



EUROPE

Comité régional de l'Europe Cinquante-deuxième session

Copenhague, 16–19 septembre 2002

Point 3 de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC52/4
+ EUR/RC52/Conf.Doc./3
10 juillet 2002
22476
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT DU DIRECTEUR RÉGIONAL SUR L'ACTIVITÉ DE L'OMS DANS LA RÉGION EUROPÉENNE – 2000–2001

Le présent document dresse un bilan des activités menées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe durant l'exercice 2000–2001. Il convient de le rapprocher du document d'information relatif à la mise en œuvre du budget 2000–2001 (EUR/RC52/Inf.Doc./3).

Sommaire

	<i>Page</i>
Introduction	1
Stratégie de pays.....	2
Principes.....	2
Réforme de l'activité avec les pays au Bureau régional	2
Soutien aux pays aux fins de la réforme des systèmes et des services de santé.....	3
Aide humanitaire.....	5
Forums du futur.....	6
Menaces sur la santé	6
Développement de partenariats	7
Programmes techniques.....	8
Réduction de la morbidité et promotion de la santé.....	8
Santé, environnement et développement durable.....	12
Information, données probantes et communication en faveur de la santé.....	15
Conclusion.....	17
Annexe 1 Sélection de documents importants produits par le Bureau régional, 2000–2001	19

Introduction

1. Le présent document donne un aperçu des activités que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a exécutées, à l'appui des efforts entrepris par les États membres pour améliorer la santé en Europe dans un esprit d'équité et de solidarité. Les activités du Bureau au cours de l'exercice biennal 2000–2001 doivent être considérées à la lumière de plusieurs documents qui ont servi à modeler et à réorienter progressivement le programme de travail. Les plus importants de ces documents sont :

- le budget-programme pour 2000–2001 adopté par le Comité régional en 1998, qui énonce les objectifs, les résultats escomptés et les dépenses prévues pour la Région européenne. Au cours de la mise en œuvre de ce programme, de nouveaux défis, des changements d'orientation et de gestion ainsi qu'un manque de ressources spécifiques ont eu une incidence sur certaines parties du programme. Toutefois, pour l'essentiel, ce dernier a été, mené à bien, comme prévu.
- les quatre orientations stratégiques, adoptées par le Conseil exécutif en 2000, qui définissent la contribution de l'OMS aux efforts entrepris au niveau national et au niveau mondial, pour faire progresser la santé qui ont été à savoir :
 - s'attaquer à la charge de morbidité au sein des populations très pauvres ;
 - rechercher et évaluer les facteurs de risque pour la santé, et aider les pays à prendre des mesures pour les réduire ;
 - améliorer la performance des systèmes de santé ;
 - encourager l'élaboration de politiques nationales favorables à la santé.
- des documents sur la politique de la Santé pour tous, et plus spécifiquement la SANTÉ 21, qui rappellent les valeurs fondamentales de l'OMS et offrent un cadre pour l'élaboration de programmes à la fois dans les pays et au niveau régional ;
- l'engagement pris par la nouvelle équipe dirigeante du Bureau régional de donner la priorité aux services offerts aux États membres, de maintenir et d'étendre la qualité technique du travail du Bureau, d'assurer une meilleure coordination avec le Siège de l'OMS et d'autres partenaires et d'adapter la structure et le fonctionnement du Bureau aux missions qui lui sont confiées. Pour mettre ces nouvelles orientations en application, deux grandes initiatives ont été entreprises, qui, à leur tour, ont influé sur la mise en œuvre du programme en 2000–2001 :
 - une nouvelle stratégie de travail avec les pays a été adoptée par le Comité régional en septembre 2000 ;
 - une réforme interne du Bureau régional a été engagée, comportant des changements dans la structure du Bureau, ses méthodes de travail et ses besoins en termes de compétences.

2. L'essentiel du travail mené par le Bureau régional durant la période 2000–2001 s'est articulé autour de la stratégie de pays « Adapter les services aux nouveaux besoins » que le Comité régional a approuvé en 2000 et qui accorde une importance accrue à la coopération avec les pays. Cette nouvelle orientation répond aux changements qui se sont produits dans le monde, en général, et dans la Région européenne, en particulier, au cours des récentes décennies. De nombreuses analyses montrent que, grâce aux efforts massifs engagés dans le secteur de l'éducation après la Seconde guerre mondiale, à la révolution des télécommunications, qui a favorisé l'accès « en direct » à l'information, et à l'amélioration des services de transport qui a raccourci des distances, il est aujourd'hui plus facile d'accéder à des connaissances, et l'attente des pays à l'égard de l'OMS s'en trouve donc modifiée. Les changements politiques qui sont survenus, ainsi que l'augmentation des inégalités face à la santé et la prospérité sur tout le continent européen, ont mis en évidence la nécessité d'adopter une approche adaptée à chaque pays.

3. La stratégie de pays détermine la philosophie, les valeurs et les objectifs qui guident et sous-tendent la réorientation du travail du Bureau régional en faveur d'une collaboration avec les pays. Elle favorise une culture visant à servir les besoins des pays et encourage la mise au point de structures, de systèmes et

d'outils pour appuyer les activités entreprises dans les pays. Cette approche a été élaborée plus avant dans un document interne, dans lequel l'objectif du travail avec les pays est présenté comme étant d'« aider les États membres à mettre au point leurs propres politiques de santé, systèmes et programmes de santé publique ; prévenir et combattre les risques pour la santé, anticiper sur ce que seront les enjeux futurs et défendre la santé publique ».

4. Du fait de cette nouvelle orientation en faveur des pays, le Bureau régional, tout en maintenant la continuité de son travail en se référant constamment à la politique existante et aux programmes approuvés, a dû entreprendre des changements afin de s'adapter à de nouveaux enjeux dans les États membres et faire en sorte que ses activités soient plus efficaces et pertinentes.

5. Le présent rapport a pour objet d'évaluer les progrès réalisés par le Bureau régional dans la mise en œuvre du programme 2000–2001. Afin d'éviter une description longue et détaillée d'activités d'importance et d'intérêt très divers, seules les réalisations les plus marquantes sont mentionnées ici. Des informations plus détaillées sur des questions spécifiques peuvent être obtenues sur demande. Le compte rendu des résultats obtenus dans chaque domaine de programme est précédé d'un résumé présentant les objectifs qui étaient visés et les résultats escomptés, tels qu'ils étaient formulés dans le budget-programme pour 2000–2001.

6. Du fait de la mise en application de la stratégie de pays, il a été décidé de regrouper les objectifs et les résultats escomptés, d'une part, et les principaux résultats atteints, d'autre part, sur la base de la structure de gestion actuelle du Bureau régional et non de suivre la structure du budget-programme. C'est ainsi que la section qui suit analyse la mise en œuvre de la stratégie de pays, y compris les activités et les réalisations dans le domaine du programme consacré aux systèmes et services de santé. La troisième section couvre la mise en œuvre des programmes techniques à l'appui des programmes de pays. La quatrième section évalue les progrès réalisés en ce qui concerne le développement de moyens d'information et de gestion des connaissances. La dernière section recense les éléments de la mise en œuvre du programme qui ont bien fonctionné et ceux qui n'ont pas bien fonctionné, tente d'évaluer sommairement la pertinence du programme du Bureau régional eu égard aux priorités des pays et présente les grandes orientations pour l'avenir.

Stratégie de pays

Principes

7. La nouvelle stratégie de travail avec les pays est fondée d'une part, sur l'engagement qui a été pris de réorienter la mission du Bureau régional pour que celui-ci serve les États membres et, d'autre part, sur l'évaluation du programme EUROSANTÉ. Pour mener à bien cette stratégie, une grande part de l'activité du Bureau a dû être réorientée et une partie du programme adopté pour l'exercice 2000–2001 a dû être réajustée.

8. Les principes de cette stratégie sont les suivants : envisager tous les pays de la Région européenne dans leur diversité et adapter les services du Bureau aux besoins des pays ; renforcer les partenariats internationaux pour la santé ; s'inscrire dans la stratégie OMS mondiale de coopération avec les pays et intégrer l'expérience acquise par le Bureau régional.

9. Les services aux pays consistent essentiellement à aider les États membres à élaborer leur politique et leurs programmes en matière de santé publique et à réformer leur système de santé, en tenant compte de leurs besoins et de leurs intérêts ainsi que de leur situation politique et économique.

Réforme de l'activité avec les pays au Bureau régional

10. De nouveaux accords de collaboration biennaux ont été mis au point afin de mieux cerner les priorités et les préférences des États membres ; de relier stratégiquement la contribution du Bureau régional aux besoins des pays dans le domaine de la santé ; de permettre une approche plus intégrée de la

mise en oeuvre et d'assurer une meilleure évaluation des résultats et des produits. Ces nouveaux accords mettent l'accent sur une entente mutuelle, fondée sur les priorités acceptées par les États membres et le Bureau régional. En avril 2001, dans le cadre du processus préparatoire à l'élaboration de ces accords qui s'est terminé à la fin de l'année, il a été demandé aux pays de faire connaître leurs préférences pour l'exercice suivant. On est en train de concevoir des systèmes et des outils de gestion qui permettent la décentralisation des tâches vers les bureaux locaux. Les accords de collaboration biennaux commencent à être utilisés : ces accords comportent des plans de travail qui relient les apports, les activités et les tâches aux résultats escomptés ainsi que des calendriers et des indicateurs utilisables à des fins d'évaluation.

11. Pour les activités au niveau des pays, il est demandé aux unités techniques du Bureau régional de prendre en considération les questions d'infrastructure et de développement des systèmes de santé, ainsi que les incidences de leurs activités sur la politique de santé. Une procédure, désormais entrée en vigueur, a été mise en place pour examiner systématiquement les programmes à la lumière des données factuelles disponibles, sélectionner les compétences techniques par le biais de réseaux d'experts et d'établissements collaborateurs et appliquer les meilleures pratiques opérationnelles.

12. Les deux signes indiquant l'importance accrue accordée au travail avec les pays sont l'augmentation des ressources régionales affectées à ce travail et l'amélioration de la coordination des programmes de pays sur le terrain. Les programmes et activités du Bureau régional, qui étaient jusque-là en grande partie des activités interpays, ont été fortement réorientés vers des activités plus pratiques, conçues pour répondre directement aux besoins des pays. Un ensemble de mesures est prévu pour transférer les ressources et le personnel vers les pays qui en ont le plus besoin. Cette réorientation des ressources, qui est conforme au budget-programme global de l'Organisation pour 2002–2003, a été mise au point en coordination avec le Siège de l'OMS. En outre, on est passé d'une affectation des ressources fondée sur les ressources disponibles à un processus focalisé sur les résultats escomptés dans les pays.

13. Au cours de l'exercice 2000–2001, on a adopté un axe de travail visant à unifier les bureaux locaux de l'OMS. De nouvelles structures dans les pays, ainsi que des systèmes et des procédures décentralisés, ont été envisagés. Cette nouvelle façon de concevoir la présence de l'Organisation dans les pays exige trois choses :

- de servir réellement les besoins spécifiques des pays sur le terrain et ne pas se contenter de préconiser des solutions interpays ;
- d'intégrer plus fortement les contributions techniques du Bureau régional aux pays ;
- de disposer de moyens suffisants « de pression », plus politiques et diplomatiques, pour représenter efficacement l'Organisation sur le terrain, tout en assurant une coordination maximale.

14. Pour la première fois, il apparaît convenable de confier la direction des bureaux locaux à du personnel expatrié. Les personnes dirigeant ces bureaux ont la charge et la responsabilité des relations avec le gouvernement et la société civile dans le pays, de l'évaluation des besoins sanitaires et du dialogue avec les principales parties prenantes concernant les questions d'orientation, ainsi que de la gestion des programmes et activités de l'OMS.

15. Un nouveau module de formation a été créé à l'intention des chargés de liaison. Dans 27 pays, le personnel local a été formé aux procédures administratives et financières, et des cours de formation spécifiques ont été organisés sur l'élaboration d'indicateurs dans le contexte de la préparation des plans de travail pour 2002–2003.

Soutien aux pays aux fins de la réforme des systèmes et des services de santé

Objectifs et résultats escomptés

16. Pour aider les pays à renforcer leurs capacités en matière d'élaboration de politiques de santé ainsi que de réforme et de développement de systèmes de santé fondés sur les soins primaires, à améliorer la

qualité des soins de proximité et à instaurer une gestion des services de santé axée sur les résultats, le budget-programme 2000–2001 définissait les objectifs et les résultats escomptés suivants pour le Bureau régional :

- diffuser des informations sur l'évaluation des pratiques dans le domaine de la santé publique, le développement des systèmes et les pratiques innovantes en matière de soins de santé ;
- fournir des conseils sur certains aspects économiques et opérationnels du financement des soins de santé ;
- organiser une deuxième conférence sur les soins infirmiers et obstétricaux, et mettre en œuvre un projet pilote visant à évaluer les concepts de médecin de famille et d'infirmière de famille ;
- fournir un appui pour l'élaboration de politiques et de programmes nationaux visant à améliorer la qualité des soins ;
- analyser les aspects économiques de l'approvisionnement pharmaceutique, élaborer des principes directeurs et des outils pour favoriser l'usage rationnel des médicaments et dispenser une formation dans ce domaine.

Principaux résultats

17. Tenant compte de la priorité donnée au développement des systèmes de santé dans le programme mondial de l'OMS, le Bureau régional a mis sur pied un groupe consultatif dont la tâche était d'aider à mettre au point les activités de collaboration du Bureau avec les États membres dans ce domaine. Ce groupe consultatif, qui est composé d'experts venant des différentes parties de la Région, réunit une grande diversité de connaissances et d'expériences du travail relatif aux systèmes de santé. Il compte également parmi ces membres l'Observatoire européen des systèmes de santé, qui est un partenaire clé au sein du Bureau, ainsi que des observateurs de la Banque mondiale et du Département britannique pour le développement international, deux organismes menant d'importantes activités de développement des systèmes de santé dans les pays d'Europe centrale et orientale (PECO) et dans les nouveaux États indépendants (NEI).

18. Parallèlement, un groupe d'experts a été mis sur pied. Les membres de ce groupe ont suivi une session de formation qui les a aidés à travailler selon des approches nouvelles dans les pays. Ils ont reçu les accréditations nécessaires pour entreprendre des activités relatives à l'application des accords de collaboration biennaux.

19. Une réunion inaugurale commune au groupe d'experts et au groupe consultatif s'est tenue en décembre 2001. Cette réunion a permis de finir de mettre au point le plan de travail pour le programme et de se mettre d'accord sur un certain nombre d'activités dont l'objet principal était l'application des accords de collaboration biennaux. Les participants à cette réunion ont préconisé une approche plus stratégique du développement des systèmes de santé, qui suivrait les orientations fixées par les États membres mais s'inscrirait dans le cadre des valeurs et des politiques de l'OMS.

20. Le réseau OMS des hôpitaux-santé a été étendu et inclut désormais 25 pays. Une base de données sur les résultats des projets a été créée sur le Web. Un réseau sur les services d'aide médicale urgente en dehors de l'hôpital a été mis en place, ainsi qu'une base de données sur les stratégies concernant ce type de services. Les fonctions des soignants du secteur de soins primaires de plusieurs pays ont fait l'objet d'une étude, menée en collaboration avec l'Observatoire européen, l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA/Europe) et l'Association espagnole de la médecine de famille et de la médecine de secteur.

21. Un projet ayant trait au renforcement des soins de santé primaires dans les pays d'Asie centrale a été exécuté avec l'appui du Gouvernement norvégien. Ce projet avait pour but de former du personnel médical aux aspects les plus importants des soins de santé primaires, en se servant des modules de formation OMS, d'améliorer la communication entre centres de soins de santé primaires, hôpital central et ministère de la santé, d'élaborer et d'appliquer des protocoles de téléconsultation en soins infirmiers utilisant des moyens

de communication radio, de fournir le matériel et les médicaments nécessaires à des centres de soins primaires, et de porter un diagnostic sur les problèmes liés à l'eau dans la région de l'Aral.

22. Depuis la Première Conférence européenne sur les soins infirmiers, organisée à Vienne en 1988, peu de progrès ont été faits pour permettre aux infirmières et aux sages-femmes de contribuer plus nettement à répondre aux besoins de la population dans le domaine des soins et de la santé publique. La Deuxième Conférence ministérielle de l'OMS s'est tenue à Munich en juin 2000. Y ont assisté des délégations de 48 pays ainsi que 40 observateurs. La Déclaration de Munich, sur « les infirmières et les sages-femmes : un atout pour la santé » insiste sur le fait que les infirmières et les sages-femmes ont un rôle essentiel et de plus en plus important à jouer. Elle invite instamment toutes les autorités concernées à intensifier leur action afin de renforcer les soins infirmiers et obstétricaux et souligne la nécessité de prendre des mesures de soutien notamment en matière de planification d'effectifs, de cadres législatifs et de développement de la pratique professionnelle.

23. Une étude longitudinale sur dix ans portant sur l'enseignement des soins infirmiers a été entreprise. La mise en œuvre du projet relatif aux infirmières de famille a commencé dans plusieurs pays européens. Une étude Delphi a été menée pour s'assurer des compétences dont les infirmières ont besoin pour travailler efficacement au niveau de l'élaboration des politiques. Une stratégie d'enseignement continu a été mise au point sur les principes de « la formation à vie », afin d'aider les pays à exploiter au maximum le potentiel des infirmières et des sages-femmes.

24. Le Bureau régional met au point un cadre de politique d'amélioration de la qualité, fondé sur les meilleures pratiques et les « modèles dans les pays », et rassemble des données probantes sur des travaux de recherche en cours dans le domaine de l'amélioration de la qualité. On est en train de renforcer les liens avec d'autres initiatives lancées dans la Région, telle que la Coopération européenne pour l'accréditation, l'Organisation européenne pour la qualité et la Société européenne pour la qualité dans les soins de santé, ainsi qu'avec des organismes internationaux, et notamment la Société internationale pour la qualité des soins de santé et la Société internationale d'évaluation des technologies dans le secteur des soins de santé.

25. Le Bureau a commencé de développer un réseau avec les autorités sanitaires des pays dans la Région européenne en vue d'échanger des informations et des données d'expérience sur les politiques et les stratégies en matière de fixation du prix des médicaments, de remboursement et d'usage rationnel, conformément à une recommandation formulée lors de la Conférence de l'Union européenne sur les produits médicaux et la santé publique (Lisbonne, 11–12 avril 2000) et au programme plus général du Bureau en matière d'information relative à la santé.

26. Un appui renforcé a été apporté aux pays dans les domaines de la réglementation et de l'usage rationnel des médicaments. Des responsables de la réglementation de NEI se sont rencontrés à Vienne, en 2000, pour dresser un bilan des progrès réalisés au cours des cinq dernières années dans la mise en œuvre des réformes et pour se mettre d'accord sur les façons de progresser sur la base des enseignements qui en ont été tirés. Les aspects économiques de l'approvisionnement pharmaceutique ont été analysés dans plusieurs pays, et une formation en évaluation économique a été fournie. Des efforts ont été entrepris (dans la Fédération de Russie, en Géorgie et au Kirghizistan, notamment) pour intégrer le financement des médicaments à des régimes d'assurance, et améliorer l'accessibilité des médicaments essentiels. Des principes directeurs ont été publiés et des outils ont été mis au point en vue de favoriser un usage rationnel des médicaments. Dans les PECO et les NEI, plusieurs stratégies de formation et de développement de capacités ont été mises en œuvre au niveau national. En outre, des médicaments ont été fournis aux NEI et à plusieurs PECO (notamment des pays des Balkans).

Aide humanitaire

27. Au cours de l'exercice biennal 2000–2001, le programme relatif à la préparation et l'intervention en cas de situations d'urgence a bénéficié d'environ 20 millions de dollars des États-Unis de donations volontaires, qui ont été employées, entre autres, pour apporter des secours d'urgence, et notamment des

médicaments et du matériel de base, développer des moyens nationaux et coordonner l'aide sanitaire dans la Région. À un moment donné, il y avait plus de 200 personnes déployées dans le cadre d'opérations d'urgences, dans dix pays et territoires des Balkans, du Caucase du Nord et de l'Asie centrale.

28. Dans le cas du Kosovo, le Bureau régional a également joué un rôle décisif en apportant son soutien à la mission des Nations Unies pour ce qui concerne l'élaboration de politiques de santé. Même si le nombre de personnes travaillant sur le terrain a depuis considérablement baissé, le Bureau continue de jouer un rôle clé et d'être un partenaire essentiel dans les activités relatives à la santé, telles que la promotion d'un programme de formation à la médecine de famille, comme à la tête des initiatives prises pour faire face à des incidents épidémiques (tularémie et fièvre hémorragique de Crimée-Congo).

29. Le Bureau régional a également pris part à l'aide sanitaire d'urgence fournie à environ 100 000 réfugiés et personnes déplacées qui ont fui au Kosovo et dans l'ex-République yougoslave de Macédoine à la suite de confrontations armées entre des groupes d'Albanais de souche et l'armée macédonienne sur la frontière Nord avec le Kosovo, au printemps de 2001. Les principales activités ont consisté à effectuer des évaluations rapides des besoins sanitaires, à fournir des trousseaux d'urgence et à assurer des activités de coordination.

30. Un autre événement important de cet exercice biennal a été l'intervention face à la crise afghane à l'automne 2001. Craignant un afflux de réfugiés vers l'Ouzbékistan et le Tadjikistan, l'OMS a envoyé dans cette région une équipe, qui était basée en Ouzbékistan, afin de faciliter la coordination de l'approvisionnement de l'Afghanistan en fournitures sanitaires, en collaboration avec le Siège de l'OMS et le Bureau régional de la Méditerranée orientale.

31. Les représentants d'États membres européens et d'organisations internationales se sont rencontrés à plusieurs reprises au Bureau régional afin d'adopter un plan d'action d'urgence pour faire face à l'emploi délibéré de substances biologiques, chimiques et nucléaires par des terroristes.

Forums du futur

32. La réunion inaugurale des forums du futur sur les réponses qu'il convient de donner rapidement aux enjeux futurs dans le domaine de la santé s'est tenue à Londres (Royaume-Uni), les 4 et 5 juillet 2001. Elle a rassemblé des responsables de haut niveau de pays n'ayant pas de chargés de liaison OMS, afin de chercher à déterminer comment l'OMS pourrait leur fournir le meilleur appui possible dans le contexte complexe et changeant de l'Europe occidentale. La réunion a servi d'essai pilote pour voir comment ce type de forum peut favoriser un dialogue utile. Y ont été examinées des questions spécifiques, et notamment la gestion des incertitudes, la communication au-delà des frontières, l'inéquité et la qualité. Les participants à cette réunion ont décidé du format et du contenu des forums du futur qui seraient organisés à l'avenir, et notamment des réunions spéciales concernant l'intervention rapide en cas de menace sanitaire.

Menaces sur la santé

33. Le Bureau régional a contribué aux mesures prises pour faire face à la menace terroriste en mettant sur pied un groupe spécial sur le bioterrorisme, en organisant une réunion sur la prévention de la contamination des ressources en eau et les mesures pour y faire face et en convoquant une réunion spéciale des forums du futur sur la coopération face au terrorisme dans le domaine de la santé (Copenhague, décembre 2001). Cette réunion avait pour objet d'évaluer les risques sanitaires associés à une attaque terroriste biologique, chimique ou nucléaire, et de recenser les mesures à prendre pour y opposer une réaction rapide et appropriée. Les participants à la réunion ont souligné l'importance des partenariats et de la coordination intersectorielle, de la formation, de responsabilités et de voies de communication clairement définies, ainsi que du potentiel que peut représenter l'utilisation de nouvelles technologies. Ils ont insisté sur le rôle essentiel du système de santé publique et sur la nécessité de prendre aussi en considération le point de vue des victimes pour gérer les conséquences d'une attaque terroriste. Ils ont conclu en formulant un ensemble de recommandations aux États membres, à l'OMS et à d'autres organisations internationales.

Développement de partenariats

34. La collaboration avec le Conseil de l'Europe s'est considérablement intensifiée. Les ministres de la santé de sept pays de l'Europe du Sud-Est, ainsi que les représentants de pays voisins et d'autres pays européens, se sont rencontrés à Dubrovnik (Croatie), du 31 août au 2 septembre 2001, dans le cadre d'un forum consacré aux activités de développement sanitaire, visant à améliorer la santé dans l'Europe du Sud-Est. Cette réunion était organisée conjointement par l'OMS et le Conseil de l'Europe, en association avec la Banque de développement du Conseil de l'Europe et le Ministère croate de la santé. Elle était un élément important du processus de longue haleine engagé pour améliorer la santé, dans le cadre du Pacte de stabilité du Conseil de l'Europe. C'était aussi une importante contribution au mouvement cherchant à faire en sorte que le domaine de la santé soit pris en compte dans le cadre des efforts visant à la paix et la cohésion sociale. Sept projets concernant la santé et les groupes vulnérables de la population ont été présentés lors de cette réunion. Quatre d'entre eux (développement des capacités, surveillance de maladies transmissibles, santé mentale et sûreté sanitaire des aliments et sécurité alimentaire) ont déjà obtenu un appui international. Les ministres ont adopté l'engagement de Dubrovnik, faisant part de leur détermination à travailler en partenariat sur des stratégies spécifiques pour répondre aux besoins sanitaires urgents de leurs populations, et en particulier des groupes de population les plus vulnérables.

35. La coopération avec le Conseil de l'Europe s'est également développée dans les domaines de la santé et des droits de l'homme, de la bioéthique et d'autres domaines spécifiques tels que la santé et les médias. Cette collaboration accrue a été officialisée par un échange de lettres signées lors d'une réunion du Comité de la santé du Conseil de l'Europe en juin 2001, à laquelle ont assisté les représentants de 40 États membres et de la Commission européenne.

36. Des progrès considérables ont également été réalisés avec l'UE, en particulier grâce à l'accord signé par le Directeur général de l'OMS et le président de la Commission européenne. En septembre 2000, une réunion s'est tenue afin de coordonner le travail de la Commission européenne et de l'OMS dans le domaine de l'environnement et de la santé. Une autre réunion, qui a eu lieu à Bruxelles en octobre 2001, a permis de définir des priorités communes, en particulier concernant la surveillance et la prévention des maladies transmissibles, l'information en santé (domaine dans lequel il faudrait coopérer étroitement afin d'entreprendre des activités complémentaires et éviter les chevauchements), la lutte antitabac, l'hygiène de l'environnement et les produits pharmaceutiques.

37. La coopération avec la Banque mondiale est désormais la règle au niveau des pays. Une réunion organisée à Washington a permis aux deux organisations, de recenser, à partir d'études de cas, des méthodes permettant de travailler de façon plus cohérente et complémentaire. En septembre 2001, des responsables de la Banque mondiale chargés des pays d'Europe orientale se sont rendus au Bureau régional pour mettre en place des mécanismes de collaboration et passer en revue des thèmes prioritaires d'action commune, et notamment dans les domaines des maladies infectieuses, des produits pharmaceutiques, de l'information et de l'environnement.

38. Le Bureau régional a poursuivi sa collaboration avec d'autres organismes du système des Nations Unies, en particulier le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales (ONG), des institutions et des associations de professionnels. Cette collaboration a été décrite dans un document de travail sur les partenaires pour la santé, document qui a été soumis au Comité régional en septembre 2001 (EUR/RC51/6). L'une des innovations qui a marqué cette session, a été la présentation conjointe qui a été faite de la collaboration interorganisations, lors d'une table ronde, réunissant de hauts représentants du Conseil de l'Europe, de la Commission européenne, de la Banque mondiale, du Programme pour le développement des Nations Unies et du Bureau régional.

Programmes techniques

Réduction de la morbidité et promotion de la santé

Maladies transmissibles

Objectifs et résultats escomptés

39. Le principal objectif était notamment de stopper la transmission de la poliomyélite. Au nombre des autres résultats escomptés, dans le domaine des maladies transmissibles, figuraient notamment : l'amélioration de la surveillance et du suivi de la résistance, l'appui aux programmes nationaux de lutte contre ces maladies, en particulier la tuberculose, le maintien de forts taux de vaccination contre les maladies dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV) ainsi que l'autonomie d'approvisionnement en vaccins.

Principaux résultats

40. Le 26 novembre 2001, trois ans s'étaient écoulés depuis que le dernier cas de poliomyélite indigène avait été notifié dans la Région européenne. Cette date historique plaçait l'Europe sur la voie qui la conduirait à être certifiée totalement indemne de la poliomyélite, ce qui a été fait le 21 juin 2002. Toutefois, au début 2001, les trois cas de poliomyélite qui se sont été déclarés en Bulgarie suite à l'importation d'un poliovirus du nord de l'Inde ont rappelé l'utilité de maintenir une surveillance. Le premier cas a été rapidement détecté et les autorités nationales ont réagi immédiatement en lançant des campagnes de vaccination.

41. Un système informatisé de surveillance des maladies infectieuses a été créé et continue d'être mis au point. Deux missions d'évaluation des systèmes de surveillance ont été menées à bien en République de Moldova et en Roumanie, et ont conduit à adapter les plans de surveillance nationaux. Une assistance directe aux pays a été fournie à plusieurs occasions, soit pour enrayer des incidents épidémiques soit dans le cadre du renforcement des systèmes de surveillance nationaux.

42. Une réunion de consensus sur la surveillance des maladies infectieuses s'est tenue à Grottaferrata (Italie) en avril 2000, à laquelle ont participé 28 États d'Europe centrale, orientale et méridionale, notamment les États baltes et les NEI. Cette réunion a permis de définir les grandes lignes stratégiques de l'activité régionale et de l'activité avec les pays dans ce domaine. Un réseau, rassemblant 17 pays a été mis en place. Il constitue un lieu d'échange international pour tous les points de contact nationaux chargés de la surveillance des maladies infectieuses au niveau national, et a pour objet de renforcer les systèmes de surveillance nationaux. Les activités dans ce domaine sont coordonnées avec celles de la Commission européenne.

43. Des principes directeurs concernant les programmes nationaux de lutte antituberculeuse ont été publiés en 2001. Un appui a été fourni à 27 programmes nationaux antituberculeux. Les programmes de surveillance de la tuberculose et de la résistance aux antituberculeux ont été améliorés et un réseau de laboratoires pour la tuberculose, couvrant la majorité des États membres, a été mis en place. En outre, un appui a été fourni pour agrandir le Bureau de projet sur la tuberculose qui avait été mis en place en mai 1999 dans la Fédération de Russie.

44. La stratégie régionale Faire reculer le paludisme a été axée sur un renforcement des infrastructures locales et sur les besoins locaux. Les programmes de surveillance du paludisme et de suivi de la résistance aux médicaments ont été améliorés. On est parvenu à réduire considérablement l'incidence déclarée du paludisme dans des pays où cette maladie est réapparue.

45. Une stratégie régionale concernant les mesures à prendre par le secteur de la santé pour faire face à l'épidémie d'IST, d'infections à VIH et de sida a été mise au point ; cette stratégie donne la priorité à la mise en place et la promotion d'interventions ciblées destinées aux groupes vulnérables à haut risque. Un appui technique a été fourni à 14 programmes nationaux de suivi de la résistance et de surveillance des IST, des infections à VIH et du sida. Le Bureau régional a défendu une approche intégrée de la prévention

et des soins de l'infection à VIH et des IST. Une formation, qui a réuni des participants de sept pays d'Europe centrale, a été organisée sur la mise en place d'une surveillance de deuxième génération du VIH/sida, ainsi que des activités de suivi dans les États membres. D'autres programmes de formation ont été mis au point pour des participants de NEI. Un système de mise à jour régulière de données épidémiologiques en provenance de l'ensemble des pays de la Région a été mis au point et est désormais opérationnel. Des programmes pilotes relatifs à la prévention des IST, des infections à VIH et du sida chez les travailleurs du sexe a été mis en place et a bénéficié d'un soutien dans huit pays.

46. Un appui technique en matière de vaccination a été fourni à 11 pays de la Région, dans le cadre de l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI). Les États membres concernés ont accompli des progrès substantiels concernant l'autonomie et la durabilité de leurs services de vaccination, et les taux régionaux de couverture vaccinale en 1999 étaient de plus de 90% pour la plupart des antigènes. Les taux d'incidence des maladies pour lesquelles il existe un vaccin et les taux de couverture vaccinale déclarés annuellement par les États membres sont suivis et évalués. L'introduction de nouveaux antigènes, principalement contre l'hépatite B, a été une activité prioritaire, qui a été concentrée principalement sur les pays répondant aux critères du GAVI. La chaîne du froid et les systèmes logistiques ont été évalués dans dix pays hautement prioritaires. La sécurité a été améliorée grâce à l'adoption de la politique de lot « vaccin/seringue », qui prévoit l'utilisation de seringues autobloquantes pour les injections ainsi que des réceptacles de sécurité pour leur élimination. Les activités dans ce domaine ont été coordonnées entre les divers partenaires participants, et notamment l'UNICEF, les centres des États-Unis de lutte contre les maladies (CDC), le Programme de vaccination des enfants mené dans le cadre du Programme en faveur de l'utilisation des technologies appropriées en santé (CVP/PATH), la Banque mondiale et le Bureau régional.

Maladies non transmissibles et santé mentale

Objectifs et résultats escomptés

47. Pour réduire la morbidité, les incapacités et la mortalité prématurée dues aux maladies non transmissibles et aux désordres mentaux, et pour promouvoir des modes de vie plus sains, les programmes concernés du Bureau régional devaient se concentrer sur : la mise en oeuvre de plans d'action sur la nutrition, l'alcool et le tabac – et notamment l'organisation de conférences ministérielles sur ces deux dernières questions ; l'amélioration de la surveillance et des données disponibles sur les effets de la toxicomanie ; de nouvelles approches à la prise en charge des maladies chroniques dans le cadre du réseau CINDI (programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles) ; l'appui aux pays en faveur d'une réforme des soins de santé mentale ; et l'information sur les politiques de promotion de la santé dans les États membres.

Principaux résultats

48. À la cinquantième session du Comité régional, en septembre 2000, les délégations ministérielles ont adopté un nouveau plan d'action européen sur la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments. Ce plan d'action vise à guider les pays, dans le contexte de leurs diversités socioculturelles, juridiques et économiques, à élaborer des politiques visant à réduire la charge que représentent les maladies liées à l'alimentation ainsi que les coûts qui en découlent. Ceci suppose une stratégie multisectorielle globale des questions d'alimentation et de nutrition, et notamment des systèmes nationaux de surveillance dans ces domaines, une base pertinente de connaissances scientifiques, des mécanismes de consultation et de coordination ainsi que des plans d'action nationaux.

49. En 2000/2001, l'OMS a appuyé des mesures au niveau des pays, en faisant la promotion du Plan européen et en produisant des analyses comparatives sur la politique menée dans les États membres en matière de nutrition ainsi qu'un module de formation sur l'élaboration de politiques intersectorielles en matière d'alimentation et de nutrition. Ce module de formation a été utilisé dans deux séries d'ateliers consacrés à la formulation de plans d'action nationaux.

50. Chaque année en Europe, plus de 57 000 jeunes meurent des effets de la consommation d'alcool : cette situation témoigne de la nécessité urgente de prendre des mesures. Lors de la Conférence ministérielle

sur les jeunes et l'alcool, qui s'est tenue à Stockholm en février 2001, les ministres européens de la santé ont décidé de mesures pour réduire les dommages causés par l'alcool et protéger la santé publique. La déclaration adoptée à l'unanimité par les représentants de l'ensemble des 51 pays de la Région énonce des moyens clairs de mettre fin aux souffrances et aux décès prématurés de jeunes imputables à l'alcool. Elle recense des mesures spécifiques pour faire baisser la consommation d'alcool et lutter contre les habitudes de forte consommation dont l'industrie fait une promotion agressive. Tous les représentants se sont mis d'accord sur dix objectifs communs spécifiques à atteindre d'ici 2006.

51. La Conférence ministérielle de l'OMS pour une Europe sans tabac, à Varsovie (Pologne), a été reportée à février 2002. La plupart des activités du programme au cours de l'exercice biennal visaient à préparer cette importante réunion. La première base de données générales sur le tabac concernant la Région a été créée. Les conclusions d'une enquête mondiale sur les jeunes et le tabac, qui a été réalisée dans cinq pays, font apparaître un fort tabagisme moyen chez les jeunes (plus élevé de 11% que la consommation moyenne des adultes en 1999). Un rapport a été établi sur les progrès accomplis par les pays européens en matière de lutte antitabac. Une réunion d'experts de 45 pays, qui s'est tenue à Ljubljana (Slovénie) en décembre 2001, a permis de passer en revue les succès et les échecs de la mise en œuvre du troisième Plan d'action pour une Europe sans tabac (1997-2001). Cela a marqué la dernière étape de la préparation du rapport européen sur la politique de lutte antitabac (EUR/01/5020906/8). Ce rapport présente les données disponibles sur une dangereuse harmonisation de la consommation de tabac chez les jeunes, garçons et filles, entre 15 et 18 ans, avec des taux se situant autour de 30% dans toute l'Europe. Le rapport souligne également les constantes attaques que l'industrie du tabac fait subir à la santé publique, recense les mesures de la lutte antitabac qui réussissent et donne des exemples de pays qui ont déjà obtenu des résultats. Les participants à la Conférence ministérielle se sont dits très déterminés à faire de la lutte antitabac une priorité centrale des programmes de santé publique, ce qui galvanisera l'appui européen à la Convention-cadre mondiale sur la lutte antitabac et au prochain plan d'action pour une Europe sans tabac.

52. Tous les pays du réseau CINDI ont participé à la deuxième enquête sur l'élaboration de politiques en matière de maladies non transmissibles. Un rapport contenant une analyse des données a été établi. Les résultats de l'enquête ont été présentés lors de plusieurs conférences internationales et seront utilisés pour continuer de mettre au point des politiques nationales de prévention des maladies non transmissibles et de lutte contre ces maladies. Une assistance technique a été fournie à 18 pays.

53. Le guide diététique du CINDI a été finalisé et adapté ou traduit dans huit pays. Des pays du réseau CINDI ont participé à une réunion afin d'examiner l'élaboration de plans d'action alimentaire et nutritionnelle dans la zone de la Baltique. Une enquête sur la prévention de l'hypertension et sur les politiques de lutte contre l'hypertension a été menée dans des pays participants au CINDI et un rapport a été établi après que les données ont été analysées.

54. Les activités du Bureau régional dans le domaine de la santé mentale étaient principalement consacrées à l'Année de la santé mentale, dont l'objectif principal était de mettre fin à la stigmatisation de ces maladies. De nombreuses activités liées à la Journée mondiale de la santé ont été menées dans toute l'Europe, le 7 avril 2001, avec l'appui du Bureau. En 2001, deux réunions du groupe spécial pour la lutte contre la stigmatisation se sont tenues, ainsi que deux réunions du groupe spécial sur l'évaluation de la santé mentale et une réunion du réseau européen de l'OMS sur la prévention des suicides et la recherche dans ce domaine. La Déclaration d'Athènes sur la santé mentale, les catastrophes d'origine humaine, les comportements d'intolérance et les soins de proximité a été adoptée lors d'une réunion tenue à Athènes en juin 2001, qui était accueillie par le ministre grec de la santé, et que le Comité régional a ensuite fait sien, en septembre 2001 (résolution EUR/RC51/R5).

55. Les participants à une conférence consacrée à l'« ajustement au stress et aux problèmes liés à la dépression en Europe », qui était accueillie par le Gouvernement belge et organisée en collaboration avec l'UE, ont prié la Commission européenne et l'OMS de se concentrer sur des questions prioritaires dans le domaine de la santé mentale et d'étudier les possibilités d'entreprendre des actions communes. L'un des résultats directs auxquels cette conférence a abouti est l'adoption, par le Conseil européen des ministres de la santé, de conclusions sur la lutte contre le stress et les problèmes liés à la dépression.

56. Dans le cadre d'une évaluation intersectorielle des « atouts en faveur des investissements pour la santé », une évaluation du potentiel de la promotion en faveur de la santé a été réalisée en République tchèque, à Malte et en Slovaquie. Un accord a été conclu pour effectuer des évaluations nationales et des examens des orientations dans ce domaine dans deux pays (la Finlande et la République tchèque). Un document de conseils traitant de la santé sur le lieu de travail considérée du point de vue de la santé publique a été établi en collaboration avec des points de contact dans 22 pays. Ce document, qui sera publié au début de 2002, contient notamment des critères et des indicateurs concernant les bonnes pratiques en matière de santé, d'environnement et de sécurité dans les entreprises.

Santé de la famille et de la population

Objectifs et résultats escomptés

57. Pour assurer à tous les nouveau-nés un départ en bonne santé et améliorer la santé de tous les nourrissons et enfants d'âge préscolaire, les principales activités prévues pour 2000–2001 étaient notamment :

- promotion de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), de l'allaitement et des « Hôpitaux amis des bébés », ainsi que des principes de soins périnataux et de l'utilisation d'une technologie appropriée dans les soins aux nouveau-nés ;
- introduction d'une approche globale de la naissance, et appui aux pays pour mettre en œuvre des programmes pour une maternité sans risque ;
- mise en œuvre de plans d'action pour la santé des femmes ;
- diffusion d'informations sur les écoles-santé.

Principaux résultats

58. À la fin de 2000, le Bureau régional s'est associé à l'initiative mondiale Pour une grossesse à moindre risque. Dans le cadre de cette initiative, la République de Moldova a été choisie comme pays pilote en Europe. Le programme visant à promouvoir des soins périnataux efficaces (PEPC) est devenu l'une des principales composantes de cette initiative dans la Région européenne. Il a été lancé dans plusieurs États membres, en particulier ceux dont les taux de mortalité maternelle et infantile étaient élevés. En 2000–2001, 11 pays ont reçu un soutien technique pour la mise en œuvre du programme. Dans le cadre d'une collaboration avec le Siège de l'OMS et le Bureau régional de l'Afrique, un groupe d'experts s'est réuni pour réviser les manuels de formation PEPC afin d'y inclure un module relatif à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Plusieurs réunions d'orientation et cours de formation ont été organisés dans les pays participants. Le projet pilote sur l'hygiène de la reproduction, y compris le planning familial, ainsi que sur les soins périnataux, néonataux et pédiatriques dans les républiques d'Asie centrale, en Azerbaïdjan et au Kazakhstan a été évalué de manière approfondie.

59. L'application de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a été appuyée dans 12 pays. Un cours inter pays a été organisé au Kazakhstan, et une formation au niveau national et au niveau des districts, dans plusieurs pays. La Région européenne a participé à l'évaluation de cette stratégie dans plusieurs pays, et le Kazakhstan a été retenu pour l'évaluation. Un projet d'étude a été mis au point dans le but d'évaluer la qualité des soins pédiatriques dans les hôpitaux. Cette étude, qui doit débuter en 2002, portera sur trois pays (la Fédération de Russie, la République de Moldova, et le Kazakhstan). Les mesures prônées par les deux programmes (PEPC et PCIME) ont été prises en considération dans des projets que la Banque mondiale a entrepris dans plusieurs pays de la Région et ont bénéficié de l'appui de l'UNICEF au niveau national.

60. Des activités de prévention de la maltraitance et du défaut de soins à l'égard des enfants ont été engagées dans trois pays pilotes : il s'agit d'un programme de formation en Slovaquie, d'une enquête sur la prévalence des mauvais traitements et du défaut de soins à l'égard des enfants ainsi que de l'élaboration de bonnes pratiques pour sortir les enfants d'établissements spécialisés en Roumanie, et de l'intégration de la protection de l'enfance au programme de soins périnataux et de prise en charge des maladies en Fédération de Russie. Parallèlement au processus d'établissement de rapports pour le Comité des droits de l'enfant, des

textes juridiques relatifs à la maltraitance et au défaut de soins ainsi qu'à la protection de l'enfant, notamment contre les sévices sexuels, ont été rassemblés. Un module de formation sur la protection de l'enfance est en cours d'élaboration.

61. Le travail mené dans le cadre du programme de promotion de la santé des jeunes s'est également concentré sur une approche générale et intégrée. Dans le cadre de ce programme, en partenariat avec le groupe interinstitutions des Nations Unies et en association étroite avec le Réseau européen des écoles-santé, on a commencé d'exécuter dans sept pays, un programme d'éducation régional stratégique sur les aptitudes utiles dans la vie. Le Réseau européen des écoles-santé s'est élargi : il compte aujourd'hui 41 pays membres. Le Réseau continue de recevoir des demandes d'adhésion et sera bientôt actif dans l'ensemble des États membres de la Région. Une stratégie coordonnée pour l'amélioration de la santé des jeunes est en cours d'élaboration, pour permettre un développement cohérent du programme, répondant aux besoins spécifiques des pays.

62. En réponse à la demande d'assistance formulée par un certain nombre de pays en ce qui concerne l'examen de leur politique nationale en matière d'hygiène de la sexualité et de la reproduction, un cadre régional a été mis au point à partir des priorités des pays, des besoins de groupes cibles spécifiques et des recommandations résultant de plusieurs réunions et conférences internationales. Au cours de l'exercice biennal 2000–2001, sept États membres ont utilisé ce cadre pour formuler des politiques nationales dans ce domaine.

63. Le Bureau régional, en coopération avec des groupes de travail nationaux, a publié des rapports synthétiques sur la santé des femmes (Highlights on women's health) dans 38 États membres. Ces rapports rassemblent des informations concernant les tendances en matière de morbidité et de mortalité au cours des dix dernières années. À partir de ce travail, un plan d'action pour la santé des femmes, fondé sur les principes des droits de la personne, a été élaboré conjointement avec des centres collaborateurs et des organismes scientifiques et professionnels dans toute la Région.

64. En 2001, le Bureau régional a engagé le processus visant à intégrer les questions d'égalité entre les sexes dans les politiques et les programmes de santé. Cette approche a été entérinée dans la Déclaration de Madrid adoptée, en septembre 2001, lors d'un séminaire où étaient représentés 28 pays européens. Ce séminaire, qui était accueilli par le Ministère espagnol de la santé, avait pour thème l'intégration de la différence hommes-femmes dans les politiques de santé. Le Bureau régional a mené des études sur la violence domestique et la violence liée à une discrimination sexuelle, et a tenu des consultations inter-régionales en vue de l'établissement du rapport mondial sur la violence et la santé, qui sera publié en 2002.

Santé, environnement et développement durable

Objectifs et résultats escomptés

65. Pour mettre au point et promouvoir des stratégies et des actions qui favorisent la santé dans le cadre de politiques environnementales et sociales et de politiques de développement, les objectifs visés dans ce domaine de programme étaient les suivants : évaluer les effets sur la santé des politiques menées dans différents secteurs ainsi que des stratégies de développement, fournir des recommandations étayées par des données probantes dans le domaine de l'hygiène de l'environnement, sensibiliser les décideurs dans tous les secteurs aux bienfaits à attendre de l'investissement dans la santé, pouvoir intervenir rapidement et de manière efficace en cas d'urgence et répondre aux nouveaux besoins prioritaires. Les principaux résultats escomptés pour 2000–2001 étaient :

- la mise en œuvre de plans d'action nationaux et locaux pour l'environnement et la santé, et la mise en place de systèmes d'information géographique ayant trait à ce domaine ;
- la ratification du Protocole de l'OMS et de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe (CEE-ONU) sur l'eau et la santé, et la mise en œuvre de projets relatifs à l'approvisionnement viable en eau ainsi qu'à la gestion des ressources hydriques et des services des eaux ;

- l'élaboration de principes directeurs sur les aspects sanitaires de l'habitat et de la construction, ainsi que sur l'urbanisme et la santé ;
- des informations sur la salubrité des aliments pour la formulation de politiques de santé publique, sur la méthodologie et les principes d'évaluation des risques pour la prévention de la contamination des aliments, ainsi que sur les incitations économiques visant à promouvoir la salubrité des biens de consommation.

Principaux résultats

66. Les activités menées dans le domaine de programme portant sur l'hygiène de l'environnement sont gérées par des unités basées au Bureau régional ainsi qu'au Centre européen de l'environnement et de la santé, lequel dispose de bureaux établis à Rome et à Bonn. L'accord portant sur le Bureau de Rome a été prolongé jusqu'en 2006. Le nouveau bureau qui a été ouvert à Bonn, avec l'appui du Gouvernement allemand, s'intéresse principalement à la santé et à la qualité du milieu urbain. Le Bureau de Bilthoven a été fermé à la fin de 2000. Un bureau de projet chargé des interventions en cas d'urgence nucléaire et de santé publique a également été fermé à la fin de 2001 ; ses fonctions ont été transférées au Bureau de Bonn. Le Comité européen de l'environnement et de la santé reconstitué s'est réuni quatre fois au cours de l'exercice biennal, afin de faire le point sur les progrès réalisés en matière d'hygiène de l'environnement en Europe et de planifier la prochaine conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui sera organisée à Budapest en 2004.

67. En collaboration avec d'autres organisations des Nations Unies, la mise en œuvre des plans d'action nationaux et locaux pour l'hygiène de l'environnement a été engagée. Des activités de suivi et d'appui ont été menées dans plusieurs États membres, en particulier dans cinq pays d'Europe centrale avec l'appui du Gouvernement danois.

68. Le Protocole sur l'eau et la santé, approuvé par les États membres à la Troisième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Londres, juin 1999) est en cours de ratification. Des projets portant sur l'approvisionnement durable en eau, ainsi que sur la gestion des ressources hydriques et des services des eaux ont été mis en œuvre dans dix villes ou régions des PECO/NEI pour donner effet aux politiques recommandées par le Protocole. Une première réunion des parties au Protocole a été organisée à Budapest, en novembre 2000, pour examiner les progrès réalisés dans la mise en application des dispositions pertinentes. La révision des valeurs-guide de l'OMS sur la qualité de l'eau se poursuit. Un projet de valeurs-guides sur les eaux de baignade a été établi puis diffusé auprès des États membres avant sa mise au point définitive.

69. Un projet de grande envergure, appuyé par le Gouvernement italien, a été exécuté pour évaluer les effets sur la santé humaine et sur l'environnement des rejets accidentels de cyanure dans le bassin du Danube en Roumanie. Ce projet a débouché sur la mise au point d'un protocole pour l'évaluation rapide des risques environnementaux.

70. L'OMS a rapidement donné suite à une demande émanant de la mission de l'ONU au Kosovo (la MINUK) concernant la surveillance des conséquences sanitaires éventuelles au sein de la population civile de l'utilisation d'uranium appauvri. Une équipe d'experts a entrepris une mission d'information et d'évaluation en janvier 2001, avec l'appui du personnel de l'OMS basé au Kosovo, dans le cadre du programme d'assistance humanitaire du Bureau régional. Les conclusions de cette mission démontrent clairement la nécessité d'une surveillance à long terme. Pour le moment, toutefois, la population concernée a pu être rassurée quant aux conséquences sanitaires de l'exposition à la radioactivité de l'uranium appauvri.

71. Une synthèse des données scientifiques disponibles concernant la relation entre l'environnement physique et la santé de l'enfant, dans laquelle sont recensées les questions sur lesquelles il convient d'engager des travaux de recherche et les priorités à prendre en compte pour élaborer les politiques visant à protéger la santé de l'enfant contre les risques environnementaux, a été établie en collaboration avec l'Agence européenne pour l'environnement. Cette synthèse a fait l'objet d'un examen par plusieurs experts dans la Région, et devrait être publiée en 2002.

72. L'application de la Charte sur les transports et la santé, approuvée à la Conférence ministérielle à Londres, se poursuit. Une réunion de haut niveau OMS/CEE-ONU, à laquelle ont participé des représentants des secteurs de la santé, de l'environnement et des transports de l'ensemble des pays de la Région, a été organisée à Genève, en mai 2001, pour examiner les recommandations faites par les deux organisations sur les mesures pratiques à prendre en vue d'instaurer des modes de transports plus viables du point de vue de l'environnement et de la santé et de se pencher sur l'utilité et la faisabilité d'une convention juridiquement contraignante sur les transports et la santé.

73. Un projet de recherche sur l'adaptation aux changements climatiques a été entrepris, avec l'appui de la Commission européenne. Ce projet fait intervenir sept centres d'excellence coordonnés par l'OMS. Une série de réunions d'experts a abouti à la publication de rapports analysant les données disponibles sur les changements climatiques et leurs effets sur la santé humaine, sur l'adaptation à ces changements ainsi que sur les effets sanitaires précoces des changements climatiques et de l'appauvrissement de la couche d'ozone. Le personnel du Bureau régional a participé activement à deux conférences des parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, qui se sont tenues à Bonn et à La Haye, en 2000 et 2001. Des séminaires ont été organisés en marge de ces conférences, avec la participation de la Commission européenne.

74. Le sous-ensemble du système mondial de surveillance continue de l'environnement (GEMS) consacré à la surveillance et à la contamination des produits alimentaires en Europe (« Food-Europe ») a été créé en 1991 pour s'occuper de priorités et des besoins spécifiques de la Région européenne de l'OMS. L'une des principales réalisations dans le cadre de ce programme était une contribution à un ouvrage intitulé *Concern for Europe's tomorrow*¹, première enquête de portée générale sur l'hygiène de l'environnement qui ait jamais été effectuée en Europe. Après une pause, depuis 1995, le programme GEMS/Food Europe a été rétabli en 2001. Le réseau de surveillance de la contamination chimique des aliments a été réactivé et la collecte des données a repris. Le système de surveillance des infections et intoxications causées par des aliments a poursuivi ses travaux, et le septième rapport a été publié. Des évaluations et des exercices sur les effets des organismes génétiquement modifiés présents dans des aliments ont été menés à bien. Un séminaire OMS sur cette question s'est tenu à Rome en septembre 2000.

75. La seconde édition des valeurs-guide de l'OMS pour la qualité de l'air a été publiée en 2000². La méthodologie d'évaluation des effets des particules atmosphériques sur la santé a continué d'être mise au point en collaboration avec la Commission européenne. Le Bureau régional a participé à un exercice de simulation organisé par l'Agence internationale de l'énergie atomique, destiné à vérifier que des mesures appropriées étaient prises en cas d'accident survenant dans une centrale nucléaire.

76. Lors de sa session qui s'est tenue à Madrid, en septembre 2001, le Comité régional s'est penché sur la question de la pauvreté et de la santé. Le Centre de Venise pour l'investissement en faveur de la santé et du développement a été établi en septembre 2001, avec l'appui du Gouvernement italien et de la région de la Vénétie. Son premier travail a consisté à commencer à collecter des études de cas, conformément à la résolution du Comité régional relative à la pauvreté et la santé.

77. Actuellement, 44 villes européennes sont membres du réseau Villes-santé, et le nombre des membres des réseaux nationaux existants est en augmentation rapide, tandis que de nouveaux réseaux nationaux sont mis en place. Dans certains pays, tels que l'Autriche, la Croatie, le Danemark, Israël, la Lituanie et les Pays-Bas, plus de 40% de la population vit dans des villes qui appartiennent au réseau national. Plus de 1300 villes sont désormais membres de réseaux nationaux ou sous-nationaux de villes-santé en Europe. L'esprit de solidarité qui règne à l'intérieur du mouvement des Villes-santé se retrouve dans le nouveau réseau mis en place en Bosnie-Herzégovine, qui rassemble plusieurs cités de toutes les parties du pays, dans le cadre d'une coopération mutuelle.

¹ WHO European Centre for Environment and Health. *Concern for Europe's tomorrow. Health and the environment in the WHO European Region*. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1995.

² *Air quality guidelines for Europe, Second edition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 91).

78. Certaines des réalisations des plus remarquables du Centre de l'OMS pour la santé urbaine au cours de l'exercice biennal 2000–2001 ont été : l'engagement pris par des maires de mettre en œuvre des politiques locales favorisant l'équité ; la publication d'un nouvel ouvrage innovant sur la planification urbaine et la santé³ et le travail d'un groupe d'action composé d'urbanistes travaillant au service de la santé ; l'engagement pris par les réseaux nationaux de respecter des normes de qualité minimale ; le partenariat avec tous les grands réseaux de gouvernements locaux dans le cadre de la campagne financée par l'Union européenne sur les villes européennes viables.

Information, données probantes et communication en faveur de la santé

Objectifs et résultats escomptés

79. Les objectifs de ce programme étaient d'apporter aux États membres le soutien dont ils ont besoin pour créer des systèmes de recherche, d'information et de communication en santé à l'appui de l'élaboration de politiques, d'établir, en accord avec d'autres organisations, des normes pour la collecte de données relatives à la santé et de créer des réseaux pour l'échange d'informations ayant trait à la santé. À ces fins, le programme avait plus particulièrement pour objectifs : d'améliorer la qualité et la couverture de la base de données européenne de la Santé pour tous et d'aider les pays dans ce domaine ; d'effectuer dans les États membres des enquêtes périodiques par entretien ; d'actualiser les profils relatifs aux systèmes de santé en transition ; de rassembler des données factuelles sur les effets sur la santé des politiques de développement socioéconomique et de fournir des informations sur les indicateurs et les bases de données permettant d'évaluer la qualité des soins.

Principaux résultats

80. La base de données européenne de la Santé pour tous a continué d'être développée, mise à jour et diffusée deux fois par an pour appuyer les activités d'analyse de la situation sanitaire aux niveaux national et international. La base de données centrale de la Santé pour tous et les bases de données de diverses unités techniques ont commencé d'être rassemblées en un seul système, coordonné au niveau du Bureau régional. Au cours de l'exercice biennal, les panoramas de la santé de plus de 20 pays ont été établis ou mis à jour ; ces panoramas sont donc désormais disponibles pour la majorité des pays de la Région.

81. Afin d'améliorer l'analyse de la situation sanitaire et le processus de décision aux niveaux national et local, le Bureau a fourni un appui à de nombreux pays pour développer des bases de données nationales d'indicateurs de santé et pour former des professionnels à leur utilisation. La mise en application de la dixième révision de la Classification internationale de la maladie (ICD-10) et de la définition internationale des « naissances vivantes » a été appuyée dans les républiques d'Asie centrale et dans certains autres pays. Au total, environ 60% des pays de la Région avaient mis en œuvre cette classification à la fin de 2001.

82. Dans le cadre du projet EUROHIS (sur des méthodes et instruments communs pour des enquêtes sur la santé en Europe par le biais d'entretiens), cofinancé par le programme BIOMED2 de la Communauté européenne, on continue de mettre au point les outils avec lesquels il sera possible de faire des comparaisons internationales valides des résultats d'enquêtes effectuées en Europe. Le projet a été achevé au cours de cet exercice biennal, et un rapport final a été soumis à la CE. Ces instruments seront prochainement publiés dans un ouvrage, qui décrira la façon dont ils ont été mis au point, présentera leur performance sur le terrain et énoncera des principes directeurs concernant leur emploi.

83. L'Observatoire européen des systèmes de santé, parrainé par la Banque mondiale, la Banque européenne d'investissement et les gouvernements espagnol, grec et norvégien, ainsi que par la London School of Economics and Political Science et la London School of Hygiene and Tropical Medicine, s'occupe d'études portant sur les réformes des systèmes de santé et a pour mission de faire en sorte que des enseignements soient tirés de l'expérience acquise dans les pays, tout en favorisant une interaction

³ BARTON, H. & TSOUROU, C. *Healthy urban planning: a WHO guide to planning for people*. London, Spon Press, 2000.

fructueuse entre les différents partenaires et pays. Au cours des deux dernières années, l'Observatoire a consolidé ses activités et a rempli la mission qui lui a été confiée de mettre des données factuelles en pratique, d'informer les États membres à construire des politiques de santé fondées sur les recherches, les analyses et expériences internationales actuelles.

84. Régulièrement, presque chaque pays de la Région fait l'objet d'un document intitulé profil sur les systèmes de santé en transition (HiT), description approfondie du système de soins de santé, qui utilise une approche normalisée permettant une comparaison entre pays. Le Bureau régional en a établi des versions résumées pour donner, comme cela lui avait été demandé, un accès facile et rapide à des données fondamentales. Des « Living HiTs » ont été mis en place : il s'agit de documents consultables sur le site Web de l'Observatoire européen, dont le contenu (analyse et information) est tenu à jour par les correspondants dans les pays.

85. L'Observatoire européen produit également des études analytiques sur des sujets d'actualité. De grandes études ont été réalisées sur les options de financement des soins de santé, sur la réglementation et l'esprit d'entreprise, sur les hôpitaux et les soins de santé en Asie centrale. Dans ce domaine également, il est apparu que les responsables des politiques souhaitaient pouvoir accéder rapidement aux éléments clés de ces études : des résumés ont donc été établis. Les futures études porteront sur l'assurance maladie, l'achat des prestations, les soins de santé et l'adhésion à l'UE. Des réunions de pays et des ateliers internationaux ont été organisés, ainsi qu'une école d'été qui se tient régulièrement à Dubrovnik. Le site Web de l'Observatoire européen a été développé et amélioré : y sont publiés notamment la lettre d'information *Euro observer* et le magazine *Eurohealth*.

86. Avec le programme sur les données probantes a été engagé un processus visant à intégrer une approche factuelle à l'ensemble des activités du Bureau régional, qui devrait conduire le Bureau à adopter dans ce domaine une politique mise au point en commun. Le Bureau régional reçoit des avis extérieurs du Comité consultatif européen sur la recherche en santé. Dans le cadre du mécanisme consultatif mondial de l'OMS, ce comité fournit également des conseils au Bureau régional sur les priorités et les politiques de développement de la recherche en santé.

87. En 2001, le Bureau a commencé d'établir la nouvelle édition du Rapport sur la santé en Europe, rapport statutaire sur la situation sanitaire et les tendances dans ce domaine dans la Région. En établissant ce rapport, pour lequel un nouveau format a été adopté, le Bureau régional continue de s'acquitter de sa mission de surveillance, d'évaluation et de notification, pour répondre aux besoins d'information fondamentaux des États membres concernant les quatre axes principaux de la stratégie mondiale de l'OMS et sa mise en application concrète dans la Région. L'un des objectifs visé pour son élaboration était de trouver un juste équilibre en accordant l'attention qu'il convient aux déterminants socioéconomiques de la santé tout en insistant sur l'importance des systèmes de santé.

88. Une nouvelle politique en matière d'information a été formulée, qui comporte la création de centres d'information sur la santé en partenariat avec d'autres organisations internationales importantes et des organes nationaux. Une politique et une stratégie concernant les produits et services d'information ont également été élaborées en 2001 avec pour objectif de permettre au Bureau régional de fournir des informations de qualité, pertinentes et étayées par des données probantes aux responsables chargés de modeler les politiques de santé publique dans toute la Région européenne et au-delà de l'Europe. On a commencé par déterminer quelles personnes on cherchait à atteindre, et des dispositifs de diffusion plus efficaces ont été mis en place pour faire en sorte que les produits d'information du Bureau régional soient diffusés aussi largement que possible, sous la forme la plus appropriée. Dans le cadre de l'application de sa stratégie, un système de planification détaillé pour la publication des produits d'information sur la santé a été mis au point. Le nouveau site Web du Bureau régional a été créé et réouvert en janvier 2002.

Conclusion

89. Au vu de l'examen des activités présenté dans les pages qui précèdent, il apparaît que le Bureau régional a pris une série de mesures importantes au cours de la période biennale 2000–2001. Parmi les réalisations les plus visibles, on peut citer : l'évolution importante vers un soutien accru aux politiques et aux programmes dans les pays, grâce à l'application de la nouvelle stratégie de pays ; les changements qui en ont résulté dans la manière de travailler dans les pays et au niveau régional, avec une attention constante portée aux besoins prioritaires exprimés par les États membres ; la restructuration du Bureau régional selon ses principales fonctions (Soutien aux pays, Appui technique, Données probantes et information, et Administration et gestion), l'accent étant mis sur la collaboration entre programmes au sein du Bureau et au Siège de l'OMS ; et la création de partenariats avec d'autres organisations. Bien qu'il reste encore beaucoup à faire, des progrès ont déjà été réalisés pour ce qui est d'améliorer la qualité du travail du Bureau régional, grâce à la recherche permanente de données scientifiques pour étayer les projets de programmes et à l'échange d'informations et de connaissances avec les États membres. La création des « forums du futur », qui ont donné l'occasion d'examiner les réponses possibles aux défis futurs qu'il faudra relever dans le domaine de la santé, a également été une autre initiative importante.

90. Dans les domaines techniques, le travail du Bureau régional a, d'une manière générale, été conforme aux objectifs et aux résultats escomptés, tels qu'ils avaient été présentés dans le budget-programme 2000–2001. Des progrès ont été accomplis en vue de la certification de la Région comme étant indemne de poliomyélite en 2002. La surveillance des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies, particulièrement contre la tuberculose, a bénéficié d'une attention accrue au niveau des pays. Des manifestations importantes ont été organisées sur des thèmes tels que la nutrition, l'alcool et les jeunes, la santé mentale, les soins infirmiers et obstétricaux, ou encore la pauvreté et la santé. La Conférence ministérielle sur le tabac et la santé a dû être reportée à 2002, mais la plupart des activités dans ce domaine en 2000–2001 ont été consacrées à sa préparation. Pour certains programmes, des activités ont été retardées ou n'ont pas atteint le niveau de mise en œuvre voulu, principalement en raison d'un manque temporaire de personnel ou d'un manque de ressources extérieures. C'est le cas, par exemple, pour la lutte contre le paludisme et contre les maladies non transmissibles. Dans le cadre de certains programmes, ont été mises au point des activités qui présentent un intérêt considérable pour les États membres de la Région européenne, bien qu'ils ne soient pas expressément mentionnés dans le budget-programme, particulièrement dans des domaines tels que l'hygiène de la reproduction, la santé des femmes et la prise en considération de la différence homme-femme dans les politiques de santé.

91. S'agissant des principales questions prioritaires dans la Région européenne, telles qu'elles sont évaluées dans le *Rapport sur la santé en Europe 2002*⁴, il semble que le contenu technique des activités régionales puisse être considéré comme étant généralement à la hauteur des enjeux qu'elles représentent. Des activités d'appui aux États membres ont été développées dans des domaines jugés responsables des principales inégalités en matière de santé entre et à l'intérieur des pays, à savoir les maladies transmissibles, telles que le VIH/sida et la tuberculose dans les pays de l'Europe orientale ; les maladies mentales, les facteurs de risque liés au mode de vie et à l'environnement physique et socioéconomique qui sont communs à plusieurs maladies non transmissibles ; la mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants ; l'exposition des adolescents à des comportements à risque ; la santé des femmes, en général, et les risques sanitaires particuliers liés à la reproduction. Le programme technique du Bureau régional semble insuffisamment actif, toutefois, sur certaines questions très prioritaires dans la Région européenne, telles que les maladies chroniques spécifiques, le vieillissement et la santé ou les accidents. Il faudra que davantage soit fait à l'avenir pour être plus présents dans ces domaines, soit avec les ressources du Bureau soit par l'intermédiaire de partenariats avec les organisations et institutions compétentes dans la Région.

92. Les politiques de santé et les réformes du système de santé sont également de grandes priorités dans les pays européens. Des informations et des données factuelles dans ce domaine sont collectées et évaluées dans le cadre du travail visant à produire régulièrement des documents HiTs et des études

⁴ *Le rapport sur la santé en Europe 2002*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 97).

réalisées par l'Observatoire européen sur des sujets spécifiques. L'une des initiatives qui a été prise a consisté à mettre sur pied un groupe de travail consultatif sur les systèmes de santé ainsi qu'un groupe d'experts. Il est évident toutefois que le programme du Bureau visant à appuyer les pays dans ces domaines clés doit être renforcé et rationalisé. C'est l'un des principaux enjeux des activités futures.

93. Le budget-programme pour 2002–2003 témoigne déjà du besoin de continuité dans le travail du Bureau régional, tout en introduisant progressivement des changements visant à mieux faire face aux besoins des pays et aux priorités. L'élaboration du budget-programme pour 2004–2005 fournit l'occasion d'amplifier ce mouvement. La mise en œuvre de la stratégie de pays va se poursuivre et l'orientation des activités du Bureau en faveur des pays va être renforcée. La capacité du Bureau de répondre aux grands enjeux des politiques, des systèmes et des services de santé sera renforcée. Le rôle du Bureau régional en tant que centre d'information sur la santé, capable de collecter, d'analyser et de mettre à disposition des informations et des données probantes sur la santé publique, sera encore développé. Maintenir la capacité du Bureau régional à répondre aux problèmes existants et à de nouvelles priorités exigera de surveiller et d'évaluer en permanence l'exécution du programme, d'ajuster les structures et les processus, et de garder les compétences techniques au niveau voulu.

Annexe 1

SÉLECTION DE DOCUMENTS IMPORTANTS PRODUITS PAR LE BUREAU RÉGIONAL, 2000–2001⁵

Publications

RITSATAKIS, A. ET AL., ED. *Exploring health policy development in Europe*. 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 86).

FLEISCHER MICHAELSEN, K. ET AL. *Feeding and nutrition of infants and young children: guidelines for the WHO European region, with emphasis on the former Soviet countries*. 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 87).

KOVATS, S. ET AL., ED. *Climate change and stratospheric ozone depletion: early effects on our health in Europe*. 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 88).

DORA, C. & PHILLIPS, M., ED. *Transport, environment and health*. 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 89).

DREW, C.H. ET AL. *Guidelines for evaluation of environmental health services*. 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 90).

Air quality guidelines for Europe, Second edition. 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 91).

ROOTMAN, I. ET AL., ED. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. 2001 (WHO Regional Publications, European Series, No. 91).

CURRIE, C. ET AL. *Health and health behaviour among young people*. 2000 (Health Policy for Children and Adolescents series, No. 1).

Monitoring ambient air quality for health impact assessment. 2001 (WHO Regional Publications, European Series, No. 85 – Russian edition). (La version anglaise a été publiée en 1999 – L'édition russe est une version étendue, qui a été adaptée aux besoins des lecteurs dans les NEI).

KOVATS, S. ET AL. ED. *Climate change and health: impact and adaptation*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/SDE/DEH/00.4) (publié conjointement avec le Centre européen de l'OMS pour l'environnement et la santé, à Rome)

Copublications

BARTON, H. & TSOUROU, C. *Healthy urban planning: a WHO guide to planning for people*. London, Spon Press, 2000.

A source book on implementing local environment and health projects. London, Chadwick House Group, 2000.

KLINGEMANN, H. & GMEL, G. ED. *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht (Netherlands), Kluwer Academic, 2001.

DAWSON, A. & TYLEE, A. ED. *Depression: social and economic timebomb: strategies for quality care*. London, BMJ Publishing Group, 2001

Profils sur les systèmes de santé en transition (HiT)

2000

Allemagne, Belgique, Espagne, Estonie, ex-République yougoslave de Macédoine, Lituanie, Norvège, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Suisse, Turkménistan.

2001

Arménie, Australie, Autriche, Danemark, Finlande, Italie, Lettonie, Nouvelle-Zélande, Ouzbékistan, Slovénie, Suède.

⁵ Sauf indication contraire, tous ces documents ont été publiés à Copenhague par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Panoramas de la santé

2000

Bélarus, Croatie, Hongrie, Islande, Turkménistan [2ème éd.].

2001

Arménie, Azerbaïdjan, Bulgarie, Estonie, Géorgie, Lettonie, Lituanie [2ème éd.], Malte, Pologne, République de Moldova, République tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suisse, Ukraine.

Santé des femmes (Highlights on women's health)

2000

Allemagne, Albanie, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Bélarus, Bulgarie, Croatie, Danemark, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Israël, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Malte, Norvège, Ouzbékistan, Pologne, Portugal, République de Moldova, République tchèque, Roumanie, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan, Ukraine.

Documents de conférence

Déclaration sur les jeunes et l'alcool – Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool, Stockholm 19–21 février 2001. (EUR/01/5026952)

SETTERTOBULTE, W. ET AL. *Drinking among young Europeans.* 2001 (Health Policy for Children and Adolescents Series, No. 3).

Deuxième Conférence ministérielle de l'OMS sur les soins infirmiers et obstétricaux – Rapport sur la Conférence, Munich (Allemagne), 15–17 juin 2000. (EUR/01/5019309)

Overview of instruments relevant to transport, environment and health and recommendations for further steps – Synthesis report. (EUR/00/5026094/1) (<http://www.euro.who.int/document/trt/advreport1.pdf>, lien vérifié le 4 juillet 2002).

Autres documents

BRUUN JENSEN, B. & SIMOVSKA, V., ED. *Models of health promoting schools in Europe.* 2001 (EUR/01/5024642).

17th annual meeting of CINDI programme directors: report on a WHO meeting. Qawra, Malta 9–10 June 2000. (EUR/01/5015946).

Violence against women living in situations of armed conflict. Report on a WHO/ISS workshop in preparation for the International Conference: The role of health professionals in addressing violence against women, Naples 12–13 October 2000. 2001 (EUR/01/5019570).

Precautionary policies and health protection: principles and applications. Report of a WHO workshop, Rome 28–29 May 2001. (EUR/02/5027100)

CINDI dietary guide. (EUR/00/5018028)

Consensus meeting on surveillance of infectious diseases: report on a WHO meeting, Grottaferrata, Italy, 4–7 April 2000. (EUR/00/5016367)

WHYTE, L.A. *Community nursing for countries in transition.* (EUR/00/5019305).

Boys in the picture: gender-based programming in adolescent health and development in Europe. (EUR/00/5017720)

HUNTER, D.J. ET AL. *From “Health of the Nation” to “Our Healthier Nation”.* 2000 (Policy Learning Curve Series, No. 2)

Interlaboratory quality assessment of levels of PCBs, PCDDs and PCDFs in human milk and blood plasma: fourth round of WHO-coordinated study, (EUR/00/5020352).

Comparative analysis of progress on the elimination of iodine deficiency disorders (EUR/ICP/LVNG 01 01 01).

JOOSSENS, L. *Regulation of tobacco products: an update on European developments 1999–2001.* (<http://www.euro.who.int/document/e74524.pdf>, lien vérifié le 9 juillet 2002).

- WHO evidence-based recommendations on the treatment of tobacco dependence.* (<http://www.euro.who.int/document/e73285.pdf>, lien vérifié le 9 juillet 2002).
- MASON, P. *Helping smokers change: a resource pack for training health professionals.* (<http://www.euro.who.int/document/e73085.pdf>, lien vérifié le 9 juillet 2002).
- MCNEILL, A. & HENDRIE, A. *Regulation of nicotine replacement therapies: an expert consensus.* (<http://www.euro.who.int/document/e74522.pdf>, lien vérifié le 9 juillet 2002).
- SCHAR, E.H. & GUTIERREZ, K.K. *Smoking cessation media campaigns from around the world: recommendations from lessons learned.* (<http://www.euro.who.int/document/e74523.pdf>, lien vérifié le 9 juillet 2002).
- TERAESALMI, E. ET AL., ED. *Pharmacists against smoking, a research report 2001* (EUR/01/5025372).
- Ninth meeting of the European Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication: Report on a WHO meeting, Vienna, Austria, 19–21 June 2000* (EUR/01/5018750).
- Tenth meeting of the Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication: report on a WHO meeting, Chisinau, Republic of Moldova 11–13 October 2000* (EUR/01/5018752).
- Eleventh meeting of the Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication: report on a WHO meeting, Copenhagen, Denmark 13–16 February 2001* (EUR/01/5018750).
- Sub-regional meeting of national coordinators for laboratory containment of wild polioviruses: report on a WHO meeting, Prague, Czech Republic 13–15 December 2000* (EUR/01/5018753).
- Sub-regional workshop on enhanced surveillance of acute flaccid paralysis and poliomyelitis: report on a WHO meeting, Ljubljana, Slovenia 5–6 July 2001* (EUR/01/5017487).
- Guide pour la mise en œuvre du confinement en laboratoire des poliovirus sauvages : enquête auprès des laboratoires et inventaire national.* (EUR/00/5017484)
- The First action plan for food and nutrition policy: WHO European Region 2000–2005* (EUR/01/5026013).
- Intersectoral food and nutrition policy development: a manual for decision-makers.* (EUR/01/5026035).
- Urban and peri-urban food and nutrition action plan: elements for community action to promote social cohesion and reduce inequalities through local production for local consumption.* (EUR/01/5026040).
- Urban agriculture in St Petersburg, Russian Federation: past, present and future perspectives* (Urban food security case study no. 1) (EUR/00/5014688).
- Progress with Roll Back Malaria in the WHO European Region – regional and country updates September 2000–April 2001.* (EUR/01/5023398).
- Malaria border coordination: report on a WHO inter-country meeting, Dushanbe, Tajikistan, 1–2 June 2001* (EUR/01/507594).
- Mental health in Europe: stop exclusion – dare to care. WHO document, 2001* (<http://www.euro.who.int/document/e72161.pdf>, lien vérifié le 9 juillet 2002).
- European regional consultation on the introduction of second-generation HIV surveillance guidelines: report on a WHO consultation, Copenhagen, Denmark 14–15 November 2001* (EUR/01/5026722).
- Strategic action plan for the health of women in Europe – endorsed at a WHO meeting, Copenhagen 5–7 February 2001* (EUR/01/5019540).
- The role of the occupational health nurse in workplace health management.* (EUR/01/5025463).
- Improved coordination and harmonization of national food safety control services: report on a joint WHO/EURO-FSAI meeting, Dublin, Ireland 19–20 June 2001* (EUR/01/5026000).
- Occupational medicine in Europe: Scope and competencies, 2000* (EUR/ICP/EHBI/02 02 04).
- Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke – report on WHO working group Meeting, Lisbon, Portugal, 29–30 May 2000* (EUR/00/5020495).
- TB manual – National tuberculosis programme guidelines.* (EUR/01/5017620).
- Rapid response to future challenges in health: report on a WHO workshop (Futures Fora inaugural meeting), London, United Kingdom 4–5 July 2001* (EUR/01/5021599).

Highlights on health for the candidate countries for accession to the European Union: report on the WHO third project meeting, Luxembourg, 1 March 2001 (EUR/01/5018693).

WALLACE, M. *The European Union standards for nursing and midwifery: information for accession countries.* (EUR/01/5019308).

POMERLEAN, J. *Development of a global strategy on infant and young child feeding: report on a WHO/UNICEF consultation for the WHO European Region, Budapest, Hungary 28 May–1 June 2001 (EUR/01/5018050).*

KAMPER JOERGENSEN, F. *The Danish government programme on public health and health promotion 1999–2008: a case study.* (Policy learning curve series no. 5).

Report of the World Health Organization depleted uranium mission to Kosovo, 22–31 January 2001. (<http://www.euro.who.int/document/e71919.pdf>, lien vérifié le 9 juillet 2002).