



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

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE  
*Cinquantième session, Copenhague, 11 – 14 septembre 2000*

Point 2 b) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC50/2  
+ EUR/RC50/Conf.Doc./2  
28 juin 2000  
00489  
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT DU DIRECTEUR RÉGIONAL  
SUR L'ACTIVITÉ DE L'OMS DANS LA RÉGION EUROPÉENNE  
1998–1999

Le présent document donne un aperçu des principaux problèmes et défis auxquels la Région européenne de l'OMS a été confrontée en 1998–1999 et de l'action menée par l'OMS. Il convient de le rapprocher du document d'information sur l'exécution du budget 1998–1999 (EUR/RC50/Inf.Doc./1).



## SOMMAIRE

	<i>Page</i>
Avant-propos.....	i
Santé 21.....	1
L'actualisation de la politique-cadre de la Santé pour tous .....	1
Le contenu de la SANTÉ 21 .....	1
Les « Perspectives pour la santé » comme instrument d'élaboration de la politique sanitaire .....	1
Équité en matière de santé par une action solidaire .....	1
Entre les pays .....	1
Dans les pays .....	4
Améliorer la santé tout au long de la vie .....	4
Une démarche axée sur l'ensemble de l'existence .....	4
Démarrer dans la vie en bonne santé .....	4
La santé des jeunes .....	5
La santé des adultes .....	6
Maladies et blessures : prévention et lutte.....	6
Maladies non transmissibles : prévention et lutte .....	6
Prévenir et combattre les maladies transmissibles.....	10
Stratégies multisectorielles .....	15
Environnement.....	15
Déterminants socioéconomiques .....	22
Modes de vie et santé.....	22
Cadres de vie.....	26
Responsabilité multisectorielle de la santé .....	28
Un système de santé axé sur les résultats.....	28
Soins de santé primaires .....	28
Dispensation intégrée des soins de santé .....	30
Produits pharmaceutiques et fournitures médicales.....	33
Réforme des systèmes de santé.....	34
Politiques et mécanismes de gestion du changement .....	36
Rôle et capacité de la santé publique .....	36
Politique sanitaire .....	36
Information et nouveaux indicateurs de la Santé pour tous .....	37
Partenariats .....	38
Stratégie de communication.....	42
Stratégie de mise en œuvre des programmes de pays .....	43
Bourses d'étude .....	44

Gestion et administration .....	44
Centres .....	44
Modification et développement des programmes.....	45
Réforme .....	46
Organes directeurs .....	46
Administration et budget .....	47
Politique de recrutement .....	47

## AVANT-PROPOS

La période biennale 1998–1999 a été pour l'Organisation régionale européenne de l'OMS une période très particulière. La partie la plus orientale de la Région a été frappée par une nouvelle crise économique qui a provoqué l'effondrement des programmes d'investissement mis en place par les gouvernements et anéanti l'espérance des populations en un avenir meilleur. Dans les Balkans, l'augmentation de la terreur à l'égard des Albanais de souche au Kosovo a transformé un ancien conflit en une véritable guerre. Ce n'est qu'en Europe occidentale et dans quelques autres pays que la situation se présente sous un jour meilleur : l'Union européenne a, en effet, indiqué sa volonté d'inclure de nouveaux États membres à plus ou moins brève échéance et de jouer un plus grand rôle en tant que force de stabilisation dans la région.

Cette évolution a constitué pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, parallèlement à de nombreux autres éléments non seulement de nouveaux défis, mais elle a aussi ouvert de nouvelles perspectives. On constatera à la lecture de ce rapport que la mise en œuvre du programme du Bureau régional pendant ces deux ans a été véritablement impressionnante. Il est particulièrement encourageant de constater que les résultats témoignent maintenant de l'efficacité des activités méthodiques menées à long terme dans le cadre du programme. L'aide systématique apportée aux pays, par exemple pour élaborer une politique nationale de la Santé pour tous et des plans-cadres de mise en œuvre (comme en Arménie, en Géorgie et au Kirghizistan), s'est traduite par une amélioration importante de la capacité des pays à mettre en place des initiatives planifiées et sérieuses. La poursuite systématique du programme EUROSANTÉ dans les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants et le développement à grande échelle de la coopération à long terme avec tous les États membres dans le cadre de réseaux de collaboration (Villes-santé, Écoles-santé, et réunions rassemblant des professionnels de la santé), ont démontré la manière dont l'OMS pouvait mettre pleinement à profit son rôle mobilisateur et ses capacités scientifiques pour mettre en place des programmes d'appui aux pays qui fassent fonction de catalyseur, soient adaptés aux réalités et efficaces sur le plan des coûts. L'augmentation des ressources extrabudgétaires octroyées au Bureau régional pour financer les

activités relevant du programme témoigne clairement du fait que ce point de vue est partagé par d'autres.

À ce titre il a été particulièrement encourageant d'assister au coup d'accélérateur donné au Bureau régional par les « Centres européens », tant en ce qui concerne le personnel que les ressources financières allouées au programme. La création de ces centres de l'environnement et de la santé remonte au début des années 90. Cette création est matérialisée par la signature d'un accord officiel entre le Bureau régional (qui organise le travail) et un pays ou une grande région d'un pays (qui prend en charge les dépenses). L'administration de ces centres est entièrement assurée par l'OMS. Le personnel de ces centres, recruté par le Bureau régional, a pour mission d'exécuter les projets relevant du programme stratégique biennal approuvé par le Comité régional. Trois centres de l'environnement et de la santé ont été créés au début des années 90 ; au cours du présent exercice, le petit bureau de projet de Nancy (France) a fermé ses portes, mais les divisions de Rome et de Bilthoven (Pays-Bas) ont poursuivi très activement leurs activités. En outre, des négociations approfondies avec différents partenaires ont abouti à la création d'un Centre pour l'analyse de la politique sanitaire à Bruxelles en décembre 1998 et d'un Centre pour le fonctionnement intégré des services de santé à Barcelone en septembre 1999. Un Centre pour la promotion des services de santé ouvrira à Venise en 2000 et un Centre de l'environnement et de la santé sera créé à Bonn en 2001. De plus, une nouvelle collaboration privilégiée entre de grandes organisations et des États membres a conduit à la création en février 1999 de l'Observatoire des systèmes de santé. Ce nouveau centre important permet d'analyser de manière suivie les réformes des systèmes de santé menées dans les États membres de la Région européenne de l'OMS et ailleurs.

Cette évolution revêt une importance capitale. Le Bureau régional bénéficiera non seulement de nouvelles ressources substantielles pour financer ses activités dans les années à venir et disposera d'un grand nombre de nouveaux collaborateurs, mais il a aussi, fait encore plus révélateur, maintenant acquis une réputation telle auprès de ses États membres et de ses grands partenaires internationaux que ceux-ci veulent investir massivement dans la coopération avec notre Organisation pendant de nombreuses années.

Comme l'indique le rapport, de nombreux secteurs du programme ont enregistré des résultats très positifs pendant les deux années considérées. L'interruption totale de la transmission du poliovirus, à la fin de 1998, constitue une étape importante pour la Région. Le mérite en revient également aux centaines de milliers de personnes travaillant dans nos États membres, aux fonctionnaires de l'OMS et de nombreuses autres organisations collaborant avec l'OMS, dont les efforts concertés ont permis d'aboutir à ce résultat remarquable. La troisième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé qui a eu lieu à Londres en juin 1999 a été la plus grande conférence sanitaire jamais organisée dans la Région européenne tant du point de vue de l'intérêt politique que de l'engagement des États membres de l'OMS. Elle a montré que cette initiative, coordonnée par le Bureau régional, a créé un véritable mouvement à l'échelle de la Région. Celui-ci permet maintenant de rassembler toutes les grandes organisations au niveau régional européen et de favoriser une nouvelle coopération multisectorielle dans le domaine de l'environnement et de la santé dans près de 90% des pays de la Région. L'élaboration d'un nouveau concept d'infirmières de santé familiale a soulevé l'enthousiasme du milieu infirmier. L'examen décennal du mouvement de Saint Vincent (à Istanbul en octobre 1999) a montré que grâce à nos efforts continus pour établir de nouveaux principes concernant la qualité des soins aux diabétiques, une nette amélioration des résultats au niveau de la santé a été enregistrée dans de nombreux pays. Les mesures rapides prises à grande échelle pour faire face aux bouleversements qu'a connus le Kosovo ont débouché sur deux initiatives complémentaires : 1) la mise en place par le Bureau régional d'un vaste programme d'aide humanitaire diversifié ; 2) le pilotage par l'OMS des activités sanitaires au sein de l'administration des Nations Unies dans ce territoire ravagé par la guerre – rôle nouveau pour l'Organisation. La lutte antitabac que mène le Bureau régional de longue date lui a conféré une place primordiale dans le nouveau programme mondial de l'OMS concernant l'Initiative « Se libérer du tabac ».

Quelle que soit l'importance de ces éléments, l'activité prépondérante du Bureau régional pendant l'exercice a consisté à mettre à jour la

politique de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS. L'adoption de la SANTÉ 21 par le Comité régional en 1998 a marqué l'aboutissement de deux ans de travaux scientifiques. Elle a également représenté une adhésion politique claire de la part de tous les États membres tant à titre individuel que collectif. La SANTÉ 21 témoigne de l'évolution de la situation sanitaire et des déterminants de santé dans la Région et propose des stratégies reposant sur des données probantes visant à promouvoir des modes de vie sains, à garantir un cadre de vie favorable à la santé et à concevoir des services de santé efficaces sur le plan des coûts et attentifs à la qualité.

Toutefois, l'importance décisive de cet élément ne réside pas dans les modalités de la politique elle-même. Son importance fondamentale réside dans le simple fait que les 51 États membres de la Région européenne ont décidé de poursuivre l'action commune systématique entreprise en 1980, à savoir maintenir un cadre d'action commun dont ils peuvent s'inspirer dans l'élaboration de leur propre politique. Ils ont en outre réitéré leur engagement de continuer dans cette voie, non pas de manière ponctuelle, mais dans une perspective de suivi continu, d'évaluation périodique et de mise à jour systématique dans l'intérêt des quelques 900 millions de personnes vivant dans la Région européenne de l'OMS.

Cela fait 23 ans que je travaille pour l'OMS dans cette Région, dont 15 ans en qualité de Directeur régional. De toute évidence, nous aurons des défis à relever, des problèmes à résoudre et des obstacles à surmonter. Cependant, jamais, le Bureau n'a eu de projet aussi mobilisateur pour l'avenir et n'a bénéficié d'un appui externe aussi important ; jamais, les fonctionnaires du Bureau régional n'ont fait preuve d'autant de compétences. Leur savoir-faire et la capacité d'adaptation et d'innovation des femmes et des hommes qui œuvrent avec ferveur pour la réalisation des idéaux de l'OMS dans cette partie du monde sont de bonne augure pour l'avenir !

J.E. Asvall  
Directeur régional de l'OMS pour l'Europe  
Copenhague, 31 janvier 2000

## SANTÉ 21

### L'actualisation de la politique-cadre de la Santé pour tous

1. L'actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous (SANTÉ 21) a été approuvée par les États membres de la Région européenne en septembre 1998 (résolution EUR/RC48/R5), à l'issue d'un processus de consultation approfondie de deux ans auquel ont été associés des experts, réseaux, secteurs, organisations et ministères. Les deux publications<sup>1</sup> de la SANTÉ 21 ont reçu un accueil très favorable dans la Région. Indépendamment des 20 000 exemplaires (dont 11 000 pour la version abrégée et 9000 pour la version intégrale) distribués dans les quatre langues de travail aux gouvernements, aux réseaux de l'OMS, aux centres collaborateurs et à d'autres intervenants, ces publications ont été traduites dans les pays suivants : Arménie, Danemark, Espagne, ex-République yougoslave de Macédoine, Italie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Suède et Turquie.

2. Les États membres européens prennent toujours – et ce depuis 15 ans – des initiatives pour calquer leur politique nationale sur la politique régionale de la Santé pour tous. Une publication récente de l'OMS « *Exploring health policy developments in Europe* »<sup>2</sup> donne un aperçu de ces activités. Les pays qui ont commencé ces 12 derniers mois à élaborer ou à finaliser des documents sur leur politique nationale de la Santé pour tous (nouvelle ou révisée) sont les suivants : Danemark, Finlande, Italie, Kirghizistan, Lituanie et Royaume-Uni.

3. En Arménie et en Géorgie, le gouvernement a organisé, avec l'aide d'un consultant, une planification multisectorielle en vue d'élaborer une politique nationale s'inspirant de la SANTÉ 21. En Géorgie, le gouvernement a également établi, en coopération avec le Bureau régional, un plan d'ensemble présentant les mesures qu'il entend prendre à moyen terme en ce qui concerne l'élaboration de la politique nationale de la Santé pour tous.

<sup>1</sup> SANTÉ 21 – la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle (série européenne de la Santé pour tous n<sup>os</sup> 5 et 6).

<sup>2</sup> Ritsatakis, A. et al., ed. *Exploring health policy developments in Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (Publications régionales de l'OMS, Séries européennes, n<sup>o</sup> 86).

### Le contenu de la SANTÉ 21

4. SANTÉ 21 n'est pas une politique comme les autres. Elle met en évidence les éléments ci-après :

- la solidarité et l'équité ;
- les déterminants de la santé : les facteurs socioéconomiques, la génétique, et les liens existant entre la promotion de la santé et l'environnement ;
- l'ensemble de l'existence des individus vivant dans les différents cadres de vie ;
- l'action multisectorielle et la responsabilité ;
- les soins de santé primaires dispensés notamment par l'infirmière familiale et le médecin de famille ;
- les soins axés sur les résultats ;
- les données factuelles concernant l'élaboration des politiques en mettant l'accent sur la mise en œuvre à l'échelon local ;
- les priorités et partenaires à l'échelon mondial.

### Les « Perspectives pour la santé » comme instrument d'élaboration de la politique sanitaire

5. La mise en œuvre de la politique de la Santé pour tous fait l'objet d'un examen attentif dans le cadre d'un processus intégré de suivi et de compte-rendu. En outre, les réunions consacrées aux « Perspectives pour la santé » se sont avérées utiles car elles ont permis de constamment mettre à jour la politique-cadre dans l'ensemble de la Région. Une quatrième réunion sur ce thème a été organisée, en coopération avec le Nuffield Trust, à Londres à la fin de 1999. Divers experts, ainsi que le programme Foresight du Royaume-Uni ont contribué à l'élaboration d'un certain nombre de documents à cette occasion. Les participants à la réunion ont attiré l'attention sur l'importance des données disponibles et des travaux de recherche et sur l'utilité d'établir parallèlement aux prévisions, des scénarios de rechange.

### ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ PAR UNE ACTION SOLIDAIRE

#### Entre les pays

#### *Mobilisation des ressources pour l'aide humanitaire*

6. La capacité du Bureau régional à mobiliser les ressources au profit des pays démunis a été renforcée par l'établissement de relations de plus en plus symétriques avec les bailleurs de fonds et une meilleure aptitude interne à présenter des

propositions de projet. D'autres bailleurs de fonds comme l'Arabian Gulf Fund for United Nations Development (AGFUND) ont été trouvés et ils ont apporté par la suite leur soutien au Bureau régional. Le Bureau a établi une base de données sur les bailleurs de fonds qui servira de modèle à la base de données mondiale de l'OMS.

### ***Bosnie-Herzégovine***

7. La situation en Bosnie-Herzégovine s'est lentement améliorée ces deux dernières années aussi bien sur le plan économique qu'en ce qui concerne le développement sanitaire. L'OMS conserve une présence dans le pays. Elle dispose actuellement de cinq bureaux et emploie 35 personnes qui collaborent avec les ministères des deux entités dans les domaines suivants : la politique de sanitaire, la réforme des systèmes de santé, les soins primaires, la santé mentale, la tuberculose, le VIH/sida, les modes de vies et les questions liées à la santé. Le Bureau de liaison et les bureaux d'aide humanitaire ont fusionné pour unifier la présence de l'OMS.

### ***Une nouvelle guerre dans les Balkans***

8. En mars 1999, la situation tendue qui régnait dans les Balkans a explosé provoquant l'attaque de la République fédérale de Yougoslavie par les forces de l'OTAN. Le Bureau régional a un bureau à Belgrade depuis 1992 ; il est présent à Pristina (Kosovo) et en Albanie depuis 1997 et à Podgorica (Monténégro) depuis 1998 (bureaux d'aide humanitaire). Au moment où la guerre a éclaté, le Bureau régional a demandé, sur le conseil des Nations Unies, à son personnel international de quitter Belgrade, Pristina et Podgorica.

9. Pour faire face à l'afflux soudain de centaines de milliers de réfugiés en Albanie et dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, le Bureau régional a rapidement renforcé ses effectifs à Tirana et ouvert un nouveau bureau d'aide humanitaire à Skopje. Il a ensuite mis sur pied, en très étroite coopération avec les gouvernements, d'autres institutions des Nations Unies et des organisations non gouvernementales (ONG), des programmes destinés aux réfugiés. Dès l'entrée des forces de l'OTAN à Pristina, le Bureau régional a rapidement procédé au transfert dans cette ville d'un grand nombre de ses collaborateurs internationaux qui étaient chargés de l'aide humanitaire à Skopje et Tirana, et il gère actuellement un vaste programme d'aide humanitaire.

10. Le Bureau régional a apporté son aide aux autorités sanitaires locales et coordonné les activités d'aide humanitaire à dimension sanitaire en Albanie. De vastes programmes ont été menés à bien dans les domaines suivants : vaccination de la population contre la poliomyélite, modernisation des laboratoires dans l'ensemble du pays, gestion des stocks de médicaments essentiels et réapprovisionnement des stocks de vaccins contre l'hépatite B. Le personnel de terrain du Bureau régional de Pristina, Podgorica et Belgrade collaborent étroitement pour fournir une aide humanitaire aux réfugiés du Kosovo.

11. Suite à la signature du « pacte de stabilisation », l'Organisation des Nations Unies a été chargée d'administrer le Kosovo et le personnel de l'OMS est devenu le « bras sanitaire » de l'administration des Nations Unies. Il s'agit d'un élément extrêmement important, non seulement pour le Bureau régional, mais aussi pour l'OMS à l'échelon mondial. Le commissaire chargé de la santé (détaché du Bureau régional) est entouré d'une équipe de collaborateurs internationaux qui l'aident à planifier et à assumer les tâches essentielles. Il est également assisté de cinq responsables de district chargés de l'ensemble de l'administration des services de santé. En outre, le programme d'aide humanitaire du Bureau régional a fait appel à 55 personnes dont la mission est d'aider, de conseiller et d'appuyer la Mission d'administration intérimaire des Nations Unies au Kosovo (MINUK) et les organismes locaux pour tout ce qui concerne la prise en charge des maladies et à la gestion des services de santé.

### ***Kirghizistan***

12. Le 6 août 1999, des guérilleros armés ont envahi une région reculée du Kirghizistan et attaqué les troupes gouvernementales. Il en est résulté une augmentation rapide du nombre de réfugiés. Le Bureau régional a participé à une mission d'évaluation des Nations Unies et a fourni, à la demande urgente du gouvernement, une aide immédiate sous la forme de fournitures médicales.

### ***Daghestan***

13. Le 7 août 1999, des guérilleros tchéchènes ont pénétré au Daghestan. Des combats intenses les ont opposés aux troupes gouvernementales russes. Le gouvernement russe n'a toutefois pas jugé nécessaire de demander à la communauté internationale d'intervenir et l'OMS n'a pas fourni d'assistance humanitaire dans ce conflit.

## *Turquie*

14. Le 17 août 1999, la Turquie a été le théâtre d'un grave tremblement de terre dont l'épicentre était situé au sud-est d'Istanbul. Il s'est rapidement avéré qu'il s'agissait de l'un des séismes les plus graves qu'ait connus cette région au cours de ce siècle. L'OMS a réagi de deux façons : un fonctionnaire du Siège, spécialiste de l'évaluation des dommages provoqués par les tremblements de terre, a participé à une mission d'évaluation des Nations Unies ; l'Organisation a donné des conseils au ministère de la santé sur la manière d'organiser la mobilisation des ressources. Le tremblement de terre a frappé une vaste région, endommageant un très grand nombre de bâtiments, faisant de nombreuses victimes et blessant un nombre encore plus grand de personnes. Plusieurs aspects de la gestion de la catastrophe ont fait l'objet de vives critiques ;

toutefois les interventions sanitaires ont été à la hauteur de la situation : le gouvernement a rapidement fait appel à de nombreux dispensateurs de soins primaires vivant dans d'autres parties du pays, organisé l'évacuation des blessés par hélicoptère vers les meilleurs hôpitaux d'Ankara et d'Istanbul et mis sur pied une équipe spéciale de santé publique chargée de planifier les actions et d'informer la population. Le ministère de la santé a également entamé rapidement des négociations avec la Banque mondiale pour réaffecter les ressources déjà allouées au développement sanitaire et les utiliser pour la remise en état et la reconstruction des établissements de soins endommagés. L'Organisation pan-américaine de la santé (OPS) a proposé son aide par l'intermédiaire de son centre collaborateur de l'environnement et de la santé à Santiago (Chili).

### **Tremblement de terre en Turquie, septembre 1999**

Le tremblement de terre dévastateur a frappé une vaste région dans laquelle vivent près de 20 millions d'habitants. Les provinces d'Istanbul, de Kocaeli, de Bolu, d'Yalova et de Bursa ont été touchées. On a dénombré plus de 15 000 victimes et de 25 000 blessés. En outre, un grand nombre de personnes se sont retrouvées sans-abri et vivent toujours, pour la majorité d'entre elles, dans des installations temporaires. Compte tenu de la combinaison de facteurs physiques (rupture de l'approvisionnement en eau, désorganisation des services de santé publique et d'assainissement) et du choc psychologique provoqué par le tremblement de terre, les populations touchées risquent fortement de contracter des maladies qui risquent de se transformer en épidémie.

Quarante-huit heures après le tremblement de terre, des équipes sanitaires internationales sont arrivées sur place. L'OMS a immédiatement pris des mesures pour participer aux opérations de secours et a envoyé des trousseaux médicaux pour soigner les blessures et traiter les maladies diarrhéiques et du sérum anatoxine botulinique. Le directeur de la gestion des programmes s'est rendu dans la région et a aidé le ministère de la santé à gérer et coordonner les interventions d'urgence, tout en servant de coordinateur pour l'aide internationale. Un expert du Siège de l'OMS a participé à la mission de l'équipe des Nations Unies chargée d'évaluer et de coordonner les catastrophes (UNDAC) qui avait pour tâche d'évaluer la situation et les besoins du pays.

Le ministère de la santé et l'OMS ont décidé que le meilleur moyen pour l'Organisation d'être utile serait de coordonner et de gérer les interventions d'urgence et de définir les mesures de santé publique à prendre. Une équipe a été constituée et s'est mise au travail en étroite collaboration avec les fonctionnaires du ministère de la santé. Le Bureau régional a, depuis lors, organisé des missions régulières dans la région touchée par le tremblement de terre.

Afin de prévenir les épidémies de maladies infectieuses et d'assurer à la population des conditions environnementales satisfaisantes, l'OMS a demandé à ses conseillers de donner la priorité aux trois éléments suivants : les services d'hygiène de l'environnement, la surveillance des maladies transmissibles et la formation (des professionnels et de la population).

Pour l'instant, aucune épidémie n'a été signalée et la légère augmentation du nombre de maladies infectieuses peut être attribuée à l'amélioration de la surveillance après le tremblement de terre. Certaines maladies, notamment les maladies diarrhéiques, font l'objet d'une surveillance quotidienne dans la région. Avec l'arrivée de l'hiver, l'attention s'est également portée sur les maladies respiratoires aiguës. Les services de surveillance ont été renforcés, de même que la vaccination systématique.

Compte tenu des effets psychosociaux d'une catastrophe de cette ampleur, un conseiller de l'OMS a également prêté son concours. Quoi qu'il en soit, on s'attend, dans les mois à venir, à une augmentation des troubles liés au stress post-traumatique.

15. Lors des interventions d'urgence en Turquie et dans d'autres pays, l'OMS a collaboré avec les pouvoirs publics et les organismes locaux, ce qui a permis aux gouvernements de renforcer leurs capacités pour favoriser le développement et faire face aux situations d'urgence à venir. Ce rôle de coordination a permis au Bureau régional de se faire l'ardent défenseur de la préparation aux situations d'urgence et d'encourager la coopération internationale.

16. Les lignes directrices élaborées par le Bureau en matière de catastrophes sont continuellement mises à jour et l'OMS a distribué un manuel destiné à être utilisé sur le terrain. Des réseaux regroupant des coordinateurs locaux, des partenaires et des experts ont été mis en place et le Bureau régional a mis à disposition une salle « de crise » équipée de lignes téléphoniques spéciales et d'ordinateurs, ainsi que du personnel qualifié.

#### **Dans les pays**

17. La politique-cadre de la SANTÉ 21 souligne la nécessité de réduire les inégalités entre les groupes sociaux dans les pays. À cet égard, le Bureau régional axe ses activités sur les trois principaux éléments stratégiques suivants : i) l'aide à l'amélioration de systèmes d'information nationaux à même de mettre en évidence ces inégalités et leurs causes ; ii) la collaboration avec les ONG et le nouveau réseau de communication sanitaire pour sensibiliser davantage la population à ce problème d'inégalités en organisant des campagnes de sensibilisation dans les médias visant des groupes ciblés ; iii) l'analyse de projets novateurs dans les États membres et le renvoi en amont de l'information dans les pays concernant les interventions jugées réalistes et efficaces pour réduire les inégalités sociales, géographiques, etc.

18. Le Bureau régional a établi un dossier d'information sur l'équité en matière de santé. Le Centre européen pour l'analyse de la politique sanitaire, récemment créé par l'OMS, a appuyé l'élaboration du premier rapport sur ce sujet en Lituanie. Cette démarche est étroitement liée au processus d'élaboration de la politique aux niveaux national et local. Le Bureau régional a également organisé une réunion des pays de la région des Balkans pour les inciter à collaborer dans le domaine de la santé.

## **AMÉLIORER LA SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE**

### **Une démarche axée sur l'ensemble de l'existence**

19. La démarche axée sur l'ensemble de l'existence que préconise la politique-cadre de la SANTÉ 21 est une nouvelle façon de s'efforcer de mieux intégrer les mesures favorables à la santé tout au long de la vie. Bien que de nombreux éléments distincts soient connus, il n'existe pas de recensement systématique des principes fondamentaux de la santé et des aptitudes dont les gens ont besoin tout au long de leur vie. Cette lacune empêche d'évaluer objectivement les besoins des groupes de population dans ce domaine et cela signifie également que les programmes de promotion de la santé et d'éducation sanitaire s'adressant à la population ne disposent pas actuellement des instruments scientifiques permettant de suivre les répercussions et les progrès accomplis. Le Bureau régional s'efforcera donc de mettre au point ces outils fondamentaux. En prévision d'une plus grande charge de travail au cours du prochain exercice biennal, il a entrepris l'élaboration d'un cadre conceptuel et d'un projet dans ce domaine.

### **Démarrer dans la vie en bonne santé**

20. Le programme de santé familiale et reproductive a rapidement pris de l'ampleur pendant l'exercice. Des administrateurs supplémentaires spécialistes de la santé infantile et reproductive se sont vu confier des missions à la fois au Bureau régional et dans les pays.

21. Trois ans après son lancement dans des districts pilotes de toutes les Républiques d'Asie centrale et en Azerbaïdjan, le projet CARAK a enregistré des résultats encourageants. Ce projet est axé sur la santé périnatale, la planification familiale et la prise en charge intégrée des maladies infantiles. La mortalité maternelle et infantile et les complications liées à l'accouchement ont diminué, tandis que le nombre de mères qui allaitent a augmenté.

22. En ce qui concerne la grossesse, la naissance, les soins néonataux et l'allaitement, le Bureau préconise une démarche holistique axée sur des soins factuels et d'un bon rapport coût-efficacité. Plusieurs ateliers sur les soins essentiels aux nouveau-nés, l'allaitement, les soins

obstétricaux et infirmiers, ont été organisés dans les Républiques d'Asie centrale, en Azerbaïdjan, en Albanie et en République de Moldova. En 1998, le Bureau a créé une équipe spéciale européenne chargée de définir des stratégies efficaces concernant les soins périnataux et la maternité sans risque en mettant particulièrement l'accent sur les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants. Dans le cadre de l'Initiative Maternité sans risque, les stratégies et principes concernant les soins périnataux ont été adaptés au contexte des États membres de la Région. Ces stratégies et principes soulignent que les soins maternels et périnataux devraient être démedicalisés (et reposer sur une technologie appropriée), pluridisciplinaires, dispensés dans un esprit holistique et axés sur la famille ; en outre, les femmes devraient être associées à la prise de décisions pour leur permettre d'opérer un choix éclairé en la matière. Ces principes ont reçu un accueil favorable et sont mis en application par des partenaires à travers l'Europe.

23. Le Bureau a continué de déployer des efforts importants dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive : le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a financé des projets dans le cadre d'un vaste programme de coopération avec l'Arménie, la Bosnie-Herzégovine, la Fédération de Russie, la Géorgie, la Roumanie, le Tadjikistan et le Turkménistan. Le nombre des avortements a diminué et il a été fait davantage appel à la planification familiale ; de toute évidence, les femmes préfèrent désormais recourir à la contraception plutôt qu'à l'avortement.

24. Un autre projet en Bulgarie – financé par l'Union européenne et mis sur pied avec l'aide technique de l'OMS, de la Fédération internationale pour le planning familial, du Centre international de l'enfance et d'autres organisations – a jeté les bases d'une amélioration durable grâce à la modification à long terme des programmes d'enseignement de la médecine, la participation des médias et la création de centres de planification familiale et de santé reproductive.

25. Le projet OBSQID (gestion et amélioration continue des soins périnataux) a contribué à définir des indicateurs paneuropéens et des variables concernant les résultats obtenus en soins périnataux. Ce système télématique permet de collecter les données à partir de ces indicateurs, d'établir des comparaisons intersites transnationales et

d'analyser les résultats. Les centres possédant les meilleures pratiques en matière de soins périnataux et recherchant la meilleure efficacité pratique et économique dans l'utilisation des technologies peuvent être alors « jumelés » avec des centres ayant besoin de ces compétences et de ce savoir-faire. La base de données OBSQID comporte maintenant des informations sur près de 13 millions d'accouchements dans 42 États membres européens.

26. En 1996, le Bureau régional a lancé un programme sur la prise en charge intégrée des maladies infantiles. Ce programme vise à donner des conseils sur les soins élémentaires concernant les maladies infantiles les plus courantes, les mesures de prévention à prendre et l'amélioration des pratiques aux niveaux familial et local. Dans le cadre du lancement de ce programme dans la Région européenne, le Bureau régional a mené des activités pilotes au Kazakhstan et pris des mesures pour venir en aide à un certain nombre d'autres NEI.

### La santé des jeunes

27. Au cours de l'exercice, le réseau des Écoles-santé, initiative résultant de la collaboration entre la Commission européenne, le Conseil de l'Europe et le Bureau régional, s'est développé et 40 États membres en font désormais partie. Chaque pays a désigné un certain nombre d'écoles pilotes pour constituer le réseau international. Dans plusieurs pays, un grand nombre d'autres écoles sont retenues pour constituer des associations nationales. Grâce à ce processus, le nombre d'écoles participant au programme augmente chaque année. En outre, plusieurs pays élaborent des stratégies relatives aux Écoles-santé en se fondant sur les pratiques développées par les réseaux pilotes. Le comportement en matière de santé des jeunes en âge scolaire a fait l'objet d'une étude à long terme dans différents pays et contextes.

28. La brochure *Healthy eating for young people in Europe*<sup>3</sup> résume les résultats d'une étude multinationale réalisée en milieu scolaire

<sup>3</sup> Dixey, R. et al. *Healthy eating for young people in Europe. A school-based nutrition education guide*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (il est possible de se procurer ce document non publié auprès du secrétariat du Réseau européen des Écoles-santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe).

portant sur l'éducation nutritionnelle et la santé des jeunes.

29. La santé reproductive des adolescents suscite une attention particulière dans un certain nombre de démarches pilotes et de nombreux projets de pays comportent un volet jeunes.

### **La santé des adultes**

30. Les activités menées dans les PECO et les NEI ont été largement axées sur la planification familiale et la promotion de la santé sexuelle. Le magazine *Entre nous* fait régulièrement le point sur les politiques et donne des exemples de bonnes pratiques. Ce magazine est distribué aux partenaires de l'OMS. Un certain nombre de réseaux (y compris les coordinateurs nationaux pour la santé maternelle et infantile et la planification familiale, le Groupe consultatif scientifique sur la formation et la recherche en santé reproductive, le réseau CARAK, et des coordinateurs du projet santé reproductive) ont contribué à accélérer les travaux dans ce domaine. Des projets de pays dans le domaine de la santé reproductive ont été menés dans 16 pays.

31. L'OMS a facilité la mise en œuvre régionale du programme d'action adopté à la Conférence internationale des Nations Unies sur la Population et le Développement (Le Caire, Égypte, 1994). Cette mise en œuvre comporte notamment la mise à jour constante d'une base de données sur l'évaluation des progrès accomplis, grâce au suivi du processus de santé reproductive et des indicateurs de résultats aux niveaux régional, national et sous-national. La coopération internationale a été encouragée avec le FNUAP, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Union européenne, ainsi qu'avec des bailleurs de fonds bilatéraux.

32. Les ministres réunis à l'occasion de la Troisième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Londres, juin 1999) ont reconnu l'importance d'instituer des mesures sur le lieu de travail pour répondre aux besoins et objectifs en matière de santé publique, ainsi que le droit des travailleurs à être associés au processus de prise de décisions concernant ces mesures.

## **MALADIES ET BLESSURES : PRÉVENTION ET LUTTE**

### **Maladies non transmissibles : prévention et lutte**

33. Le Bureau régional a continué d'appuyer fortement le Programme d'intervention intégré et à l'échelon d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI). Il s'agit d'une initiative de grande ampleur mise au point par l'OMS pour prévenir les maladies non transmissibles et promouvoir la santé. Le programme CINDI aborde les grands problèmes de santé existant dans la Région : maladies cardio-vasculaires, cancer, diabète, maladies respiratoires chroniques et autres maladies présentant les mêmes facteurs de risques. La lutte contre le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'abus d'alcool, le manque d'activité physique et le stress psychosocial sont des objectifs prioritaires. Le programme vise à prévenir et à combattre par des méthodes intégrées les principales maladies chroniques et il est axé sur l'utilisation optimale des connaissances existantes en matière de prévention – à l'origine, dans le cadre de projets de démonstration, et, ultérieurement, à l'échelle des pays. Le programme CINDI est mis en œuvre dans le cadre de projets de démonstration ou à l'échelon national dans 26 pays, dont 24 de la Région européenne, ainsi que Chypre et le Canada. En 1999, il y a eu 101 projets de démonstration dans l'ensemble des pays CINDI.

34. Le programme CINDI présente les grandes caractéristiques suivantes : un cadre d'action en matière de prévention, des mesures de prévention éprouvées reposant sur des démonstrations à l'échelon local, des bases de données scientifiques concernant la planification et l'évaluation, du personnel qualifié et des recommandations visant à favoriser la prévention grâce aux soins primaires, des structures organisationnelles ancrées dans les divers systèmes de santé et une large coopération internationale.

35. En 1999, les éléments les plus importants ont été les suivants : le développement du réseau, la mise en œuvre de mesures visant à modifier le mode de vie des individus, l'amélioration de la formation en matière de prévention, le renforcement des capacités dans les domaines de la promotion de la santé et la prévention des

maladies, et le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du programme.

36. Le Bureau a encore intensifié sa collaboration avec le programme CARMEN. Ce programme de prévention des maladies non transmissibles mis en place par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) repose sur le concept et la méthodologie CINDI. Les activités communes ont été axées en priorité sur les deux domaines suivants : la surveillance de l'activité physique et l'adoption de mesures destinées à accroître le niveau d'activité physique, et la prévention des maladies cardio-vasculaires chez les diabétiques. Le programme CINDI a participé activement à l'élaboration d'un document établi par le Siège concernant une stratégie intégrée mondiale visant à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles.

37. Sept pays participant au programme CINDI ont poursuivi l'élaboration de leur politique de prévention des maladies non transmissibles. Des consultations sur la politique visant à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles ont été organisées avec les responsables de la politique sanitaire en Bulgarie et au Turkménistan. Un forum chargé d'analyser les inégalités en matière de santé et de prévention des maladies non transmissibles a été créé en Lituanie. Le manuel CINDI sur l'évaluation des processus dans la prévention des maladies non transmissibles a été publié en anglais et en russe. Une base de données a été établie à partir des résultats de l'enquête sur l'utilisation des services de santé publique pour la prévention des maladies non transmissibles.

38. Le Bureau régional a établi un questionnaire et réalisé une enquête pour effectuer la deuxième analyse comparative des processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique dans les programmes CINDI. Un protocole et des recommandations ont été élaborés pour le volet du programme CINDI ayant pour thème « Familles en bonne santé, enfants en bonne santé ». Un certain nombre de pays ont encore renforcé ce volet : un protocole national destiné à l'élément du programme consacré aux enfants a été élaboré dans la Fédération de Russie et l'équipe CINDI hongroise a lancé un projet d'écoles maternelles favorisant la santé.

39. Les mesures prises pour modifier le mode de vie des individus ont été axées sur les éléments suivants : prévention et lutte contre le tabagisme

(« Arrêter, c'est gagner », campagne internationale de sevrage tabagique destinée aux adultes), la promotion d'une alimentation saine et les actions menées au niveau local en faveur de modes de vie sains. En 1999, le Bureau régional a également entrepris d'élaborer des modèles d'intervention pour les professionnels de la santé pour prévenir et combattre le tabagisme.

40. Des recommandations alimentaires ont été élaborées à l'intention des professionnels de la santé en collaboration avec le programme Nutrition et alimentation des nourrissons mis en place par le Bureau. Une pyramide alimentaire CINDI a également été établie. Le programme susmentionné a également aidé certains pays membres de CINDI à élaborer une politique nutritionnelle favorable à la santé. CINDI est devenu partenaire du plan d'action pour l'alimentation et la nutrition élaboré par le Bureau régional.

41. Afin d'améliorer la prévention dans les soins primaires, les recommandations visant à promouvoir de bonnes pratiques ont été traduites et adaptées au Bélarus, en République tchèque et en Lituanie. Un certain nombre de pays ont organisé des cours de formation sur la manière de suivre ces recommandations.

42. En ce qui concerne le renforcement des capacités en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, le Bureau a organisé à Helsinki en décembre 1999 le troisième séminaire de formation CINDI destiné aux planificateurs. Des semaines internationales, au cours desquelles les professionnels de la santé peuvent apprendre la manière dont le concept CINDI est mis en application, ont été organisées en Finlande et au Portugal en 1999. Le Bureau a entrepris de mettre sur pied un programme de maîtrise en santé de la population et un certain nombre de consultations organisées avec le programme de dispensation des soins du Bureau régional ont porté sur la formation continue des médecins pour améliorer la lutte contre les maladies non transmissibles.

43. Le développement de la base de données CINDI a été poursuivi et un ouvrage statistique sur les facteurs de risques dans les pays participant au programme CINDI a été établi. Des projets pilotes sur la mise en place d'un système local d'informations sanitaires ont été lancés en Allemagne et en Slovaquie.

44. Afin d'assurer la complémentarité des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, le Bureau régional a entamé un processus de consultation visant à élaborer des politiques et programmes-cadres. Un comité a été créé à cette occasion et un document intitulé *Finding common ground towards a health promotion and disease prevention framework* a été rédigé. Le comité spécial a tenu sa deuxième réunion en 1998.

45. Un dossier d'information destiné à contribuer à la diffusion des connaissances en matière de prévention a été établi dans le cadre du projet élaboré par le groupe des sept pays les plus industrialisés (G7) ayant pour thème « Cœur et santé ».

#### **Accident vasculaire cérébral**

46. L'OMS préconise la collaboration pluridisciplinaire pour réduire le nombre de cas mortels et améliorer la qualité de vie des victimes d'un accident vasculaire cérébral. Les principes énoncés dans la Déclaration d'Helsingborg<sup>4</sup> sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux revêtent toujours une très grande importance. La Déclaration a été distribuée par le biais de diverses réunions et associations nationales et internationales. Un résumé succinct des règles concernant l'organisation d'un service de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux a été établi. L'Italie et la Norvège ont élaboré des recommandations sur la prise en charge de ces accidents ; la Lettonie et la Lituanie ont mis sur pied des projets régionaux visant à améliorer la prise en charge de ces accidents.

#### **Hypertension**

47. La collaboration avec le Forum EuroPharm a permis de renforcer la prise en charge pluridisciplinaire de l'hypertension et la lutte contre cette maladie ; un réseau de pays a mené à bien des activités dans ce domaine. Des recommandations sur l'hypertension ont été élaborées à partir de documents de l'OMS et des séminaires de formation ont été organisés en Estonie, en République de Moldova, en Slovaquie et en Ukraine.

---

<sup>4</sup> Réunion paneuropéenne de consensus sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, Helsingborg (Suède), 8-10 novembre 1995 – Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1996 (document non publié EUR/ICP/CIND9407/MT02).

#### **Cardiopathie ischémique**

48. Le Bureau a élaboré à l'intention des généralistes un projet de lignes directrices concernant l'éducation des patients atteints de cardiopathie ischémique afin d'améliorer les résultats de la réadaptation des personnes atteintes de cardiopathie ischémique et de la prévention secondaire. En collaboration avec le Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation à la réadaptation et la prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires (Udine, Italie), le Bureau a entrepris, à titre pilote, dans deux régions d'Italie, la mise en œuvre de lignes directrices visant à améliorer la qualité de vie des patients souffrant de coronaropathie.

#### **Diabète**

49. Le Bureau régional a continué de promouvoir le mouvement de Saint Vincent, qui vise à améliorer la prise en charge du diabète, en étroite coopération avec le Bureau européen de la Fédération internationale du diabète et l'Association européenne pour l'étude du diabète. De ce fait, on observe maintenant une nette amélioration des résultats au niveau de la santé et une diminution de la consommation de soins dans de nombreuses zones pilotes de la Région, y compris les NEI. L'OMS favorise une prise en charge de qualité du diabète en participant à des réunions aux niveaux régional, national et international.

50. Des progrès importants ont été enregistrés dans la mise en œuvre du programme énoncé dans la Déclaration de Saint Vincent<sup>5</sup> dans tous les États membres, notamment dans les PECO et les NEI. La cinquième réunion de mise en œuvre de la Déclaration a eu lieu à Istanbul en octobre 1999 et a rassemblé environ 700 participants venus de 57 pays. Les participants à la réunion ont adopté l'Engagement d'Istanbul visant à améliorer davantage les soins aux diabétiques et le programme, ayant donné de bons résultats dans d'autres régions, a pris une ampleur mondiale.

51. En novembre 1999, le Bureau régional a organisé la première réunion des centres collaborateurs OMS pour le diabète. Lors de cette réunion, les participants ont examiné un plan d'action pour le prochain exercice biennal allant dans le sens de la politique-cadre de la SANTÉ 21 et de l'Engagement d'Istanbul.

---

<sup>5</sup> Soins aux diabétiques et recherché sur le diabète en Europe : Déclaration de Saint Vincent. *Diabetic medicine*, 7: 360 (1990).

### Bélarus

L'élaboration d'un programme national sur le modèle du programme visant à mettre en œuvre la Déclaration de Saint Vincent, a permis d'améliorer la qualité des soins aux diabétiques et de réduire les complications liées au diabète : le pourcentage de personnes atteintes de rétinopathie a chuté de 35% à 17% (pour les personnes atteintes de cécité, le pourcentage est passé de 2,1% à 0,46%) ; le pourcentage des amputations au-dessus du genou a été ramené de 1,7% à 0,66%, grâce aux mesures prises par le Centre de prise en charge des troubles des membres inférieurs d'origine diabétique. Une amélioration de l'issue de la grossesse chez les femmes diabétiques a été enregistrée. Un réseau informatique permettant de suivre les données sur le diabète a été mis en place. Quatre-vingt-onze centres ont été établis pour éduquer les diabétiques et les former aux techniques d'auto-prise en charge. Le Bureau a donné le coup d'envoi d'un programme de santé bucco-dentaire qui a obtenu de bons résultats en matière de prévention des caries et sert de modèle pour les autres nouveaux États indépendants.

### *Santé mentale*

52. Compte tenu des besoins existant en Europe et du contenu de la politique-cadre de la SANTÉ 21, l'OMS a fait porter ses efforts sur trois points : i) lutter contre l'incapacité à faire face aux diverses situations et la morbidité et la mortalité liées au stress qu'engendrent la dépression, le suicide, la violence, les mauvais traitements et d'autres formes de comportements à risque et destructeurs qui sont la principale cause de décès prématurés dans les sociétés européennes en transition – notamment chez les hommes et dans la population rurale ; ii) lutter contre les stigmates associés au diagnostic de santé mentale en sensibilisant davantage l'opinion publique et en améliorant la détection et l'intervention précoces, l'humanisation et la réintégration ; et iii) faciliter, à la demande des pays, la réalisation d'audits de santé mentale à l'échelon national comme préalable à l'élaboration de plans et de programmes d'action nationaux de santé mentale.

53. L'OMS a créé des équipes spéciales et élaboré des programmes pilotes dans les domaines suivants : la lutte contre les préjugés (liés, par exemple, à l'épilepsie, aux psychoses, et à la dépression) ; les évaluations nationales de la santé mentale (en Pologne et en Roumanie), la lutte contre l'incapacité à faire face aux diverses situations et la morbidité et la mortalité liées au stress (en Lituanie et en Allemagne). Plusieurs pays ont pris des mesures pour élaborer des plans nationaux afin d'actualiser leur législation en matière de santé mentale. Un réseau regroupant les centres collaborateurs OMS en Europe pour la santé mentale a été institué, de même qu'un réseau regroupant les coordinateurs nationaux désignés par les ministères respectifs. Le Bureau régional a contribué activement aux discussions qui ont eu lieu dans l'ensemble de l'Organisation sur la question de la dépression et du suicide et

devrait jouer à l'avenir un rôle prépondérant dans ce domaine à l'échelon mondial.

54. L'OMS a dû également se préoccuper de toute urgence des répercussions sur la santé mentale de la guerre dans les Balkans pendant et après la guerre. Elle s'est tout d'abord attachée à améliorer la situation particulière qui régnait en Bosnie-Herzégovine et, plus récemment, au Kosovo, ainsi que dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, en Albanie et au Monténégro. Des experts ont été désignés pour assurer la coordination des activités de santé mentale. Une démarche particulière a été adoptée pour la région des Balkans, appuyée par un réseau spécifique. Le Bureau a entrepris une série d'activités pour aider les pays à planifier leur programme de soins de santé mentale, mettre sur pied des services de santé mentale en milieu extrahospitalier, instaurer une coopération intersectorielle, et moderniser et humaniser les structures de santé mentale et la législation en la matière. Les activités concernant la santé mentale menées dans la région des Balkans sont actuellement axées sur la réconciliation et sur l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de santé mentale dont a besoin la population qui a souffert du stress, de l'humiliation, de la perte d'identité et a eu le sentiment d'être incapable de faire face aux diverses situations.

55. En ce qui concerne la dépression, l'élaboration du questionnaire « Bien-être OMS 5 » est un élément nouveau particulièrement intéressant. Ce questionnaire comporte des questions simples qui permettent de mesurer le niveau de bien-être et peut contribuer à repérer les personnes qui pourraient souffrir de dépression grave nécessitant un traitement. Le questionnaire se trouve sur le site Web du Bureau régional. Il fonctionne selon un système de notation et contient des

instructions sur la manière de noter les réponses. D'utilisation facile, il permet à chacun de tester rapidement son état de bien-être et aide les professionnels de la santé à repérer les personnes présentant un risque élevé de dépression grave. Le Bureau régional s'intéresse particulièrement à ce sujet pour plusieurs raisons, la plus importante étant que la dépression profonde unipolaire est l'une des principales causes de maladies ou de blessures exprimées en années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI), c'est-à-dire deux fois plus que la tuberculose ou les accidents de la circulation qui viennent respectivement en deuxième et troisième positions. Un document d'information sur la mesure de la dépression dans les soins primaires a été finalisé et est maintenant utilisé dans divers endroits, essentiellement dans les PECO et les NEI.

56. Il ressort d'un programme pilote mis en œuvre dans la Région que les programmes de formation spéciale destinés aux dispensateurs de soins primaires peuvent améliorer le traitement de la dépression et, partant, réduire le nombre de suicides – notamment chez les femmes. De nouveaux travaux de recherche ont également fait ressortir un fait jusque-là inconnu, à savoir que la dépression post-partum n'est pas une prérogative féminine ; les hommes souffrent souvent de dépression grave suite à la naissance du premier enfant et il est probable que la violence domestique commence, pour une large part, lors de tels événements.

### ***Blessures, accidents, violence***

57. Un recueil de données sur la violence domestique et la santé mentale établies à partir de cas précis a été scanné dans la base de données sur la santé mentale. Une page d'accueil spéciale permet d'accéder facilement à une base d'informations supranationale de données agrégées et de définitions à laquelle ont contribué environ 20 personnes. Un projet pilote distinct sur la violence pendant la grossesse est en cours ; les premiers résultats ont été présentés lors d'une réunion organisée par le Conseil de l'Europe.

58. En ce qui concerne la protection des enfants, le Bureau a mené des activités dans les domaines suivants : les mauvais traitements et les négligences envers les enfants, la violence domestique à l'égard des femmes et des enfants, la santé des enfants et l'environnement, et la santé des adolescents. Une approche globale a été élaborée en tenant compte des déterminants

d'une plus large portée qui affectent le développement psychosocial des enfants. Les États membres ont examiné des stratégies de prévention de la violence à l'égard des femmes. Des experts venus de différentes régions du globe, ainsi que la Société internationale pour la prévention des mauvais traitements et négligences envers les enfants ont apporté leur contribution à la prévention de la violence domestique.

59. La violence sur le lieu de travail constitue un problème croissant de santé publique lié au déplacement d'une grande partie de la main d'œuvre vers le secteur des services. Une enquête réalisée par l'Union européenne en 1996 a révélé que 2% des employés se plaignent de harcèlement sexuel, 4% de harcèlement physique et 9% de harcèlement psychologique. Cela s'applique particulièrement aux femmes actives qui sont de plus en plus nombreuses.

### **Prévenir et combattre les maladies transmissibles**

#### ***Vaccination***

60. L'épidémie de diphtérie dans les NEI est maintenant maîtrisée, mais la situation dans certains pays (Lettonie, Georgie, Kirghizistan, Fédération de Russie et Tadjikistan) suscite toujours de grandes inquiétudes. La rougeole est un grave problème de santé publique dans la plupart des NEI et dans certains PECO. Bien qu'à l'origine, la prévalence de la AgHBs se soit située, selon les estimations, dans une fourchette de 2 à 8%, les données recueillies montrent que le pourcentage de porteurs du virus se situe entre 2% (États baltes et pays d'Europe du Nord) et 5 à 10% (Albanie, République de Moldova, Bulgarie, Roumanie et républiques d'Asie centrale). Les taux moyens de couverture vaccinale sont très élevés, mais ils sont très différents selon les pays ; il faut s'efforcer de parvenir à un taux de couverture minimale de 90% pour la diphtérie, la coqueluche, la rougeole et le tétanos.

61. Le comité de coordination interinstitutions pour l'assistance à la vaccination (IICC) a tenu deux réunions annuelles lors desquelles le programme concernant la poursuite des activités a été révisé et adopté. Il a décidé de continuer à assumer son rôle en s'attachant essentiellement à aider les pays à parvenir à l'autosuffisance dans l'approvisionnement en vaccins prescrits par le Programme élargi de vaccination (PEV).

62. La vaccination systématique s'est poursuivie dans tous les NEI en obtenant des donateurs qu'ils fournissent des vaccins. L'un d'entre eux (le gouvernement japonais) s'est engagé à apporter durablement son appui à trois républiques d'Asie centrale pendant les cinq prochaines années.

63. Un atelier a été organisé sur le contrôle de la qualité et l'achat de vaccins ; 13 spécialistes de différents pays de la Région ont participé, dans le cadre du Réseau mondial de formation, à divers cours de formation portant sur des questions liées au contrôle de la qualité des vaccins. Des missions se sont rendues en Pologne, République de Moldova, Turquie et Ukraine pour évaluer la viabilité des programmes de vaccination et le contrôle de la qualité des vaccins.

64. Selon le PEV, la couverture vaccinale chez les enfants de deux ans demeure élevée et stable dans la Région. La rougeole est en voie d'élimination dans certains pays et, dans deux pays, l'épidémie a pu être enrailée grâce à des campagnes de vaccination massives.

65. Des réunions sous-régionales sur l'élimination de la rougeole ont été organisées dans le cadre du PEV à l'intention des pays d'Europe centrale et orientale, des républiques d'Asie centrale et du Kazakhstan, des pays membres de l'Union européenne et des pays participant au cadre inter-gouvernemental pour la coopération européenne dans le domaine de la recherche scientifique et technique (COST). Vingt-trois pays de la Région ont évalué la situation en ce qui concerne l'élaboration de plans nationaux d'élimination de la rougeole. Les politiques visant à encourager l'utilisation d'aiguilles stériles dans les NEI ont été inscrites au programme du nouveau cours de formation de niveau intermédiaire et mises en œuvre au niveau national dans certains pays avec l'aide de l'UNICEF. Un plan quinquennal sous-régional conçu pour aider les NEI à satisfaire leurs besoins en ce qui concerne le matériel utilisé dans la chaîne du froid et le soutien logistique a fait récemment l'objet d'une révision.

66. La campagne de lutte contre la rougeole en Roumanie a été évaluée en février 1999. En collaboration avec le Public Health Laboratory Service du Royaume-Uni (PHLS) et l'Institut Pasteur à Paris, des mesures ont été prises pour

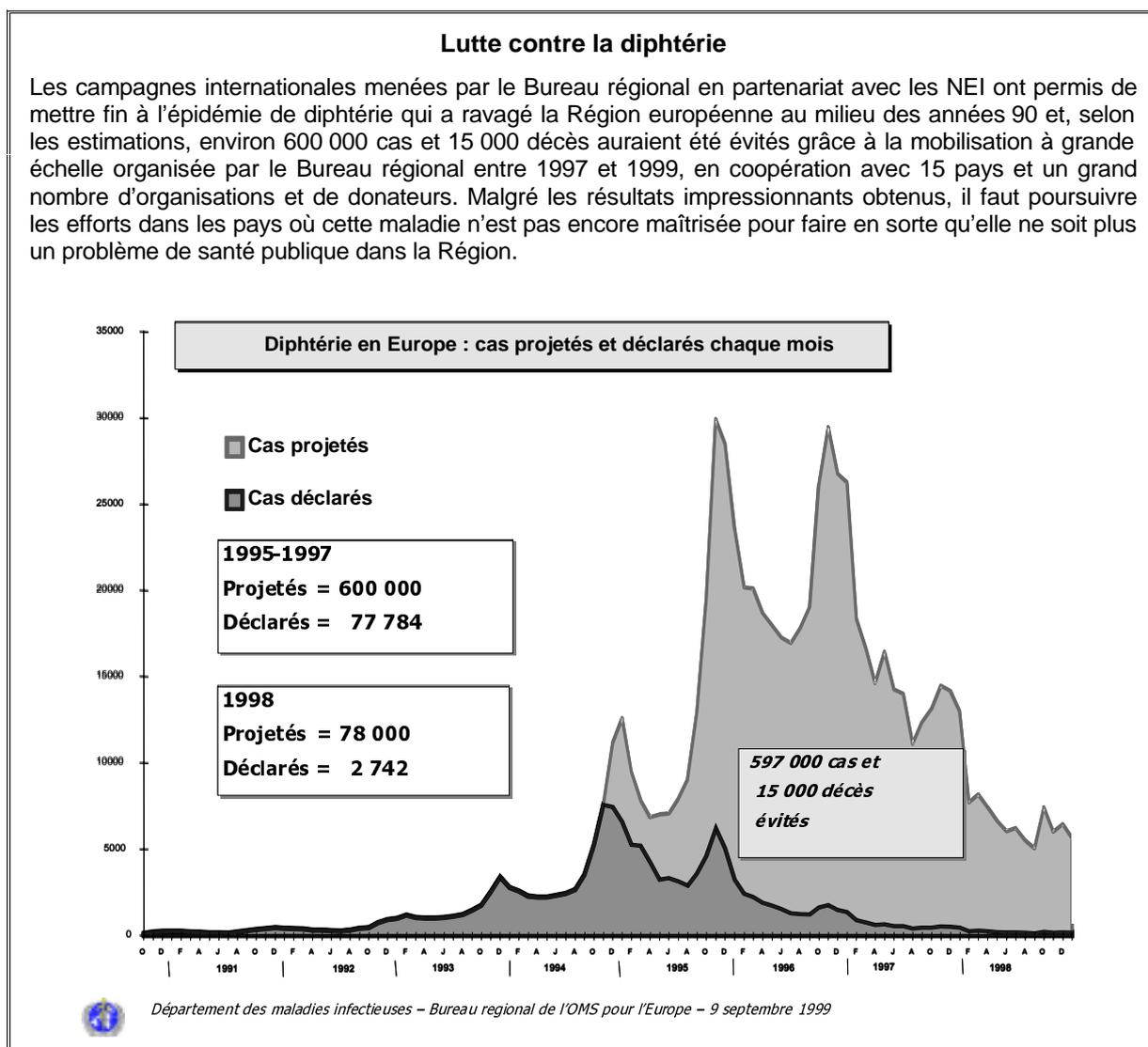
créer un réseau de laboratoires pour la surveillance de la coqueluche. Indépendamment du système de suivi et de surveillance systématique déjà mis en place dans le cadre du PEV, une base de données a été mise au point en coopération avec le service informatique du Bureau régional et avec l'aide du Siège de l'OMS. Cette base de données permettra d'analyser l'incidence et la prévalence de la diphtérie et de la rougeole en se fondant sur des cas précis.

67. Le groupe consultatif européen et les administrateurs du PEV se sont réunis plusieurs fois pendant la période biennale. Ces réunions ont été l'occasion d'élaborer le projet d'un plan stratégique sur la vaccination et les vaccins et de modifier les buts opérationnels fixés par le PEV, notamment en ce qui concerne l'hépatite B.

68. L'édition révisée du manuel de la chaîne du froid a été publiée et distribuée dans les NEI. Un nouveau cours destiné aux administrateurs du PEV de niveau intermédiaire a été mis au point en russe en se fondant sur l'expérience acquise dans trois lieux pilotes et un cours utilisant la nouvelle documentation a eu lieu en 1999. La traduction en russe a été extrêmement rapide et efficace grâce à une meilleure communication entre le PEV et l'Institut Pasteur à Saint-Petersbourg.

### *Diphtérie*

69. Le Groupe de travail européen chargé de la diphtérie se réunit chaque année. Grâce à l'excellente coopération avec le centre collaborateur OMS pour la diphtérie dont les locaux sont situés au sein du Public Health Laboratory Service du Royaume-Uni, d'autres ressources ont été allouées dans le cadre du projet Copernic de l'Union européenne pour financer la recherche en laboratoire dans les NEI. La méthode de ribotypage (la norme par excellence pour l'identification des souches) a été mise au point et le logiciel transmis aux membres du groupe gratuitement par l'Institut Pasteur à Paris. Des trousseaux de laboratoire ont été distribués en Arménie, Ukraine et au Bélarus et des milieux de laboratoires ont été envoyés en Fédération de Russie. Une réunion rassemblant des représentants de laboratoires a eu lieu en Lettonie en décembre 1999. Tous les États membres disposent d'un laboratoire de référence pour la diphtérie.



### Éradication de la poliomyélite

70. Les efforts déployés à l'échelon mondial pour éradiquer la poliomyélite sont en bonne voie. D'importantes régions dans le monde sont désormais indemnes de poliomyélite et l'incidence annuelle de cette maladie a chuté de 85% depuis 1988, date à laquelle les mesures visant à éradiquer la poliomyélite dans le monde ont été prises. Des progrès substantiels ont été également observés dans la Région européenne.

71. En 1998 la transmission de la poliomyélite n'a été recensée qu'en Turquie qui a déclaré 26 cas. Après avoir rencontré le directeur régional en décembre 1998, le président turc s'est engagé personnellement à mobiliser toutes les ressources possibles dans une campagne intensifiée destinée à éradiquer les derniers foyers de transmission dans le pays. Cette promesse a été tenue : l'OMS et le gouvernement turc ont coopéré pour établir

une planification particulière et mobiliser un grand nombre de secteurs. En outre, des campagnes intensifiées de vaccination ont été menées dans les régions à risque. Ces activités se sont déroulées au printemps et à l'automne de 1999. De ce fait, aucun nouveau cas de poliomyélite ou de transmission de poliovirus sauvages n'a été détecté en 1999.

72. Les programmes de vaccination de grande ampleur ont été poursuivis et les efforts visant à améliorer la surveillance de la paralysie flasque aiguë ont été fortement accentués dans tous les pays de la Région. Cette surveillance accrue s'est traduite, en 1999, par un taux de paralysie flasque aiguë non liée à la polio de 1,35 dans 17 pays récemment endémiques (comparé à un taux prévu de 1,0) deux échantillons de matières fécales ayant été collectés dans 84% des cas de paralysie flasque aiguë. Dix des 17 pays

susmentionnés et 3 autres pays sur 22 exécutant également des activités de surveillance de la paralysie flasque aiguë ont satisfait à la norme prévue de 80% ou plus de cas avec prélèvement de deux spécimens.

73. Le réseau régional de laboratoire de recherche sur la poliomyélite fonctionne toujours avec efficacité ; 95% des échantillons provenant de cas de paralysie flasque aiguë sont désormais traités au sein du réseau. La Commission régionale de certification de l'élimination de la poliomyélite a examiné les documents présentés par 32 pays européens non endémiques. Le processus visant à certifier officiellement la Région indemne de poliomyélite d'ici à 2003 est donc en bonne voie.

74. L'opération MECACAR (activités menées dans la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS, la région du Caucase et les républiques d'Asie centrale) est le garant de la réalisation de l'objectif de l'éradication de la poliomyélite dans la Région. Le Bureau régional a bénéficié d'un soutien ferme de la part des organisations suivantes : le siège de l'OMS, l'UNICEF, les Centers for Disease Control (CDC) à Atlanta (Géorgie, États-Unis), Rotary international, Agency for International Development des États-Unis et la Fondation des Nations Unies. La coopération interrégionale se poursuivra durant le prochain exercice biennal.

### ***Tuberculose***

75. On a enregistré une forte augmentation du nombre de cas de tuberculose dans la Région, surtout en Europe orientale et dans les NEI, dans lesquels cette maladie se propage à une vitesse alarmante. L'importance de la multirésistance, surtout dans les pays d'Europe orientale, constitue l'un des aspects particulièrement inquiétants de cette maladie. En Lettonie, par exemple, un tiers de la population infectée présente une multirésistance. Vingt-cinq pays de la Région sont membres d'un réseau supranational de laboratoires pour la surveillance de la résistance aux médicaments.

76. Le Bureau régional, en étroite coopération avec le siège de l'OMS, a fortement encouragé le recours à la stratégie « DOTS Plus » pour la prise en charge médicalisée des cas de tuberculose multirésistante. Cette stratégie devrait être maintenant adoptée par tous les pays de la Région. Au cours de l'exercice biennal, 16 pays

ont amorcé la mise en œuvre de la stratégie DOTS ou ont pris des dispositions à cet égard. Le Bureau régional élabore maintenant une nouvelle stratégie à long terme destinée à aider tous les pays d'Europe orientale dans lesquels l'incidence de cette maladie est élevée. Ce programme sera un énorme défi et nécessitera un appui vigoureux de la part des États membres. Quatre cours de formation internationaux organisés en Estonie et en Pologne ont constitué un tournant dans la formation dispensée dans la Région dans le domaine de la tuberculose. Des cours de formation nationaux ont eu lieu dans 16 pays. La tenue de réunions internationales, la formation de dispensateurs de soins primaires et l'organisation de campagnes médiatiques ont contribué à sensibiliser davantage la population et à renforcer la capacité des pays à faire face à la tuberculose.

### ***Paludisme***

77. Au milieu des années 90, on a enregistré une recrudescence brutale du paludisme dans un certain nombre de pays situés dans la partie sud-est de la Région, due à l'instabilité économique, aux guerres civiles, aux mouvements massifs de populations et aux grands projets hydro-agricoles. Les pays les plus touchés sont l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Tadjikistan et la Turquie ; en 1996, environ 90 000 cas de paludisme autochtone ont été déclarés dans la Région.

78. L'emploi de personnel à plein temps, l'octroi de contributions volontaires substantielles et l'aide apportée par le Siège ont permis au Bureau régional de lancer le programme régional « Faire reculer le paludisme » en 1998. La situation du paludisme dans la région a fait l'objet d'une évaluation approfondie et une stratégie d'ensemble régionale a été élaborée parallèlement à l'action menée à l'échelon mondial. Des plans d'action ont été établis pour enrayer l'épidémie aux niveaux sous-régional et national. Des propositions de projets ont été soumises aux donateurs en vue d'obtenir leur soutien financier.

79. Les ressources limitées dont dispose le Bureau régional pour prévenir et combattre les épidémies ont été utilisées pour fournir des médicaments antipaludéens et renforcer les structures sanitaires permettant de mettre immédiatement en œuvre les activités de lutte contre le paludisme. Le Bureau a fourni une assistance technique aux projets de lutte contre le paludisme au Tadjikistan et en Arménie grâce au

soutien financier du Danemark, de l'Italie, de la Norvège, de la Suède, du Japon, de l'Office humanitaire de la Communauté Européenne (ECHO) et le programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Des recommandations nationales en matière de prévention et de lutte ont été mises à jour et des manuels et d'autres documents ont été traduits dans les langues nationales concernées, puis imprimés et distribués. Enfin, l'aide a été coordonnée avec d'autres organisations internationales et non-gouvernementales. Les centres collaborateurs OMS de Rome (l'Istituto Superiore di Sanità) et de Moscou (l'Institut Martsinovsky et l'Institut central de formation médicale de 3ème cycle) ont contribué de manière très appréciable aux activités de formation.

80. Les activités mises en oeuvre au cours de l'exercice biennal ont permis d'enrayer l'épidémie de paludisme et, dans certains pays, une baisse significative de l'incidence de cette maladie a été enregistrée : en 1998, on a recensé environ 62 000 cas de paludisme autochtone contre 75 000 en 1997. Une nouvelle baisse a été enregistrée en 1999.

#### ***VIH/sida***

81. Il est très encourageant de constater que le nombre de cas de sida ne cesse de baisser dans la Région : en 1998, on a enregistré près de deux fois moins de cas qu'en 1994, année record. Cela est dû, de toute évidence, aux programmes de prévention efficaces mis en oeuvre en Europe occidentale depuis 1985 et, sans doute aussi, ces dernières années, au nouveau traitement médicamenteux qui peut retarder l'apparition du sida chez certains séropositifs. Malheureusement, la situation n'est pas aussi bonne dans la partie la plus orientale de la Région : une tendance inverse, due essentiellement à la toxicomanie par voie intraveineuse, a été enregistrée dans la deuxième partie des années 90 dans la Fédération de Russie, en Ukraine et dans d'autres pays.

82. Afin d'examiner la situation grave qui règne en Europe orientale, une réunion a été organisée pendant l'Assemblée mondiale de la santé en mai 1999 entre les secrétariats de l'ONUSIDA, de l'OMS, du FNUAP, de l'UNICEF et de la Banque mondiale. Il a été décidé, lors de cette réunion, d'intensifier les efforts et de mettre sur pied une stratégie régionale commune. Ces organisations, des organisations de coparrainage et des organismes

bilatéraux se sont par la suite réunis à cette fin et la stratégie a été élaborée dans le cadre d'une série de réunions techniques et de consultations des États membres.

#### ***Infections sexuellement transmissibles***

83. La Région européenne a connu une forte épidémie de syphilis et d'autres infections sexuellement transmissibles moins bien déclarées ont été recensées dans les NEI. Le Bureau régional, en collaboration avec de nombreux autres partenaires, a donc déployé des efforts accrus pour enrayer cette épidémie.

84. Au niveau des pays, une série d'activités ont été entreprises pour promouvoir la politique recommandée par l'OMS et renforcer les capacités de lutte au niveau local (création de centres d'excellence et soutien apporté à ces centres, projets pilotes sur la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et la prévention pour les travailleurs du sexe et les homosexuels, promotion d'une meilleure prise en charge des cas, etc.). Pendant l'exercice biennal, la politique de l'OMS sur la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles a été mise en pratique par 10 pays. Le Bureau régional collabore avec l'UNICEF pour que l'éducation sexuelle soit inscrite au programme des écoles membres du réseau Écoles-santé et formule des conseils sur la prévention de l'infection à VIH chez les toxicomanes par voie intraveineuse en Europe orientale (en qualité de membre de l'équipe spéciale du programme ONUSIDA chargée du VIH). Les activités visant à prévenir, combattre et soigner les infections sexuellement transmissibles et les infections à VIH ont commencé à être envisagées de manière coordonnée et intégrée dans un certain nombre de pays.

85. Afin de renforcer l'aide internationale dans ce domaine, le Bureau régional a créé, en 1998, une équipe spéciale chargée de prendre des mesures urgentes pour faire face à l'épidémie d'infections sexuellement transmissibles qui sévissait en Europe orientale et en Asie centrale. Cette équipe spéciale, qui regroupe un grand nombre d'institutions des Nations Unies, d'organismes bilatéraux et d'ONG, a été à l'origine de la création d'un cadre stratégique d'action harmonisée. Elle est financée par le Royaume-Uni, les États-Unis et

la Fondation Soros. Les effectifs du Bureau régional sont en train d'être renforcés en coopération avec le programme ONUSIDA.

### ***Maladies diarrhéiques et infections respiratoires aiguës***

86. Les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës demeurent les principales causes de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de cinq ans dans la plupart des pays en transition de la Région. De nombreux pays ont demandé l'adoption d'une approche plus intégrée qui aborde la santé de l'enfant dans son ensemble au lieu de se limiter à la maladie prise individuellement. La stratégie de prise en charge intégrée des maladies infantiles est un exemple de cette approche car elle associe l'amélioration de la prise en charge des principales maladies infantiles à des aspects nutritionnels, à la vaccination et à plusieurs autres éléments importants qui exercent une influence sur la santé de l'enfant. Les activités relevant du programme ont donc été progressivement réorientées vers la mise en œuvre de cette stratégie dans la plupart des pays directement bénéficiaires.

87. Des documents destinés à la formation interne à la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës ont été distribués, après avoir été traduits, en vue de leur utilisation dans des cours aux niveaux national et local. Les manuels pour étudiants sur la diarrhée et la prise en charge des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës dans les petits hôpitaux ont été traduits en russe et distribués à certains instituts de médecine. Un atelier a défini des stratégies visant à renforcer l'enseignement des principales maladies infantiles en internat. Des pays ont bénéficié d'un appui technique pour planifier, suivre et consolider leurs activités en ce qui concerne les maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës.

### ***Maladies nouvelles et en recrudescence et autres maladies infectieuses importantes sous l'angle de la santé publique***

88. Une épidémie non contrôlée d'une maladie transmissible dans un pays est une source de préoccupation pour tous les pays de la Région, ainsi que pour d'autres continents. Le Bureau régional a créé un service spécial chargé de renforcer la capacité de surveillance dans l'ensemble de la Région, ainsi que celle

des divers programmes mis en œuvre dans les États membres. Un nouveau système d'information informatisé sur les maladies transmissibles a été mis au point en 1999. Il permettra d'exploiter une base de données sur les maladies transmissibles (avec la possibilité pour les coordinateurs nationaux de faire connaître directement l'incidence de la maladie par l'intermédiaire du Web), d'analyser les données de manière poussée et de présenter les résultats également sur l'Internet. La collaboration avec la Commission européenne (Direction générale V) est en train d'être renforcée afin de coordonner les activités des deux organisations dans ce domaine. Il existe une étroite coopération en matière de surveillance épidémiologique du VIH/sida dans les NEI et les États baltes.

89. La base de données de l'Union européenne sur les profils de surveillance par pays englobe 18 pays et, en collaboration avec le centre collaborateur OMS à Rome, le Bureau régional élargit cette approche à d'autres pays de la Région.

90. Un projet de stratégie sur la surveillance a été élaboré après consultation du Siège de l'OMS, de l'Union européenne et d'autres partenaires et un plan stratégique général de renforcement des capacités a été établi avec les mêmes partenaires.

91. L'évaluation de l'éradication de la dracunculose en Ouzbékistan a été finalisée.

## **STRATÉGIES MULTISECTORIELLES**

### **Environnement**

#### ***La Conférence de Londres de 1999***

92. L'adhésion politique au processus Environnement et santé demeure soutenue à travers la Région. En 1999, des progrès importants ont été accomplis dans ce domaine. Les travaux préparatoires intensifs qui se sont déroulés les deux années précédant la conférence, coordonnés par le Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES) et appuyés par le secrétariat du Bureau régional, ont fait de la Conférence de Londres de juin 1999 un succès considérable. De nombreuses réunions préparatoires consacrées à dix domaines techniques, pour chacun desquels un pays « chef de file » avait été

désigné, ont été organisées en coopération avec l'OMS, la Commission économique pour l'Europe (CEE), la Fondation européenne de la science, le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et la Commission européenne (CE). Les nombreux documents de référence sur chaque sujet ont été condensés pour la conférence en documents de travail succincts. Des initiatives particulièrement importantes ont été prises en ce qui concerne les enfants, la participation du public, l'action locale, la recherche, les transports et l'eau.

93. S'agissant de la recherche, la coopération très étroite entre la Fondation européenne de la science, la Direction générale XII de la Commission européenne et les divisions de Rome et Bilthoven du Bureau régional a débouché sur la rédaction d'un document fondamental présentant les priorités en matière de recherche sur l'environnement et de la santé en Europe. Les trois organisations se sont résolument engagées à poursuivre leur programme de recherche pendant les cinq prochaines années.

94. Une Déclaration spéciale énonçant les grands principes visés dans les dix documents de référence a été adoptée à Londres. L'ensemble du processus d'adoption a été grandement facilité par l'examen technique approfondi du projet de déclaration par les représentants de tous les États membres réunis à Bled (Slovénie) en février 1999. Il est particulièrement intéressant de constater que les ONG ont participé à l'ensemble de ce processus. Elles ont été invitées à se joindre, dès le début, aux différents groupes de travail et ont organisé une conférence parallèle à Londres, le « Forum Planète santé ». Les participants à la Conférence de Londres ont décidé qu'une quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé aurait lieu en Hongrie en 2004. Ils ont recensé un certain nombre de questions prioritaires pour les cinq prochaines années :

- ***Un protocole juridiquement contraignant sur l'eau et la santé*** à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux. Ce document vise à prévenir, combattre et faire reculer l'incidence des maladies liées à l'eau dans le cadre d'une collaboration portant sur la gestion de l'eau et la protection de la santé de l'environnement. Le nouveau

protocole qui résulte d'une étroite coopération entre le Bureau régional et la CEE adopte une vision globale de la gestion de l'ensemble des ressources en eau d'un pays – eau d'alimentation, eau de baignade, eaux usées, etc. Trente-cinq États membres ont signé le protocole à Londres et d'autres pays pourraient le faire dans les douze mois qui suivent par l'intermédiaire du Bureau des traités des Nations Unies à New York.

- ***Une Charte sur les transports, l'environnement et la santé***, par laquelle les pays membres de l'Union européenne et les États membres de l'OMS s'engagent aux niveaux national et international à réduire les effets néfastes importants sur la santé et les obstacles au développement local engendrés par la pollution de l'air, du sol et de l'eau, les accidents et le bruit, les émissions de gaz à effet de serre et les dégâts causés aux forêts par les transports ; ils s'engagent également à accroître les effets sanitaires positifs de modes déplacement assortis d'une activité physique, notamment la marche et l'utilisation de la bicyclette (en liaison avec l'utilisation des transports publics). La Charte repose sur des études et analyses pilotes qui ont fait ressortir l'intérêt de prendre en considération l'ensemble des liens existant entre la santé, les transports et l'environnement. Il a été décidé de poursuivre les travaux pour voir s'il serait possible d'élaborer ultérieurement une convention juridiquement contraignante pour les pays de la Région.
- ***Mise en oeuvre des plans d'action nationaux pour l'hygiène de l'environnement dans le cadre de partenariats*** – Lorsque les ministres ont décidé, lors de la conférence d'Helsinki en juin 1994, d'élaborer des plans d'action nationaux pour l'hygiène de l'environnement, ils ont créé un vaste mouvement. L'accueil fait à cette décision a été inédit : 43 des 51 pays (84%) ont élaboré des plans d'action nationaux ou ont entrepris leur élaboration. Plus de 20 pays sont déjà dans la phase de mise en oeuvre. Certains États membres de l'Union européenne et tous les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne ont fait adopter leurs plans

- d'action nationaux pour l'hygiène de l'environnement par le parlement et /ou le gouvernement et les mettent à exécution. Le mouvement suscité en Europe par les plans d'action nationaux pour l'hygiène de l'environnement a favorisé le renforcement de la collaboration bilatérale et multilatérale au niveau des pays. Certains États membres de l'Union européenne ont apporté un très large soutien et alloué des crédits très importants soit aux activités inter pays relevant du programme des plans d'action nationaux pour l'hygiène de l'environnement, soit à la coopération avec certains des pays en voie d'adhésion à l'Union européenne.
- ***Processus locaux pour une action en matière d'environnement et de santé*** – Les actions visant à améliorer la santé et l'environnement doivent être élaborées et mises en œuvre dans les pays, soit dans le cadre d'autres projets en rapport avec les domaines traités (Programme Action 21 et plans d'action des Villes-santé), soit séparément et elles devraient viser à améliorer réellement l'environnement et la santé au niveau local.
  - ***Accès à l'information, participation du public et accès à la justice en matière d'environnement et de santé*** – Les États membres sont résolus à donner au public un accès effectif à l'information, à améliorer la communication avec celui-ci, à veiller à ce qu'il joue un rôle dans la prise de décisions et lui permettre d'accéder à la justice en matière d'environnement et de santé. En outre, les gouvernements doivent prendre des mesures visant à promouvoir la mise en place d'un réseau de bases de données global et facile d'accès sur les questions d'environnement et de santé avec le concours, le cas échéant, des représentants des grands organes et utilisateurs d'informations en matière d'environnement et de santé.
  - ***Entreprises, santé, environnement et sécurité*** – La Déclaration de Londres reconnaît la nécessité d'adopter une démarche holistique pour ce qui est de la santé et l'environnement dans les entreprises. Les bonnes pratiques dans ce domaine visent à améliorer la santé en réduisant les taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles et de maladies
- qui, sans avoir de lien avec l'activité professionnelle, peuvent être évitées sur le lieu de travail (sida, alcoolisme, etc.). Elles visent également à préserver l'environnement général par la prévention de la pollution, la gestion du cycle entier des produits et l'utilisation rationnelle des ressources environnementales.
- ***Perspectives économiques en matière d'environnement et de santé*** – Les États membres amélioreront, si besoin est, leurs capacités en matière d'analyse économique afin de faire face à leurs engagements. Ils renforceront notamment leur système national d'étude stratégique d'impact sur l'environnement de manière à y englober les questions sanitaires et faire en sorte que les aspects écologiques et sanitaires soient pris en compte dans les politiques. Enfin, les États membres encourageront l'internalisation pleine et entière des coûts en matière d'environnement et de santé et l'élaboration de stratégies pour parvenir à cet objectif.
  - ***La santé des enfants et l'environnement*** – Les participants à la Conférence de Londres ont reconnu la vulnérabilité particulière des enfants et de la santé reproductive face aux agressions de l'environnement et ont demandé que l'on élabore des politiques et prenne des mesures pour permettre aux enfants de vivre dans un environnement sain. Ils ont mis l'accent sur la prévention et le traitement des accidents et des blessures et sur la protection de la santé des enfants contre les dangers environnementaux, afin, notamment, de diminuer le nombre de blessures, d'épisodes d'asthme, d'allergies et de limiter les nouveaux polluants.
  - ***Premiers effets du changement climatique et de l'appauvrissement de la couche d'ozone stratosphérique sur la santé humaine*** – Les États membres ont recommandé la création d'un réseau interorganisations européen chargé de surveiller, de rechercher et d'examiner les premiers effets du changement climatique et de l'appauvrissement de la couche d'ozone stratosphérique, d'élaborer et de promouvoir des politiques de prévention, d'atténuation et d'adaptation, et de définir des priorités

spécifiques en matière de recherche dans ce domaine. Il a été demandé au Centre européen de l'environnement et de la santé de coordonner ce réseau.

- ***Environnement et santé : une recherche axée sur l'Europe*** – Les activités concernant la recherche feront partie d'une action intégrée et coordonnée pan-européenne, appuyée par la Commission européenne, la Fondation européenne de la science, l'OMS

et, s'il y a lieu, d'autres organisations internationales.

- Le ***Comité européen de l'environnement et de la santé*** sera doté d'un mandat élargi et renforcé. Il continuera de coordonner les efforts déployés par les États membres et les organisations internationales pour donner effet aux décisions prises lors de la Conférence de Londres.

### Troisième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé

#### « Partenariats pour l'action »

La Troisième conférence européenne des ministres de la santé et de l'environnement a eu lieu à Londres en juin 1999. Prenant appui sur les fondations jetées lors des précédentes conférences sur l'environnement et la santé qui ont eu lieu à Francfort (1989) et à Helsinki (1994), cette conférence a été la plus importante jamais organisée en Europe dans le domaine de la santé. Soixante-douze ministres et plus de 1100 délégués de 55 pays y ont participé.

La conférence a débouché sur trois grands résultats :

- Un Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eaux transfrontières et des lacs internationaux. Ce Protocole est un instrument juridiquement contraignant établi conjointement avec la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies. Il a été signé à la Conférence de Londres par 35 pays. De nombreux pays se sont déclarés très favorables à ce Protocole et ont exprimé l'espoir qu'il soit un instrument efficace pour s'attaquer au fléau que représente les maladies d'origine hydrique et aux problèmes posés dans la Région européenne par la gestion des ressources en eau, l'approvisionnement en eau et l'assainissement.
- Une Charte sur les transports, l'environnement et la santé. Les participants à la conférence ont reconnu l'utilité et la nécessité de la mobilité dans la société d'aujourd'hui, mais se sont déclarés préoccupés par l'aggravation éventuelle des effets néfastes sur l'environnement et la santé. Ils ont demandé l'adoption de mesures urgentes pour atténuer ces effets autant que possible. Ils ont accueilli favorablement la Charte comme étant un cadre de mesures permettant d'intégrer les questions sanitaires dans la politique des transports, d'encourager la marche et l'utilisation de la bicyclette et d'internaliser les coûts externes liés au transport. Ils ont également pris acte de la possibilité de limiter l'utilisation de la voiture en favorisant la pratique de la marche et de la bicyclette et le recours aux transports publics. On évaluera dans l'avenir la nécessité de faire de la Charte un instrument international juridiquement contraignant.
- La Déclaration de Londres. La Déclaration résume la situation de l'environnement et de la santé en Europe au début du XXI<sup>e</sup> siècle. Elle engage les États membres à mettre en œuvre les actions que les participants à la conférence ont décidé de mener dans les 11 domaines examinés lors de la conférence. Elle sert de cadre pour l'avenir du programme Un Environnement pour l'Europe qui débouchera sur la tenue d'une quatrième conférence sur l'environnement et la santé en 2004 accueillie par la Hongrie.

95. Indépendamment de ces thèmes orientés vers l'action, il existe d'autres éléments importants dans la mesure où ils servent de fondement à l'élaboration et à l'évaluation d'une politique intégrée de l'hygiène de l'environnement : instruments d'élaboration des politiques (création et exploitation d'une base factuelle ou élaboration de méthodologies d'évaluation des risques) et questions fortement médiatisées telles

que l'air, l'eau d'alimentation, la qualité des aliments. Ce dernier point englobe :

- la sécurité sanitaire des produits alimentaires
- la protection contre les risques chimiques/l'évaluation des risques, la qualité de l'air
- les rayonnements et la santé

- la gestion des déchets
- les systèmes d'information géographique.

96. Le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a prié, en septembre 1999, le directeur régional de continuer à donner des impulsions au processus Environnement et santé dans la Région européenne et a approuvé la décision d'élargir le mandat et la composition du Comité européen de l'environnement et de la santé. Il a également autorisé le directeur régional à exercer les fonctions de secrétariat pour le Protocole sur l'eau et la santé (résolution EUR/RC49/R4).

97. Un certain nombre d'activités ont été menées à bien en prévision de la Conférence de Londres.

#### ***Plans d'action nationaux pour l'hygiène de l'environnement***

98. La stratégie de mise en œuvre des plans d'action nationaux pour l'environnement a été établie par l'équipe spéciale d'appui aux plans nationaux pour l'hygiène de l'environnement à partir des informations fournies par les pays. Un document de stratégie a été examiné et approuvé lors d'une réunion paneuropéenne de hauts fonctionnaires organisée conjointement par la Commission européenne et l'OMS à Luxembourg en septembre 1998. Une série d'ateliers sur le renforcement des capacités a été organisée au niveau sous-régional en vue de mettre en œuvre ces plans d'action nationaux. Un projet conjoint portant sur la réalisation de ces plans d'action nationaux en Estonie, Lituanie, Pologne, République tchèque et Slovaquie a été lancé avec l'Agence danoise pour la protection de l'environnement.

99. Une stratégie visant à réformer les services d'hygiène de l'environnement a été élaborée et traduite en russe. Ce document a déjà été utilisé lors d'ateliers qui ont eu lieu dans les républiques d'Asie centrale. Compte tenu de la nécessité évidente de coordonner les actions des hygiénistes de l'environnement à la fois dans les pays et par-delà les frontières, il a été décidé d'établir des lignes directrices concernant la création d'associations d'hygiénistes de l'environnement. Ces lignes directrices ont suscité un grand intérêt, surtout de la part des représentants des républiques d'Asie centrale. Des programmes-types destinés à cette catégorie

professionnelle ont été également élaborés. Enfin, une stratégie a été établie pour remodeler les instruments économiques de manière à ce qu'ils contribuent à parvenir aux objectifs en matière d'hygiène de l'environnement.

#### ***Plans d'action locaux pour l'hygiène de l'environnement***

100. La mise œuvre de ces plans d'action locaux est pilotée par les collectivités locales dans certaines villes, à savoir Riga et Limbazi (Lettonie), Bichkek (Kirghizistan), Varna (Bulgarie) et Bratislava (Slovaquie). Ces plans d'action locaux ont prouvé leur spécificité comme étant le seul processus de planification véritablement intersectoriel dans lequel les agents de santé jouent un rôle prépondérant. Les activités menées à l'échelon local dans le cadre du programme Action 21 sont typiquement axées sur l'environnement alors que les plans pour l'action sanitaire en milieu urbain sont souvent axés sur la promotion de la santé. Le concept des plans d'action locaux pour l'hygiène de l'environnement est complémentaire au processus de planification existants. L'élaboration et la mise en œuvre de ces plans d'action locaux ont fait l'objet d'une collaboration internationale avec d'autres organisations intergouvernementales, non gouvernementales et avec les gouvernements.

#### ***Contribution au plan d'action stratégique pour la Méditerranée***

101. Le Bureau a mis en place un réseau régional pour améliorer les aspects périsanitaires de la surveillance de la pollution marine et de l'application de la législation. Un document sur les mesures correctrices à prendre pour assainir les régions côtières polluées et comportant une section consacrée au tourisme, à l'environnement et à la santé a été élaboré en vue d'être inclus dans le programme de Malte pour l'exploitation des zones côtières. L'élimination des substances toxiques, persistantes et bioaccumulables a représenté un élément non négligeable du volet sanitaire du plan d'action stratégique pour la Méditerranée. Un document recensant les installations municipales d'épuration des eaux usées des villes de plus de 10 000 habitants situées sur le pourtour de la Méditerranée a été établi et un autre a répertorié les foyers de pollution marine auxquels il faut s'attaquer en priorité.

### **Qualité de l'air**

102. Les nouvelles *Valeurs-guides pour la qualité de l'air en Europe*<sup>6</sup> de l'OMS sont vite devenues un document de référence de première importance et servent de base à l'établissement d'un document de l'OMS de portée mondiale. Des outils ont été mis au point pour donner effet à ces valeurs-guides en mettant l'accent sur la surveillance. L'équipe spéciale mixte sur les aspects sanitaires de la pollution de l'air transfrontière à longue distance a été créée avec la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies (CEE/ONU). Son premier rapport d'évaluation a été publié et les activités se rapportant à la convention de la CEE/ONU se poursuivent. Le Bureau régional a contribué à l'élaboration de trois études conjointes sur les répercussions de la pollution de l'air sur la santé en Europe (que la Commission européenne a accepté de financer en 2000–2001). Les activités concernant la qualité de l'air à l'intérieur des locaux, menées conjointement avec la Commission européenne, ont porté sur les méthodes d'évaluation des risques et servi de base à une publication sur l'évaluation et l'élaboration des politiques concernant la qualité de l'air à l'intérieur des locaux.

### **Protection contre les risques chimiques**

103. Le Bureau continue d'évaluer les risques pour la santé que représentent les polluants persistants dans l'environnement, y compris les dioxines et d'autres disrupteurs endocriniens d'origine chimique.

### **Sécurité sanitaire des produits alimentaires**

104. Le Bureau a procédé à une évaluation des risques liés aux dioxines qui a donné lieu à la publication d'un rapport sur les additifs et les polluants alimentaires.

105. Le Bureau a mis au point un programme de formation pour la surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Un document sur le processus d'examen des résultats en matière d'environnement a été présenté lors de la conférence de la Société internationale des ingénieurs en génie de l'environnement à Athènes. Le document d'examen des résultats en matière d'environnement effectué par la Lituanie a été publié, celui de

l'Ukraine est achevé et la version préliminaire de celui de l'Arménie a été établie. La Commission européenne a accepté de financer un projet de recherche sur la crainte éprouvée par la population face au risque que représentent l'encéphalopathie spongiforme bovine et la maladie de Creutzfeldt-Jakob en Europe.

### **Rayonnements et santé**

106. Le Bureau a continué de suivre les conséquences de l'accident de Tchernobyl sur la santé tandis que l'Allemagne, le Luxembourg et la Suisse ont appuyé les activités visant à renforcer la préparation aux situations d'urgence en Europe. Un avant-projet de protocole commun de dépistage du cancer de la thyroïde provoqué par les rayonnements a été établi. Une enquête sur les activités sur le terrain consacrées à la carence en iode a été réalisée au Bélarus, en Ukraine et dans la Fédération de Russie. Un protocole commun d'élaboration d'une base de donnée intégrée sur les cancers de la thyroïde apparus après l'accident de Tchernobyl a été établi et mis en œuvre.

107. Le Bureau de projet d'Helsinki pour les interventions d'urgence en cas d'accident nucléaire et la santé publique, inauguré officiellement par le directeur régional à la fin de 1998, a emménagé dans ses nouveaux locaux en août 1999, avec comme priorités la publication d'une mise à jour en 1999 des recommandations concernant la prophylaxie par l'iode stable et l'élaboration d'une stratégie mondiale sur les rayonnements ionisants et la santé publique qui sera finalisée en 2000.

### **Changement climatique**

108. La division de Rome du Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS a déployé de vastes efforts dans les domaines suivants : le changement climatique, la santé des enfants, l'environnement et la santé. Ces thèmes ont fait l'objet de débats importants lors de la Conférence de 1999. Elle a également renforcé de manière sensible ses activités dans le domaine de l'information et de la communication, à la fois avec le grand public et les décideurs.

### **Syndrome de l'huile frelatée**

109. Les réunions du Comité scientifique établi conjointement par l'OMS et le Centro de Investigación sobre el Síndrome del Aceite

<sup>6</sup> *Air quality guidelines for Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1987 (Publications régionales de l'OMS, Série européenne n° 23).

Toxico espagnol (CISAT) en vue d'étudier le syndrome de l'huile frelatée ont eu lieu comme prévu. Des projets de recherche ont été élaborés et financés dans le cadre de la stratégie globale de recherche. Des progrès ont été notamment enregistrés dans le sens d'une meilleure compréhension de l'étiologie du syndrome de l'huile toxique grâce à une simulation réussie des huiles impliquées dans les cas détectés.

#### ***Brochures sur l'hygiène de l'environnement destinées aux collectivités locales***

110. Le Bureau régional produit toujours ses brochures attrayantes pour aider les collectivités locales à faire face aux problèmes pratiques liés à l'environnement et à la santé. La série, qui a fait ses preuves, compte maintenant 32 titres et plus de 200 versions en 24 langues. Ces brochures ont suscité un intérêt à l'échelon mondial: par exemple, l'Organisation panaméricaine de la Santé va distribuer des traductions en portugais et en espagnol dans toute l'Amérique latine. L'étroite collaboration qui s'est instaurée entre le Bureau et le gouvernement tchèque a débouché non seulement sur la traduction de brochures en tchèque, mais aussi sur des activités communes portant sur d'autres titres.

#### ***Systèmes d'information sur l'environnement et la santé***

111. L'établissement de systèmes d'information sur l'environnement et la santé est une tâche importante pour l'OMS qui collabore maintenant plus étroitement avec d'autres organisations internationales (l'Agence européenne de l'environnement, Eurostat, le Programme des Nations Unies pour l'environnement), ainsi qu'avec d'autres États membres en ce qui concerne la collecte et l'échange de données. Des progrès considérables ont été réalisés dans le développement de la base de données du système d'information géographique sur l'environnement et la santé (HEGIS) et dans la définition d'indicateurs d'hygiène de l'environnement pertinents. D'autres mesures ont été prises pour aider les États membres à mettre sur pied d'autres systèmes d'information sur l'environnement et la santé.

112. Les examens des résultats en matière d'hygiène de l'environnement ont facilité la mise en œuvre du programme par la CEE/ONU. Les documents d'examen des résultats en matière d'hygiène de l'environnement ont été achevés

pour la Croatie, la Lettonie, la Lituanie, la République de Moldova, la Slovénie et l'Ukraine.

113. Un nouveau système européen de communication électronique entre les hygiénistes de l'environnement a été lancé. Il a bénéficié d'un large soutien de la Commission européenne et de nombreux pays. Les numéros du *European bulletin on environment and health* ont été largement diffusés.

#### ***Épidémiologie environnementale***

114. Le Bureau régional a également entrepris un très grand nombre d'activités consacrées à l'épidémiologie environnementale. Le projet sur l'évaluation et l'utilisation des bases factuelles épidémiologiques à l'appui de l'évaluation des risques sanitaires liés à l'environnement a été très largement consulté. Il établit de nouvelles normes en matière d'examen des données scientifiques. Les cinquième et sixième cours d'été européens consacrés à l'épidémiologie en santé publique ont eu lieu respectivement à Prague et à Cracovie. Soixante-cinq étudiants de 19 pays, venant, pour la plupart, des PECO, ont participé à chacun de ces deux cours intensifs d'une durée de deux semaines. Le Bureau a également établi une monographie consacrée aux activités épidémiologiques liées à l'évaluation des conséquences sur la santé des incidents d'origine chimique.

#### ***Activités de pays***

115. En Bosnie-Herzégovine, le Bureau régional a détruit, en coopération avec l'administration de l'Union européenne à Mostar, le ministère fédéral de la santé et Médecins sans frontières, 200 tonnes de médicaments périmés tout en tenant compte des impératifs écologiques. Il a également agité de même en collaboration avec les autorités croates à Split. En Roumanie, il a contribué à l'élaboration d'un projet pilote destiné à améliorer les systèmes de distribution d'eau et d'assainissement au niveau local, ainsi qu'à la mise sur pied du projet « Paix et santé » de l'OMS en Bosnie en assurant la formation à l'étranger d'experts bosniaques en eau et en santé publique.

116. L'OMS a coopéré de manière intensive à l'élaboration de projets visant à améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement en Géorgie, en Ouzbékistan, au Tadjikistan et au Turkménistan. Enfin, elle a publié conjointement

avec le PNUD et la Banque mondiale, une publication consacrée à la gestion des déchets hospitaliers.

### **Déterminants socioéconomiques**

117. L'évolution de la situation socio-économique dans la Région demeure assez nuancée. En Europe occidentale, le produit national brut (PNB) a enregistré une croissance d'environ 2,5 à 3% par an; malheureusement, le chômage, fléau social numéro un, n'a que très légèrement diminué. Dans les PECO et les États baltes, la récession du début des années 90 a fait place à une croissance satisfaisante de l'ordre de 4 à 5% par an, mais en Albanie, Bulgarie et Roumanie, la croissance demeure négative.

118. En revanche, dans les NEI, le PNB par habitant a baissé de 50%, voire davantage. Une légère croissance a été enregistrée en 1997, mais, depuis lors, la situation s'est fortement détériorée. D'après les chiffres les plus récents (1994), au moins 32% des 415 millions de personnes vivant dans les PECO et les NEI se trouvaient en dessous du seuil de pauvreté, soit exactement le même chiffres que dans les pays en développement. Fait encore plus alarmant, le taux de croissance enregistré à cette époque était de 4,5% dans les pays en développement alors que la croissance avait chuté de 9% dans l'ensemble des PECO et des NEI. Après la grave tourmente économique de 1998, il ne fait aucun doute que les habitants des NEI et de certains PECO seront confrontés à des difficultés encore plus grandes et à des problèmes socioéconomiques accrus dans les années à venir.

119. Plusieurs programmes de l'OMS comportent des activités consacrées aux déterminants socioéconomiques de la santé. Une campagne en faveur des déterminants sociaux a été entreprise en 1998 dans le cadre du mouvement des Villes-santé avec le lancement de la publication intitulée *Social determinants of health, the solid facts*<sup>7</sup>. Cette brochure, publiée à des milliers d'exemplaires en plus de 15 langues, a connu l'un des plus grands succès de l'exercice biennal. La campagne est un processus continu qui consiste à faire mieux comprendre à la population l'importance des déterminants sociaux, à l'encourager à s'engager à agir, et à

élaborer de nouvelles orientations. Elle vise à atteindre le cercle le plus large possible de professionnels et de décideurs à tous les niveaux. Les réseaux des Villes-santé sont l'instrument principal utilisé pour la campagne.

### **Modes de vie et santé**

#### ***Investissement-santé***

120. L'approche choisie par l'OMS pour donner effet au concept et aux principes de la promotion de la santé par le biais de l'investissement-santé a permis de faire mieux comprendre la nécessité pour les États membres de mettre en place un programme équitable, durable et favorable à la santé. L'instrument principal utilisé pour l'élaboration, la communication et la diffusion de stratégies et de conseils a été le Comité européen pour le développement de la promotion de la santé qui englobe maintenant 75% des États membres. La consultation des membres de ce comité a débouché sur la diffusion de publications et l'élaboration d'instruments présentant un intérêt pour l'élaboration de la politique et la mise en place d'un audit européen du développement de la promotion de la santé.

121. Deux États membres examinent actuellement avec le Bureau régional la possibilité d'entreprendre un audit national de promotion de la santé comparable à celui qui a été mené en Hongrie et en Slovaquie, à la demande du parlement de ces deux pays.

122. En ce qui concerne la coopération technique interpays en matière de promotion de la santé et d'investissement-santé, le Health Education Authority d'Angleterre a joué un rôle très important dans le cadre d'un protocole d'accord spécial signé avec le Bureau régional sur « le renforcement des compétences dans la promotion de la santé ». Le Bureau régional a également collaboré étroitement avec l'Italie au niveau national et par l'intermédiaire de la région de la Vénétie.

#### ***L'Initiative de Vérone***

123. L'« Initiative de Vérone » a été lancée en 1998 dans le cadre du suivi de la Déclaration de Djakarta de 1997 sur la promotion de la santé. Cette initiative regroupe plusieurs partenaires (responsables politiques, dirigeants d'entreprises, universitaires et responsables d'organisations non gouvernementales). Elle a pour objet d'étudier la

<sup>7</sup> WILKINSON, R. & MARMOT, M., ED. *Social determinants of health, the solid facts*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998.

manière dont la population perçoit l'investissement pour la santé, d'améliorer et de développer cette perception et d'examiner comment celle-ci pourrait être utilisée pour aider les pays, les régions et les collectivités locales. Elle vise à encourager la réflexion sur des politiques gouvernementales favorables à l'investissement-santé et au rapport existant entre ces politiques et l'environnement économique, social et humain.

124. L'initiative permet de faire face aux bouleversements que connaît l'ensemble de la Région européenne, qu'il s'agisse de la politique nationale et internationale, des résultats socio-économiques, des institutions et des technologies. Les écarts d'état sanitaire se creusent, tant dans les pays qui traversent une crise économique que dans ceux dont la situation économique est prospère. Une bonne santé est une des conditions fondamentales du bien-être et un élément essentiel du développement économique durable. Même si cela est une réalité, la santé est trop souvent laissée de côté ou exclue des questions de politique économique et sociale.

125. Trois réunions ont été organisées entre octobre 1998 et 2000 dans le cadre de cette initiative. Ces réunions donnent aux participants l'occasion de se rencontrer, de débattre et d'échanger des idées en vue de parvenir à un consensus. Elles visent à offrir un cadre d'étude et de travail très différent de celui d'une conférence traditionnelle. L'Initiative de Vérone dépasse largement ce cadre : il s'agit d'un processus continu sur trois ans et plus auquel est associé un réseau de personnes qui est beaucoup vaste que celui des personnes invitées à participer aux réunions.

126. Les deux premières réunions ont donné à cette Initiative une visibilité internationale ; elles ont été également l'occasion de mener des actions de sensibilisation et ont constitué un cadre d'échanges inédit pour la mettre en œuvre pratique de stratégies de la promotion de la santé par le biais de l'investissement-santé. Le retentissement a été visible au niveau de la prise de décisions à l'échelon européen, national et sous-national, et s'est traduit par une prise de conscience du rôle pivot joué par la promotion de la santé dans la nouvelle politique-cadre de la SANTÉ 21.

Première réunion (14–17 octobre 1998)

Le « **Verona Benchmark** » a fixé les caractéristiques des systèmes qui appuient l'investissement-santé. Cela a permis aux pays, régions et collectivités de comprendre ce qu'ils doivent mettre en place avant de pouvoir investir pour la santé.



Deuxième réunion (29 septembre–2 octobre 1999)

Les **lignes directrices de Vérone** ont défini les caractéristiques du processus de prise de décisions et d'élaboration des politiques qui favorisera la santé d'une population. Cela permet de comprendre comment les différents acteurs du développement sanitaire, social et économique peuvent collaborer dans leur intérêt mutuel.

Troisième réunion (juillet 2000)

La **résolution de Vérone sur l'investissement-santé** s'attachera à faire en sorte que les leçons tirées de l'initiative de Vérone en matière d'investissement-santé servent à influencer les décideurs. Elle contribuera à la fois à donner à la promotion de la santé au XXI<sup>e</sup> siècle la place qui lui revient et à encourager les responsables politiques à s'engager à agir.

### **Tabagisme**

127. La période biennale a été marquée par trois événements importants. Premièrement, le directeur général a lancé en 1998 une nouvelle campagne mondiale de premier plan – l'Initiative Se libérer du tabac – et le Comité régional a adopté le troisième plan d'action régional quinquennal pour une Europe sans

tabac. Le programme a donc été renforcé et des crédits supplémentaires provenant des budgets régional et mondial ont été débloqués. Deuxièmement, dans la Région européenne, la décision prise par le Conseil de la santé de l'Union européenne d'interdire la publicité et le parrainage pour les produits du tabac dans les pays de l'Union européenne aura une répercussion importante dans les prochaines années, non

seulement dans les 15 États membres de l'Union européenne, mais aussi dans les pays en voie d'adhésion et, indirectement, dans d'autres pays de la Région. L'importance d'une interdiction stricte de la publicité pour les cigarettes est clairement démontrée par le fait que l'interdiction imposée par les autorités françaises en 1991, appelée loi Evin, s'est traduite par une baisse de 15% de la consommation de cigarettes. Dernier point, le Comité pour une Europe sans tabac s'est réuni pour la première fois en juin 1999. Dans la période à venir, il s'attachera avant tout à donner des conseils sur la contribution de la Région européenne à la Convention-cadre mondiale de l'OMS sur la lutte contre le tabagisme et à préparer la conférence ministérielle régionale européenne sur le tabac (qui aura lieu en Pologne en 2001).

128. En 1998 et 1999, les fonctionnaires du Bureau régional de l'Europe ont entrepris six missions visant à soutenir la formulation de politiques nationales et ont organisé trois ateliers interpays sur le développement professionnel pour établir des plans nationaux de lutte contre le tabagisme tous axés sur les pays EUROSANTÉ. Des efforts considérables ont été déployés pour promouvoir de vastes programmes de sevrage tabagique dans les établissements de soins primaires et dans les pharmacies – en coopération, dans ces dernières, avec le Forum des associations nationales de pharmaciens et de l'OMS. La British Medical Association héberge un programme conjoint OMS/CE visant à aider les associations nationales de médecins à mettre en œuvre leurs activités antitabac, ce qui soutiendra considérablement les efforts menés pour aider les médecins à cesser de fumer. De même, l'établissement d'une équipe spéciale sur le sevrage tabagique au sein du dynamique Forum européen des associations d'infirmières et de l'OMS, qui connaît un développement rapide, va également commencer à produire un effet sur le niveau élevé de tabagisme chez les infirmières européennes.

129. Tous les États membres commencent à réorienter leur politique antitabac dans l'optique de la Convention-cadre. Le CET a réuni toutes les principales OIG et ONG autour d'un plan commun de lutte contre le tabagisme. La Région européenne s'est vu confier la responsabilité technique de formuler des avis dans deux

domaines susceptibles de faire l'objet de protocoles à la Convention-cadre, à savoir le traitement de la dépendance tabagique et la lutte contre la publicité et le parrainage du tabac. Les questions liées au tabac ont également été intégrées aux activités du Réseau européen de communication sanitaire (RECS), et un programme mondial de sensibilisation des médias a été lancé en novembre 1999.

130. L'année 1999 a vu le lancement, par l'OMS, du projet de partenariat européen sur la dépendance tabagique, qui vise à réduire la mortalité et la morbidité liées au tabagisme parmi les fumeurs. Ce projet, qui est ouvert à tous les partenaires intéressés des secteurs privé, non commercial et public, vise à faciliter la réalisation des objectifs stratégiques clés de l'Initiative de l'OMS pour un monde sans tabac. La force du Projet de partenariat réside dans le fait qu'il a réuni d'importantes sociétés pharmaceutiques fabriquant des produits de traitement de la dépendance tabagique pour faciliter la réalisation d'un objectif commun qui aura une incidence importante sur la santé publique. Le projet propose un modèle de travail qui ouvre la voie à de futurs partenariats avec le secteur privé dans d'autres domaines importants de la santé.

#### *Alcoolisme et toxicomanie*

131. Il a été réalisé une évaluation intensive des effets des deux premières phases du Plan d'action européen contre l'alcoolisme et de la Charte européenne sur la consommation d'alcool, et un rapport complet a été présenté au Comité régional.

132. La troisième phase du Plan d'action a été résolument approuvée par le Comité régional (résolution EUR/RC49/R8). Quatre activités internationales importantes sont mises en œuvre actuellement dans le cadre de ce plan d'action. L'Initiative d'étude de l'offre est un groupe international de chercheurs étudiant la mesure dans laquelle l'offre d'alcool influence la demande et la consommation de boissons alcoolisées et, par conséquent, l'ampleur des problèmes liés à l'alcool. Le Projet alcool et politique publique, qui a produit, au moment de la Conférence de Paris en 1995, un rapport faisant autorité sur les politiques relatives à l'alcool, a été relancé en vue de la conférence à venir sur les jeunes et l'alcool (Stockholm, février 2001). Il est prévu de présenter certains

résultats de l'activité de ce groupe lors de la conférence, le rapport final devant être publié en 2002.

133. Une autre activité internationale d'importance dans le domaine de l'alcool est l'étude de la Phase IV. Cette activité vise à sensibiliser de façon plus intensive le secteur des soins de santé primaires à la prévention et au traitement rapide des problèmes liés à l'alcool. Cette phase place l'accent sur l'application, au niveau national, des connaissances accumulées au cours des phases précédentes. La quatrième activité internationale est une étude des problèmes sociaux causés par la consommation d'alcool. On dispose d'un tableau relativement clair des conséquences médicales typiques de la consommation d'alcool. Il n'existe, en revanche, que très peu de données quantifiées sur les problèmes sociaux résultant de la consommation d'alcool. Le projet s'emploie à recenser ces conséquences sociales dans différentes parties de la Région.

134. Le Réseau européen d'action contre l'alcoolisme s'est réuni en Pologne à l'invitation de l'Agence nationale polonaise de lutte contre l'alcoolisme. Ce réseau d'homologues nationaux est extrêmement précieux et actif.

135. Dans le domaine de la *toxicomanie*, les initiatives se sont concentrées sur la prévention de l'infection à VIH chez les toxicomanes qui se droguent par voie intraveineuse : la propagation rapide de la toxicomanie dans les NEI – du Tadjikistan à l'Ukraine – suscite de vives préoccupations. Les orientations que le Bureau régional donne à ce sujet dans sa publication traitant des principes de prévention de l'infection à VIH chez les toxicomanes<sup>8</sup> continuent d'être largement diffusées. Cette publication est utilisée par de nombreux organes gouvernementaux et non gouvernementaux. Le Bureau participe également à l'Équipe spéciale ONUSIDA sur la prévention du VIH/sida chez les toxicomanes des PECO et des NEI.

136. Le programme de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie participe également à d'autres activités internationales telles celles mises en œuvre par le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe et par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

(OEDT). Le Bureau régional siège au conseil de cet organisme et participe donc à la planification de ses activités.

137. Une expérience particulièrement intéressante a été menée par les autorités sanitaires helvétiques, qui ont introduit, dans leur stratégie globale de prévention de la toxicomanie et de traitement des victimes, un volet visant à améliorer la santé des héroïnomanes chroniques et à supprimer les liens qu'ils entretenaient avec les groupes criminels, réduisant ainsi la criminalité en général. Ce volet consiste à prescrire, sous stricte surveillance médicale, de l'héroïne à des toxicomanes chroniques qui ont vainement tenté, à plusieurs reprises, de traiter leur dépendance. Une étude pilote menée entre 1997 et 1999 a donné des résultats tellement probants que la population helvétique a voté de manière écrasante pour que cette nouvelle méthode soit introduite de façon permanente dans les programmes sanitaires et sociaux du pays.

#### ***Politique nutritionnelle, alimentation des nourrissons et sécurité alimentaire***

138. En 1998, le Comité permanent du Comité régional a approuvé l'idée selon laquelle le Bureau régional devrait élaborer un plan d'action pour l'alimentation et la nutrition dans la Région européenne, et plusieurs mesures ont été prises à cette fin. En 1999, des homologues de tous les États membres se sont réunis à Malte pour examiner la première version du plan d'action.

139. Une évolution particulièrement encourageante à cet égard a été l'étroite coopération qui s'est établie entre le gouvernement français, la Commission européenne et le Bureau régional. Une conférence sur la santé publique devrait avoir lieu à Paris en décembre 2000, et une session consacrée à la nutrition sera organisée par la France alors qu'elle présidera l'Union européenne.

140. L'OMS a réalisé une analyse comparative des politiques alimentaires et nutritionnelles de ses États membres européens, dont il est ressorti que des efforts plus importants doivent être accomplis pour sensibiliser davantage les milieux politiques afin que les structures et mécanismes nécessaires puissent être mis en place pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de politiques.

<sup>8</sup> *Principles for preventing HIV infection among drug users*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (document EUR/ICP/LVNG 02 06 01).

141. Des ateliers intersectoriels de politique nutritionnelle pour la prévention des maladies non transmissibles ont été organisés dans la Fédération de Russie en 1998 et en 1999. Des recommandations alimentaires et des affiches ont été mises au point à l'intention du Programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI). En outre, un module de formation de trois jours sur l'élaboration de politiques alimentaires et nutritionnelles destinées en particulier aux femmes et à leur famille a été mis au point et testé à l'intention des professionnels de santé en Arménie et dans la Fédération de Russie, de même que des brochures sur l'alimentation pendant la grossesse et l'allaitement, destinées aux mères.

142. En 1997, les trois États baltes ont réalisé leurs premières enquêtes nationales sur la consommation alimentaire et la situation nutritionnelle, qui ont fait l'objet d'un rapport final publié en 1999 en collaboration avec la London School of Hygiene & Tropical Medicine. Les données rassemblées dans le cadre de ces enquêtes formeront la base de la prochaine étape, qui consistera à établir des plans d'action nationaux pour l'alimentation et la nutrition.

143. Une analyse comparative du degré d'application de la Déclaration Innocenti dans les États membres a été réalisée par l'OMS en 1998. Cette analyse a montré que seuls 25 pays ont établi des comités de promotion de l'allaitement maternel, et que seuls 12 respectent le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Dans le nord-ouest de la Fédération de Russie, le projet de promotion de l'allaitement maternel de Barents a poursuivi, grâce au soutien du gouvernement norvégien, ses activités, qu'il a même développées pour inclure la nutrition des mères, des nourrissons et des enfants.

144. La carence en iode, qui prévaut toujours dans plusieurs pays (en particulier ceux de l'ancienne Union soviétique), entraîne des retards mentaux évitables. C'est pourquoi il est vivement souhaitable de rétablir l'adjonction généralisée d'iode au sel, interrompue lors de

l'effondrement de l'Union soviétique. En 1998-1999, l'analyse comparative de cette maladie dans les États membres a permis d'obtenir des informations récentes sur les mesures prises par les pays pour combattre ce problème.

145. Une consultation mixte OMS/UNICEF a été organisée à Genève en février 1999 pour examiner les problèmes liés à l'anémie ferriprive, et des mesures concrètes ont été recommandées afin de résoudre ce problème. L'une d'entre elles, qui a été prise, a consisté à publier une série de recommandations nutritionnelles et alimentaires applicables aux nourrissons et aux jeunes enfants et traitant de la prise en charge de la carence en fer entre 0 et 3 ans.

146. À l'issue d'une vaste consultation, un plan d'action pour l'alimentation et la nutrition en milieu urbain a également été élaboré en collaboration avec le mouvement Villes-santé (voir ci-après) et avec l'organisation non gouvernementale ETC. Le réseau d'homologues a été renforcé, et un site Internet a été conçu en 1999 pour faciliter le flux d'informations et améliorer la communication avec les services qui tentent d'améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans la Région.

## **Cadres de vie**

### *Villes-santé*

147. L'empressement des villes de l'ensemble de la Région à participer à la phase III du programme Villes-santé s'explique par la prise de conscience croissante du fait que l'action au niveau local est un élément essentiel de toute stratégie nationale ou régionale de santé ou de tout programme de ce type. Trente-neuf villes réparties dans 29 pays ont été acceptées au sein du réseau à l'issue d'une procédure de sélection rigoureuse, et 15 villes sont en cours d'évaluation. Les réseaux Villes-santé nationaux de 27 pays regroupent, au sein de ce mouvement, environ 1200 villes. La priorité a été accordée au développement des moyens nécessaires à la création de réseaux Villes-santé dans les parties les plus orientales de la Région. Un centre collaborateur de l'OMS a été créé pour soutenir cette activité. Des activités de développement des moyens ont déjà été mises en œuvre en Bulgarie, dans les républiques d'Asie centrale et dans les pays riverains de la Baltique.

148. Une importante conférence des Villes-santé s'est tenue à Athènes en juin 1998 pour célébrer le dixième anniversaire de ce mouvement. L'un des principaux résultats de cette conférence a été la signature de la Déclaration d'Athènes sur les Villes-santé par 125 maires et responsables politiques

de 29 pays d'Europe. Les villes continuent de se rallier à cette déclaration politique, s'engageant à améliorer la santé de leurs citoyens en appliquant les principes de la Santé pour tous et en plaçant l'accent sur l'équité, la durabilité, la coopération intersectorielle et la solidarité.

#### Conférence internationale sur les Villes-santé

« ... événement qui marque une décennie d'efforts de la part des Villes-santé »

La Conférence internationale sur les Villes-santé s'est tenue à Athènes en juin 1998. Cet événement stratégique essentiel dans la vie du mouvement européen et mondial des Villes-santé a réuni plus de 600 représentants et spécialistes de nombreux secteurs de la santé et de l'aménagement urbain provenant de 206 villes réparties dans 56 pays. Chacune des six régions de l'OMS était représentée.

La Conférence a notamment produit les principaux résultats suivants :

- La Déclaration d'Athènes a été signée par 125 maires et hauts responsables de 29 pays d'Europe. Les villes se sont engagées à améliorer la santé de leurs citoyens en appliquant les principes fondamentaux de l'équité, la durabilité, la coopération intersectorielle et la solidarité. Elles ont également souligné la nécessité d'une action à l'échelon local, élément essentiel de toute stratégie nationale ou régionale visant à promouvoir la santé et le développement durable et à influencer sur les déterminants de la santé.
- La stratégie et les plans relatifs à la santé en milieu urbain – Villes-santé (Phase III, 1998-2002) du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ont été lancés, donnant effet aux engagements pris dans la Déclaration d'Athènes.
- Une série de nouveaux livres et documents Villes-santé a été publiée, y compris *Social determinants of health, the solid facts*. Cet ouvrage a annoncé le début d'une campagne visant à atteindre, à tous les niveaux, le public de professionnels et de décideurs le plus vaste possible et à favoriser la prise de conscience, le débat et l'action sur les déterminants de la santé.
- La Conférence a été un lieu d'échange de données d'expériences, d'apprentissage, de débat et de formation de réseaux pour les réseaux et groupes participant déjà au mouvement Villes-santé, ainsi que pour les nouveaux partenaires potentiels et les entités désireuses d'en savoir davantage sur les Villes-santé.

149. Les résultats d'une évaluation externe multicentres de la phase II (1993–1997) du programme Villes-santé ont clairement révélé le rôle essentiel que ce mouvement joue, dans des centaines de collectivités locales de la Région, en matière de mobilisation de nouveaux partenaires. Cette étude a montré que le modèle Villes-santé était un succès et pouvait être adapté à différents contextes politiques et socioculturels. Elle a également démontré la valeur ajoutée qu'apportent les Villes-santé sur le plan de la mise en œuvre de plans reposant sur les principes de la Santé pour tous, de la promotion de l'innovation et du soutien à l'engagement politique.

150. La phase III (1998–2002) du programme place un accent particulier sur trois questions essentielles : équité, développement social et durabilité. La stratégie adoptée pour la phase III

consiste à enrôler les 51 États membres de la Région européenne dans le mouvement Villes-santé, l'accent étant placé sur la satisfaction des besoins des villes baltes, d'Europe centrale et orientale et des NEI. Les thèmes prioritaires sont notamment l'équité et l'exclusion sociale, les déterminants sociaux de la santé, les indicateurs sanitaires, les cadres favorables à la santé, et la planification intégrée de la santé et de l'environnement en milieu urbain.

151. On s'est également employé à définir le concept et la stratégie d'un futur réseau Universités-santé.

152. Parmi les nouvelles publications parues, on peut citer *City health profiles: a review of progress* ; *Community participation in local health and sustainable development* ; *Health*

Promoting Universities ; et un projet de document intitulé *Healthy urban planning manual*<sup>9</sup>.

### ***La santé au travail***

153. Il a été conçu un projet sur la santé et le travail, et parmi les éléments actuellement mis en œuvre, on peut notamment citer des activités permanentes relatives à la protection de l'environnement et à la promotion de la santé, aux aides économiques incitant à fabriquer des produits favorables à la santé, et à la contribution que les entreprises peuvent apporter à la santé de la collectivité.

154. Le Bureau a également été très actif dans le domaine de la santé au travail. Il a été créé une coalition internationale regroupant des représentants de gouvernements, d'organismes internationaux, d'entreprises et d'industries, de services de prévention sur le lieu de travail, d'établissements de recherche et d'enseignement et d'ONG.

155. Un examen de la santé au travail dans la Région européenne a été mené dans le cadre d'un document intitulé *Overview of environment and health in Europe in the 1990s*<sup>10</sup>. Il a été établi des lignes directrices concernant l'assurance de la qualité dans la gestion de services multidisciplinaires d'hygiène du travail. Un projet d'autre document d'orientation, consacré à la formation théorique et pratique des médecins du travail, a été établi et distribué aux centres collaborateurs et aux membres d'associations professionnelles intéressées en Europe. Un atelier de consensus organisé à Bilthoven (Pays-Bas) a donné lieu à la publication d'un document sur le champ d'application et les compétences de la médecine du travail en Europe. Enfin, il a été établi un document consacré au rôle joué par l'infirmière du travail dans la gestion de la santé sur le lieu de travail.

156. Un projet visant à promouvoir des plans d'action nationaux consacrés à la gestion de la

---

<sup>9</sup> Documents disponibles auprès du service Villesanté du Bureau régional (documents EUR/ICP/CHDV 03 01 01/1, EUR/ICP/POLC 06 03 05D, EUR/ICP/CHVD 03 09 01 et EUR/ICP/CHVD 03 03 03, respectivement).

<sup>10</sup> Document disponible auprès du service Santé et environnement du Bureau régional (document EUR/ICP/EHCO 02 02 05/6).

santé, de l'environnement et de la sécurité dans les entreprises (HESME) a été lancé. Le réseau télématique de la Baltique sur l'hygiène du travail, qui permet de partager des informations, de développer les moyens et d'harmoniser les plans d'action HESME, a encore été renforcé et des réunions annuelles du réseau ont été organisées.

### ***Prisons***

157. Le réseau « Santé en prison » s'est développé et compte désormais 15 États membres, trois autres pays envisageant actuellement d'y adhérer. La Commission européenne, le Conseil de l'Europe et trois grandes ONG participent actuellement en qualité d'observateur à ce mouvement novateur, qui réunit des représentants des ministères de la santé et de la justice, ainsi que d'autres partenaires locaux.

### **Responsabilité multisectorielle de la santé**

158. Des progrès ont été accomplis pour ce qui est de définir la portée et le concept des études d'impact sur la santé et un document de consensus a été rédigé suite à un examen des modèles d'étude existants. La nécessité de mettre au point une méthode convenue est soulignée par l'article 152 du Traité d'Amsterdam (Union européenne), qui préconise de prendre en compte l'impact sur la santé de toutes les politiques et mesures adoptées.

## **UN SYSTÈME DE SANTÉ AXÉ SUR LES RÉSULTATS**

### **Soins de santé primaires**

#### ***Politique générale***

159. Les soins de santé primaires occupent une place de premier plan dans la politique-cadre de la SANTÉ 21. Les progrès accomplis s'agissant de la réalisation des objectifs de la Déclaration initiale d'Alma-Ata ont été examinés lors d'une réunion internationale organisée à Almaty (Kazakhstan) en novembre 1998, réunion à laquelle le Bureau régional a apporté une importante contribution. Si des progrès ont été notés, en particulier pour ce qui est de certains aspects des soins médicaux (« soins primaires »), il reste à placer davantage l'accent sur le concept initial des soins de santé primaires en tant que soins multisectoriels complets fondés

sur la participation de la collectivité, et à les mettre en pratique dans tous les pays. À cette fin, les participants à la conférence ont émis le vœu que soit établies, aux niveaux régional et mondial, des orientations devant guider les soins de santé primaires à l'avenir. Ces orientations ont pour but de faciliter la recherche stratégique sur les systèmes de santé et l'élaboration de modèles pertinents de démonstration des soins primaires, y compris la mise en place des systèmes de diffusion et de liaison requis pour mener à bien une décentralisation et associer effectivement les collectivités locales à la mise en œuvre des soins primaires. Elles indiqueront également comment travailler avec les professionnels de santé pour concevoir de nouveaux systèmes et outils permettant d'analyser les problèmes, de fixer des priorités et d'élaborer les stratégies correspondantes. Dans une déclaration de consensus, les participants à la conférence ont énoncé les principes et mesures caractérisant les soins primaires au niveau mondial : amélioration de l'équité, des résultats sur le plan de la santé, de la qualité des soins, prise en compte des spécificités de chaque sexe, acceptabilité des soins, participation et bon rapport coût-efficacité.

### *L'infirmière de famille*

160. L'un des éléments clés des soins de santé primaires est la promotion des notions d'infirmière de famille et de médecin de famille, ainsi que la mise en place de mécanismes associatifs à même de regrouper les programmes de santé de la famille et autres activités de soins primaires à l'échelon local. Le Bureau régional a accompli des progrès considérables pour ce qui est de promouvoir le concept d'infirmière de famille, agent de santé de premier plan à même de fournir aux familles des services élémentaires tels que des conseils sur le mode de vie, des soins à domicile, une détection rapide de problèmes de santé au sein de la famille, etc. Dans le cadre de ses activités visant à faire de la santé de la famille un élément important des soins primaires, le Bureau a noué de solides alliances grâce à un nouveau forum de soins infirmiers et obstétricaux regroupant des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes de 27 États membres de la Région, ainsi qu'à un deuxième réseau de responsables nationaux des soins infirmiers. Les travaux d'analyse menés dans ce domaine sont maintenant terminés et le rôle, les fonctions et

les critères de formation des infirmières de famille ont été définis. Des programmes pilotes peuvent désormais être lancés pour mettre en place ce type de service dans tous les États membres intéressés.

161. Une stratégie d'enseignement des soins infirmiers et obstétricaux en Europe a été élaborée pour orienter la formation de base des infirmières et des sages-femmes et pour former des personnels qui soient à la fois compétents et à la hauteur des tâches qui se posent aujourd'hui et se poseront à l'avenir.

162. Le Bureau prépare activement la Deuxième conférence européenne sur les soins infirmiers et obstétricaux, qui se tiendra à Munich (Allemagne) en juin 2000 (la première a eu lieu à Vienne en 1988). Cette manifestation de niveau ministériel aura pour but d'obtenir de tous les États membres européens de l'OMS qu'ils s'engagent, en matière de soins infirmiers et obstétricaux, en faveur d'une stratégie européenne couvrant les vingt prochaines années. À cette fin, une déclaration et des stratégies d'action seront élaborées. La conférence offrira l'occasion unique de mettre en place des mécanismes de soutien au nouveau concept d'infirmière familiale et de diffuser des informations sur d'autres importantes initiatives prises dans le domaine des soins infirmiers et obstétricaux en coopération avec les partenaires susmentionnés, telles que l'élaboration d'indicateurs de qualité des soins infirmiers et la prise d'autres mesures visant à améliorer la gestion de la qualité dans cette partie du secteur de la santé.

163. Un dossier a été établi pour illustrer la contribution que les infirmières et les sages-femmes peuvent apporter à la réalisation de tous les buts de la SANTÉ 21.

### *Le médecin généraliste/de famille*

164. Lors d'une réunion tenue à Copenhague en février 1998, les participants ont analysé les résultats d'une consultation sur la version de travail d'une Charte de la médecine générale et de famille en Europe et ont convenu de plusieurs modifications. Il en a résulté un cadre de perfectionnement professionnel et administratif des médecins généralistes et de famille d'Europe, qui est disponible en quatre langues et est largement utilisé et diffusé lors de réunions internationales. Un livre sur le rôle de la

médecine générale dans les soins de santé primaires, également copublié en 1998, dresse un tableau très précis du rôle et des fonctions actuels des médecins généralistes dans les États membres européens.

165. Un réseau promouvant des stratégies de développement de la médecine de famille avec la participation d'experts désignés par des pays d'Europe centrale et orientale s'est réuni régulièrement, depuis 1995, à l'instigation de l'OMS. Deux réunions ont eu lieu au cours de la période biennale – à Zagreb (Croatie) en septembre 1998 et à Tartu (Estonie) en octobre 1999.

166. Le réseau de l'Initiative de Saint-Petersbourg réunit des universitaires et des décideurs des douze NEI. Il a principalement pour but de définir des programmes d'enseignement de base et de 3ème cycle pour la médecine générale et de famille. Il sert de cadre de discussion et d'échange de données d'expérience sur l'élaboration de programmes et sur d'autres questions d'ordre pédagogique. Le réseau s'est réuni à Lviv (Ukraine) en octobre 1998 et à Bichkek (Kirghizistan) en novembre 1999.

167. Une première réunion sur l'évaluation des besoins et des résultats des soins primaires s'est tenue à Héraklion (Grèce) en mai 1998. Le réseau constitué lors de cette réunion regroupe des professionnels des soins primaires, qui examinent la méthode utilisée pour l'évaluation consensuelle des besoins et des résultats, déterminent les éléments de base d'une démarche commune et étudient les possibilités d'application de cette méthode dans différents contextes.

168. L'OMS a également appuyé les activités d'un réseau novateur favorisant une réorientation vers les soins de santé primaires, qui donne aux collectivités locales l'occasion de tirer des enseignements d'autres expériences et de participer à des projets communs. Suite à la signature, en mars 1998, d'un mémorandum d'accord avec ce réseau, ce dernier a participé aux réunions d'autres réseaux tout au long de la période biennale. Inversement, le Bureau régional est représenté à sa réunion annuelle, tandis que le Comité directeur du réseau se réunit chaque année au Bureau régional.

169. Un projet pilote a été lancé en Ouzbékistan dans la région de la mer d'Aral afin d'étudier quelle aide pratique peut être apportée aux populations qui vivent dans les terribles conditions créées par les catastrophes écologiques dont est victime cette région. Ce projet, intitulé « Munjak », propose divers programmes englobant aussi bien des activités traditionnelles de planification familiale et de santé infantile que des activités d'enseignement infirmier et de santé de la famille, voire des activités informatisées avancées relatives à la qualité des soins et à la télémédecine.

170. Dans le cadre de la mise en œuvre du « Projet Lukman » au Turkménistan, des mesures sont également prises dans certains établissements pour montrer comment fonctionne le modèle de soins de santé primaires retenu, qui englobe les soins de santé, l'environnement et la promotion multisectorielle de la santé. Outre les activités de formation et de développement d'infrastructures, il a été établi des orientations devant permettre d'améliorer la gestion des opérations.

171. À l'autre extrémité des NEI, le Bureau régional a récemment proposé au Conseil de Barents, pour renforcer les soins de santé primaires, une démarche similaire englobant des éléments environnementaux. Enfin, un projet sur les soins de santé primaires dans les républiques d'Asie centrale a été élaboré et sera mis en œuvre dans le cadre d'un programme associant tous les services du Bureau.

### **Dispensation intégrée des soins de santé**

#### ***Établissement d'un lien entre les soins hospitaliers et les soins de santé primaires***

172. Diverses activités ont consisté à établir les données scientifiques nécessaires pour défendre la réorientation des soins hospitaliers vers les soins à domicile, pour optimiser les services d'urgence et pour améliorer la gestion des hôpitaux. Le Comité directeur du projet sur les soins à domicile et sur les services médicaux d'urgence extrahospitaliers s'est réuni deux fois au cours de la période biennale, et il a été compilé des bases de données sur ces deux domaines. Un atelier destiné à établir un lien entre hôpitaux et soins primaires a permis de recenser de bonnes pratiques, les avantages d'une intégration et les critères de sa mise en œuvre. Le réseau Hôpitaux-santé a tenu deux

réunions internationales au cours de la période biennale, ainsi que des conférences nationales annuelles. Il a été établi une base de données, et des informations sont diffusées par l'intermédiaire de bulletins et d'un site Internet. Il a été publié un livre sur la rentabilité des hôpitaux.

#### ***Droits des patients et participation des consommateurs***

173. Suite à la Déclaration novatrice d'Amsterdam sur la promotion des droits des patients (1994) et dans le droit fil de la Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé (1996), l'intérêt manifesté pour les droits des patients et la prise de conscience de ces droits se sont considérablement renforcés en Europe. En 1997, le Bureau régional a donc établi un réseau dans ce domaine. La deuxième réunion du réseau d'experts, tenue au Royaume-Uni en juillet 1998, a rassemblé des représentants de 21 pays d'Europe tant occidentale qu'orientale, du Conseil de l'Europe, du Conseil des ministres des pays nordiques, d'associations de patients et de consommateurs, d'universitaires, etc. Il a été adopté un plan d'action ayant pour objet de surveiller et de faire valoir les droits des patients et la participation des citoyens à la prise de décisions dans les États membres, et d'encourager la création de réseaux nationaux de promotion des droits des patients. Tous les États membres ont été invités à adhérer au réseau ; à ce jour, onze d'entre eux ont répondu favorablement. Six États membres ont adopté une législation nationale réglementant les droits des patients.

#### ***Gestion des systèmes de santé***

174. Il a été apporté la touche finale à un rapport préconisant une réorientation des systèmes de santé plaçant davantage l'accent sur les résultats et à des recommandations concernant la pratique des soins de santé. Ces travaux montrent à quel point l'on connaît mal, en réalité, l'influence qu'exercent sur la situation sanitaire de nombreux changements systémiques (organisation, financement et formulation d'orientations). Il est recommandé de poursuivre les recherches orientées vers l'action pour détecter cette influence à travers les changements de comportement des agents de santé, des consommateurs et des administrateurs.

175. Une réunion sur les régimes d'assurance maladie a été organisée en Allemagne avec la participation de pays d'Europe occidentale et orientale. Une enquête sur les couvertures de soins a été menée à bien.

#### ***Amélioration de la qualité des soins***

176. Au cours des deux décennies écoulées, le Bureau régional a largement contribué à promouvoir l'élaboration de politiques nationales et professionnelles, de systèmes de remontée d'informations permettant une amélioration permanente de la qualité et de programmes pilotes dans les États membres. Ces activités ont été mises en œuvre en étroite collaboration avec différents États membres et organisations clés de professionnels de santé.

#### ***La qualité des soins dans la prise en charge des maladies non transmissibles***

177. Le Bureau régional a continué de promouvoir le mouvement de Saint Vincent, mouvement d'amélioration de la prise en charge du diabète, faisant de ce dernier un modèle d'amélioration de la qualité des soins dans la prise en charge des maladies non transmissibles (ces activités s'effectuent en étroite collaboration avec la branche européenne de la Fédération internationale du diabète et l'Association européenne pour l'étude du diabète). Le mouvement de Saint Vincent a commencé à se traduire par une nette amélioration des résultats sur le plan de la santé et par une réduction de la consommation des soins de santé dans de nombreuses zones pilotes de la Région, y compris les NEI.

178. Aux fins de la collecte de données, il a été conçu plusieurs nouveaux instruments, dont une fiche d'information de base pour la rétinopathie diabétique, la grossesse diabétique, le diabète infantile et les néphropathies diabétiques. Plusieurs centres inter pays de collecte de données ont été créés (Bucarest, en Roumanie, pour les pays riverains de la mer Noire ; et Graz, en Autriche, pour l'Autriche et l'Allemagne), ainsi que plusieurs centres nationaux (France, Norvège, Portugal, Royaume-Uni, etc.). Dans certains d'entre eux (Norvège et Royaume-Uni), la Fiche a été adaptée pour pouvoir être utilisée dans le contexte des soins de santé primaires.

179. Un bureau de l'OMS pour la qualité de la prise en charge des maladies non transmissibles a été ouvert à Londres en février 1998 en collaboration avec le ministère de la santé du Royaume-Uni. Il centralise les activités de recensement et, au besoin, facilite l'élaboration de programmes de gestion de la qualité destinés à l'Europe centrale et orientale. Il s'emploie également à recenser, au Royaume-Uni, des centres qui se distinguent par d'excellentes pratiques cliniques, principalement dans les domaines du diabète, de l'asthme, des troubles de l'appareil locomoteur, des maladies chroniques, des accidents vasculaires cérébraux, de la santé mentale, de la sécurité transfusionnelle et des soins périnataux, de façon que leur expérience et leurs compétences puissent être transmises et exploitées.

### *Collecte et analyse des données*

180. En 1999, il a été ouvert un serveur Internet (<http://qct.who.dk>) qui permet aux établissements de soins et aux administrateurs sanitaires de l'ensemble de la Région de comparer instantanément, du point de vue des résultats de la prise en charge des patients, leurs propres résultats à ceux de leurs homologues recensés dans la base de données régionale. Les données relatives aux soins périnataux (indicateurs communs de qualité OBSQID) et à la prise en charge du diabète (ensemble de données DIABCARE) peuvent actuellement être évaluées de cette façon ; de nouveaux domaines seront ajoutés à mesure que les systèmes correspondants seront introduits. En novembre 1998, un atelier organisé en Israël et une réunion OBSQID tenue parallèlement à Istanbul ont donné l'occasion de passer en revue différents aspects de la collecte de données et d'échanger des éléments d'expérience sur ce qui fonctionne ou non et sur les améliorations nécessaires.

181. Un outil de collecte de données s'inspirant du logiciel générique EpiInfo, disponible en anglais et en russe, est utilisé principalement mais pas exclusivement dans les PECO et les NEI. Les logiciels spécialisés comprennent des outils de collecte, d'analyse et de transfert de données. Un réseau opérant dans les PECO et les NEI participe à la collecte de données en utilisant des indicateurs de qualité par cas et agrégés.

182. Une innovation particulièrement intéressante a été la mise au point du questionnaire « Bien-être OMS 5 », ensemble de questions

simples qui peuvent aider à déceler les dépressions non diagnostiquées et à mesurer l'efficacité d'une thérapie anti-dépressive. Une réunion consacrée à la qualité de la prise en charge des dépressions et à son incidence sur le plan des coûts s'est tenue à Londres en octobre 1999. Il est clairement apparu que la mauvaise qualité de la prise en charge des dépressions se soldait par un gaspillage et par des souffrances inutiles, problèmes auxquels il convenait de mettre fin d'urgence.

### *Éducation des patients*

183. Les activités mises en œuvre par l'OMS et par ses centres collaborateurs au cours de la période biennale ont montré que l'éducation des patients pouvait être un facteur très important pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, et pouvait contribuer à réduire les dépenses de santé. Le rapport du premier groupe de travail de l'OMS chargé de cette question a été produit en 1998 sur la base des activités menées en collaboration avec le centre collaborateur de l'OMS opérant au sein de l'hôpital cantonal de Genève. Ce rapport a notamment fait apparaître une réduction de 80% du taux d'hospitalisation des patients asthmatiques, une réduction de 90% des comas diabétiques et une réduction de 75% des amputations liées au diabète, ainsi qu'une diminution de 50% de l'absentéisme des patients souffrant de douleurs lombaires – autant d'importantes améliorations obtenues grâce à cette démarche très simple, mais fondamentale.

### *Indicateurs*

184. Il a été procédé à une actualisation des indicateurs de santé bucco-dentaire en Europe à 6, 12, 35–44 et 65–74 ans, et il a été établi un projet de rapport sur les mesures prises pour améliorer la qualité des soins bucco-dentaires au niveau national. Les systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire qui ont été mis sur pied font apparaître, chez les enfants de Hongrie et de Pologne, une diminution, grâce aux activités menées en 1999, du nombre de caries dentaires. Un centre similaire a été mis sur pied au Bélarus pour servir de modèle aux NEI.

185. Un ensemble d'indicateurs de qualité génériques pour les soins de santé primaires, couvrant la santé mentale, la santé des personnes âgées, la santé bucco-dentaire, les troubles de

l'appareil locomoteur et le diabète sucré a été élaboré lors d'une réunion tenue au Danemark en février 1999. Le premier ensemble d'indicateurs par cas applicables aux troubles rénaux a été élaboré et est mis à l'essai dans les pays scandinaves.

### *Utilisation des produits sanguins*

186. Des programmes d'évaluation technologique concernant, en particulier, l'utilisation rationnelle des produits sanguins ont été lancés au sein de services cliniques sur la base d'un projet mis en œuvre en Albanie et de l'expérience acquise en Roumanie. Le projet a permis non seulement d'améliorer considérablement l'infrastructure et les laboratoires du Centre national et de centres régionaux de transfusion sanguine albanais, mais aussi de développer les moyens et de promouvoir les dons bénévoles et non rémunérés de sang. En outre, il a été institué une fiche d'informations de base destinée à rassembler des données concernant l'utilisation des produits sanguins et son effet sur les patients. Cette fiche a ensuite été testée dans plusieurs services cliniques (obstétrique, hématologie et chirurgie cardiaque). Une réunion nationale a été organisée avec le ministère de la santé et le Centre national de transfusion sanguine pour promouvoir l'utilisation rationnelle des produits sanguins et de l'exsanguino-transfusion. Cette réunion, à laquelle participaient des chirurgiens, des obstétriciens et d'autres usagers à haut risque, a débouché sur l'élaboration de plans visant à établir une équipe spéciale chargée de produire et d'appliquer des recommandations dans ce domaine.

## **Produits pharmaceutiques et fournitures médicales**

### *Produits pharmaceutiques*

187. La philosophie de la Santé pour tous est le « leitmotiv » de l'élaboration des politiques pharmaceutiques nationales en termes d'accès, de qualité et d'utilisation rationnelle ; elle s'appuie de façon importante sur le renforcement de la participation et la responsabilisation de tous les intervenants du secteur pharmaceutique.

188. L'OMS a fait office de défenseur de la santé, de fournisseur d'outils reposant sur des données scientifiques, de centre de documentation des politiques pharmaceutiques, de base

et d'initiateur de réseaux, ainsi que de catalyseur de l'action. De nouvelles méthodes et connaissances ont été recensées dans les domaines de l'amélioration de l'utilisation des médicaments, du rôle joué par le pharmacien dans la promotion de la santé, et de l'amélioration de la rentabilité des dépenses pharmaceutiques.

189. Au cours de cette période biennale, une stratégie et un document décrivant les incidences de la politique-cadre de la SANTÉ 21 sur le secteur pharmaceutique dans les NEI ont été établis et publiés en collaboration avec les autorités de ces pays. Les méthodes et les stratégies applicables par les pays et par l'OMS ont ensuite été adaptées et mises en conformité avec ces politiques.

190. Des politiques pharmaceutiques nationales sont en cours d'élaboration, de formulation et d'amélioration dans plusieurs pays européens. Il a été organisé des réunions consacrées aux politiques d'établissement des prix et de remboursement applicables aux PECO, à l'évaluation économique des médicaments (Union européenne et PECO), à la gestion des pharmacies hospitalières (PECO), à l'amélioration des pratiques de prescription (Union européenne et PECO), et à la réglementation des médicaments (Conférence internationale des autorités de réglementation pharmaceutique (CIARP) et Siège de l'OMS). Une publication sur les politiques de maîtrise des coûts est en cours de rédaction et un centre d'information sur les politiques pharmaceutiques est en cours d'établissement au service des études sanitaires de la London School of Economics.

191. Grâce au soutien direct des pays et à la création de réseaux entre professionnels et décideurs, un important projet spécial de réforme pharmaceutique dans les NEI, financé par le Royaume-Uni, a abouti à l'adoption de nouvelles législations et à la création, dans ces pays, d'organes de réglementation plus efficaces. En outre, ce projet a placé l'accent sur l'accès aux médicaments des pauvres et des patients devant dépenser d'importantes sommes pour leurs médicaments, sur des projets pilotes de remboursement, sur de nouveaux concepts de gestion des médicaments hospitaliers, sur le développement et l'amélioration des outils de sélection et de prescription des médicaments, sur la diffusion d'informations plus appropriées concernant les

médicaments, et sur l'amélioration de la pratique pharmaceutique et l'application des réglementations. Une formation à la pharmacothérapie rationnelle et la création de réseaux ad hoc ont permis d'introduire de nouvelles méthodes dans plusieurs universités, notamment en Arménie, dans la Fédération de Russie, en Géorgie, au Kirghizistan, en Ouzbékistan et au Tadjikistan.

192. Au lendemain des conflits qui se sont déroulés dans l'ex-Yougoslavie, les opérations de secours d'urgence ont été améliorées en encourageant les organisations humanitaires à appliquer des recommandations concernant les dons de médicaments. Le Danemark, la France, l'Italie, la Norvège et le Royaume-Uni ont financé des mesures visant à établir un secteur pharmaceutique fonctionnel et efficient. Des projets de pays mis en œuvre en Albanie, en Bosnie-Herzégovine, dans l'ex-République yougoslave de Macédoine et au Kosovo se sont également employés à élaborer des politiques relatives aux médicaments ; à la réglementation pharmaceutique ; à l'offre, au remboursement et à l'établissement du prix des médicaments ainsi qu'à l'amélioration de leur utilisation.

193. La collaboration s'est encore renforcée avec la Commission européenne (dans les domaines de la réglementation et du remboursement, de l'adhésion des pays candidats et de l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments), avec l'OCDE, le Conseil de l'Europe, différents pays (soutien bilatéral), la Banque mondiale et certains réseaux professionnels (Groupe européen de recherche sur l'utilisation des médicaments, Pharmaceutical Care Network Europe, etc.).

### ***Fournitures médicales***

194. Le système d'information européen sur les fournitures médicales (ISMS) de l'OMS a été établi, initialement, pour fournir aux bailleurs de fonds potentiels des informations actualisées sur les besoins sanitaires spécifiques des NEI. Étant donné leur situation socioéconomique, la majorité des NEI dépendaient dans une grande mesure de partenaires extérieurs pour assurer la fourniture de vaccins, de médicaments essentiels et d'équipements médicaux de base. Il était indispensable de mettre à disposition des informations exactes et opportunes pour garantir un soutien et un approvisionnement adéquats. L'ISMS a fait office de centre d'information et a

permis, grâce à des rapports trimestriels et annuels, de rassembler, de traiter et de diffuser une grande variété d'informations et de données sur la situation et les besoins sanitaires des citoyens des NEI. Le projet s'est achevé en ayant pleinement atteint ses objectifs.

### **Réforme des systèmes de santé**

#### ***Observatoire européen des systèmes de santé***

195. L'Observatoire, lancé officiellement en février 1999, est un nouveau projet important de partenariat associant le Bureau régional, les gouvernements norvégien et espagnol, la Banque européenne d'investissement, la Banque internationale pour la reconstruction et le développement, la London School of Economics & Political Science et la London School of Hygiene and Tropical Medicine, en association avec l'Open Society Institute. Un centre collaborateur de l'OMS a été créé, dans le cadre de l'Observatoire, à l'Institut Carlos III de Madrid.

196. L'Observatoire soutient et promeut l'élaboration de politiques de santé reposant sur des données scientifiques en analysant de façon approfondie et rigoureuse la dynamique des systèmes de santé en Europe. Il fournit également aux États membres, sous la forme de produits d'information tels que des études comparatives et analytiques, un site Internet (<http://www.observatory.dk>), un bulletin, une publication complète<sup>11</sup> et une série de dossiers sur les systèmes de santé en transition (HiT) consacrés aux pays de la Région, des informations actualisées sur l'expérience acquise dans le cadre de l'organisation, de la gestion et du financement des systèmes de santé. Quarante dossiers de ce type sont en cours d'élaboration, et 28 ont été produits jusqu'à la fin de 1999.

197. L'Observatoire contribue de façon non négligeable aux efforts déployés à l'échelle mondiale par l'OMS pour faire en sorte que l'élaboration des politiques passe systématiquement par la collecte et l'utilisation de données scientifiques. Parmi les thèmes récents qu'il a abordés figurent la réglementation de l'esprit d'entreprise et le rôle des hôpitaux.

---

<sup>11</sup> SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J., *Réforme des systèmes de santé en Europe. Analyse des stratégies actuelles*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997 (Publications régionales de l'OMS, Série européenne, n° 72).



### *Réseaux consacrés à la réforme des systèmes de santé*

198. L'aide apportée aux pays en matière de réforme des systèmes de santé l'a été en partie sous la forme de projets de pays bilatéraux, et en partie sous la forme de réseaux de collaboration à vocation régionale (CARNET, EASTNET, MIDNET et SOUTHNET).

199. Le réseau CARNET a été particulièrement actif : son activité consacrée aux services hospitaliers est maintenant achevée, et deux autres domaines – services sanitaires et épidémiologiques, d'une part, et modes de vie et soins de santé primaires, d'autre part – ont été abordés. Le réseau a continué d'apporter un soutien direct à certains pays. On notera, en particulier, la poursuite du programme Manas au Kirghizistan, pays dans lequel le Bureau régional a dépêché des missions tous les six mois. En 1998–1999, l'assistance a notamment porté sur la mise en valeur des ressources humaines, les soins infirmiers et la communication. Au Turkménistan, le projet Lukman a été mené à terme et un projet pilote sur les soins de santé primaires lancé dans certains établissements ; d'autres activités sont en cours d'exécution. Au Tadjikistan, le projet Somoni de réforme des systèmes de santé a été lancé sur le

modèle du projet Manas. Une équipe nationale a été constituée et un administrateur de projet résident détaché dans le pays par le Bureau régional afin d'apporter à l'équipe un soutien à plein temps ; la stratégie est en cours d'incorporation dans un plan directeur gouvernemental consacré au développement.

200. Les réseaux MIDNET et EASTNET ont analysé les questions de la fixation des priorités et du rationnement des soins, de l'efficacité et de la rentabilité des services de santé ainsi que du dosage secteur public/secteur privé. Un soutien consultatif approfondi a été apporté à plusieurs pays membres de ces réseaux.

201. Le réseau SOUTHNET a placé un accent particulier sur la réforme des soins de santé primaires. À ses deuxième et troisième réunions (Salonique (Grèce), décembre 1998 et Jérusalem (Israël), novembre 1999), il a défini des modalités pratiques permettant de « faire pencher la balance » des soins en faveur des soins de santé primaires. Les participants se sont félicités de la possibilité qui leur a été offerte d'échanger des données d'expérience entre pays méditerranéens, balkaniques et caucasiens.

## **POLITIQUES ET MÉCANISMES DE GESTION DU CHANGEMENT**

### **Rôle et capacité de la santé publique**

202. Un document d'orientation sur le renforcement de la santé publique a été examiné lors du Comité régional en 1998 et une version révisée de ce document a été adoptée l'année suivante (résolution EUR/RC49/R9). Le Bureau régional met au point des outils, des orientations et des plans d'action intégrés visant à aider les États membres à revoir et à moderniser leurs fonctions et infrastructures de santé publique. Il est prévu de placer un accent particulier sur le renforcement de la formation et de la recherche sanitaires aux niveaux national et local. Il a été publié un répertoire des autorités sanitaires nationales, régionales et locales de la Région européenne, dont une révision est déjà en cours.

203. L'École de santé publique du Kazakhstan, ouverte en 1998 suite à une vaste collaboration

instaurée entre le Bureau régional et le gouvernement kazakh, apportera un soutien considérable au sud-est de la Région. Plusieurs mesures ont été prises pendant la période biennale pour nouer de solides liens internationaux avec l'École nouvellement créée, qui servira d'exemple à d'autres NEI et formera des boursiers originaires des pays voisins.

204. Des mesures sont prises actuellement pour concevoir des modules d'enseignement couvrant l'économie de la santé, le secteur de la santé et la gestion des soins de santé. Les modules disponibles ont déjà été testés en Hongrie, au Kazakhstan et dans la Fédération de Russie. Un projet de recherche portant sur le renforcement des soins primaires et sur le développement des structures d'économie de la santé, exécuté en collaboration avec la Fondation Soros, est également mis en œuvre en Hongrie. Le Bureau contribue en outre au développement des moyens dans ce domaine en participant à un projet de l'Union européenne intitulé « Leonardo da Vinci ».

Le ministre de la santé du Kazakhstan a exprimé son intention de créer une école de santé publique et a sollicité pour cela l'assistance du Bureau régional. L'École de santé publique du Kazakhstan a été officiellement créée par décret gouvernemental en août 1997. L'École a pour vocation de proposer non seulement un enseignement théorique et pratique, mais également des services de recherche et d'experts dans les domaines de la politique sanitaire, de l'économie et du financement de la santé, de l'hygiène de l'environnement et du travail, de la promotion de la santé, des sciences sociales, de l'épidémiologie et de la statistique.

Pendant la période biennale, l'École a recruté son personnel de base, qui suit une formation à l'étranger et dans le pays. Au début de 1999, l'École a commencé à proposer aux administrateurs sanitaires existants des stages de courte durée portant sur différents thèmes. Le programme de maîtrise de santé publique est en cours d'élaboration et devrait être proposé à partir de l'automne 2000.

Des partenariats ont été conclus avec d'autres institutions. Un programme de formation à la gestion a été élaboré et dispensé en collaboration avec l'Université McGill (Canada). Les activités menées dans le cadre tant des stages de courte durée que de la maîtrise de santé publique ont bénéficié d'un partenariat sur deux ans avec la Virginia Commonwealth University (États-Unis), conclu avec le soutien de l'American Industrial Hygiene Association.

### **Politique sanitaire**

#### ***Élaboration des politiques sanitaires***

205. Avec l'aide de conseillers en politique sanitaire mis à disposition par le programme EUROSANTÉ du Bureau régional, l'élaboration de politiques s'est poursuivie dans plusieurs PECO et NEI. Cette activité a notamment consisté à établir et à mettre en œuvre des plans de révision de ces politiques et à élaborer une solide infrastructure devant permettre de formuler, d'appliquer et de suivre, à l'avenir, les

politiques adoptées. En 1998–1999, des conseillers permanents et ad hoc en santé publique ont œuvré dans plusieurs pays visés par le programme, et des fonds (prenant également la forme de détachements consentis par des pays et institutions bailleurs de fonds) sont actuellement mobilisés en vue d'établir une présence permanente de ces conseillers dans les pays. Dans le même temps, des ministres de la santé et des hauts fonctionnaires ont été invités au Bureau régional pour y suivre une présentation

sur la politique-cadre de la SANTÉ 21 et sur les stratégies qui en découlent.

206. Suite à une analyse comparative de l'expérience accumulée par les pays et à une série d'études approfondies, il a été établi un rapport sur l'élaboration des politiques sanitaires en Europe<sup>12</sup>. Ce rapport met en lumière, d'une part, l'importante pénétration du concept de la Santé pour tous et, d'autre part, une mise en œuvre plus prudente et traditionnelle de politiques plus équilibrées. Avec le soutien du King's Fund (Royaume-Uni) et d'autres partenaires, le Centre européen pour l'analyse de la politique sanitaire, récemment créé, a organisé une réunion afin d'étudier les moyens d'établir, avec différents secteurs, un « dialogue en faveur de la santé ». Le Centre a également favorisé l'étude des méthodes d'analyse et de formulation des politiques sanitaires (étude d'impact sanitaire, fixation des priorités sanitaires, structures de partenariat pour le développement sanitaire et incitations au partenariat, dialogue sectoriel en faveur de la santé, et questions intéressant les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne).

### *Régions-santé*

207. Le réseau Régions-santé revêt une importance croissante à mesure que les pays créent et mettent sur pied des structures régionales. Le Comité des régions de l'Union européenne et le Congrès des pouvoirs locaux et régionaux d'Europe du Conseil de l'Europe sont des exemples d'organes reflétant cette tendance. Le réseau mis sur pied par le Bureau régional regroupe désormais 21 régions réparties dans 13 pays et représentant plus de 70 millions d'individus. Trois nouvelles régions sont sur le point d'y adhérer. Par l'intermédiaire de projets de jumelage, d'ateliers et de petits réseaux, il est apporté un soutien spécifique aux PECO et NEI, en particulier aux pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne, de façon que leurs régions disposent des outils nécessaires pour formuler et appliquer dans son intégralité la politique-cadre de la SANTÉ 21. Un projet consacré à ce thème, associant quatre pays, a été mis en œuvre et évalué.

### **Information et nouveaux indicateurs de la Santé pour tous**

208. La base de données de la Santé pour tous est désormais constamment actualisée. Dans le

cadre du cycle annuel de rassemblement de données, une version conviviale est produite et diffusée (y compris sur l'Internet) en janvier et juin de chaque année.

209. Il importe tout particulièrement d'adapter les indicateurs existants de la Santé pour tous à la nouvelle politique-cadre de la SANTÉ 21 si l'on veut suivre les progrès accomplis dans la réalisation des 21 nouveaux buts. Les tendances et projections ont été analysées et utilisées pour formuler les nouveaux buts. Les indicateurs de la Santé pour tous continuent d'offrir des possibilités de coopération internationale.

210. Il est encourageant de voir que de nombreux États membres – d'Europe aussi bien orientale qu'occidentale – ont maintenant adapté la base de données de la Santé pour tous du Bureau régional à leur usage national et régional. Des bases de données nationales sont en cours d'élaboration dans les PECO (et plus progressivement dans les NEI), et des documents pédagogiques ont été établis en russe pour faciliter leur utilisation. Ces activités ont été en partie mises en œuvre dans le cadre de programmes de pays à moyen terme, tandis qu'une mise en œuvre plus poussée était effectuée dans le cadre du Réseau européen d'information sanitaire UE/OMS pour l'Europe orientale (EUPHIN-EAST). Plus récemment, l'Autriche, l'Italie, la Suisse, certains Länder allemands et certaines régions françaises ont également manifesté leur intérêt pour cette activité.

### *Panoramas de la santé*

211. Des « panoramas de la santé » ont été établis pour les 15 États membres de l'Union européenne dans le cadre d'un projet conjoint mis en œuvre avec la Commission européenne. Ces rapports sont considérés comme étant l'une des manières les plus satisfaisantes de présenter à divers usagers des informations générales sur la situation sanitaire de chaque pays. Pour les établir, l'OMS coopère avec les États membres concernés, les bailleurs de fonds et d'autres organisations internationales telles que l'Union européenne. La Finlande a détaché un fonctionnaire pour travailler à l'établissement de panoramas consacrés aux PECO et aux pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne, tandis qu'Israël a offert les services de consultants extérieurs pour les panoramas consacrés aux républiques d'Asie centrale. La

---

<sup>12</sup> *Op. Cit.* (voir page 1).

production de rapports sanitaires par les États membres s'est également intensifiée au cours de la période biennale : Israël, l'Italie et le Portugal, notamment, ont produit des versions initiales ou révisées.

### ***Réseau d'information***

212. Le réseau EUPHIN-EAST marque une évolution particulièrement importante. Il reliera par voie télématique les bases de données nationales de 23 PECO et NEI, permettant aux usagers de consulter facilement et de façon interactive des indicateurs et des données sanitaires essentiels ou de communiquer ces derniers à l'OMS. Il est prévu d'interconnecter EUPHIN-EAST à un réseau analogue en cours d'élaboration par et pour les 15 États membres de l'Union européenne. Bien que la phase du projet financée par l'Union européenne approche de son terme, il est prévu de poursuivre l'activité du réseau et de porter le nombre de pays participant « en direct » des neuf PECO et NEI actuels à l'ensemble de ces derniers.

### ***Enquêtes-santé par entrevue***

213. Le projet d'enquêtes-santé par entrevue (EUROHIS), lancé en collaboration avec Statistics Netherlands, va désormais bon train, élaborant, pour la réalisation de ces enquêtes, des protocoles et des instruments communs à l'ensemble de la Région. Ce projet, financé conjointement par la Commission européenne et par le Bureau régional, a été étendu à tous les États membres désireux d'y participer. EUROHIS est le premier projet OMS de BIOMED2 (anciennement Direction générale XII de la Commission européenne). Non seulement novateur dans sa conception technique, il devrait également servir à ouvrir BIOMED à d'autres programmes de l'OMS.

### ***Statistiques sanitaires***

214. Une réunion commune CEE/ONU-OMS sur les statistiques sanitaires s'est tenue à Rome en 1998, accueillie par l'Office italien de la statistique (ISTAT) avec le soutien de la CEE/ONU, de la Commission européenne, du FNUAP, de l'UNICEF et de la Banque mondiale. Parmi les participants figuraient également, outre les organisations internationales susmentionnées, des représentants de tous les États membres ainsi que de l'OCDE et du Bureau de statistique de l'Organisation des Nations Unies. Un répertoire

international d'indicateurs sanitaires est en cours d'élaboration pour faciliter la coopération inter-organisations et interpays. Le Bureau assiste en qualité d'observateur aux réunions du Comité de gestion du Programme de surveillance sanitaire de l'Union européenne et participe à tous ses groupes de travail connexes ainsi qu'à ceux d'EUROSTAT.

215. Le Bureau régional a continué d'apporter son soutien à la mise en œuvre de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10). Un stage de formation en langue russe a été organisé à l'intention des NEI. Un module informatisé d'autoformation (TENDON) est actuellement traduit par la Fédération de Russie avec le soutien financier de l'Office fédéral de la statistique des États-Unis.

### ***Partenariats***

216. Une équipe spéciale consacrée aux relations extérieures a été instituée au Bureau régional pour définir une politique de partenariat. Pendant la période biennale, les travaux ont bien progressé avec l'Union européenne, la Banque mondiale et certaines organisations non gouvernementales (ONG).

### ***Union européenne***

217. Une importante initiative a été prise en janvier 1999 lorsque le directeur général de l'OMS, lors d'une visite à Bruxelles, a décidé avec le président d'alors de la Commission européenne, M. Santer, de conclure un nouvel accord entre l'OMS et la Commission européenne. Cette initiative a été reprise par la Commission Prodi en 1999 et formera le cadre dans lequel le Bureau régional pourra établir des formes stratégiques et plus systématiques de coopération technique avec la Commission européenne et avec d'autres institutions de l'Union européenne.

218. Les nouvelles dispositions sanitaires du Traité d'Amsterdam et la Communication de la Commission européenne (COM(98)230 final) ont donné lieu, au cours de la période biennale, à un important débat public sur la politique sanitaire dans l'Union européenne. Le Bureau régional a pris une part active dans ce débat, présentant des observations sur la Communication de la Commission européenne et proposant des avis d'experts sur les aspects

sanitaires du processus d'adhésion des pays à l'Union européenne. En 1999, il a été lancé, en collaboration avec le Bureau de l'OMS auprès de l'Union européenne à Bruxelles, un projet visant à donner suite de façon substantiée au nouveau cadre de santé publique de l'Union européenne compte tenu des récentes évolutions structurelles et fonctionnelles survenues dans les institutions européennes.

219. En 1998 et 1999, la Commission européenne a été, dans la Région, le partenaire le plus important avec lequel le Bureau ait collaboré, et cette collaboration n'a cessé de s'améliorer : plus précisément, le Bureau régional a produit des panoramas de la santé pour chacun des 15 États membres de l'Union européenne ; il a contribué au premier rapport de la Commission consacré à la situation sanitaire de l'Union européenne, et a coopéré au projet d'enquêtes-santé par entrevue (EUROHIS) ainsi qu'au réseau d'information sanitaire (EUPHIN-EAST) pour les 23 PECO et NEI. Le Bureau régional a également continué de soutenir et de conseiller la Commission européenne sur ses programmes d'information sanitaire tels que celui consacré à la surveillance sanitaire et à l'échange de données entre administrations (IDA-HIEMS) et l'initiative « Société de l'information G7 ».

220. Le premier projet commun mis en œuvre avec le programme PHARE de l'Union européenne, qui portait sur les systèmes de soins bulgare, estonien, hongrois, letton, lituanien et roumain, a été mené à bien, et le Bureau régional continue de coopérer étroitement avec la Commission européenne dans le cadre de l'initiative Écoles-santé. L'OMS collabore également avec l'Union européenne aux fins de la surveillance de la tuberculose dans la Région européenne par l'intermédiaire du Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (CESSES).

221. L'une des évolutions récentes les plus importantes a été l'invitation adressée par la Commission européenne à coopérer en vue d'aider les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne. Il s'agit des dix PECO qui devraient adhérer à l'Union européenne et qui bénéficieront, par conséquent, d'une assistance considérable de la Commission. Le Bureau régional a déjà présenté plusieurs projets à la Commission à cet égard et il est prévu de poursuivre cette coopération. L'élaboration de

plans d'action nationaux pour l'hygiène de l'environnement est maintenant terminée dans tous ces pays ; ces plans offrent un cadre d'investissement prêt à utiliser, pratique et hiérarchisé pouvant servir à définir l'assistance à apporter dans ce domaine.

222. Le Bureau régional a aussi collaboré activement avec l'Agence européenne de l'environnement, par exemple dans le cadre du vaste examen de la situation de l'environnement dans l'Union européenne au début du XXI<sup>e</sup> siècle. Le Bureau régional dépêche également un observateur aux réunions des directeurs généraux de la santé de l'Union européenne.

### *Conseil de l'Europe*

223. La sixième Conférence des ministres européens de la santé, qui s'est tenue en Grèce en avril 1999, a eu pour thème le vieillissement au XXI<sup>e</sup> siècle et la nécessité d'adopter une approche équilibrée favorisant un vieillissement en bonne santé. Le directeur régional a, à cette occasion, prononcé un discours intitulé « Vieillissement : pulvérisons les mythes – l'approche de la Santé pour tous ».

224. Le Conseil de l'Europe collabore avec le Bureau régional dans le cadre du partenariat européen pour les droits des patients et la participation des citoyens depuis son lancement en 1997. Le Bureau consolide et rationalise actuellement l'activité de ce réseau et espère combiner sa fonction de centre d'information à celle du site Internet du Conseil de l'Europe consacré à ce sujet. La Région a également bénéficié des évaluations que le Conseil a réalisées en ce qui concerne la participation des citoyens et les listes d'attente.

225. Le Conseil continue de participer activement à l'élaboration actuelle du Réseau européen des Écoles-santé et aide les représentants des écoles participantes à assister aux nombreuses réunions et activités de formation organisées par le secrétariat technique du réseau tout au long de l'année.

226. Par ailleurs, l'OMS a été représentée aux réunions du Comité européen de la santé (CDSP), où elle a contribué à l'examen de points de l'ordre du jour tels que les droits de l'individu, les droits des patients, les examens médicaux dans le contexte de l'emploi et des assurances, les listes d'attente des hôpitaux, la

promotion de la santé et l'éducation pour la santé (Écoles-santé), la transfusion sanguine, les greffes de moelle et d'organes (y compris les xélogreffes), les meilleures pratiques médicales, les soins aux marginaux et aux personnes âgées hospitalisées, et la médecine préventive.

***Organes du système des Nations Unies et autres organisations intergouvernementales***

227. Une étroite collaboration a été maintenue avec d'autres organisations intergouvernementales telles que la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies (CEE/ONU), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et la Banque mondiale, dans le cadre des activités du Comité européen de l'environnement et de la santé.

228. Le Bureau régional a soutenu le rôle joué par les coordinateurs résidents des Nations Unies, fait sien le concept d'une présence intégrée des Nations Unies et participé aux activités du Cadre d'aide au développement des Nations Unies dans le contexte du processus de réforme de l'Organisation. Dans la Région européenne, la Roumanie et la Turquie font office de pays pilotes pour la mise en œuvre des activités du Cadre d'aide au développement, et le directeur régional a prié les représentants et agents de liaison de l'OMS dans la Région de participer pleinement à ce processus. La philosophie de l'OMS, sa politique, ses programmes, sa base de données et ses documents de la Santé pour tous ont tous été bien reçus dans ce contexte.

229. Le Bureau régional a maintenu une collaboration étroite et harmonieuse avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), et ce dans plusieurs domaines, comme par exemple dans le cadre du projet consacré aux républiques d'Asie centrale et au Kazakhstan (projet CARAK).

230. Des fonctionnaires du Programme de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/sida du Bureau régional coopèrent étroitement avec ceux du Programme des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et ses autres co-initiateurs. Un conseiller technique interpays ONUSIDA est basé au Bureau régional, et un poste de conseiller technique, dont le coût est partagé avec

l'ONUSIDA, a été créé pour lutter contre les IST. L'ONUSIDA a soutenu financièrement certaines activités du Bureau régional (à hauteur de 130 000 dollars pour l'exercice biennal) et une série d'activités communes ont été mises en œuvre avec l'ONUSIDA et d'autres co-initiateurs.

231. La réunion statutaire quadriennale commune CEE-ONU/OMS sur les statistiques sanitaires s'est tenue à Rome en octobre 1998. Des fonctionnaires du Bureau régional (et du Siège de l'OMS) ont également participé à la Conférence des statisticiens européens, qui a eu lieu en juin 1999. Le Bureau régional et la CEE/ONU ont institué une équipe spéciale commune chargée d'étudier les effets sur la santé de la pollution atmosphérique transfrontière à longue distance.

232. Le Service de santé des femmes et de santé reproductive du Bureau régional a coopéré avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) dans le cadre de projets de santé reproductive exécutés dans neuf NEL. *Entre nous*, le magazine européen de santé sexuelle et reproductive, est produit et distribué dans six langues (anglais, espagnol, français, hongrois, portugais et russe). Tous les projets mentionnés sont financés par le FNUAP.

233. Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) est un partenaire essentiel de toutes les activités de pays menées par le Bureau régional, tant dans le domaine humanitaires que dans celui du développement. Le Bureau a évalué le projet – financé par le PNUD – qui visait à soutenir, en 1997, la réforme du système de santé en Lituanie. Une collaboration entre le Bureau et le PNUD (sous la forme d'un échange d'informations et d'une participation à des ateliers nationaux) a également eu lieu en Géorgie et en République de Moldova.

234. Une étroite coopération s'est instaurée avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) dans tous les domaines où le Bureau régional fournit une assistance humanitaire. L'une des opérations communes menées conjointement se situe dans le sud des Balkans, où l'OMS fait fonction de conseiller sanitaire du HCR pour ce qui est des besoins des réfugiés présents dans les camps. L'OMS a également coopéré avec le HCR dans le cadre de

certaines programmes sanitaires consacrés, par exemple, à l'eau, à l'assainissement et à l'évacuation des déchets solides.

235. Le président de la Banque mondiale a proposé de mettre sur pied des structures intégrées d'aide au développement des pays associant tous les secteurs et intervenants concernés. L'objectif global est de réunir des objectifs de développement social et économique dans un cadre plaçant l'accent sur le premier aspect. Cette proposition est fermement soutenue par le Bureau régional. La Banque mondiale participe, avec le Bureau régional, les Gouvernements norvégien et espagnol, la Banque européenne d'investissement, la London School of Economics and Political Science et la London School of Hygiene & Tropical Medicine, au financement de l'Observatoire européen des systèmes de santé. Des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ont bénéficié, dans plusieurs PECO et NEI, d'un soutien de la Banque mondiale.

236. Le directeur général de l'OMS a récemment examiné de nouvelles formes de collaboration plus intensive entre l'OMS, le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale. Parmi les domaines de coopération recensés, on citera la protection des fonctions sanitaires et sociales essentielles dans certains ou dans l'ensemble des six pays pilotes bénéficiant de facilités d'ajustement structurel renforcées (FASR), et l'élaboration de références pour le suivi de l'évolution des résultats du secteur sanitaire.

#### ***Organisations non gouvernementales***

237. La mise au point de politiques a été facilitée par le Forum européen des associations de médecins et de l'OMS, qui promeut les programmes du Bureau régional. La réunion du Forum tenue à Tel Aviv en mars 1999 a été accueillie par l'Association des médecins israéliens. Les principaux points de l'ordre du jour étaient les suivants : besoins pédagogiques en matière de gestion des risques médicaux ; amélioration de la qualité des soins ; tabagisme ; ressources sanitaires, leur affectation et leur utilisation ; l'autonomie du médecin ; le programme de lutte contre la tuberculose du Bureau régional ; et le concept de responsabilité médicale. Des déclarations communes sur l'autonomie du médecin et sur la lutte contre la

tuberculose ont été adoptées par le Forum et par l'OMS. De leur côté, les associations nationales de médecins présentes à la réunion ont publié une déclaration concernant les obligations éthiques des médecins vis-à-vis de la torture.

238. Le Forum des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes et de l'OMS, créé en 1997, regroupe désormais 40 associations nationales d'infirmières et cinq associations nationales de sages-femmes (ces dernières sont choisies comme représentantes officielles de la Confédération internationale des sages-femmes). La troisième réunion annuelle du Forum s'est tenue à Budapest en avril 1999. Cette réunion était consacrée aux maladies chroniques et au rôle des infirmières dans la prévention et dans la prise en charge de ces maladies. Une séance spéciale a été consacrée au tabagisme, un accent particulier étant placé sur les infirmières elles-mêmes et sur leur importance en tant que modèles, tant sur le plan de la santé en général que sur celui de la lutte contre le tabagisme.

239. La septième réunion annuelle du Forum EuroPharm s'est tenue à Copenhague en novembre 1998. Le thème de la séance professionnelle était le service pharmaceutique, considéré du point de vue tant de l'enseignement que de la pratique. La huitième réunion annuelle, tenue à Lisbonne en novembre 1999, a comporté un colloque consacré à l'asthme. Ces deux manifestations se sont déroulées parallèlement au Troisième colloque international sur le rôle du pharmacien dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Deux nouveaux membres appartenant aux PECO et NEI ont adhéré au Forum, portant à 34 le nombre total d'adhérents. Outre les cinq projets exécutés actuellement, deux nouvelles activités ont été approuvées – un projet sur le VIH/sida et un programme de jumelage. L'Organisation pan-américaine de la santé a aussi conclu, récemment, dans le droit fil du Forum EuroPharm, un partenariat avec les associations de pharmaciens de ses États membres.

240. Une collaboration active s'est également instaurée avec un grand nombre d'autres organisations, y compris la Fondation Soros, la Société européenne de médecine générale/de famille (filiale européenne de l'Organisation mondiale des médecins de famille), la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, la Confédération internationale des sages-

femmes, le Conseil international des infirmières, Services International, Consumers International, l'Association médicale mondiale, la London School of Economics and Political Science et la London School of Hygiene & Tropical Medicine, l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne, la European Public Health Association, « Tipping the Balance », l'Union européenne des médecins omnipraticiens, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, l'Association européenne de médecine périnatale, l'Association européenne pour l'étude du diabète, la Fédération internationale du diabète (monde et Europe) et l'International Society of Environmental Epidemiology.

241. L'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UICMR), les associations nationales contre la tuberculose et les maladies respiratoires de Finlande, des Pays-Bas et de Norvège, l'Association finlandaise de santé pulmonaire, l'Association norvégienne de lutte contre les maladies cardiaques et pulmonaires, l'Association helvète-bulgare, Médecins sans frontières et le Comité international de la Croix-Rouge aident tous activement les pays d'Europe orientale à élaborer et à mettre en œuvre des projets pilotes et des cours de formation consacrés à la lutte contre la tuberculose, et à planifier des activités de suivi et de surveillance. Au cours des cinq dernières années, l'association néerlandaise a également hébergé un atelier européen annuel sur la surveillance et la politique anti-tuberculeuse, organisé en collaboration avec l'OMS et l'UICMR.

### **Recherche**

242. Le Comité consultatif européen de la recherche en santé (CCERS) a participé à l'actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous, examinant les questions relatives à la recherche et aux données scientifiques. Grâce au soutien du gouvernement finlandais, une consultation sur la politique et les programmes de recherche sanitaire dans les PECO et les NEI, ainsi qu'une réunion du CCERS, ont été organisées en Finlande en septembre 1998. Le Comité a estimé que si l'on voulait mettre en œuvre le programme exigeant contenu dans la SANTÉ 21, il fallait donner une forte impulsion capable de mobiliser la communauté scientifique et d'encourager la traduction, dans la pratique sanitaire, des résultats de la recherche.

243. À sa réunion de Londres, en décembre 1999, le Comité a redéfini son mandat pour y inclure l'information sur les activités de recherche menées au sein de l'OMS, couvrant ainsi l'analyse des tendances et l'établissement de prévisions dans le contexte de l'élaboration des politiques sanitaires.

### **Mobilisation des ressources**

244. L'aptitude potentielle du Bureau régional à mobiliser des ressources a été renforcée par l'amélioration des relations nouées avec les bailleurs de fonds, et sa capacité interne à soumettre des projets a été renforcée par les activités de formation et l'assistance directe proposées par le Service des partenariats. Il a été recensé de nouveaux bailleurs de fonds (comme le Fonds du Golfe arabe pour les organisations de développement des Nations Unies, par exemple), qui ont ensuite apporté un soutien. Il a été établi une base de données recensant les bailleurs de fonds, qui servira de modèle pour la base de données mondiale de l'OMS.

### **Stratégie de communication**

245. De réels progrès ont été accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie de communication du Bureau régional intitulée « Il ne suffit pas de bien travailler ». Dans le cadre de cette stratégie, on s'est tout particulièrement employé à améliorer l'aptitude du Bureau régional et des États membres à faire passer, s'agissant de la santé, des messages scientifiquement et éthiquement pertinents auprès du public, notamment par l'intermédiaire des médias. Ce processus a exigé la formation de personnels, la publication d'un nouveau bulletin *Action Santé*, et la conclusion, au niveau de régions et de pays, de partenariats avec Worldwide Television News, le BBC World Service and l'International Press Institute.

246. Le Réseau européen de communication sanitaire (RECS) de l'OMS a été créé en 1998. Cinq catégories de spécialistes de la communication sanitaire ont été visés – les responsables de la communication politique, les éducateurs sanitaires, les défenseurs de la santé publique, les agences de publicité et les médias. Le RECS a pour principales fonctions de proposer des mécanismes interpays et de pays permettant aux représentants de ces catégories de partager des données d'expérience et des informations, et d'aider les pays (en particulier les PECO et les

NEI) à développer leurs propres moyens de communication sur la santé et l'environnement.

247. Les résultats d'une importante consultation organisée à Moscou en mai 1998 et d'ateliers organisés au niveau des pays et de villes en Allemagne, en Arménie, en France, en Géorgie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Ouzbékistan, en République de Moldova et en Roumanie et montrent que le RECS contribue à définir une méthode nouvelle et efficace d'amélioration de la culture sanitaire. Cette méthode combine la base scientifique d'universitaires et de professionnels, l'immédiateté des médias, la participation des ONG, le « savoir-faire » des publicitaires et l'influence politique des décideurs. Des groupes de travail du RECS élaborent actuellement, à l'intention de l'OMS, des principes généraux de communication, y compris un nouveau code professionnel destiné aux responsables de la communication sanitaire.

248. La deuxième réunion régionale du RECS, intitulée « Health reporting 2000 », qui s'est tenue à Copenhague en décembre 1999, a rassemblé 150 journalistes représentant 47 pays et un public cumulé de plus de 600 millions de lecteurs. Cette réunion a notamment débouché sur la conception d'une nouvelle série, Infosanté, qui devrait être lancée en mars 2000.

### **Publications**

249. En 1998, le Bureau régional a testé un système d'indexation et de catalogage décentralisés des publications et des documents de l'OMS. Cet essai ayant été couronné de succès, la documentation du Bureau régional est désormais entrée directement dans la base de données bibliographique mondiale de l'OMS consultable sur Internet, supprimant toute redondance d'activité et mettant gratuitement la base de données à la disposition des internautes du monde entier.

250. En 1998-1999, le Bureau régional a produit dix publications en anglais et 13 en français, allemand et russe. Il a traité quatre co-publications, accordé des droits de traduction sur une trentaine de publications, produit deux numéros d'*Action Santé* et publié sur Internet son catalogue de publications.

### **STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES DE PAYS**

251. Malgré les importantes réductions dont a fait l'objet son budget ordinaire dans les années 90, le Bureau régional a réagi avec succès aux changements intervenus dans la situation politique, économique, sociale et sanitaire de la Région européenne. Des programmes de coopération à moyen terme pour 1998-1999 ont été signés avec tous les PECO et les NEI. Le suivi de la mise en œuvre de ces programmes et des rapports périodiques (trimestriels ou mensuels, selon le cas) établis par les bureaux de liaison de l'OMS a été organisé suivant des critères approuvés. Des rapports périodiques d'évaluation des activités EUROSANTÉ ont été présentés au CPR et au Comité régional ; la préparation de l'évaluation la plus récente a commencé en 1999, son rapport devant être présenté au Comité régional en 2000.

252. En 1998 et 1999, le Comité régional a étudié et décidé l'affectation d'une partie plus importante du budget aux pays, dont le montant serait réparti en parts égales entre les six pays « à faible revenu » que sont l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Bosnie-Herzégovine, le Kirghizistan, la République de Moldova et le Tadjikistan (voir, ci-après, Administration et budget). Une nouvelle méthode de planification comprenant la visite, dans les pays, d'équipes multidépartementales du Bureau régional et du Siège de l'OMS est en cours d'introduction pour les pays bénéficiant d'une allocation budgétaire accrue.

253. Cinq États membres (Estonie, Hongrie, Pologne, République tchèque et Slovaquie) doivent, dans quelques années, adhérer à l'Union européenne, tandis que cinq autres (Bulgarie, Lettonie, Lituanie, Roumanie et Slovaquie) doivent y adhérer ultérieurement. Ces pays s'emploient déjà à aligner leur législation et leur réglementation sur celles de l'Union européenne. À la demande de la Commission européenne, le Bureau régional a fourni, en 1998, une évaluation de la situation sanitaire ainsi qu'un document décrivant les relations de partenariat nouées par le Bureau régional avec ces pays et mettant en lumière les principaux problèmes de santé et les besoins restant à satisfaire.

254. Des agents de liaison ont été nommés dans 25 pays. En 1998–1999, ces agents ont reçu le statut d'administrateur recruté sur le plan national, c'est-à-dire de fonctionnaire à plein temps de l'OMS. En Roumanie, un projet pilote a facilité le resserrement, au niveau des pays, de la coopération entre différents organismes des Nations Unies : une évaluation commune des pays a été achevée et des mesures ont été prises en vue d'élaborer un Cadre d'aide au développement des Nations Unies. Un processus analogue a été engagé en Turquie. En Lettonie, l'OMS intervient depuis janvier 1999 dans le cadre d'un concept dit de « maison commune des Nations Unies ». Pour des raisons financières, le Bureau du représentant de l'OMS en Turquie a été remplacé par un bureau de liaison. Les bureaux d'aide humanitaire et de liaison de Sarajevo et de Douchanbe ont été fusionnés afin d'assurer une présence plus unifiée en Bosnie-Herzégovine et au Tadjikistan.

255. Une nouvelle évolution, en 1998–1999, a été l'ouverture d'un Bureau du représentant spécial du directeur général à Moscou. Un fonctionnaire du Bureau régional de l'Europe a été affecté à ce poste. Le représentant spécial conseille les organismes des Nations Unies et autres sur les questions d'aide humanitaire et sur d'autres questions ayant trait à la santé, et aide à coordonner l'assistance offerte au secteur sanitaire : en 1999, les activités ont porté sur la tuberculose, le VIH/sida et les problèmes structurels liés à la fourniture de médicaments essentiels. Il a également contribué à l'élaboration du programme biennal de coopération conclu entre l'OMS et la Fédération de Russie. Pour financer ses opérations, le Bureau régional a reçu des pays nordiques une généreuse contribution de 800 000 dollars.

### **Bourses d'étude**

256. Au niveau national, le mouvement de la Santé pour tous a été stimulé par l'offre de bourses d'étude à des spécialistes originaires des PECO et des NEI. Les stratégies et méthodes ont été approfondies, et la procédure de sélection des boursiers améliorée. Des comités de sélection spécialisés dans différents domaines, en particulier la santé reproductive, ont été institués dans plusieurs pays.

257. Au cours de la période biennale, 124 spécialistes de la Région européenne ont bénéficié de bourses de l'OMS, soit une augmentation de 55%. Tous les boursiers sauf trois étaient originaires de pays EUROSANTÉ. Comme la santé reproductive/planification familiale est l'une des principales priorités des pays EUROSANTÉ, 67 des 124 boursiers ont reçu une formation sur ce thème. Par ailleurs, le Bureau régional gère, administre et place des boursiers originaires de quatre autres régions (Afrique, Amériques, Asie du Sud-Est et Pacifique occidental) dans des établissements de formation établis dans des pays européens. En 1998–1999, 302 boursiers ont été placés au sein de la Région européenne (109 de moins qu'en 1996–1997).

258. La version finale de la base de données informatisée concernant les bourses d'étude a été mise au point. Ce système est actuellement utilisé par le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est comme prototype pour le système mondial de gestion des bourses d'étude.

## **GESTION ET ADMINISTRATION**

### **Centres**

259. La capacité du Bureau régional a été grandement renforcée par l'établissement de centres financés principalement par des contributions volontaires. Ces centres sont considérés comme faisant partie du Bureau régional et font office d'auxiliaires opérationnels au niveau des pays.

260. Une évolution particulièrement intéressante, dans les années 90, a été la création, grâce à l'important soutien financier et matériel de la France, de l'Italie et des Pays-Bas ainsi que de plusieurs autres pays, de divisions du Centre européen pour l'environnement et de la santé à Bilthoven, Nancy et Rome. La division de Rome a, depuis, doublé de taille et emploie actuellement 24 personnes. La division de Nancy s'est acquitté de son mandat, qui consistait à mettre en œuvre des projets de génie sanitaire dans plusieurs PECO et NEI. Malgré un rapport positif d'évaluateurs extérieurs sur les activités menées par cette division, le gouvernement français a décidé, en 1998, de mettre fin à son soutien. En 1999, il a été signé avec l'Allemagne un accord visant à établir, à compter de 2001, un nouveau centre à Bonn.

261. Parmi les autres bureaux locaux spécialisés dans l'environnement et la santé, on citera le Bureau d'Athènes, qui a continué d'apporter, en étroite collaboration avec le PNUE, une importante contribution au Programme de lutte contre la pollution en mer Méditerranée (MEDPOL). Un nouveau service a été créé au sein de l'Institut de préparation aux urgences nucléaires (STUK) d'Helsinki afin d'améliorer l'aptitude de la Région européenne à réagir rapidement et de façon appropriée à d'éventuels accidents nucléaires dans la Région. Ce projet est exécuté en étroite collaboration avec le Siège de l'OMS et grâce au solide soutien financier accordé par le gouvernement finlandais.

262. En 1998, après d'importants préparatifs, le Bureau régional est parvenu à réunir plusieurs partenaires en vue de créer une nouvelle entité – l'Observatoire européen des systèmes de santé. L'intention était de pouvoir analyser, de façon permanente, la réforme des systèmes de santé que le Bureau régional avait mise au point en vue de la conférence ministérielle organisée à Ljubljana en 1996. L'Observatoire, officiellement inauguré en février 1999, est un excellent exemple de la volonté manifestée par le Bureau régional de forger des partenariats et de fournir une aide de premier plan aux États membres dans les domaines clés du développement sanitaire. Ces partenaires sont notamment les Gouvernements norvégien et espagnol, la Banque mondiale, la Banque européenne d'investissement ainsi que deux prestigieux établissements d'enseignement – la London School of Economics and Political Science (LSE) et la London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM). L'Observatoire compte trois centres : Copenhague (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Londres (LSE et LSHTM) et Madrid (École nationale de santé publique).

263. Un nouveau Centre européen pour l'analyse de la politique sanitaire a été créé à la fin de 1998 en coopération avec les gouvernements autrichien, belge et finlandais. Stratégiquement implanté à Bruxelles, ce Centre devrait collaborer étroitement avec l'Union européenne. Son mandat couvrant cependant l'ensemble de l'Europe, il s'appuiera sur un réseau d'instituts et de groupes collaborateurs de l'ensemble de la Région.

264. Toujours à la fin de 1998, un accord a été signé avec le Gouvernement de la région

espagnole de Catalogne en vue de créer un nouveau centre qui renforcerait les moyens dont dispose le Bureau régional dans les domaines des soins primaires, des soins hospitaliers et de la mise en valeur des ressources humaines à vocation sanitaire. Le nouvel Observatoire européen de l'intégration des soins de santé, établi à Barcelone, a été ouvert en septembre 1999. Avec l'Observatoire européen des systèmes de santé, ces centres feront plus que tripler le nombre de cadres dont dispose le Bureau régional pour promouvoir les principaux éléments de la réforme des systèmes de santé dans les États membres européens de l'OMS.

265. Un accord a été signé en vue d'établir, à compter de 2000, un nouveau centre européen à Venise. Celui-ci fera plus que doubler les moyens dont dispose actuellement le Bureau pour mettre en œuvre des activités de promotion de la santé, et apportera à l'ensemble de la Région un puissant soutien lui permettant de faire progresser cet aspect essentiel de la stratégie de la SANTÉ 21.

266. En janvier 1998, il a été créé un Centre pour la santé urbaine de l'OMS ayant pour mission de renforcer l'aptitude du Bureau régional à promouvoir la santé et à améliorer l'environnement et les conditions de vie dans les villes de la Région européenne. Le Centre a également pour buts d'accroître la visibilité de la santé urbaine et des problèmes susceptibles d'être résolus par une action locale, et de resserrer les liens avec les services techniques de l'OMS et d'autres organismes opérant dans le domaine du développement urbain.

#### ***Centres collaborateurs de l'OMS***

267. Un examen de la gestion et de l'utilisation des centres collaborateurs de l'OMS, réalisé aux niveaux régional et mondial en 1998–1999, s'est traduit par une réduction du nombre de centres. Les discussions concernant l'amélioration des procédures de désignation et de gestion de ces centres se poursuivent et devraient aboutir, à l'avenir, à la production de nouvelles orientations et à une meilleure utilisation des centres.

#### **Modification et développement des programmes**

268. Compte tenu de la progression des maladies infectieuses dans la Région et de l'augmentation sensible des effectifs dans ce domaine, il a été créé, en juillet 1998, un

nouveau Département des maladies infectieuses. Le Programme de santé mentale a été rétabli, et un administrateur à plein temps du programme a été nommé en janvier 1999. Un nouveau Programme de santé infantile et de développement de l'enfant a été lancé en 1997 dans le cadre de l'Initiative pour une maternité sans risque de l'OMS.

269. Suite à l'approbation, par le Comité régional, de la politique-cadre de la SANTÉ 21 en septembre 1998, un important effort a été entrepris pour la faire pleinement comprendre, accepter et « intégrer » par l'ensemble du personnel du Bureau régional. Il a été organisé, à cet effet, de février à mai 1999, des ateliers spéciaux au cours desquels les buts et orientations stratégiques de la SANTÉ 21 ont été analysés pour recenser de nouvelles idées et stratégies que le Bureau régional pourrait appliquer en 2000–2005. Les nouvelles priorités mondiales, y compris l'Initiative pour un monde sans tabac et la campagne « Faire reculer le paludisme », ont dûment été abordées par le Bureau lors des discussions.

### Réforme

270. À la fin de 1997, une société privée de conseil en gestion (Deloitte & Touche) a présenté un rapport suite à l'examen qu'elle avait effectué de la direction exécutive et du Département de l'administration et des finances du Bureau. La plupart de ses recommandations ont été appliquées.

271. En février 1999, le directeur général a instamment prié tous les bureaux régionaux d'effectuer un audit interne pour déterminer si leur structure organisationnelle, leur gestion et leur administration avaient besoin d'être revues. En conséquence, le directeur régional a institué une Équipe spéciale de réforme du Bureau de l'Europe qui, avec le soutien d'un « facilitateur de gestion du changement » détaché du Siège de l'OMS, a organisé une série de réunions de réflexion avec l'ensemble du personnel régional, puis a établi une série de recommandations. Le rapport de l'Équipe spéciale, achevé au début de juillet 1999, a été adressé, pour consultation, à l'ensemble du personnel. Ce processus de consultation s'est terminé vers la fin du mois d'août, après quoi le Cabinet régional européen (bureau directeur du Bureau régional) a commencé à analyser les recommandations. L'Association du

personnel a participé à ces discussions. Le directeur régional a ensuite pris, au début de septembre, un premier ensemble de décisions liées à l'infrastructure départementale du Bureau. Après la désignation, par le Comité régional, d'un candidat au poste de directeur régional pour une période de cinq ans commençant en février 2000, il a été décidé de reporter toute nouvelle activité en 2000.

272. Dans ces domaines comme dans d'autres, l'évolution de la situation en 1999 s'est caractérisée, dans l'Organisation, par une nouvelle culture de participation bien plus étroite du personnel tant des bureaux régionaux que du Siège. La création, en juillet, d'un nouveau « cabinet mondial » regroupant le directeur général et les directeurs régionaux a été considérée par toutes les régions comme un pas très important vers l'établissement d'un mécanisme transparent de développement global de l'Organisation. Ce cabinet contribuera sans aucun doute à promouvoir le concept d'« une OMS une et indivisible », préconisé avec détermination par le directeur général.

### Organes directeurs

273. Le directeur régional fait office de secrétaire des organes directeurs régionaux. Le Comité régional s'est réuni à Copenhague, en 1998, et à Florence, sur l'invitation du ministre italien de la santé, en 1999. L'organisation de la session de 1999 (RC49) a été facilitée par le fait que le Bureau régional s'est vu confier la pleine responsabilité du décaissement des fonds et de l'organisation de la réunion. Depuis 1998, la documentation du Comité régional peut être consultée dans quatre langues sur le site Internet du Bureau régional.

274. Le Comité permanent du Comité régional (CPCR) agit pour le compte du Comité régional, représente ce dernier et veille à ce que ses décisions et politiques soient dûment appliquées. Dix sessions du CPCR ont été organisées pendant la période biennale, et lors d'une réunion ad hoc tenue en juillet 1999, le CPCR a proposé (proposition subséquentement approuvée par le Comité régional à sa quarante-neuvième session) d'introduire, en 2003, un nouveau système par lequel l'accord concernant les candidats au Conseil exécutif reposerait sur des critères objectifs ; pendant ce temps, la France et le Royaume-Uni ont chacun accepté de reporter

d'un an leur candidature au Conseil. Le Secrétariat rend régulièrement compte au CPR des activités en cours. D'autre part, le président du CPR et le directeur régional rencontrent toujours, juste avant la session de janvier du Conseil, des membres européens du Conseil exécutif pour les informer des questions qui intéressent particulièrement la Région.

275. Un groupe de prospection régional chargé de rechercher des candidats au poste de directeur régional a été institué en 1998. Ce groupe a rendu compte de ses activités au Comité régional en septembre 1999.

### **Administration et budget**

276. La décision prise par l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 1999, de ne pas affecter de crédits à l'Organisation pour compenser l'augmentation des dépenses escomptée pendant l'exercice biennal 2000–2001 a représenté, pour l'ensemble du personnel de l'OMS, une grande déception. Chaque région va devoir subir le poids de son propre déficit découlant de cette décision. Le Bureau de l'Europe n'a bénéficié d'aucune augmentation d'effectifs au titre du budget ordinaire depuis 1979 ; au contraire, il a connu au cours des dix dernières années une succession de réductions totalisant près de 25% de son budget ordinaire. Malgré cela, le Bureau est parvenu, en rationalisant ses services administratifs, à réorienter ses activités et à rationaliser ses opérations de façon que les programmes de pays et les activités techniques soient préservés. Cependant, on atteint maintenant un point où toute réduction supplémentaire du budget ordinaire aurait des répercussions sur le financement et la dotation en effectifs de programmes techniques.

277. Sur un plan plus positif, l'Assemblée mondiale de la santé a décidé, en 1998, que l'affectation des crédits régionaux, interpays et de pays du budget-programme de l'OMS devrait à l'avenir reposer, pour l'essentiel, sur un modèle s'inspirant de l'indice de développement humain (IDH) du PNUD. Cela se traduira, pour le Bureau de l'Europe, par l'affectation, sur plusieurs années et à partir de 2000–2001, de crédits plus importants aux programmes de pays. À sa session de 1999 (résolution EUR/RC49/R5), le Comité régional a convenu, au niveau régional, d'un modèle de répartition fondé sur l'IDH.

278. En 1999, le Bureau régional a testé la mise au point du nouveau système informatisé de gestion des programmes de l'Organisation (AMS), qui est devenu opérationnel en janvier 2000 et est utilisé pour établir et suivre les plans de travail correspondant à l'exercice 2000–2001.

279. On trouvera des renseignements détaillés sur l'exécution du budget-programme régional en 1998–1999 dans le document d'information (EUR/RC50/Inf.Doc.1), qu'il conviendra de lire parallèlement au présent rapport.

### **Politique de recrutement**

280. Le nombre de postes de durée déterminée est défini dans le budget ordinaire. En 1998–1999, ce nombre est passé de 183 à 177. Le nombre de postes de durée limitée, en revanche, continue d'augmenter, ce qui nécessite de suivre de près le financement et les conditions d'emploi de ces fonctionnaires. Les fonctionnaires engagés pour une période de courte durée représentent désormais 64% des effectifs, et le nombre de contrats a augmenté de 18% depuis 1996, en particulier dans le domaine de l'aide humanitaire. La durée moyenne des contrats est passée, depuis 1996, de 3,31 à 2,36 mois, ce qui s'explique essentiellement par la très courte durée des contrats conclus pendant la crise du Kosovo. La proportion de fonctionnaires affectés sur le terrain a augmenté (actuellement 45% pour 42 lieux d'affectation) et, du fait de la grande diversité des conditions locales, il est difficile et cela prend du temps d'offrir un soutien au personnel affecté hors de Copenhague.

281. Les administrateurs sont originaires de 29 pays (30 de pays de priorité A, 26 de pays de priorité B, et 25 de pays de priorité C). Le Bureau emploie 81 administrateurs recrutés pour une durée déterminée, dont 32% sont des femmes. Trois des sept directeurs de département sont des femmes.

282. Les départs en retraite des administrateurs et des fonctionnaires des services généraux sont étroitement surveillés pour pouvoir organiser leur remplacement et donner le plus d'occasions possibles de restructurer les services. Des progrès considérables ont récemment été accomplis au sein du Bureau régional pour ce

qui est de faire concorder les compétences du personnel avec les principaux domaines d'activité prévus dans la politique-cadre de la SANTÉ 21. On continuera de placer fortement l'accent sur l'orientation de la santé publique, notamment sur l'amélioration de la formation du personnel dans des domaines tels que la gestion stratégique, la conduite d'équipes, la gestion de projets, l'élaboration de politiques, le marketing, la collaboration avec d'autres secteurs, et la communication. La politique préconisée par le nouveau directeur général pour accroître la rotation des effectifs entre les différentes régions

de l'Organisation est la bienvenue au Bureau de l'Europe, de même que l'élaboration d'un nouveau système mondial d'évaluation. Une amélioration des possibilités de carrière dans la catégorie des services généraux serait bien accueillie par le personnel.

283. La base de données relatives au personnel, qui est devenue pleinement opérationnelle et a été complètement documentée au cours de la période biennale, a été exportée vers le Bureau régional de la Méditerranée orientale.