au niveau national adoptent une démarche coordonnée à l'égard des OMD. Il a été suggéré que ces derniers constituent un point permanent à l'ordre du jour du Conseil exécutif.

Des délégués ont rendu compte des progrès accomplis par leurs pays vers les OMD, notamment en ce qui concerne l'amélioration de la détection et du traitement de la tuberculose, l'accès à l'eau potable, la réduction du nombre de décès de nouveau-nés grâce à l'investissement dans les technologies et au renforcement des capacités, au dépistage des anomalies génétiques, et à l'obtention d'un accès aux soins de santé pour les enfants et les adolescents dans le cadre de la Stratégie européenne de l'OMS pour la santé et le développement des enfants et des adolescents. L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant était une priorité essentielle pour de nombreux pays, et l'amélioration de l'accès aux services consistait notamment à les sortir des domaines spécialisés et à les intégrer dans les soins primaires. Une naissance normale était un processus dépourvu de caractère pathologique et, à cet égard, les femmes devaient participer à la prise de décisions avec le concours d'accoucheurs qualifiés. Il était particulièrement difficile de répondre aux besoins de santé reproductive des jeunes, en particulier dans les zones urbaines et les communautés d'immigrés. Seule l'amélioration des systèmes de santé dans l'optique de tous les OMD en rapport avec la santé permettrait d'atteindre ces objectifs.

Il était essentiel de disposer de données fiables et comparables pour pouvoir mesurer les progrès accomplis, et les pays qui avaient aligné leurs indicateurs et leur collecte de données sur les normes de

l'OMS devaient faire face au problème de la perte de leurs points de référence, outre le fait que les nouveaux chiffres semblaient indiquer une détérioration de la situation.

Des orateurs ont mentionné une série d'initiatives de partenariat, en particulier des réseaux de professionnels qui collaboraient pour réduire le nombre de grossesses d'adolescentes, et le Partenariat international pour la santé, qui avait été récemment créé. Il était encore nécessaire de disposer du filet de sécurité constitué par les soins obstétricaux d'urgence, et de consulter les partenaires, y compris les associations professionnelles, à mesure que les capacités des systèmes de santé étaient augmentées. Il importait d'exploiter les synergies : la santé pouvait être considérée comme représentative de tendances plus larges en matière de développement. Il a été signalé qu'il était nécessaire de se soucier des générations futures de notre planète, et la mondialisation n'avait pas résolu les problèmes : il a été demandé instamment aux États membres d'intensifier leurs efforts. Les ministères de la Santé avaient besoin d'une aide de l'OMS dans le cadre d'une coalition morale qui renforcerait la volonté politique dans divers secteurs de l'action publique, en particulier les ministères des Finances, et à l'égard de l'OMS.

Le responsable du secteur de la santé du Service du développement humain pour l'Europe et l'Asie centrale de la Banque mondiale a souligné l'engagement de celle-ci à l'égard des OMD. Ses dialogues et études sur les politiques mettaient en évidence quatre points essentiels : en premier lieu, s'il était utile de connaître les coûts moyens de la réalisation des OMD, les coûts marginaux ou supplémentaires étaient importants également, car ils augmenteraient à mesure que les pays se rapprocheraient des OMD ; ces coûts marginaux devraient être considérés en regard de la réduction attendue de la charge de morbidité globale. Deuxièmement, des progrès ne pouvaient être accomplis que par des activités intersectorielles et une action à l'égard des déterminants de la santé. Troisièmement, il existait des disparités manifestes au sein des populations, et les moyennes ne donnaient pas une représentation complète de la situation. Enfin, il fallait améliorer la qualité des données pour disposer de données fiables en vue de la prise de décisions.

Le directeur régional adjoint du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale et la CEI a fait observer qu'il importait de se souvenir que l'investissement dans les systèmes de santé était de nature à améliorer la productivité et la croissance économique, et pouvait contribuer à des mesures visant à faire face à la crise démographique. Dans certains pays de la Région, les dépenses totales consacrées à la santé ne s'élevaient qu'à 15 euros par habitant par an, ce qui ne permettait pas de financer des soins de santé de base. Si l'on ne s'attaquait pas à la pauvreté et aux inégalités, et si l'on n'augmentait pas les fonds consacrés à la santé, il n'était pas possible d'obtenir des améliorations durables de la santé. Des données provenant de 13 enquêtes récentes portant sur des ensembles d'indicateurs multiples et de trois enquêtes démographiques et sanitaires démontraient la nécessité d'intensifier les efforts accomplis en vue d'atteindre les OMD. On disposait de bases factuelles claires qui désignaient les interventions efficaces, en particulier les programmes de prévention, qui devaient toucher les personnes les plus vulnérables.

Le Comité a adopté la résolution EUR/RC57/R2.

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

(EUR/RC57/6)

Suivi de la Conférence ministérielle sur la lutte contre l'obésité

Le directeur de la Division des programmes sanitaires a expliqué le contexte de la Conférence organisée en novembre 2006, ainsi que les progrès réalisés depuis lors. Les taux d'obésité et de surcharge pondérale avaient triplé dans la Région européenne depuis ces 20 dernières années et, si aucune mesure n'était prise pour lutter contre cette épidémie, l'obésité pourrait toucher 20 % de la population, dont 10 % d'enfants. La Conférence avait suscité une très large participation en termes du nombre de pays et de la diversité de secteurs représentés, sans compter la participation d'organisations européennes et internationales. La Charte européenne sur la lutte contre l'obésité en était le résultat direct.

Le message le plus important émanant de la Conférence était que l'épidémie d'obésité avait un caractère réversible. Les pouvoirs publics et la société, ainsi que les individus, devaient assumer une plus grande responsabilité à cet égard. Une attention particulière devait être accordée aux enfants et aux groupes défavorisés, ainsi qu'à une coordination plus étroite entre les pays, car aucun pays n'était capable de faire face seul à l'épidémie. Un grand nombre de mesures étaient en cours et, en fait, maints progrès avaient déjà été réalisés dans le Cadre d'action – promotion d'un environnement favorable à l'activité physique, accès facilité à une alimentation saine pour les adultes et les enfants, et réduction des pressions exercées sur les enfants par le marché grâce à la législation et aux partenariats public/privé.

Depuis la Conférence, beaucoup de pays avaient procédé à la traduction de la Charte et l'avaient appliquée avec de nouveaux documents énonçant des politiques, des documents révisés et des initiatives multisectorielles. Le secteur industriel était disposé à participer à des partenariats avec le secteur public ; des alliances avaient été créées et un entretien portant sur des politiques avait été mené. En outre, un certain nombre d'instruments politiques avaient été élaborés. Plusieurs organes internationaux s'étaient inspirés de la Charte ou avait fait une référence spécifique à celle-ci dans leurs propres rapports et activités. Néanmoins, le financement devait encore être accru. Dans son ensemble, la Conférence avait été bien accueillie et de nombreuses références avaient été faites à la Charte. Il fallait cependant poursuivre l'action et ne pas relâcher la vigilance.

Les représentants se sont félicités de l'adoption de la Charte dans la mesure où elle incarnait une étape importante dans la lutte contre l'obésité et ses facteurs de risque, et ont fait mention de divers documents, plans d'action et d'autres initiatives y afférents qui avaient été (ou seraient bientôt) adoptés dans leur pays. Un orateur a souligné le besoin d'obtenir un engagement politique qui pourrait permettre un accroissement des ressources financières.

Un autre orateur a mentionné l'évolution positive observée dans son pays ces dernières années, laissant indiquer qu'il y avait désormais moins d'enfants atteints d'obésité et que l'augmentation de l'indice de masse corporelle des adultes était moins forte que dans le passé, probablement le résultat de programmes locaux et régionaux de lutte contre l'obésité.

Un représentant de l'Union internationale des sciences de la nutrition a effectué une déclaration.

Travaux accomplis en vue du renforcement des systèmes de santé

Le directeur par intérim de la Division des systèmes sanitaires des pays a donné un aperçu des activités en rapport avec les systèmes de santé de la Région au cours des deux années qui ont suivi l'adoption de la résolution EUR/RC55/R8. Il a été démontré alors que, malgré des améliorations générales dans les indicateurs sanitaires de tous les pays, il existait encore de grandes disparités géographiques et sociales ; il fallait rendre, et c'était le défi, les systèmes de santé aussi efficaces que possible dans leur contexte particulier.

Les activités pour lesquelles les États membres avaient bénéficié du soutien du Bureau régional pouvaient être regroupées sous les quatre fonctions des systèmes de santé : fonction de direction (stewardship), obtention de ressources, prestation de services et financement. En ce qui concerne la fonction de direction, le Bureau avait mené des entretiens de haut niveau dans plusieurs pays sur des thèmes tels que les partenariats public/privé et les réformes hospitalières. La Suisse avait réalisé une étude de la performance des systèmes de santé, en étroite collaboration avec l'OCDE et le Bureau régional. Le Bureau avait aussi contribué au travail effectué dans le cadre des présidences finlandaise, allemande et portugaise de l'UE, et de la prochaine présidence slovène.

Pour ce qui était de l'obtention de ressources, et plus spécifiquement des médicaments (produits pharmaceutiques), le Bureau régional avait contribué aux activités du Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. Une fois encore, des entretiens avaient été menés sur les politiques relatives aux ressources humaines dans les États baltes, en Slovaquie et en Turquie. Le Bureau avait été très actif dans le domaine de la sécurité des produits sanguins et de la transplantation d'organes.

En ce qui concerne l'organisation des services de santé, des outils avaient été mis au point pour l'assurance qualité, l'évaluation de la performance et la promotion de la santé. Ceux-ci devaient être utilisés au niveau des soins de santé primaires ou des hôpitaux. Dans le quatrième domaine, des discussions de haut niveau sur le financement des systèmes de santé avaient été amorcées dans beaucoup de pays, alors que plusieurs avaient entrepris d'établir des comptes nationaux de la santé. D'importants stages de formation sur le financement de la santé avaient été organisés au Kirghizistan et en Hongrie en collaboration avec l'Institut de la Banque mondiale. Le Bureau avait poursuivi et intensifié ses activités sur l'amélioration de la qualité des estimations des dépenses de santé en collaboration avec la Banque mondiale, l'OCDE et Eurostat.

Une autre composante majeure des activités du Bureau régional dans le domaine des systèmes de santé portait sur l'information, la collecte de données et l'analyse. Outre la base de données de la Santé pour tous, une nouvelle base de données avait été constituée sur la morbidité à l'hôpital, alors que le Réseau des bases factuelles en santé et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé avaient contribué à de nombreuses publications sur des thèmes en rapport avec les systèmes de santé.

Dans le cadre des préparatifs de la Conférence ministérielle sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », quatre manifestations préalables avaient été organisées sur l'évaluation de la performance, le personnel sanitaire, la performance des services de santé et la gouvernance de la santé publique. La Conférence se tiendrait à Tallinn (Estonie) en juin 2008.

Le ministre estonien des Affaires sociales a expliqué pourquoi son pays s'était intéressé à accueillir la Conférence. En effet, chaque pays devait s'assurer que son système de santé était le meilleur possible dans son propre contexte. Le système de santé étant intimement lié à l'économie, la santé et la prospérité devaient donc être prises en compte au même moment. Lorsque l'Estonie avait besoin de conseils, elle avait bénéficié de l'aide d'experts d'autres pays ; elle pouvait désormais partager ses données d'expérience, mais souhaitait également apprendre d'autrui la façon de résoudre les problèmes démographiques et de personnel sanitaire avec un budget limité. Le ministre attendait avec impatience les débats sur les systèmes de santé des États membres de la Région européenne, à savoir comment ceux-ci pourraient faire face aux défis à venir. Il a cordialement invité l'ensemble des participants à la Conférence de Tallinn de 2008. Un petit film a été présenté sur la capitale estonienne et sur les préparatifs mis en œuvre dans le pays en vue de la Conférence.

Plusieurs orateurs se sont félicités du rapport et de la qualité du travail réalisé par le Bureau régional sur les systèmes de santé qui, d'ailleurs, ne cessait de s'améliorer. Ils ont accueilli favorablement l'évolution par rapport aux décennies précédentes pour ce qui était de la prise en compte du lien existant entre la santé et la prospérité. On a proposé qu'une attention particulière soit accordée au rôle crucial de la santé publique et à la réalisation de ses fonctions essentielles dans la structure et l'organisation des systèmes de santé. Le terme « *stewardship* » en anglais, et sa traduction dans les autres langues de travail officielles de la Région européenne, a suscité quelque discussion. Il a été proposé de rédiger un glossaire fournissant des définitions et des traductions précises des principaux termes employés dans le domaine des systèmes de santé. Tous les orateurs ont remercié le ministre estonien des Affaires sociales pour son aimable invitation.

Mesures prises en application de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte)

Le directeur de la Division des programmes sanitaires a fait remarquer que la décision d'établir un rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles une année seulement après son approbation par le Comité régional avait été motivée par le haut niveau d'intérêt exprimé par les États membres. D'une manière encourageante, la Stratégie était mise en œuvre dans de nombreux pays, des organes ont été créés et des politiques ont été adoptées ou révisées ; 20 pays ont demandé une aide pour l'élaboration de politiques.

La Stratégie visait deux objectifs indissociables, à savoir intégrer l'action sur les facteurs de risque et les déterminants en rapport avec les maladies non transmissibles, et renforcer les systèmes de santé pour améliorer la prévention et les efforts de lutte. Au fil des ans, les alliances et les partenariats s'étaient développés avec la participation d'institutions internationales ainsi que des organisations professionnelles

et de santé publique de la Région. Un réseau d'homologues en matière de maladies non transmissibles avait été établi ; il profiterait de l'expérience acquise dans le cadre du Programme d'intervention intégrée à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI), en accordant la priorité à une action intégrée, aux systèmes de santé et à la réduction des inégalités ; il élaborait également un plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie.

On préconisait aussi un échange d'informations, et l'on avait entrepris un examen des politiques régionales et élaboré des outils à l'adresse des États membres. Un observatoire des politiques était en cours d'établissement, et des exemples et des meilleures pratiques seraient diffusés dans le prochain rapport européen sur les maladies non transmissibles. En ce qui concerne la surveillance, les facteurs de risque étaient particulièrement importants ; contrairement aux évaluations de la mortalité et de la morbidité qui tenaient compte des résultats de situations passées ou présentes, ils pouvaient fournir des informations sur la situation probable à venir. Il était nécessaire d'améliorer les compétences nationales afin de réaliser des études des facteurs de risque, et une analyse européenne de leur prévalence n'était toujours pas disponible.

Les défis résidaient dans l'intégration de l'action dans les pays et à l'OMS, tout en mettant en balance facteurs de risque et maladies, et maladies transmissibles et non transmissibles. Il fallait développer les capacités au sein des pays comme à l'OMS et s'assurer un engagement politique. Les stratégies et documents-cadres européens de l'OMS existants, comme ceux relatifs au tabac et à l'alcool, devaient aussi être intégrés.

Les représentants ont accueilli favorablement les informations à jour, ainsi que l'approche horizontale adoptée dans la Stratégie qui avait permis d'intégrer plusieurs programmes verticaux. Ceci pourrait servir d'exemple pour d'autres régions. L'adoption de mesures structurelles telles que des réglementations, des codes de conduite, des subventions en faveur de la santé et des mesures fiscales devrait être examinée. Il a été également proposé d'instituer un conseil d'experts qui pourrait contribuer de manière utile au processus de suivi.

En réponse à la question concernant le statut actuel du réseau CINDI, le directeur de la Division des programmes sanitaires a expliqué que, comme dans le cas d'autres réseaux, il avait été « externalisé », et le secrétariat était muté à Kaunas (Lituanie), là où il avait été installé il y a plus de 20 ans. Des ressources financières devaient être rendues disponibles afin de faciliter la transition.

Un représentant de la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine a effectué une déclaration.

Communication d'informations à jour sur la sécurité sanitaire

Le conseiller régional responsable du service Préparation aux catastrophes et action a présenté un rapport d'étape sur les activités menées par le Bureau régional au cours de l'année écoulée. Les menaces relevant de la santé publique qui pesaient sur la sécurité sanitaire régionale comprenaient le grand domaine des maladies transmissibles (infection à VIH et sida, tuberculose, pandémie de grippe, etc.), la menace persistante de libération accidentelle ou délibérée d'agents biologiques, chimiques ou radionucléaires, les catastrophes naturelles ou résultant des activités humaines, les conflits et les urgences complexes, et des phénomènes mondiaux tels que les changements climatiques. Les objectifs de l'OMS en cas de crise (définie comme une situation dans laquelle les systèmes locaux étaient dépassés et incapables de faire face à la demande, et les individus n'étaient pas en mesure de faire face à leurs besoins essentiels) étaient de réduire la mortalité et la morbidité évitables en adoptant une démarche fondée sur les systèmes de santé à l'égard de la préparation aux crises mettant en jeu plusieurs dangers.

De 1990 à 2006, la Région avait été touchée par 1 483 catastrophes et crises sanitaires (mis à part les urgences complexes et les conflits) qui avaient provoqué 98 119 décès et frappé plus de 42 millions de personnes. Les inondations avaient constitué le type de crise sanitaire qui avait causé le plus de dégâts économiques (plus de 66 millions d'USD) dans la Région, tandis que les événements météorologiques extrêmes et les tremblements de terre avaient causé un nombre élevé de décès supplémentaires (plus de

52 000 et près de 22 000, respectivement). Le Bureau régional avait en conséquence aidé les pays à élaborer des plans de préparation des systèmes de santé axés sur plusieurs dangers, dont des systèmes d'alerte sanitaire en cas de vague de chaleur et des plans d'action (dans le cadre du projet EuroHEAT financé par l'UE), et établi des principes directeurs techniques concernant les problèmes de santé liés à la chaleur. Il avait également favorisé la prévention des inondations et la mise en place de systèmes d'alerte avancée, et lancerait une campagne pour des hôpitaux sûrs en 2008, en rendant public des codes de la construction et en sensibilisant d'avantage la population à la nécessité de construire et de gérer les établissements de santé de façon à ce qu'ils puissent continuer à fonctionner en cas de crise sanitaire, car c'est alors que l'on en a le plus besoin.

Face aux tremblements de terre qui avaient touché l'Asie centrale, le Bureau régional avait mené des évaluations communes des dégâts avec les autorités au Kirghizistan et au Tadjikistan, obtenu des ressources et fourni des médicaments et des produits essentiels sous la forme de kits sanitaires. Pour lutter contre la menace persistante posée par la grippe aviaire et par une pandémie potentielle de grippe humaine, le Bureau régional procédait à des missions d'évaluation commune avec l'ECDC pour examiner les plans de préparation des pays à une pandémie et fournissait une assistance technique en vue de renforcer la surveillance et les capacités de laboratoire.

Les efforts accomplis pour reconstruire et consolider des systèmes de santé désorganisés après des conflits avaient porté principalement sur deux domaines : un projet commun avec l'UNICEF financé par l'UE visant à renforcer les systèmes de santé et les services de soins primaires dans le Caucase du Nord ; et l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action de crise contre les méfaits du plomb dans la province de Kosovo administrée par l'Organisation des Nations Unies, qui avait compris le transfert volontaire de membres de groupes vulnérables vers des lieux plus sûrs ainsi que l'exécution d'un ensemble d'interventions comportant divers éléments (les conséquences sanitaires d'une contamination par des métaux lourds a pu ainsi être réduite). Pour accomplir tous ces efforts, l'OMS était dotée de capacités qu'elle seule possédait, à savoir sa collaboration étroite avec les ministères de la Santé qui lui permettait de préconiser une bonne préparation des systèmes de santé à des dangers multiples, de créer des partenariats locaux, de faciliter la fourniture d'une aide durable et d'adapter ses interventions au contexte national.

L'état de préparation institutionnelle du Bureau régional lui-même avait été renforcé au cours de l'année, grâce à des procédures internes révisées de gestion des urgences, ce qui a encore consolidé la capacité régionale de mobiliser des experts techniques supplémentaires, et la formation préalable à l'envoi en mission de santé publique, destinée à des spécialistes des situations d'urgence. Des évaluations des capacités en matière de sécurité sanitaire étaient en cours dans des pays prioritaires, et des ateliers avaient été organisés au sujet de la préparation des hôpitaux aux crises. Pendant l'année à venir, l'attention continuerait de porter sur la préparation des systèmes de santé.

Les représentants ont reconnu le rôle de chef de file que le Bureau régional jouait lorsqu'il aidait les États membres à faire en sorte que leur système de santé soit prêt à assurer la sécurité sanitaire dans tous ses aspects. Cependant, un élément essentiel avait été perdu de vue : l'organisation et la réalisation d'exercices ou de simulations. Les pays qui avaient une expérience dans ce domaine étaient encouragés à inviter des représentants des ministères de la Santé d'autres pays, ainsi que des fonctionnaires de haut niveau de l'OMS, à y participer. La préparation était la meilleure protection et on a félicité l'OMS d'avoir organisé des formations destinées à des spécialistes, qui pouvaient ensuite fournir une assistance à d'autres pays. Le secrétariat a indiqué que la coopération avec le Bureau de l'OMS pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies (Lyon) devait être amplifiée au niveau européen.

Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé

Comme son mandat venait à expiration, le président sortant du CEES a présenté un bilan des travaux du CEES depuis sa première réunion à Paris, en janvier 2005. Les membres du CEES (représentants d'États membres, d'organisations internationales et de la société civile) étaient tous convaincus que l'amélioration de l'environnement était une condition essentielle pour la protection et la promotion de la santé des

populations d'Europe. Il était possible de modifier les facteurs de risque et les individus étaient de moins en moins disposés à accepter que leur santé soit menacée par l'exposition à des dangers environnementaux. Ces deux faits justifiaient la poursuite des efforts de prévention.

Des activités préventives étaient également essentielles parce que l'aptitude des individus à créer de nouveaux facteurs de risque environnementaux n'avait jamais été aussi grande. Une caractéristique commune de ces facteurs de risque était qu'ils étaient considérables mais presque invisibles. Cependant, sur le plan épidémiologique, même une légère augmentation d'un risque pour la santé pouvait avoir des effets appréciables sur la santé si la population exposée était importante. Des études récentes avaient permis d'identifier de nouveaux groupes de personnes qui couraient des risques : il s'agissait non seulement des enfants et des personnes âgées, mais également des personnes atteintes des affections les plus courantes en Europe, c'est-à-dire l'hypertension artérielle, l'obésité, les maladies cardiaques, le diabète et l'asthme. On comprenait mieux les liens qui existaient entre différents types de pollution et un certain nombre de facteurs sociaux, mais la charge de morbidité attribuable aux dangers environnementaux augmenterait probablement au cours des années à venir.

Ces observations avaient été échangées lors de l'examen intergouvernemental à mi-parcours, qui avait eu lieu lors d'une réunion tenue à Vienne en juin 2007 et à laquelle avaient participé de nombreux représentants d'États membres et d'ONG ainsi que des jeunes. Un instrument de surveillance, le Système européen d'information sur l'environnement et la santé, avait été rendu public à cette occasion ; il permettait d'obtenir des données validées de tous les États membres européens au sujet des 26 indicateurs mentionnés dans le Plan d'action pour la santé et l'environnement des enfants en Europe. Cette réunion avait mis en évidence la nécessité d'établir un lien plus étroit entre le secteur environnemental et celui des soins de santé ; les agents de santé environnementale devaient garder présent à l'esprit le fait que leur but principal était de prévenir les maladies, tandis qu'il incombait aux médecins de comprendre que la qualité de l'environnement faisait partie du pronostic relatif à une maladie.

L'examen intergouvernemental à mi-parcours avait permis de réaffirmer que, plutôt que de diagnostiquer des problèmes de santé environnementale, il fallait maintenant faire porter les efforts sur la création des conditions requises pour une action préventive efficace et fondée sur des informations factuelles. À cet effet, il faudrait développer la recherche sur la gestion des risques. En définitive, le but à atteindre devrait être de mettre en place un système de certification des politiques publiques relatives à la santé environnementale, et aucune organisation n'était mieux placée que l'OMS pour prendre cette initiative et faire en sorte que la santé reste au cœur d'un tel système.

Au cours de la discussion qui a suivi, les représentants se sont félicités du fait que les secteurs de l'environnement et de la santé avaient été rassemblés, et ont fait observer que des soins de santé primaires fonctionnant bien devaient tenir compte des aspects liés à la santé environnementale. Ils ont confirmé que la réunion consacrée à l'examen intergouvernemental à mi-parcours avait permis un échange utile d'informations d'expérience. Les liens qui existaient entre l'environnement et la santé des enfants devenaient plus clairs et de nombreux pays avaient élaboré des plans d'action nationaux sur cette question, mais des travaux complémentaires devaient être consacrés aux effets de l'exposition des enfants à des substances chimiques sur la santé physique et mentale.

Un représentant de la Commission européenne a confirmé que celle-ci et l'OMS menaient un certain nombre d'activités en commun en vue de s'acquitter des engagements inscrits dans le Plan d'action sur la santé et l'environnement des enfants en Europe et dans la déclaration adoptée lors de la quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, juin 2004). Ces activités étaient menées dans le cadre d'un projet triennal et exécutées avec le concours d'États membres de l'UE et des pays en voie d'adhésion dans le cadre du programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique de l'UE (2003-2008).

Élections et désignations

(EUR/RC57/7 et EUR/RC57/7 Corr. 1)

Le Comité s'est réuni en privé pour examiner la désignation de membres du Conseil exécutif et élire des membres du CPRC, du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et du Comité européen de l'environnement et de la santé.

Conseil exécutif

Le Comité a décidé par consensus que la Fédération de Russie et la Hongrie présenteraient leur candidature à l'Assemblée de la santé en mai 2008 pour une élection ultérieure au Conseil exécutif.

Comité permanent du Comité régional

Le Comité régional a convenu par consensus d'élire la Slovaquie, la Suisse et l'ex-République yougoslave de Macédoine pour des mandats d'une durée de trois ans au CPRC (de septembre 2007 à septembre 2010).

Élection d'un membre du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

Conformément aux dispositions du paragraphe 2, alinéa 2.2 du mémorandum d'accord sur le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, le Comité a choisi par consensus la Bulgarie pour un mandat au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial d'une durée de trois ans qui commencera le 1^{er} janvier 2008.

Comité européen de l'environnement et de la santé

En vertu du paragraphe 1 du règlement intérieur du CEES (reconstitué, 2004), le Comité régional a choisi par consensus Chypre, l'Estonie, le Kirghizistan, la Norvège et la République de Moldova pour un mandat au CEES jusqu'à la cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé ou pour un mandat de trois ans venant à expiration en septembre 2010, le premier des deux prévalant.

Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2008, 2009, 2010 et 2011

(EUR/RC57/Conf.Doc./5)

Approuvant la proposition faite par le CPRC plus tôt dans la session, le Comité a adopté la résolution EUR/RC57/R3 dans laquelle il décidait de tenir sa cinquante-huitième session à Tbilissi (Géorgie) du 15 au 18 septembre 2008 ; sa cinquante-neuvième session au Bureau régional à Copenhague (Danemark) du 14 au 17 septembre 2009 ; sa soixantième session à Moscou (Fédération de Russie) du 13 au 16 septembre 2010 ; et sa soixante et unième session à Copenhague du 19 au 22 septembre 2011.

Le président exécutif a accepté l'offre cordiale faite par le Kazakhstan d'accueillir une session future du Comité régional.

Divers

Séances d'informations techniques

Durant la session, une séance d'informations techniques a été organisée par le ministère serbe de la Santé sur le bilan et les limites de la réforme du système de santé serbe. En outre, des séances d'informations techniques ont été organisées par le Secrétariat sur le RSI (2005), l'avis du citoyen en matière de santé

publique, et la situation de la Région en ce qui concerne les maladies liées à l'eau et le Protocole sur l'eau et la santé.

Proposition de la Grèce concernant l'établissement d'un bureau géographiquement dispersé à Athènes

(EUR/RC57/11)

Le représentant de la Grèce a présenté la proposition. Depuis des décennies, la Grèce avait un engagement à long terme envers les travaux de l'OMS. Le centre ainsi proposé visait à renforcer les activités techniques sur les maladies non transmissibles et à développer la mise en œuvre de la Stratégie européenne de lutte contre ces maladies d'un bout à l'autre de la Région.

Les participants ont accueilli favorablement la proposition d'établir un bureau géographiquement dispersé à Athènes et l'occasion ainsi présentée de renforcer les capacités à ce niveau. Il a été convenu que le directeur régional engage des discussions sur le domaine d'activité ainsi que sur les questions d'ordre technique, financières et de gestion, tout en mettant le CPRC continuellement au courant. Il ferait rapport des progrès réalisés à la cinquante-huitième session du Comité régional et ce, conformément aux dispositions de la résolution EUR/RC54/R6. Le secrétariat avait pris acte des discussions au CPRC et au Comité régional.

Santé publique, innovation et propriété intellectuelle

(EUR/RC57/Inf.Doc./1)

Le vice-président pour la Région européenne du Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et les droits de propriété intellectuelle s'est félicité d'avoir l'occasion de s'adresser au Comité régional. Certains pensaient que cette initiative avait moins d'importance pour la Région européenne que pour d'autres parties du monde mais, en inscrivant cette question à son ordre du jour, le Comité avait indiqué clairement que tel n'était pas le cas. Cette initiative devrait reposer sur des considérations de santé publique, et l'intersectoralité était la clé de son succès.

Par sa résolution WHA59.24, l'Assemblée mondiale de la santé avait décidé de créer un groupe de travail intergouvernemental ouvert à tous les États membres intéressés et chargé d'élaborer une stratégie et un plan d'action mondiaux dans le but « d'assurer une base plus solide et durable pour les activités essentielles de recherche-développement en santé axées sur les besoins, qui intéressent des maladies touchant de manière disproportionnée les pays en développement ». La stratégie et le plan d'action mondiaux finals seraient présentés à la Soixante et unième Assemblée mondiale de la santé, en mai 2008.

Plusieurs réunions et consultations avaient eu lieu depuis lors, dont une réunion de consultation avec les États membres de la Région en août 2007, au cours de laquelle des suggestions utiles avaient été formulées en ce qui concerne la fixation de priorités plus claires, l'adoption d'un ensemble réaliste d'indicateurs et la détection de lacunes en matière de recherche-développement. Les participants à cette réunion avaient également indiqué que certaines actions devaient être ciblées spécifiquement vers les pays en développement et en transition, tandis que d'autres s'appliqueraient à tous les pays. Ils avaient également souligné que ces travaux devaient être liés à d'autres initiatives, telles que le Projet sur les médicaments prioritaires pour l'Europe et le monde. Il a remercié les États membres de leur intérêt et de leur soutien et les a invités à jouer un rôle dans le débat en participant aux diverses réunions préalables à la deuxième session du Groupe de travail, qui aurait lieu du 5 au 10 novembre 2007.

Une représentante s'exprimant au nom de l'UE, des pays candidats (Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie), des pays du Processus de stabilisation et d'association (Albanie, Bosnie-Herzégovine, 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 remercié le Groupe de travail et le secrétariat pour leurs travaux, qui établiraient une base solide pour des négociations lors de la réunion de novembre. Elle s'est félicitée en particulier du recensement des lacunes dans les travaux de recherche-développement, qui

contribuerait à permettre à tous les acteurs d'avoir le même degré de compréhension de la question. Les pays membres de l'UE et la Commission jouaient un rôle constructif au sein du Groupe de travail, comme le directeur général l'avait reconnu dans le discours qu'elle avait prononcé devant le Comité. L'UE souscrivait aux principes de l'OMS relatifs à l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité financière des médicaments et de l'accès à ces derniers pour tous ceux qui étaient dans le besoin, et a réaffirmé la validité du but qui consistait à soutenir une recherche-développement reposant sur les besoins et portant sur les maladies qui touchaient de façon disproportionnée les pays en développement. Tout en reconnaissant que des progrès avaient été accomplis depuis les premières versions de la stratégie et du plan d'action mondiaux, elle a estimé que d'autres changements structurels étaient nécessaires, notamment en ce qui concerne le nombre d'actions et d'indicateurs de processus. Il fallait également mentionner plus clairement la qualité et la sécurité des médicaments, les OMD et des engagements politiques antérieurs relatifs aux politiques de santé au niveau international.

D'autres représentants ont également présenté des suggestions sur la façon dont les projets de document pourraient être améliorés ; cependant, ils ont souligné que c'était les États membres eux-mêmes qui devraient veiller à ce que le processus soit véritablement intersectoriel, en faisant participer d'autres ministères et partenaires, et à ce que la stratégie débouche sur une véritable action. Il importait d'attribuer des rôles et des responsabilités à certains acteurs. Ils ont réaffirmé leur engagement à l'égard du processus et formulé l'espoir que la Région européenne serait bien représentée lors la session de novembre du Groupe de travail.

Dans sa réponse, le conseiller régional du service Technologie de santé et produits pharmaceutiques a assuré le Comité que les travaux continueraient à respecter les quatre « piliers d'accès » de l'OMS : utilisation rationnelle des médicaments, prix abordables, financement durable et renforcement du système de santé et de l'approvisionnement en médicaments. Il a également assuré le Comité que l'OMS continuerait à collaborer avec l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle, l'Organisation mondiale du commerce, l'OCDE et d'autres partenaires internationaux.

Un représentant de la Commission européenne a remercié le Groupe de travail et le secrétariat de l'OMS et exprimé l'espoir que les rapports et les documents seraient diffusés sur le site Web du Siège de l'OMS. Le secrétariat de l'OMS a confirmé qu'il en serait ainsi.

Des déclarations ont été faites par la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine et la Fédération internationale de l'industrie des médicaments.

Certains représentants ont saisi l'occasion pour demander des éclaircissements concernant la réunion intergouvernementale relative au partage de virus. Le directeur de la Division des programmes de santé a décrit le processus qui avait débouché sur l'adoption de la résolution WHA60.28. L'objet de cette résolution était d'assurer le partage de spécimens cliniques et de virus en vue d'évaluer le risque de pandémie et la mise au point de vaccins contre une pandémie. Une réunion intergouvernementale serait organisée en novembre 2007 et tous les États membres étaient invités à y participer. En vue de préparer cette réunion, le Bureau régional dialoguerait avec les États membres pour mettre l'accent sur certaines des questions principales, et ses fonctionnaires participeraient à une réunion commune avec la Commission européenne et l'ECDC en septembre 2007, dont les résultats seraient communiqués officiellement aux États membres.

Résolutions

EUR/RC57/R1

Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WHA57.19 et WHA58.17 de l'Assemblée mondiale de la santé sur les migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement, qui demandaient instamment aux États membres et priaient l'OMS d'élaborer des stratégies pour atténuer les effets néfastes de la migration des personnels de santé afin de réduire le plus possible ses répercussions négatives sur les systèmes de santé ; et les résolutions WHA59.23 sur l'accélération de la production de personnels de santé, qui demandait instamment aux États membres et priaient l'OMS de faciliter les activités visant à accélérer la production de personnels de santé compétents dans les pays, et WHA59.27 sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux, qui demandait instamment et priaient les États membres et l'OMS de mettre sur pied des programmes complets de création de personnels de soins infirmiers et obstétricaux hautement qualifiés et très motivés ;

Rappelant également ses résolutions EUR/RC50/R5 et EUR/RC55/R8 sur la coopération avec les pays et le renforcement des systèmes de santé européens dans le prolongement de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins », qui demandaient instamment aux États membres de faire en sorte qu'une attention appropriée soit accordée à la qualité et aux compétences des ressources humaines ;

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

Reconnaissant l'importance cruciale des ressources humaines dans le renforcement des systèmes de santé, la gestion et la fourniture de services de santé, et la qualité de leurs activités ;

Reconnaissant qu'il devrait exister une adéquation entre le personnel sanitaire et les besoins sanitaires des populations et que les conditions sociales, démographiques, épidémiologiques et économiques continuent de poser des problèmes dans la perspective de la réalisation de la santé pour tous ;

Conscient de la diversité de la composition, de la répartition et de la dynamique du personnel sanitaire dans les pays et entre les pays de la Région ; et de l'influence du vieillissement de la population et du personnel sanitaire, et des innovations technologiques et des changements environnementaux sur le personnel sanitaire ;

Notant avec préoccupation les déséquilibres géographiques et relatifs au dosage des catégories professionnelles qui existent au sein du personnel sanitaire et les migrations accrues de professionnels de santé dans la Région ;

Ayant examiné le document EUR/RC57/9 sur les politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne ;

1. APPROUVE les recommandations figurant dans ce rapport ;

2. PRIE INSTAMMENT les États membres :

- a) d'améliorer et de développer les informations et les connaissances concernant le personnel sanitaire au niveau national, là où cela se justifie, afin de renforcer les systèmes d'information, de favoriser la recherche et d'accroître les capacités en matière d'analyse, de planification et de mise en œuvre des politiques liées aux ressources humaines pour la santé ;
- b) d'élaborer, d'incorporer et de placer au centre des préoccupations des politiques relatives aux ressources humaines pour la santé qui contribuent au développement des systèmes de santé, et d'assumer la responsabilité de la conception et de la mise en œuvre de plans et de stratégies concernant les ressources humaines qui soient adaptés aux besoins du pays, y compris une répartition équilibrée du personnel dans les pays ;
- c) d'évaluer les tendances en matière de migration du personnel sanitaire et les effets de celle-ci pour définir les différentes actions efficaces en matière de migration et mettre en œuvre ces dernières, notamment la conclusion d'accords avec d'autres pays concernant la circulation du personnel sanitaire, conformément aux principes de transparence, d'éthique, d'équité et de l'existence d'avantages pour les différentes parties ;
- d) d'orienter, là où cela se justifie, la planification du personnel vers la réalisation de la santé pour tous, dans un premier temps dans le domaine des soins primaires ;

3. PRIE le directeur régional :

- a) de coopérer avec les États membres et de les soutenir pour les aider à assurer le perfectionnement de leur personnel sanitaire ;
- b) de continuer à renforcer et à consolider les capacités en matière d'élaboration d'une politique relative au personnel sanitaire, de planification et de gestion de ce dernier au niveau national et à celui de la Région européenne de l'OMS dans son ensemble, et de faciliter et de favoriser l'harmonisation des données concernant le personnel sanitaire et l'utilisation d'indicateurs et d'outils normalisés de nature à améliorer la qualité et la comparabilité ;
- c) de concevoir un ensemble de grands indicateurs relatifs au personnel sanitaire en vue de la surveillance et de l'évaluation de la situation et des tendances actuelles au niveau national et à celui de la Région européenne de l'OMS, et de faciliter l'échange de connaissances, d'informations, d'expériences et de bases factuelles concernant des moyens efficaces de développer et de gérer le personnel sanitaire entre les États membres et les partenaires ;
- d) d'élaborer des recommandations visant à mettre en place des systèmes de nature à stimuler et à motiver le personnel sanitaire à travailler dans des zones reculées et rurales, ainsi que des mécanismes de perfectionnement professionnel ;
- e) d'accorder un degré élevé de priorité à la surveillance des migrations de personnel sanitaire et aux interventions de portée générale menées aux niveaux national et international grâce à l'analyse constante de rapports nationaux et à la publication de synthèses régionales annuelles de ces rapports ;
- f) de faciliter l'élaboration d'un guide ou de principes déontologiques concernant le recrutement international de personnel sanitaire issu de la Région européenne et d'autres régions ;
- g) de veiller à ce que le personnel sanitaire continue de constituer une question prioritaire pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, dans le contexte du renforcement des systèmes de santé, et d'obtenir des ressources pour aider les pays dans le domaine du développement du personnel sanitaire, conformément au Plan stratégique à moyen terme de l'OMS ;

- h) de continuer à constituer et à renforcer des réseaux et des partenariats qui contribuent à la mise en place de ressources humaines pour la santé dans une perspective à long terme dans la Région, et de s'efforcer de convaincre les parties prenantes nationales, les partenaires du développement, les organisations internationales, les donateurs et tous les responsables des programmes pertinents de l'OMS qu'il convient de faire des investissements plus efficaces dans le développement du personnel sanitaire et l'amélioration de la coordination des ressources ;
- i) d'inscrire des politiques relatives au personnel sanitaire à l'ordre du jour de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé qui aura lieu en 2008 ;
- j) de faire rapport au Comité régional à sa cinquante-neuvième session, en 2009, sur les progrès accomplis.

EUR/RC57/R2

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

Le Comité régional,

Rappelant que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a contribué à l'élaboration des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et s'est fermement engagée à les atteindre, et, plus spécifiquement, que le *Rapport sur la santé dans le monde 2003* a dégagé les principes guidant les travaux de l'OMS en ce qui concerne les OMD, et que l'engagement de l'OMS envers la Déclaration du Millénaire des Nations Unies a été réaffirmé lors de la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé en 2005 par l'adoption de la résolution WHA58.30 ;

Rappelant que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a promu une stratégie spéciale sur les OMD dans la Région européenne¹, et que la réalisation de beaucoup d'OMD requerra des mesures multisectorielles portant sur tous les déterminants de la santé, ainsi que la participation de tous les partenaires aux niveaux national et international ;

Se félicitant des débats sur les OMD se déroulant lors de la session actuelle du Comité régional, au cours de laquelle les représentants des 53 États membres européens de l'OMS ont évalué les progrès accomplis pour la réalisation des objectifs dans leur pays et ont dressé l'inventaire des défis à venir, tout en échangeant des informations et en proposant des stratégies visant à promouvoir l'action multisectorielle ;

Reconnaissant que le renforcement des systèmes de santé est considéré par les États membres européens de l'OMS comme un élément faisant partie intégrante des interventions du Bureau régional au niveau des pays² et se réjouissant de l'attention particulière accordée au renforcement des systèmes de santé en tant que stratégie spéciale pour la mise en œuvre de programmes visant la santé des mères et des enfants dans la Région européenne de l'OMS ;

Reconnaissant que dans de nombreux pays, les capacités insuffisantes des systèmes de santé représentent un obstacle de taille à la réalisation des OMD en rapport avec la santé dans la Région européenne de l'OMS, et la nécessité d'une meilleure harmonisation entre les projets relatifs aux systèmes de santé à l'OMS et ses diverses stratégies et programmes sanitaires pour une efficacité, une efficience et une cohérence accrues du soutien de l'OMS aux pays ;

¹ Document EUR/RC57/8.

² Voir *Prochaine étape de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : renforcer les systèmes de santé*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (document EUR/RC55/9 Rev.1).

Reconnaissant que la santé de la mère et de l'enfant concerne en particulier la réduction de la mortalité des enfants (OMD 4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD 5), et exige un engagement politique à tous les niveaux, ainsi qu'une sensibilisation et une participation des hommes dans leurs rôles de mari, de père et de gardien ;

Ayant examiné l'initiative visant à mobiliser des efforts à l'échelle internationale pour triompher des défis inventoriés lors du forum de haut niveau sur les OMD en rapport avec la santé, qui constitue une action conjointe de l'OMS et de la Banque mondiale avec le soutien d'autres agences et organes mondiaux comme la GAVI et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ;

1. LOUE le Bureau régional pour ses efforts visant à promouvoir la réalisation des OMD dans la Région en partenariat avec d'autres organisations ;
2. RÉAFFIRME la stratégie européenne sur les OMD, qui énonce les principes politiques et l'orientation stratégique des actions menées à l'échelle de la Région dans ce domaine ;
3. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres :
 - a) d'intensifier sensiblement les activités en vue de la réalisation des OMD dans le respect des systèmes et politiques de chaque pays, ainsi que des besoins, des circonstances, du contexte et des moyens nationaux et sous-nationaux ;
 - b) de combiner leurs efforts en vue de la réalisation des OMD, en ce qui concerne les buts nationaux et actions prioritaires, avec le renforcement des systèmes de santé, en particulier en établissant des réseaux reliant les programmes et les dispositifs verticaux et en renforçant les systèmes nationaux de communication d'informations ;
 - c) de suivre les progrès accomplis dans la concrétisation des mesures prioritaires pour tous les groupes sociaux, en accordant une attention particulière aux personnes pauvres et défavorisées, en tenant compte des différences sexuelles, ethniques et sociales et en s'attaquant aux inégalités entre hommes et femmes et aux manques d'équité d'ordre social en matière de santé ;
4. PRIE le directeur régional de continuer à veiller à ce que les OMD soient bien intégrés aux travaux du Bureau régional et poursuivis conformément aux mesures énoncées dans la stratégie européenne, et ce en :
 - a) promouvant l'engagement politique des États membres ;
 - b) défendant et promouvant des mesures au niveau international en collaboration avec tous les intervenants concernés, dont la Commission européenne, la Banque mondiale, le Conseil de l'Europe, les organisations des Nations Unies et les organisations non gouvernementales ;
 - c) fournissant aux États membres un soutien technique et une assistance en matière de renforcement des capacités ;
 - d) stimulant la production, le transfert et la diffusion du savoir et de l'expérience, ainsi que de politiques nouvelles, dans les pays ;
 - e) renforçant le système d'information au Bureau régional afin de suivre l'état d'avancement en ce qui concerne les OMD et l'évolution des aspects sanitaires connexes ;
5. PRIE le directeur régional de faire rapport au Comité régional tous les deux ans sur les progrès accomplis en vue de la réalisation des OMD.

EUR/RC57/R3**Dates et lieux des sessions ordinaires
du Comité régional en 2008, 2009, 2010 et 2011**

Le Comité régional,

Rappelant sa résolution EUR/RC56/R5 adoptée à sa cinquante-sixième session ;

1. DÉCIDE que la cinquante-huitième session se tiendra à Tbilissi (Géorgie), du 15 au 18 septembre 2008 ;
2. DÉCIDE que la cinquante-neuvième session se tiendra à Copenhague, du 14 au 17 septembre 2009 ;
3. DÉCIDE que la soixantième session se tiendra à Moscou (Fédération de Russie), du 13 au 16 septembre 2010 ;
4. DÉCIDE ÉGALEMENT que la soixante et unième session se tiendra à Copenhague, du 19 au 22 septembre 2011.

EUR/RC57/R4**Suite donnée à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS
sur la lutte contre l'obésité et Deuxième Plan d'action européen
pour une politique alimentaire et nutritionnelle**

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé WHA53.15, qui a défini les principes directeurs concernant l'amélioration de la sécurité sanitaire des aliments ; WHA55.25, qui a fait état de la nécessité d'améliorer l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ; et WHA57.17, qui a mis en évidence la nécessité de réduire la charge de morbidité liée à l'alimentation et à l'activité physique ;

Rappelant sa résolution EUR/RC50/R8, par laquelle il a reconnu que le Premier Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle énonçait un ensemble de principes fondamentaux que les États membres devraient suivre, et ses résolutions EUR/RC55/R6, relative à la santé des enfants et des adolescents, et EUR/RC56/R2, relative aux maladies non transmissibles, qui ont souligné la nécessité de prendre des mesures intégrées et de donner des orientations claires sur la prise en charge des facteurs de risque tout au long de la vie ;

Reconnaissant que la Région européenne de l'OMS doit faire face à une double charge de maladies liées à la nutrition, caractérisée par une épidémie croissante d'obésité, qui est particulièrement préoccupante chez les enfants et les adolescents, et par une prévalence élevée de malnutrition chronique due à des carences en micronutriments dans les populations vulnérables et de malnutrition aiguë dans des zones d'insécurité alimentaire ;

Reconnaissant que les maladies d'origine alimentaire constituent un sujet de préoccupation considérable pour la santé des populations européennes et une menace pesant sur celle-ci, et qu'il importe de prendre des mesures combinées concernant la qualité et la sécurité sanitaire des aliments ;

Reconnaissant qu'il est possible de réduire de façon appréciable la charge de morbidité liée à la nutrition et à la sécurité sanitaire des aliments en prenant, dès le début de la vie et ultérieurement, des mesures préventives qui portent sur un approvisionnement en aliments sûr, favorable à la santé et durable, l'information et l'éducation des consommateurs, les déterminants de la santé connexes, et la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments dans le secteur sanitaire ;

Ayant examiné la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité et les documents EUR/RC57/6, qui illustre l'évolution de la situation depuis la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité, et EUR/RC57/10, qui présente le Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle (2007-2012) ;

Relevant que la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité demande l'élaboration d'un plan d'action en vue de la mise au point de stratégies et de politiques dans les États membres ;

1. FÉLICITE le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe d'avoir organisé la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité à Istanbul du 15 au 17 novembre 2006, dans le cadre d'un partenariat réussi avec la Commission européenne ;
2. REMERCIE le gouvernement turc d'avoir accueilli cette conférence et pris d'excellentes dispositions en vue de celle-ci ;
3. FAIT SIENNE la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité adoptée lors de la Conférence ministérielle en tant qu'instrument d'orientation politique et stratégique en vue d'une action menée à l'échelle de l'ensemble de la Région dans ce domaine ;
4. RECONNAÎT les tendances positives qui ont été amorcées par le Premier Plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle pour la Région européenne de l'OMS (2000-2005) ;
5. ADOPTE le Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle (2007-2012) ;
6. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres :
 - a) d'élaborer, de mettre en œuvre et de traduire dans les faits une stratégie complète, intégrée et intersectorielle pour la promotion de l'allaitement au sein ;
 - b) d'élaborer, de mettre en œuvre et de renforcer des politiques alimentaires et nutritionnelles complètes, intégrées et intersectorielles en liaison avec la stratégie européenne plus large pour prévenir et combattre efficacement les maladies non transmissibles ;
 - c) de mettre en œuvre les engagements énoncés dans la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité et les résolutions connexes adoptées par les organes directeurs de l'OMS aux niveaux mondial et régional, conformément aux structures et politiques gouvernementales, aux besoins nationaux et sous-nationaux, aux circonstances et aux ressources de chaque pays ;
 - d) de définir des buts et des actions prioritaires nationaux conformes à ceux qui sont énoncés dans le Deuxième Plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle, en tenant compte des différences de sexe, ethniques, sociales et culturelles, en s'attaquant aux inégalités de santé et en ciblant tous les stades du cycle de vie, en particulier le début de l'existence ;
 - e) de suivre les progrès accomplis à l'égard des actions prioritaires ;

7. PRIE le directeur régional de prendre les mesures nécessaires pour que l'élaboration de politiques alimentaires et nutritionnelles, ainsi que l'activité physique, soient bien intégrées dans les activités du Bureau régional, notamment relatives à la prévention des maladies non transmissibles et à la lutte contre celles-ci, et réalisées conformément aux actions énoncées dans le Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle :

- a) en menant une action de sensibilisation et en favorisant un engagement politique dans les États membres ;
- b) en préconisant et en favorisant des mesures au niveau international en collaboration avec la Commission européenne, le Conseil de l'Europe, des organismes des Nations Unies et des organisations non gouvernementales, dans le cadre d'un dialogue ouvert avec toutes les parties intéressées ;
- c) en fournissant un appui technique à l'analyse et à l'élaboration de politiques alimentaires et nutritionnelles dans les États membres, en renforçant les capacités et en mettant au point des outils appropriés d'élaboration de politiques ;
- d) en stimulant la création, la traduction et la diffusion de connaissances et d'informations d'expérience entre les pays ;
- e) en stimulant la conception de démarches nouvelles en matière de politiques ;
- f) en utilisant les bases de données existantes et, si nécessaire, en mettant en place un système européen d'information en vue de suivre la situation de la santé publique sur le plan de la nutrition et d'évaluer les tendances sanitaires qui s'y rapportent en liaison avec le mécanisme complet de surveillance de la morbidité liée aux maladies non transmissibles ;

8. PRIE le directeur régional de faire rapport au Comité régional sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle, en conformité avec les rapports triennaux prévus par la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité.

EUR/RC57/R5

Rapport du quatorzième Comité permanent du Comité régional

Le Comité régional,

Ayant examiné le Rapport du quatorzième Comité permanent du Comité régional (documents EUR/RC57/4 et EUR/RC57/4 Add.1) ;

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

*Annexe 1***Ordre du jour**

- 1. Ouverture de la session**
Élection du président, du président exécutif, du vice-président exécutif et du rapporteur
Adoption de l'ordre du jour et du programme provisoires
- 2. Allocution du directeur général**
- 3. Allocution du directeur régional sur l'activité du Bureau régional**
- 4. Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif**
- 5. Rapport du quatorzième Comité permanent du Comité régional (CPCR)**
- 6. Questions de politique et questions techniques**
 - a) Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne de l'OMS
 - b) Deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle
 - c) 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
- 7. Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional de l'OMS pour l'Europe**
 - Suivi de la Conférence ministérielle sur la lutte contre l'obésité
 - Travaux accomplis en vue du renforcement des systèmes de santé
 - Mesures prises en application de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte)
 - Le point sur la sécurité sanitaire
 - Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé
- 8. Séance privée : élections et désignations**
 - a) Désignation de deux membres du Conseil exécutif
 - b) Élection de trois membres du Comité permanent du Comité régional
 - c) Élection d'un membre du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
 - d) Élection de cinq membres du Comité européen de l'environnement et de la santé
- 9. Dates et lieux des sessions ordinaires du Comité régional en 2008, 2009, 2010 et 2011**
- 10. Divers**
 - a) Proposition de création du Centre européen de lutte contre les maladies non transmissibles à Athènes (Grèce)
 - b) Santé publique, innovation et propriété intellectuelle
- 11. Adoption du rapport et clôture de la session**

Séances d'informations techniques

Organisée par le ministère serbe de la Santé :

- Bilan et limites de la réforme du système de santé serbe

Organisées par le secrétariat :

- L'application du Règlement sanitaire international (2005)
- Santé publique : à l'écoute des citoyens
- Situation de la Région concernant les maladies d'origine hydrique et le Protocole sur l'eau et la santé

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

EUR/RC57/1 Rev.1	Liste des documents
EUR/RC57/2 Rev.2	Ordre du jour provisoire
EUR/RC57/3 Rev.1	Programme provisoire
EUR/RC57/4	Rapport du quatorzième Comité permanent du Comité régional
EUR/RC57/4 Add.1	Quatorzième Comité permanent du Comité régional Rapport sur la sixième session
EUR/RC57/5	Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif
EUR/RC57/6	Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional de l'OMS pour l'Europe
EUR/RC57/7 + /Corr.1	Composition d'organes et de comités de l'OMS
EUR/RC57/8	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
EUR/RC57/9	Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne
EUR/RC57/10	Projet de Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012
EUR/RC57/11	Proposition de création du Centre européen de lutte contre les maladies non transmissibles à Athènes (Grèce)

Document d'information

EUR/RC57/Inf.Doc./1	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle
---------------------	--

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

Dr Nard Ndoka
Ministre de la Santé

Mme Zhaneta Tomcini
Porte-parole, ministère de la Santé

Allemagne*Représentant*

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

Suppléant

M. Dagmar Reitenbach
Chef d'unité, ministère fédéral de la Santé

Conseiller

M. Gunnar Berkemeier
Attaché, Affaires politiques, Mission permanente de l'Allemagne auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Andorre*Représentants*

Mme Montserrat Gil Torné
Ministre de la Santé, du Bien-être social et de la Famille

Mme Carme Pallarès Papaseit
Directeur du Département de la santé, ministère de la Santé, du Bien-être social et de la Famille

Suppléant

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

Arménie

Représentants

Dr Harutyun Kushkyan
Ministre de la Santé

Dr Tatul Hakobyan
Vice-ministre de la Santé

Suppléant

Dr Anahit Hovhannisyan
Spécialiste en chef, Unité de santé maternelle et infantile, ministère de la Santé

Autriche

Représentants

Dr Hubert Hrabcik
Directeur général de la santé publique, ministère fédéral de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse

Dr Verena Gregorich-Schega
Directeur du Service des relations internationales en matière de santé, ministère fédéral de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse

Azerbaïdjan

Représentants

Professeur Ogtay Shiraliyev
Ministre de la Santé

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

Conseiller

M. Orkhan Huseynzade
Assistant auprès du ministre de la Santé

Bélarus

Représentant

Dr Vasiliy I. Zharko
Ministre de la Santé

Conseillers

M. Edouard N. Glazkov
Directeur du Département des relations internationales, ministère de la Santé

M. Vladimir N. Kurenkov
Conseiller à l'ambassade de la République de Bélarus en Serbie

Belgique

Représentants

Dr Dirk Cuypers
Président du Comité de direction, service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Mme Leen Meulenbergs
Conseiller aux relations internationales, service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Suppléant

Mme Marleen Van Dijk
Directeur général adjoint, Agence flamande Soins et santé

Bosnie-Herzégovine

Représentant

M. Sredoje Nović
Ministre des Affaires civiles

Suppléants

Dr Safet Omerović
Ministre fédéral de la Santé

Dr Goran Čerkez
Ministre fédéral auxiliaire de la Santé

Dr Amela Lolić
Ministre auxiliaire de la Santé et du Bien-être social de la Republika Srpska

Dr Draženka Malićbegović
Ministre auxiliaire des Affaires civiles

Conseillers

Ms Jasmina Čosić
Chef du Cabinet du ministre, ministère fédéral de la Santé

Dr Jasminka Vučković
Assistant principal auprès du ministère de la Santé et du Bien-être social de la Republika Srpska

Dr Slavko Nikić
Département de la santé et autres services, district de Brcko

Bulgarie

Représentants

Dr Valeri Tzekov
Vice-ministre de la Santé

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

Suppléant

Mr Nikolay Marin
Directeur du Département des organisations humanitaires internationales, Direction des droits de l'homme et des organisations humanitaires internationales, ministère des Affaires étrangères

Conseiller

Ms Kamelia Petrova
Expert à la Direction des droits de l'homme et des organisations humanitaires internationales, ministère des Affaires étrangères

Chypre

Représentants

Dr Andreas Polynikis
Médecin conseiller technique, ministère de la Santé

Dr Ageliki Tapakoudi
Directeur des Services de soins infirmiers, ministère de la Santé

Suppléant

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

Croatie

Représentant

Son Excellence M. Tonči Staničić
Ambassadeur de la République de Croatie en Serbie

Suppléant

Mme Inga Depolo-Bučan
Directeur du Département de la coopération internationale, ministère de la Santé et du Bien-être social

Danemark

Représentant

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

Suppléant

M. Mogens Jørgensen
Chef de la Division des affaires internationales, ministère de l'Intérieur et de la Santé

Conseillers

Mme Marianne Kristensen
Conseiller principal au Conseil national de la santé

Mme Helle Engslund Krarup
Chef de service, ministère de l'Intérieur et de la Santé

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

Espagne

Représentants

Dr Bernat Soria Escoms
Ministre de la Santé et de la Protection des consommateurs

Son Excellence M. José Riera Siquier
Ambassadeur d'Espagne en Serbie

Suppléants

Dr José Martínez Olmos
Secrétaire général, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

M. Enrique Cruz Giráldez
Chef de Cabinet du ministre de la Santé et de la Protection des consommateurs

Dr Javier Rubio Rodríguez
Directeur général des ressources humaines et des services économique-budgétaires, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

M. José Pérez Lázaro
Directeur adjoint, Relations internationales, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

M. Gabriel Cremades Ventura
Conseiller, ambassade d'Espagne en Serbie

M. Juan C. Martínez Martínez
Directeur du Département des communications, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

M. Pablo Rupérez Pascualena
Conseiller, ambassade d'Espagne en Serbie

Mme Carmen Castañón
Directeur général adjoint des ressources humaines et des services économique-budgétaires, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

M. Juan M. Ballesteros Arribas
Conseiller spécial à l'Agence espagnole du contrôle des produits transformés, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

Conseillers

Mme Teresa Perea Bilbao
Directeur du Département de presse, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

M. Óscar González Gutiérrez-Solana
Conseiller technique au Conseil exécutif de la Santé publique, ministère de la Santé et de la
Protection des consommateurs

Secrétaires

Mme Ana Bachiller Gonzalez
Conseiller technique, ambassade d'Espagne en Serbie

Mme Marja Minic
Conseiller technique, ambassade d'Espagne en Serbie

M. Juan A. del Barrio Fernández
Assistant technique, ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs

Estonie

Représentants

Mme Maret Maripuu
Ministre des Affaires sociales

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

Suppléant

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

Conseillers

Mme Helen Trelin
Conseiller au Département des soins de santé, ministère des Affaires sociales

Mme Kristel Sarapuu
Conseiller, ministère des Affaires sociales

Secrétaire

Mme Gladys-Margit Vellamaa
Assistant au Secrétaire général adjoint, ministère des Affaires sociales

Ex-République yougoslave de Macédoine

Représentant

Mr Vladimir Lazarevik
Vice-ministre de la Santé

Suppléant

Mme Snezana Cicevalieva
Directeur du Secteur de l'intégration européenne et de la coopération internationale, ministère de la
Santé

Fédération de Russie

Représentant

Professeur Vladimir I. Starodubov
Vice-ministre de la Santé et du Développement social

Suppléants

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

Dr Yuliya V. Mikhaylova
Directeur de l'Institut central de recherche en matière de systèmes de gestion et d'information
sanitaires, ministère de la Santé et du Développement social

Conseillers

Dr Vladimir Y. Maksimov
Médecin en chef, Hôpital d'ophtalmologie, Oblast de Saratovskaïa

M. Igor A. Astakhov
Chef de section, Département juridique, ministère des Affaires étrangères

M. Nikita N. Sikachev
Conseiller principal au Département des organisations internationales, ministère des Affaires
étrangères

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

Mme Galina G. Chistyakova
Chef adjoint à la Direction de surveillance des transports et des soins de santé, Service fédéral de
surveillance de la protection des droits des consommateurs et du bien-être public

M. Mark S. Tseshkovsky
Chercheur principal de l'Institut central de recherche en matière de systèmes de gestion et
d'information sanitaires, ministère de la Santé et du Développement social

Secrétaire

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

Finlande

Représentants

Dr Kimmo A. E. Leppo
Directeur général, ministère des Affaires sociales et de la Santé

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

Suppléants

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

Mme Marja-Liisa Partanen
Directeur général adjoint, ministère des Affaires sociales et de la Santé

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

Dr Marjukka Vallimies-Patomäki
Conseiller ministériel, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mme Sirpa Sarlio-Lähteenkorva
Conseiller ministériel, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Dr Juhani Eskola
Directeur général adjoint de l'Institut national de santé publique

Dr Ilmo Keskimäki
Directeur de division au Centre national de recherche et de développement pour le bien-être social et la santé

Mme Kerttu Perttilä
Directeur de division au Centre national de recherche et de développement pour le bien-être social et la santé

Mme Salla Sammalkivi
Conseiller, Mission permanente de la Finlande auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

France*Représentant*

Son Excellence M. Jean-François Terral
Ambassadeur de France en Serbie

Suppléants

Mme Emmanuelle Jean
Chef de la Mission Affaires européennes et internationales, Direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

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

Mme Géraldine Bonnin
Délégation aux affaires européennes et internationales, Direction générale de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Mme Corina Coman
Conseillère de coopération et d'action culturelle, Ambassade de France en Serbie

M. Benoît Schneider
Conseiller adjoint de coopération et d'action culturelle, Ambassade de France en Serbie

Mme Candice Boudet
Direction des Nations Unies et des organisations internationales, ministère des Affaires étrangères

Géorgie

Représentants

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

Mme Nino Esakia
Chef du Bureau de coordination des réformes, ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales

Grèce

Représentants

Dr Anastasia Pantazopoulou
Directeur de la Santé publique, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Dr Theodoros Papadimitriou
Directeur du Centre européen de contrôle et de prévention des maladies infectieuses

Suppléants

Dr Despena Andrioti
Chef d'unité, Direction des relations internationales, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Mme Maria Liodaki
Fonctionnaire à la Direction des relations internationales, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Conseillers

Dr Meropi Violaki
Directeur général honoraire de la santé, ministère de la Santé et de la Solidarité sociale

Professeur Dimitrios Loukopoulos
Professeur émérite de médecine interne, Université d'Athènes

Hongrie

Représentants

Dr Katalin Rapi
Secrétaire d'État, ministère de la Santé

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

Suppléant

Dr Arpad Meszaros
Conseiller juridique, ministère de la Santé

Irlande*Représentants*

Dr James Kiely
Médecin conseiller technique, ministère de la Santé et de l'Enfance

Mme Frances Fletcher
Administrateur principal adjoint, ministère de la Santé et de l'Enfance

Suppléant

Mme Sandra Dunne
Administrateur principal adjoint, ministère de la Santé et de l'Enfance

Islande*Représentants*

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

M. Ingimar Einarsson
Chef de département, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Suppléants

Dr Matthias Halldorsson
Directeur général de la santé, Direction de la santé

Dr Sveinn Magnusson
Chef de département, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Mme Vilborg Ingolfssdottir
Chef de département, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Israël*Représentants*

Professeur Avi Israeli
Directeur général, ministère de la Santé

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

Suppléant

Dr Yitzhak Sever
Directeur du Département des relations internationales, ministère de la Santé

Italie

Représentants

Dr Donato Greco
Directeur général du Département de prévention et de communication, ministère de la Santé

Dr Francesco Cicogna
Conseiller technique principal à la Direction générale pour l'Union européenne et les relations internationales, ministère de la Santé

Kazakhstan

Représentant

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

Kirghizistan

Représentant

Dr Ainura Ibraimova
Vice-ministre de la Santé

Lettonie

Représentants

M. Rinalds Muciņš
Vice-secrétaire d'État, ministère de la Santé

Mme Līga Šerna
Directeur adjoint, Département des affaires juridiques et de la coopération internationale, ministère de la Santé

Conseiller

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

Lituanie

Représentants

Dr Rimvydas Turčinskas
Ministre de la Santé

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

Conseiller

Mme Rasa Eilunavičienė
Attaché de presse, ministère de la Santé

Luxembourg

Représentants

Dr Danielle Hansen-Koenig
Directeur de la santé, Direction de la santé

Mme Aline Schleder-Leuck
Conseiller de première classe à la Direction, ministère de la Santé

Malte

Représentant

Dr Ray Busuttil
Directeur général (Règlements de santé publique), ministère de la Santé, des Personnes âgées et des Soins de proximité

Suppléant

Dr Karen Vincenti
Consultant en médecine de la santé publique, Bureau du directeur général (Règlements de santé publique), ministère de la Santé, des Personnes âgées et des Soins de proximité

Conseiller

M. Joseph M. Stafrace
Directeur adjoint, Bureau du directeur général (Règlements de santé publique), ministère de la Santé, des Personnes âgées et des Soins de proximité

Monaco

Représentants

Dr Anne Nègre
Directeur de l'action sanitaire et sociale

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

Monténégro

Représentants

Dr Miodrag Radunović
Ministre de la Santé, du Travail et du Bien-être social

Mme Danica Mašanović
Vice-ministre de la Santé, du Travail et du Bien-être social

Conseillers

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

M. Igor Građević
Conseiller ministériel, ambassade du Monténégro en Serbie

Norvège

Représentants

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

Mme Toril Roscher-Nielsen
Directeur général, ministère de la Santé et des Services sociaux

Suppléants

Mme Sissel Lyberg Beckmann
Directeur général adjoint, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Øyvind Brandt
Conseiller principal, ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Mme Arnhild Haga Rimestad
Directeur général adjoint, Département de nutrition, Direction de la santé et des affaires sociales

M. Otto Christian Rø
Directeur général adjoint, Direction de la santé et des affaires sociales

M. Arne-Petter Sanne
Directeur de projet, Direction de la santé et des affaires sociales

Mme Sissel Hodne Steen
Conseiller, Mission permanente de la Norvège auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

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

Ouzbékistan

Représentant

Professeur Bakhtiyar I. Niyazmatov
Vice-ministre de la Santé

Suppléant

Dr Abdunomon E. Siddikov
Directeur du Département des relations internationales, ministère de la Santé

Pays-Bas

Représentant

M. Hans de Goeij
Directeur général de la santé publique, ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports

Suppléant

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

Conseillers

Mme Lenie Kootstra
Directeur, Affaires internationales, ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports

Mme Gerda Vrielink
Premier secrétaire, Mission permanente des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

M. Bart Wijnberg
Principal conseiller politique, ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports

Mme Radna Gobind
Conseiller politique, ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports

Pologne

Représentants

Dr Jaroslaw Pinkas
Sous-secrétaire d'État, ministère de la Santé

Professeur Mirosław J. Wysocki
Directeur de l'Institut national d'hygiène

Suppléants

Dr Iwona Traczyk
Directeur scientifique, Institut national d'alimentation et de nutrition

Mme Mariola Mitchell
Chef de la Section des organisations internationales, Département de la coopération internationale, ministère de la Santé

M. Wojciech Nowak
Spécialiste en chef, Département de politique pharmaceutique et de pharmacie, ministère de la Santé

Portugal

Représentants

Dr Francisco George
Directeur général de la santé, ministère de la Santé

Professeur Maria Céu Machado
Haut commissaire à la santé

Suppléants

Professeur José Pereira Miguel
Directeur de l'Institut national de la santé

Mme Filomena Parra
Directeur général adjoint de la santé, ministère de la Santé

Dr João Breda
Chef de division, ministère de la Santé

Conseillers

Mme Marta Abrantes
Expert, ministère de la Santé

M. Paulo Nicola
Expert, ministère de la Santé

République de Moldova

Représentants

Dr Ion Ababii
Ministre de la Santé

Mme Rodica Gramma
Chef de cabinet du ministre de la Santé

République tchèque

Représentant

Mme Jana Katarina Šindelková
Vice-directeur, ambassade de la République tchèque en Serbie

Suppléants

M. Ivo Hartmann
Directeur général de la Section des affaires économiques et internationales, ministère de la Santé

Mme Lenka Balážová
Chargé principal au Département des affaires internationales et de l'Union européenne, ministère de la Santé

Mme Dana Beladová
Responsable adjoint au Département des relations internationales et de l'Union européenne, ministère de la Santé

Roumanie

Représentants

M. Eugen Nicolăescu
Ministre de la Santé publique

Dr Mihai Laurentiu
Directeur général, ministère de la Santé

Suppléant

Dr Adrian Pană
Conseiller principal auprès du ministre de la Santé

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

Représentant

Dr David Harper
Directeur général de la protection de la santé et des affaires sanitaires internationales, ministère de la Santé

Suppléant

M. Will Niblett
Chef d'équipe aux affaires internationales, ministère de la Santé

Conseiller

Mme Lorna Demming
Administratrice des affaires internationales, ministère de la Santé

Saint-Marin

Représentant

Son Excellence M. Dario Galassi
Ambassadeur, Mission permanente de Saint-Marin auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Serbie

Représentant

Professeur Tomica Milosavljević
Ministre de la Santé

Suppléants

Dr Nevena Karanović
Vice-ministre de la Santé

Dr Tomislav Stantić
Vice-ministre de la Santé

Professeur Snežana Simić
Conseiller spécial auprès du ministre de la Santé

Dr Ivana Mišić
Ministre auxiliaire de la Santé pour l'organisation du service sanitaire

Dr Elizabet Paunović
Ministre auxiliaire de la Santé pour les relations internationales

Professeur Goran Ilić
Ministre auxiliaire de la Santé pour les programmes liés aux soins de santé

Mme Zorica Pavlović
Ministre auxiliaire de la Santé pour l'assurance maladie

Dr Svetlana Mijatović
Ministre auxiliaire de la Santé pour l'inspection sanitaire et la santé publique

Mme Ružica Nikolić
Ministre auxiliaire de la Santé pour les médicaments

Mme Svetlana Vukajlović
Directeur du Fonds d'assurance maladie

Slovaquie

Représentants

Dr Ivan Valentovič
Ministre de la Santé

M. Ján Pšenica
Vice-directeur, ambassade de la République slovaque en Serbie

Suppléants

Dr Ivan Rovný
Directeur de l'Administration de la santé publique

Dr Klára Frečerová
Directeur général de la Section des relations internationales, ministère de la Santé

Conseillers

Mme Silvia Balázšiková
Directeur du Département des communications, ministère de la Santé

Mme Dana Farkašová
Vice-recteur et doyen de la Faculté d'études infirmières et des professions de la santé, Université slovaque de la santé

Dr Šárka Kováčsová
Directeur du Département des relations internationales, Administration de la santé publique

Secrétaires

Dr Jaroslava Hurná
Directeur du Département des relations internationales, ministère de la Santé

Mme Elena Jablonická
Conseiller principal au Département des relations internationales, ministère de la Santé

Slovénie

Représentant

Son Excellence M. Miroslav Luci
Ambassadeur de la République de Slovénie en Serbie

Suppléants

Dr Marija Seljak
Directeur général, ministère de la Santé

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

Mme Zvezdana Veber-Hartman
Directeur du Service des affaires de l'Union européenne et de la coopération internationale,
ministère de la Santé

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

Conseillers

Dr Božidar Voljč
Ancien directeur du Centre national de transfusion sanguine

Mme Gabrijela Korže
Mission permanente de la République de Slovénie auprès de l'Office des Nations Unies et des
autres organisations internationales à Genève

Dr Ada Hočevar Grom
Directeur par intérim de l'Institut de santé publique

Mme Nina Krtelj
Conseiller au ministère de la Santé

Suède

Représentants

Professeur Kjell Asplund
Directeur général du Conseil national de la santé et du bien-être social

Mme Anna Halén
Directeur adjoint aux Affaires internationales et de l'Union européenne, ministère de la Santé et
des Affaires sociales

Suppléants

Mme Sandra Hedberg
Responsable administratif au ministère de la Santé et des Affaires sociales

M. Bosse Pettersson
Directeur général adjoint de l'Institut national de santé publique

Mme Maria Möllergren
Conseiller juridique au Conseil national de la santé et du bien-être social

Mme Ingvor Bjugård
Principal responsable de programme à l'Association suédoise des autorités locales et des régions

Suisse

Représentants

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

M. Franz Wyss
Secrétaire central de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé

Suppléant

M. Alexandre von Kessel
Directeur adjoint de la Division des affaires internationales, Office fédéral de la santé publique

Conseiller

Mme Beatrice Schaer Bourbeau
Premier secrétaire, Mission permanente de la Suisse auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève

Tadjikistan

Représentant

Dr Ranokhon F. Abdurahmonova
Ministre de la Santé

Suppléant

M. Salokhodin R. Miroliev
Chef du Département des réformes et des relations internationales, ministère de la Santé

Turkménistan

Représentant

Dr Annamurad Orazov
Vice-ministre de la Santé

Turquie

Représentants

Professeur Recep Akdağ
Ministre de la Santé

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

Suppléants

Professeur Nihat Tosun
Sous-secrétaire adjoint au ministère de la Santé

Dr Rifat Köse
Directeur général de la santé maternelle et infantile et du planning familial, ministère de la Santé

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

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

Mme Sevim Tezel Aydın
Directeur adjoint au Département des affaires étrangères, ministère de la Santé

M. Ahmet Faik Davaz
Premier secrétaire de l'ambassade de la République de Turquie en Serbie

Conseillers

Dr Ali Kemal Çaylan
Expert, École de santé publique, ministère de la Santé

Dr Zekiye Çipil
Expert, École de santé publique, ministère de la Santé

Secrétaire

M. Mustafa Aydın
Ministère de la Santé

Ukraine

Représentant

Dr Alexander Orda
Premier vice-ministre de la Santé

Suppléant

Mme Irina Fedenko
Spécialiste en chef au Département de l'intégration européenne et des relations internationales,
ministère de la Santé

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

Canada

M. Donald R. MacPhee
Conseiller spécial au ministère canadien des Affaires étrangères et du Commerce international

M. Robert Shearer
Conseiller en santé et aux affaires sociales à la mission du Canada auprès de l'Union européenne

Mme Natasha Parriag
Direction des affaires internationales, Santé 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

Dr Armin H. Fidler
Responsable du secteur santé, Unité de développement humain, Région Europe et Asie centrale

Mme Ana Djordjevic
Chargé des opérations du développement humain

Bureau des Nations Unie à Belgrade

M. Jens Simon Modvig
Chef de bureau

Fonds des Nations Unies pour la population

M. Robert Thomson
Psychologue clinique et conseiller, Équipe des services techniques de pays

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Dr Shahnaz Kianian-Firouzgar
Directeur régional adjoint, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale, la CEI et les États baltes

M. Oliver Petrovic
Agent de la santé, Projet Développement du jeune enfant, UNICEF Belgrade

V. Représentants d'autres organisations intergouvernementales

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies

Mme Zsuzsanna Jakab
Directeur

M. Alain Lefebvre
Relations et coordination avec les pays

Commission européenne

Dr Matti Rajala
Conseiller ministériel, Délégation de la Commission européenne à Genève

Mme Nicola Robinson
Chargé de mission/juridique, Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs

M. Andrzej Rys
Directeur, Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs

Dr Ceri Thompson
Chargé de mission, Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs

Conseil de l'Europe

M. Alexander Vladychenko
Directeur général de la cohésion sociale

M. Piotr Mierzewski
Chef de la Division de la santé

Organisation de coopération et de développement économiques

M. Peter Scherer
Chef de la Division de la santé

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

Alzheimer's Disease International

M. Marc Wortmann

Association médicale mondiale

M. Peter Chang
Dr Ramin Walter Parsa-Parsi

Conseil international de normalisation en hématologie

Dr Milica Colovic

Conseil international des infirmières

Mme Radmila Nesic

Conseil international pour le contrôle des troubles dus à la déficience en iode

Professeur Paolo Vitti

Consumers International

Mme Sue Davies

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

Dr Paja Momcilov

Fédération internationale de l'industrie du médicament

M. Brendan Barnes

M. Fran Franco

Mme Pamela Graves-Moore

M. Jos Nieveen

M. Mario Ottiglio

Fédération internationale des associations des étudiants en médecine

M. Nenad Djermanov

Mme Jessica Ehne

Mme Marija Ljubicic

Dr Danijela Zivic

Fédération internationale pour le planning familial

Mme Irene Donadio

Fédération mondiale des associations de la santé publique

Dr Ulrich Laaser

Fédération mondiale d'hémophilie

Mme Catherine Hudon

M. Brian O'Mahony

Fédération mondiale du cœur

Mme Danielle Grizeau-Clemens

Mme Lauriane Zonco

Région européenne, Confédération mondiale pour la thérapie physique

M. Aleksandar Nikolic

Dr Emma K. Stokes

Société internationale d'hématologie

Dr Milica Colovic

Union internationale contre le cancer

Dr Ana Jovicevic Bekic

Union internationale des sciences de la nutrition

Professeur Petrica Ruzic

Union mondiale pour la nature

Dr Jörg Lohmann

VII. Observateurs

Agence européenne pour la reconstruction

Dr Matthias Reinicke

Alliance mondiale pour les personnels de santé

M. Eric de Roodenbeke

Association des écoles de santé publique de la Région européenne

Professeur Anders Foldspang

BUKO Pharma-Kampagne

Dr Christian Wagner

Confédération des industries agro-alimentaires de l'Union européenne

M. Jean Martin

Mme Sabine Nafziger

M. Pawel Szatkowski

Fédération européenne des associations d'infirmières

M. Paul De Raeve

Forum européen des associations de médecins et de l'OMS

Dr Ramin Walter Parsa-Parsi

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

Mme Marian van Huis

Réseau Régions-santé

Dr Helmut Brand

The Brewers of Europe

M. Simon Bryceson

Annexe 4

Allocution du directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Introduction

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les ministres, Mesdames et Messieurs les participants à la cinquante-septième session du Comité régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Pour ce huitième rapport depuis que je suis directeur régional, j'ai décidé d'innover et de m'éloigner quelque peu de la façon dont j'ai présenté les sept précédents. Exceptionnellement, je parlerai d'abord du secrétariat, que j'aborde en général à la fin. Mais cette année, de nombreux événements importants ont marqué la vie interne de l'Organisation et je tiens à les présenter en préliminaire. Ces événements ont eu et auront des répercussions importantes sur les services que l'OMS apporte aux États membres.

Depuis notre dernière session, un nouveau directeur général, le docteur Margaret Chan, a été nommé par l'Assemblée mondiale de la santé. Elle a pris ses fonctions au mois de janvier 2007. Sa vision et ses premières actions ont visiblement modifié les rôles respectifs des régions et du Siège au sein de l'Organisation.

Depuis longtemps, les États membres comme les bureaux régionaux souhaitent une meilleure intégration des différents niveaux de l'Organisation et un nouvel équilibre des rôles et des responsabilités. Au cours de cette année et sous l'impulsion du nouveau directeur général, un mouvement de bas en haut et simultanément de haut en bas a été mis en marche de façon très concrète. Les bureaux régionaux et le Siège ont travaillé ensemble sur des sujets importants comme le Règlement sanitaire international (RSI), la propriété industrielle, la migration des personnels de santé, le renforcement des systèmes de santé et les relations avec les partenaires principaux de l'Organisation, tels que l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Union européenne (UE) et la Commission européenne. L'un des sujets très importants sur lequel l'ensemble de l'Organisation a aussi travaillé cette année, sous l'égide du directeur général, a porté sur la réforme du système des Nations Unies.

Le docteur Chan vous en dira plus demain matin sur ces sujets au cours de sa présentation. Mais je peux d'ores et déjà témoigner que la collaboration et la coopération qui ont eu lieu cette année ont renforcé les liens internes et externes de l'Organisation. Elles ont eu un effet très stimulant pour le Bureau régional de l'Europe qui les souhaitait depuis de nombreuses années.

Ces sujets globaux et leur dimension régionale seront abordés tout au long de ce Comité. Les principales sessions sont en effet consacrées au personnel sanitaire et au renforcement des systèmes de santé, en particulier au service de la mère et de l'enfant dans le contexte des objectifs du Millénaire pour le développement. Autre sujet global à forte dimension européenne, celui de la politique alimentaire et nutritionnelle avec les résultats de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité qui s'est déroulée en novembre dernier à Istanbul.

Dans mon rapport, j'ai repris la plupart des éléments contenus dans le document présenté l'année dernière sur l'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Il s'agit donc d'une certaine manière d'un premier bilan de la mise en œuvre de ce programme ayant pour horizon l'année 2020.

Les Balkans : la paix, les droits de l'homme et la santé

Puisque nous inaugurons aujourd'hui pour la première fois un Comité régional à Belgrade au cœur même du sud-est de l'Europe qui a été récemment le centre d'affrontements sanglants, je voudrais évoquer comme je l'ai fait régulièrement au cours des comités régionaux précédents, le programme appelé Pacte de stabilité pour l'Europe du Sud-Est.

Ce programme, six ans après son lancement à Dubrovnik, a connu cette année encore de nombreux développements. Créé à l'initiative commune du Conseil de l'Europe et du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, ce programme réunit depuis 2001 les gouvernements de pays qui sortaient d'une période de dix ans de conflit : l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Croatie, l'ex-République yougoslave de Macédoine et la Serbie. Et leurs voisins, la Bulgarie et la Roumanie. À ces pays se sont rajoutés la République de Moldova et plus récemment le Monténégro.

L'idée de base était simple. Certains la trouvaient même simpliste. On faisait l'hypothèse que des programmes de santé publique communs aux différents pays pouvaient renforcer leur collaboration et contribuer à leur réconciliation. Une idée simple en effet, répondant aux valeurs des Nations Unies et mettant au service des pays l'expertise en santé et l'indépendance de l'OMS.

Ce processus a fait son chemin, il a immédiatement trouvé des donateurs : quatre au début, trois pays et la Banque de développement du Conseil de l'Europe. Aujourd'hui, ils sont neuf : la même Banque et huit pays au lieu de quatre. Des thèmes de santé publique communs à tous ces pays ont été initialement sélectionnés : la santé mentale, la prévention des maladies transmissibles, la nutrition, auxquels sont venus se rajouter les services de santé publique, la santé de la mère et du nouveau-né, les systèmes d'information et le tabagisme. Je vous l'ai dit l'année dernière, cette initiative a été reconduite en 2005 à Skopje pour une seconde étape de quatre ans.

L'année qui vient de s'écouler a vu l'expansion et l'extension de ce programme en particulier sous la forme d'une étude sur l'efficacité des services de santé publique dans les neuf pays membres de ce programme. Il s'agit à nos yeux d'une initiative exemplaire qui, par l'association de la science et de la politique, bénéficie à la santé des citoyens.

Je voudrais revenir également ce matin sur une action qui s'est également déroulée tout près d'ici et que j'ai déjà évoquée lors de la précédente session. Il s'agit du Kosovo, où l'OMS avec les autres organisations des Nations Unies et sous la responsabilité politique de la Mission des Nations Unies au Kosovo (UNMIK), a permis de porter secours à 530 personnes d'origine tzigane, dont 250 enfants. Ils ont pu bénéficier d'un vaste programme de santé publique comprenant la réinstallation dans un environnement plus sain et des conditions d'hygiène meilleure. Ils ont aussi bénéficié d'un soutien psychosocial, de programmes d'éducation pour la santé, d'un suivi des taux de plomb dans le sang et de traitements adaptés.

Après un an et demi, les résultats sont surprenants. Ils seront bientôt publiés dans une revue scientifique. Ils montrent à la fois la nécessité et l'efficacité de mesures préventives et d'interventions médicales, mais aussi les limites de ces mesures.

Enfin, pour clore ce chapitre des droits de l'homme et des actions humanitaires, je citerai bien sûr la libération des infirmières et du médecin bulgares qui s'est déroulée récemment.

Sans entrer dans le contexte politique qui a entouré cette affaire, le Bureau régional de l'Europe ne peut que se réjouir de l'issue finale de cette question à laquelle il a été appelé à contribuer depuis l'an 2000. Nous avons travaillé régulièrement avec le gouvernement bulgare et en étroite relation avec le Siège de l'OMS pour que la vérité scientifique et les droits de l'homme soient respectés.

Je voudrais remercier tout particulièrement notre Ambassadrice de bonne volonté, Madame Sylvie Vartan, qui a œuvré sans relâche pour rassembler toutes les énergies possibles et assurer une issue heureuse à cette affaire. Voici un bon exemple, certes un peu particulier, de l'intersectoralité qui a permis la mobilisation du monde du spectacle, des arts et des médias. Mobilisation que le secteur de la santé à lui seul ne pouvait réaliser.

Madame, je vous remercie infiniment d'avoir joué ce rôle à nos côtés et je sais que vous continuerez à soutenir nos équipes pour l'amélioration de la santé des enfants de la Région.

Des actions et des pays

Au cours de cette dernière année, beaucoup d'actions se sont déroulées en collaboration et dans les pays de la Région. L'objectif est demeuré le même : améliorer et adapter les services de l'OMS aux 53 pays de la Région et à leurs spécificités.

Je me limiterai aujourd'hui à quelques exemples particulièrement significatifs ou représentatifs de ce qui a été accompli cette année. Le rapport qui vous sera présenté à la prochaine session du Comité régional donnera plus de détails sur ces actions. Notre préoccupation principale est de répondre aux attentes et aux besoins de chacun des pays de la Région européenne, en particulier par la mise en œuvre des contrats passés avec eux tous les deux ans.

J'évoquerai d'abord la vaccination et les maladies contagieuses. Malgré tous les efforts réalisés, les maladies évitables par la vaccination tuent encore aujourd'hui dans notre Région 32 000 enfants de moins de cinq ans. Six cent mille nouveau-nés ne reçoivent pas au cours de la première année les vaccinations de base. Qui plus est, de nombreux parents et professionnels ne redoutent plus le danger de ces maladies évitables, parfois même, ils redoutent plus le vaccin que la maladie elle-même. Il faut vraiment agir dès aujourd'hui pour relever ce défi. L'introduction de nouveaux vaccins est aussi un enjeu dans ce domaine, en particulier pour réduire les écarts de santé entre l'est et l'ouest de la Région.

Je citerai quelques exemples seulement pour illustrer les activités du Bureau régional dans ce domaine des vaccinations. En tout premier lieu, la Semaine européenne de la vaccination qui a eu lieu cette année pour la deuxième fois dans la Région. On a noté une participation plus importante des pays, 25 s'y sont activement impliqués, et une plus grande visibilité médiatique. Notons également la réunion en avril dernier de 46 correspondants nationaux pour la lutte contre la rougeole et la rubéole dans la perspective de leur élimination toujours prévue pour 2010. Dans le même domaine, une campagne de vaccination en Azerbaïdjan destinée à 2,5 millions de personnes et soutenue par six pays. Objectif : la surveillance des épidémies, l'identification de groupes à haut risque et le renforcement des politiques et des programmes de vaccination contre les deux maladies.

Bien qu'ayant disparu de la Région européenne, la poliomyélite reste un sujet très préoccupant, puisque quatre pays dans le monde n'en sont pas encore débarrassés. Le directeur général a fait de l'élimination de cette maladie une priorité pour l'OMS et une démonstration d'efficacité réelle de la santé publique. Elle a appelé les régions libérées du virus à soutenir celles qui ne l'étaient pas encore. En réponse à cet appel, le Bureau régional de l'Europe et le Bureau de la Méditerranée orientale ont signé pendant l'Assemblée mondiale un accord prévoyant une forte collaboration entre les deux régions.

Je voudrais en quelques mots répondre à une question qui m'a été posée concernant l'intérêt pour la Région européenne de participer au Comité pour le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Les membres de ce comité global sont élus par les régions. Nous avons cette année même à pourvoir un siège laissé vacant par la Grèce durant notre session privée de mercredi. La réponse à la question se trouve dans l'actualité. Cet été même, pour la première fois, la Région européenne a été touchée par le Chikungunya qui est habituellement trouvé en Afrique, en Asie du Sud-Est et aux Philippines. Deux cent cas ont été constatés au nord-est de l'Italie sur la côte Adriatique. Cette épidémie est une nouvelle illustration de la globalisation des pathologies et notamment celles transmissibles.

La grippe aviaire est une autre illustration de cette globalisation. Le Bureau régional a poursuivi son soutien aux États membres, pour la préparation de la lutte contre une éventuelle pandémie. Du fait de ses ressources notamment dans le domaine de la production de vaccins, la Région européenne joue un rôle global dans cette préparation. Depuis l'adoption en 2007 d'une résolution par l'Assemblée mondiale, l'OMS a fait progresser la promotion du partage transparent et rapide des virus dans la perspective de l'évaluation du risque de pandémie et la mise au point des vaccins. L'établissement d'un stock international est aussi une composante de ce partage.

Dans les mois prochains, le Bureau régional approchera les États membres pour préparer avec eux une réunion intergouvernementale sur la propriété intellectuelle qui se déroulera en novembre prochain. Ces sujets seront discutés plus en avant au cours de cette session du Comité régional.

Pour clore ce chapitre, je voudrais rappeler le forum ministériel « Tous contre la tuberculose » qui se déroulera à Berlin le mois prochain. Son objectif est de définir les actions à entreprendre pour arrêter la diffusion de la maladie. Dans une lettre adressée aux ministres de la Santé en 2005, j'avais attiré leur attention sur l'expansion rapide de la tuberculose dans la Région.

Comme chaque année, je voudrais aussi attirer l'attention sur l'évolution de l'épidémie de sida dans la Région et sa croissance rapide malgré tous les efforts de prévention et de traitements. Deux millions et demi de personnes vivent avec le VIH/sida dans la Région. Huit cent cinquante mille patients sont sous traitements prolongés. L'engagement dans ce domaine à l'horizon 2010 reste l'accès équitable, efficace, non dangereux et économiquement abordable à la prévention et au traitement. Le problème principal demeure la couverture de la maladie et l'absorption de ses coûts par les systèmes de santé.

Venons en maintenant au domaine des maladies non transmissibles. Ces maladies sont responsables dans la Région de près de neuf dixièmes de la mortalité et de plus de trois quarts de la charge des maladies d'après l'échelle DALY. Les maladies cardiovasculaires sont à elles seules responsables de la moitié de la mortalité totale. Elles contribuent aussi largement aux 20 ans d'écart d'espérance de vie moyenne constatés entre les pays de la Région.

Cette année, le Bureau régional a travaillé avec un groupe de huit pays à l'approfondissement et à la mise en œuvre de la stratégie européenne adoptée l'année dernière par le Comité régional. Une bonne collaboration a été développée avec le Siège de l'OMS, la Commission européenne, le Réseau européen du cœur et la Société européenne de cardiologie. Comme illustration du soutien direct aux États membres, je citerai le programme de surveillance de cancer en Albanie, la revue des stratégies face aux maladies cardiovasculaires en Estonie, l'actualisation de la politique des maladies non transmissibles en Russie.

Autre domaine d'action pour le Bureau régional : la santé reproductive. Chaque année plus de 30 000 femmes meurent en Europe d'un cancer du col de l'utérus, maladie pourtant largement évitable. Dans la perspective de faire baisser ce chiffre élevé, des représentants de 44 pays de la Région se sont réunis en mai dernier pour promouvoir une meilleure gestion de la prévention en particulier l'utilisation du nouveau vaccin. Citons le développement intéressant d'une collaboration multinationale en faveur du programme national arménien contre le cancer du col qui reçoit le soutien de la Finlande, de l'Islande, de la Lituanie et de la Norvège, sans oublier bien sûr les experts de l'OMS. Dans de nombreux pays de la Région, le sujet de la santé reproductive est à l'ordre du jour sous ses différents aspects : bilan de la politique en Azerbaïdjan et au Kirghizistan, formation professionnelle en Turquie et au Turkménistan et éducation sexuelle au programme des 27 pays participant à la réunion de Cologne en novembre 2006. Enfin, 26 pays de la Région européenne constituent le réseau SAFE pour la promotion de la santé sexuelle et le droit des jeunes.

Pour clore ce chapitre, je voudrais faire comme chaque année un rapport rapide sur les développements du programme de santé mentale. Depuis le précédent Comité régional nous avons, en partenariat avec la Commission européenne, poursuivi la mise en œuvre du plan d'action adopté à Helsinki. En particulier, dans le domaine du recueil des données. Nous allons publier ces données dans les mois prochains et nous aurons ainsi une connaissance approfondie de l'état des services de santé mentale dans la Région. L'aide apportée aux États membres dans ce domaine porte essentiellement sur l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires et la formation des médecins de famille au diagnostic et au traitement de la maladie mentale. Les pays d'Asie centrale sont particulièrement intéressés par ces initiatives.

Je voudrais maintenant aborder le thème des systèmes de santé comme l'un des déterminants essentiels de la santé. En application de la résolution sur la pauvreté et la santé adoptée en 2002 par le Comité régional, le centre de Venise a développé ses activités pour amplifier son assistance aux États membres de la Région.

Vingt-cinq pays représentant les différentes parties de la Région développent des activités spécifiques dans ce domaine. Par exemple :

- l'Allemagne pour l'amélioration de la santé des populations migrantes par l'intégration des services sociaux et de santé ;
- le Monténégro pour la santé des réfugiés tziganes par un meilleur usage des services de santé ;
- et la Suède pour son programme de protection et de promotion de la santé des chômeurs.

Des actions ont été développées avec de nombreux États membres par le Bureau régional dans le champ de la gouvernance et les domaines de compétence des systèmes de santé. Je citerai l'évaluation des systèmes de santé en Arménie, Géorgie, Kazakhstan, Ouzbékistan et Russie.

Autres exemples :

- les études sur les inégalités des systèmes de soins publiées en République tchèque et en Hongrie ;
- le développement des politiques de santé et des stratégies de gestion des systèmes de santé en Bosnie-Herzégovine, au Portugal, en Suisse et au Tadjikistan ;
- une collaboration pour la restructuration du ministère de la Santé et le développement de son domaine de compétence fournie par le Bureau régional à l'Azerbaïdjan, la République de Moldova, la Roumanie et la Turquie.

Enfin, toujours dans le domaine du renforcement des systèmes de santé, il faut noter la publication du rapport européen sur la sécurité et la santé, contribution européenne à la Journée mondiale de la santé 2007.

Notre travail sur les systèmes de santé est stimulé par la préparation de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, qui se déroulera en juin 2008 en Estonie. Différentes consultations et réunions préparatoires ont eu lieu en 2006 et 2007 et ont mobilisé un nombre substantiel d'États membres de la Région. Les préparatifs de la Conférence se développent de façon satisfaisante. Des détails vous seront donnés dans les différentes sessions du Comité régional. Il n'est pas surprenant dans ce contexte que le renforcement des systèmes de santé soit l'un des sujets les plus couramment retrouvés dans les accords de collaboration biennaux entre le Bureau régional et les États membres, particulièrement ceux récemment signés avec les pays de l'Europe de l'Ouest, comme l'Andorre, la Belgique et le Portugal.

Pour terminer cette présentation des activités du Bureau régional dans les pays, je voudrais aborder l'environnement et la santé, domaine particulièrement actif cette année. Je mentionnerai le soutien au développement des politiques nationales à partir des travaux du Comité européen de l'environnement et de la santé et de la réunion qui s'est tenue à Vienne en juin 2007 avec pour objet l'évaluation des progrès dans la réalisation de la Déclaration de Budapest. Notons également les études de cas de bonnes pratiques recueillies dans le domaine de l'environnement et des politiques de santé et le travail avec des groupes de jeunes en Autriche, Irlande, Norvège et Suède.

En conclusion de ce chapitre, je voudrais dire ma satisfaction de constater le développement des opérations au niveau des pays. Ceci va de pair avec le développement des bureaux de pays et avec l'amélioration de la qualification des personnels travaillant sur le terrain. Cette présence sur le terrain devrait se renforcer dans les années à venir car elle contribue largement à l'efficacité des actions du Bureau régional et à l'adaptation de ses services aux besoins individuels des États membres.

Il y a bien entendu de nombreux programmes et unités du Bureau régional dont la mission est de soutenir les unités et programmes opérationnels. Je pense entre autres à l'administration et aux finances, et aux technologies de l'information. Je voudrais simplement dire combien ils sont utiles et indispensables pour que puissent être réalisées toutes les activités que je viens d'énumérer.

Travailler avec nos partenaires

La précédente session du Comité régional a adopté le document sur l'avenir du Bureau régional de l'Europe, dont la résolution demandait au directeur régional de renforcer les actions communes et partagées avec ses partenaires principaux.

C'est ce que nous avons fait cette année sur des sujets précis. Avec le Conseil de l'Europe sur la santé des migrants, avec la Banque mondiale sur les objectifs du Millénaire pour le développement. Avec l'UE et la Commission européenne, la collaboration s'est intensifiée pour devenir, comme recommandé dans le document adopté l'année dernière, un véritable partage de responsabilités. Nous avons donc travaillé dans cette perspective avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM) pour peaufiner les plans de préparation sur la grippe aviaire et avec de nombreux services de la Commission pour harmoniser et compléter nos programmes, en particulier dans les domaines de la sécurité sanitaire, de l'équité, de l'environnement et de la nutrition.

Les présidences de l'UE ont été des moments privilégiés pour renforcer cette collaboration. Avec la Finlande pour le programme « La santé dans toutes les politiques », devenu aujourd'hui une véritable référence de santé publique. Avec l'Allemagne, la prévention du sida, et en ce moment, même avec le Portugal sur le thème santé et migrations. Une réunion à laquelle participera le directeur général est prévue sur ce thème à Lisbonne à la fin de ce mois.

Sur le plan politique, le docteur Chan et moi-même avons rencontré l'OCDE et les principaux dirigeants de l'UE en vue d'harmoniser notre travail et en renforcer l'efficacité. Le docteur Andrzej Rys est là pour témoigner de notre travail commun et je voudrais publiquement le remercier de nous associer, comme cela a été le cas au cours d'une récente réunion au Portugal, aux préparatifs de la nouvelle stratégie de santé de la Commission.

Je lui redis avec un sourire amical ce que je lui ai dit à Lisbonne. S'il est légitime que chaque organisation ait sa stratégie, il est bon que les États membres perçoivent la convergence des propositions que leur font les différents organismes auxquels ils contribuent. C'est ce à quoi nous nous employons ensemble.

Encore une fois, ces collaborations avec des organisations internationales se développent je l'espère pour le plus grand bénéfice de tous les États membres de la Région. J'insiste sur le mot « tous les États membres ». Ainsi le Bureau régional de l'Europe sert de pont et de transfert de connaissances entre les pays appartenant à l'UE et ceux n'en faisant pas ou pas encore partie.

Ce Comité régional

J'ai déjà plusieurs fois cité l'une ou l'autre des sessions de ce Comité régional. Je voudrais rajouter les séances d'information technique sur des sujets aussi importants que l'eau, le RSI et la participation des citoyens aux décisions de santé publique, qui est un thème nouveau et porteur d'avenir.

Pour la troisième année, une séance sur le suivi des sessions précédentes est prévue pour demain après-midi. Au programme figurent l'environnement et la santé, l'obésité, la stratégie contre les maladies non transmissibles, le renforcement des systèmes de santé et la sécurité sanitaire.

Conclusion

En conclusion, je voudrais souhaiter aux participants de ce Comité régional d'y trouver un intérêt pour leur propre travail dans leur pays et de s'y sentir à l'aise en tant que membres des instances statutaires de l'OMS. Vos critiques et suggestions sont comme toujours les bienvenues et nous en tenons largement compte dans nos travaux entre les sessions du Comité régional.

Je voudrais aussi remercier chaleureusement les membres du Comité permanent et en particulier son président le docteur David Harper pour le soutien et la stimulation qu'ils ont apportés cette année encore au Bureau régional et notamment dans la préparation de cette session du Comité régional.

Enfin, je veux rendre un hommage tout particulièrement chaleureux et fort à l'ensemble des personnels du Bureau régional. Je le fais chaque année et ma conviction ne fait que se renforcer d'avoir la chance de diriger une équipe exceptionnelle, dévouée, compétente et fière de servir les nobles causes de l'OMS.

Je vous remercie de votre attention et vous souhaite un excellent Comité régional.

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

Monsieur le Président Tadic, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres, Mesdames et Messieurs les délégués, Docteur Danzon, Directeur régional pour l'Europe, Mesdames et Messieurs,

Je tiens à remercier le Gouvernement serbe d'accueillir le Comité régional en cette ville.

À la fin des années 80, la communauté de la santé publique comptait sur cette Région pour indiquer comment faire face aux problèmes de santé nouveaux ou qui commençaient à apparaître dans les pays riches très développés. C'était alors la Région la plus uniformément prospère, alliant un niveau de vie élevé à une longue espérance de vie. Les ministres de la santé entendaient améliorer encore une situation sanitaire déjà bonne.

Cette Région a considéré dans leur ensemble les déterminants de la santé et s'est penchée de près sur les mesures de promotion de la santé et de prévention. Le Bureau régional a entrepris des travaux de pionnier sur la santé et l'environnement et, ce faisant, expérimenté des solutions pour appliquer des approches multisectorielles fructueuses. Les pays européens ont dirigé les travaux en matière de prévention des maladies chroniques et inscrit les facteurs liés au mode de vie au nombre des préoccupations sanitaires majeures.

La Région s'est employée à promouvoir une alimentation saine, la santé dans les villes, à l'école, au travail, et la santé des populations immigrantes. De bonne heure, elle a examiné l'ensemble des besoins sanitaires des personnes âgées et prédit que le vieillissement de la population deviendrait l'un des plus grands problèmes dans un avenir proche.

Toutes ces initiatives étaient courageuses à l'époque. Qui aurait imaginé que ces problèmes, que certains considéraient comme des préoccupations « de luxe » propres aux pays riches, deviendraient des questions de santé d'une actualité brûlante partout dans le monde en cette première décennie du XXI^e siècle ?

De plus en plus souvent, les mêmes forces puissantes déterminent les problèmes de santé dans le monde entier. De plus en plus souvent, la santé publique est mise au défi de résoudre un ensemble commun de problèmes très complexes.

L'urbanisation est une question brûlante et c'est dans les pays en développement que la densité de population en milieu urbain augmente le plus vite. A mesure que la demande d'énergie et de moyens de transport augmente, la pollution de l'air dans les villes et les conséquences des émissions de gaz à effet de serre deviennent des questions urgentes à l'échelle planétaire. Les effets du changement climatique se font déjà sentir. La mondialisation a contribué à généraliser les changements de mode de vie, souvent au détriment de la santé.

Les maladies chroniques, longtemps considérées comme le lot des sociétés riches, se sont déplacées. C'est maintenant dans les pays à revenu faible ou moyen qu'elles sévissent le plus. L'obésité, qui atteint des proportions épidémiques en Europe, est désormais un problème mondial. Aucune Région n'est épargnée. Les besoins sanitaires des personnes âgées sont aussi une question brûlante. Chaque mois, un million de personnes dans le monde atteignent l'âge de 60 ans ; 80 % d'entre elles vivent dans les pays en développement.

Le financement de la santé est devenu une question brûlante, plus que d'autres encore. C'est en partie à cause des nouvelles pressions que la poussée des maladies chroniques exerce sur les systèmes de santé et le budget des ménages. C'est aussi en partie à cause de la volonté confirmée de mettre l'accent sur l'équité et la lutte contre la pauvreté, qui trouve son expression concrète dans les objectifs du Millénaire pour le développement. La logique est simple. Si l'on veut que la santé serve de stratégie pour résorber la pauvreté, on ne peut pas laisser les dépenses de santé appauvrir encore les ménages déjà démunis. En

quelques années, la nécessité de renforcer les systèmes de santé est devenue une question d'une actualité brûlante, qui est au centre du débat sur le développement. J'y reviendrai plus tard.

En ce qui concerne les approches multisectorielles, inaugurées quand les ministres européens de la santé et de l'environnement ont uni leurs efforts, elles sont maintenant au cœur des objectifs du Millénaire pour le développement. Ces objectifs s'attaquent aux causes profondes de la pauvreté et tiennent compte de leurs interactions complexes. Mais, le plus important pour nous, c'est qu'ils défendent l'idée que la santé est un moteur crucial du progrès économique et qu'ils rehaussent ainsi son rôle. La santé n'est plus un simple consommateur de ressources. Elle produit des gains économiques. Malgré la complexité des problèmes auxquels nous sommes confrontés, ce nouveau prestige nous donne d'excellentes raisons d'être optimistes.

En Europe, la santé a également été influencée par d'importantes forces géopolitiques. Les problèmes de santé associés à un niveau élevé de développement sont toujours présents, mais la situation générale en Europe est extrêmement différente de ce qu'elle était à la fin des années 80. Il n'y a pas si longtemps, la communauté internationale avait tendance à considérer que les écarts de résultats sanitaires étaient distribués en gros selon une ligne nord-sud. Ici en Europe, il y a des disparités entre l'est et l'ouest, et des disparités presque partout entre les habitants pauvres des zones rurales ou urbaines et les habitants des banlieues aisées.

Comme le fait remarquer un des documents présentés au Comité, il existe en Europe des zones et des sous-groupes dans lesquels le taux de mortalité des mères et des enfants en bas âge est aussi élevé qu'en Afrique subsaharienne ou que dans le sud de l'Asie. Les pays de la partie orientale de la Région comptent parmi ceux qui enregistrent les taux de tuberculose multirésistante les plus élevés au monde. On observe une tendance plus alarmante encore dans ces pays : l'apparition d'une forme de tuberculose à bacilles ultrarésistants, ou tuberculose ultrarésistante, qu'il est quasiment impossible de traiter, avec un taux de mortalité proche de 98 %.

Tous, nous sommes vulnérables à ces menaces. Notre riposte, qu'il s'agisse d'autodéfense ou d'un engagement envers l'ensemble de l'humanité, doit être collective et fondée sur une responsabilité commune.

Les maladies infectieuses se propagent. La tuberculose ultrarésistante se propage. La pollution de l'air et de l'eau se propage. La mondialisation du commerce et de la distribution propage des changements de mode de vie qui accélèrent la progression des maladies chroniques.

Le marché du travail s'est mondialisé. L'un des points inscrits à l'ordre du jour concerne les politiques relatives au personnel sanitaire. Toutes les Régions cherchent des solutions à la pénurie universelle d'agents de santé bien formés, motivés et compétents. Nous nous efforçons tous de résoudre des problèmes similaires.

L'une des récompenses de nos efforts communs, c'est qu'un bon état de santé contribue à la stabilité et est un fondement de la prospérité. Une Région stable et prospère sert les intérêts de tous les pays.

À posteriori, c'est une bonne chose pour l'action sanitaire internationale que l'Europe ait, la première, appréhendé ces problèmes et dressé des plans d'action pour y faire face. Ayant pris de l'avance, l'Europe est en bonne position pour piloter l'action sanitaire internationale contre un grand nombre de problèmes mondiaux parmi les plus urgents aujourd'hui.

Indéniablement, l'initiative politique en Europe exerce une forte influence sur la politique sanitaire au niveau international. C'est particulièrement vrai en raison de la place que cette Région accorde en général aux approches préventives, aux comportements sains, à l'action multisectorielle, et au lien entre les résultats sanitaires et la performance des systèmes de santé. Son expérience nous sera très utile au niveau mondial. C'est un atout précieux dont la valeur, je crois, ne fera qu'augmenter.

Il va sans dire que les solutions à bon nombre de problèmes auxquels vous vous consacrez en Europe, y compris les questions dont le Comité est saisi, sont de portée mondiale. Si vous trouvez le moyen de limiter le recours aux soins hospitaliers, le monde entier en bénéficiera. Cela concerne plus particulièrement les soins à domicile pour les personnes âgées et les soins de santé primaires pour les mères, les nourrissons et les jeunes enfants.

Si vous trouvez le moyen d'améliorer l'urbanisme pour remédier aux conséquences de la sédentarité, le monde entier en bénéficiera. Si votre plan d'action pour une politique alimentaire et nutritionnelle parvient à réduire l'incidence des maladies liées au régime alimentaire et des toxi-infections alimentaires, le monde entier en bénéficiera.

Soyez-en sûrs, je sais combien le problème est ardu, combien il est difficile pour le secteur de la santé de convaincre quand tant d'autres secteurs sont concernés. Sur ce plan, la Région européenne a un autre avantage de taille : l'habileté de son utilisation stratégique des données factuelles et de leur pouvoir de persuasion.

L'année prochaine, ce Bureau organise une conférence ministérielle sur le renforcement des systèmes de santé. Le monde entier bénéficiera des retombées de cette conférence si elle parvient à définir des stratégies efficaces et des bonnes pratiques de nature à améliorer le fonctionnement des systèmes de santé.

Il y a néanmoins une ombre au tableau. Je veux parler de l'opinion, parfois exprimée dans les instances internationales, selon laquelle l'Europe est parfaitement capable de s'occuper seule de ses problèmes de santé. Des pays d'Europe centrale ou orientale peuvent ainsi être oubliés lors de la mise en place de plans d'aide au développement. Il est du devoir de la communauté internationale de veiller à ce que des mesures sanitaires soient prises en cas de besoin, où que ce soit dans le monde.

Comme le montrent clairement les documents dont est saisi ce Comité, les systèmes de santé traditionnels de certaines parties de la Région se sont tout simplement effondrés. Ils n'ont pas encore été remplacés par d'autres systèmes capables de s'atteler, de manière complète et équitable, aux immenses besoins sanitaires non satisfaits.

Le rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement qui a été distribué aux membres de ce Comité insiste plus spécialement sur la mortalité maternelle et infantile. Il contient une analyse pénétrante des systèmes de santé et de leurs insuffisances. Ce travail coïncide parfaitement avec la réflexion conduite au niveau mondial, et notamment l'évaluation en cours des progrès réalisés sur la voie de la réalisation des objectifs.

Au niveau mondial, c'est la réalisation des objectifs fixés pour la santé maternelle et infantile qui pose le plus de difficultés. Elle passe impérativement par l'existence d'un système de santé opérationnel. Les taux de décès associés aux complications de la grossesse et de l'accouchement sont restés immuablement élevés, malgré plus de deux décennies d'efforts. Aucune baisse sensible du nombre de ces décès ne peut être attendue tant que les femmes ne seront pas plus nombreuses à accoucher en présence de personnel qualifié et à bénéficier de soins obstétricaux d'urgence.

L'année dernière, la vaccination systématique des enfants a atteint des niveaux record, grâce à la détermination des ministres de la santé et au soutien de l'Alliance GAVI. Mais la mortalité infantile ne baissera de manière sensible que lorsque davantage de nouveau-nés, de nourrissons et de jeunes enfants bénéficieront de soins cliniques en cas de naissance prématurée, d'asphyxie, de pneumonie et de maladie diarrhéique.

Encore une fois, l'existence d'un système de santé opérationnel est une nécessité absolue.

D'où l'extrême pertinence de la déclaration suivante, contenue dans le document dont est saisi ce Comité : « Comme le montre l'expérience des Régions, le déficit de capacité des systèmes de santé freine

irréremédiablement la réalisation des OMD liés à la santé ». Irrémédiablement, en effet, à moins d'une évolution rapide et radicale de la situation, dans la bonne direction.

C'est à l'aune de son influence sur les résultats sanitaires que se mesure l'efficacité d'un système de santé – quelle que soit la définition de ce système. Je vous le rappelle : on ne jugera pas notre capacité à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé d'après des moyennes nationales. On s'intéressera à l'échelle des soins complets que nous sommes capables d'assurer aux plus démunis.

Et c'est là notre faiblesse. Les personnes défavorisées vivent dans des lieux souvent difficiles d'accès, en Europe comme dans le reste du monde. Elles vivent dans des zones rurales reculées ou dans des taudis urbains, ou sont sans abri. C'est effectivement la difficulté des systèmes de santé à atteindre ces populations qui fait obstacle.

Les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, qui concernent la santé de la mère et de l'enfant, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, sont ceux dont la réalisation est la plus improbable. Ces objectifs sont précisément ceux qui font la différence la plus immédiate entre la vie et la mort pour des millions de personnes. Or il existe des instruments puissants à l'appui de la réalisation de ces objectifs – excellents vaccins et médicaments, et autres interventions d'une efficacité avérée.

Comment pouvons-nous échouer ? L'obstacle est-il réellement insurmontable ? Je perçois des signes encourageants de changements rapides, spectaculaires, dans la bonne direction.

Au début de ce mois, j'ai assisté à Londres au lancement du Partenariat international pour la santé, en présence des Premiers Ministres Gordon Brown et Jens Stoltenberg (de Norvège), et des chefs d'autres grandes organisations et fondations qui ont pour mission d'améliorer la santé. C'est la lenteur des progrès sur la voie de la réalisation des objectifs liés à la santé qui est à l'origine de ce Partenariat. Il s'attaque de front aux deux principaux obstacles, à savoir l'incapacité des systèmes à mener à bien les interventions et l'inefficacité de l'aide.

Ainsi se vérifiera la réalité des engagements. Dès lors qu'on ne progresse plus, il faut prendre du recul, chercher les raisons, changer de vitesse et intensifier l'action. C'est ce qui est arrivé. A cette occasion, les organismes internationaux se sont engagés à mieux coordonner leurs activités et à définir clairement leurs rôles respectifs dans la réalisation des cibles communes. Ce programme correspond aux priorités générales de la réforme des Nations Unies, à laquelle l'OMS est pleinement associée.

A mon poste depuis huit mois, je suis frappée par la communauté des problèmes de santé de toutes les Régions et par la communauté des aspirations des responsables sanitaires. Partout dans le monde, la santé publique mène essentiellement les mêmes batailles sur trois fronts. Premièrement, nous combattons le monde microbien en constante évolution. Deuxièmement, nous nous efforçons de modifier les comportements humains. Troisièmement, nous luttons pour retenir l'attention et obtenir des ressources.

Au plan international, l'engagement à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement a valu à la santé une attention et des ressources sans précédent. L'adhésion à ces objectifs a donné libre cours au meilleur de l'ingéniosité humaine.

Je mentionnerai plusieurs innovations récentes, compte tenu notamment du rôle déterminant des responsables européens dans leur création. Je fais référence à l'UNITAID, dispositif pour l'achat de médicaments financé par le revenu d'une taxe sur les billets d'avion. Je fais référence à la Facilité de financement internationale pour la vaccination, qui financera, d'ici à 2015, la vaccination de 500 millions d'enfants. Je pense aussi aux engagements anticipés sur les marchés qui sont utilisés comme une incitation à créer de nouveaux vaccins pour les pays en développement.

Nous sommes tous conscients de l'extrême complexité des questions que posent la mise au point et la fixation des prix des nouveaux produits pour les pays en développement. Je saisis l'occasion pour

remercier les pays européens et la Commission européenne pour leur contribution au groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

Dans la lutte que nous menons contre le monde microbien en constante évolution, le Règlement sanitaire international, entré en vigueur en juin dernier dans sa version sensiblement renforcée, nous est d'un précieux secours. Le Règlement révisé ne met plus l'accent sur un barrage passif aux frontières nationales, mais sur une stratégie préventive de gestion des risques. Cette stratégie vise à déceler un événement assez tôt pour l'arrêter dès l'origine, avant qu'il puisse constituer une menace internationale. Notre sécurité collective s'en est trouvée considérablement renforcée et le pouvoir de prévention de ce Règlement n'a encore jamais été si grand.

Jamais une maladie comme le VIH/sida ne doit plus échapper à notre surveillance et passer entre les mailles des réseaux de lutte. Nous vivons depuis quatre ans sous la menace d'une pandémie de grippe. On me demande souvent si les efforts investis dans la préparation à une éventuelle pandémie sont un gaspillage de ressources. La santé publique a-t-elle trop crié « au loup » ? Absolument pas. Les pandémies sont des phénomènes récurrents. Nous ne savons pas si la prochaine pandémie sera due au virus H5N1. Nous sommes seulement certains qu'une autre pandémie de grippe se déclarera tôt ou tard.

Les inquiétudes récentes ont donné lieu à quantité de travaux de recherche et, quatre ans plus tard, nous sommes beaucoup mieux renseignés sur les virus grippaux et les pandémies de grippe. La préparation à une éventuelle pandémie a surtout radicalement renforcé le potentiel national et international.

La flambée de fièvre hémorragique de Marburg survenue le mois dernier en Ouganda a été arrêtée net, sans qu'elle ait eu le temps de constituer une menace nationale ou internationale. Ainsi que m'en a informée le Ministre de la Santé, la mise en œuvre du plan de préparation à une éventuelle pandémie de grippe a permis de maîtriser rapidement la flambée. Tous les mécanismes étaient en place, et ils ont parfaitement fonctionné.

Nous disposons par ailleurs d'un autre instrument international puissant pour modifier les comportements humains. La Convention-cadre pour la lutte antitabac compte désormais parmi les traités qui ont suscité la plus large adhésion dans l'histoire des Nations Unies. Elle représente le meilleur de la médecine préventive, à l'échelle mondiale.

La conception de ces deux instruments doit beaucoup aux responsables européens, qui ont pris modèle sur l'Union européenne. Premièrement, ils ont fortement contribué, de manière coordonnée et unifiée, aux préparatifs. Deuxièmement, ils se sont fermement engagés en faveur de la mise en œuvre, en adaptant la politique mondiale aux situations particulières de l'Union européenne et de ses États Membres.

L'élaboration d'instruments internationaux de ce type tient à notre vulnérabilité commune à des menaces de plus en plus mondiales. Ils représentent notre responsabilité collective et témoignent de notre solidarité dans le domaine de la santé. Ces qualités, j'en suis convaincue, revêtiront une importance accrue au fil de ce siècle – avec tous les défis sanitaires complexes qui l'accompagneront.

Pour terminer, je voudrais évoquer le changement climatique. Les plus grands spécialistes scientifiques mondiaux nous le disent : l'évolution du climat de notre planète est le fait de l'activité humaine. Les effets s'en font déjà sentir. Même si les émissions de gaz à effet de serre cessaient aujourd'hui, les changements que nous observons déjà continueraient de progresser tout au long de ce siècle. L'essentiel est désormais la capacité de l'espèce humaine à s'adapter aux changements devenus inévitables.

Le changement climatique affectera, de manière extrêmement négative, certains des déterminants les plus fondamentaux de la santé, à savoir l'alimentation, l'air et l'eau. Le réchauffement de la planète sera progressif, mais la fréquence et la gravité des manifestations climatiques extrêmes – orages violents, vagues de chaleur, sécheresse et inondations – augmenteront soudainement, et leurs conséquences seront durement ressenties, surtout pour la santé. Nous avons tous été informés de l'étendue des ravages causés

par les plus fortes précipitations qui aient touché l'Afrique depuis 35 ans. Leurs conséquences pour la santé, tant immédiates qu'à long terme, sont immenses.

De même que nous avons tant lutté pour faire inscrire la santé en bonne place dans le programme pour le développement, nous devons maintenant lutter pour faire figurer les questions de santé au cœur des priorités climatiques. Je suis personnellement convaincue qu'il est d'autant plus essentiel de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement que le changement climatique est inévitable. Les pays qui ont atteint un certain niveau de vie, et qui sont dotés d'infrastructures sanitaires satisfaisantes, seront les mieux à même de s'adapter. Ils seront les mieux armés pour faire face aux changements spectaculaires qui se dessinent déjà.

Encore une fois, nous sommes reconnaissants de l'avance prise par les responsables européens dans la lutte contre les effets de l'environnement sur la santé. Le monde entier bénéficiera de votre expérience dans ce domaine, qui pourrait être le plus problématique de tous.

Je vous remercie.