



EUROPE

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

Copenhague, 11-14 septembre 2006

Point 8 de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC56/12
19 juin 2006
60800
ORIGINAL : ANGLAIS

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

Le présent document décrit les actions de suivi menées dans les domaines suivants :

- la Stratégie européenne pour la lutte antitabac ;
- le Comité européen de l'environnement et de la santé (rapport annuel) ;
- la stratégie DOTS pour la lutte contre la tuberculose et le paludisme ;
- l'hygiène du travail.

Les actions dans chacun de ces domaines sont mises en œuvre dans le cadre général de la Stratégie européenne de pays de l'OMS et de sa phase actuelle vouée au renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne, conformément aux priorités arrêtées dans les Accords de collaboration biennaux conclus avec 28 États membres.

Ces différents thèmes seront présentés et débattus séparément au cours de la session.

En outre, et comme convenu par le Comité permanent du Comité régional, le thème des indicateurs utiles au suivi de la mise en œuvre de la politique-cadre de la Santé pour tous fera l'objet d'un exposé oral.

Sommaire

Page

La lutte antitabac dans la Région européenne de l'OMS – résumé du rapport d'avancement	1
Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé	3
Introduction	3
Réunions axées sur des thèmes bien précis	3
Groupe de travail du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe	3
Les activités menées dans les pays	4
Mise en place d'un Système d'information sur l'environnement et la santé (SIES)	5
Représentation et participation des jeunes	6
Outils de communication et de mise en œuvre	6
Réunion intergouvernementale d'évaluation à mi-parcours 2007	6
Lutte contre la tuberculose et le paludisme	7
La stratégie DOTS pour la lutte antituberculeuse dans la Région européenne de l'OMS	7
Amplifier l'action contre le paludisme dans la Région européenne de l'OMS	9
Progrès accomplis dans le domaine de l'hygiène du travail	11
Introduction	11
Initiatives politiques en matière d'hygiène du travail	12
Promotion de l'aide technique et de la diffusion de l'information	12
Les perspectives	13

La lutte antitabac dans la Région européenne de l'OMS – résumé du rapport d'avancement

1. La Stratégie européenne pour la lutte antitabac a été adoptée par le Comité régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2002. Elle faisait suite à trois plans d'action régionaux consécutifs couvrant une période commençant en 1987, et à l'appel lancé lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS tenue à Varsovie en février 2002 pour qu'une stratégie européenne soit élaborée à ce sujet. Le premier rapport d'avancement au Comité régional est prévu pour 2006.

2. En mai 2003, les États membres de l'OMS ont adopté la Convention-cadre pour la lutte antitabac – le premier traité de santé publique d'une portée mondiale. La Convention-cadre est entrée en vigueur en février 2005, et la première Conférence des parties a été organisée du 6 au 17 février 2006 pour décrire et promouvoir sa phase de mise en œuvre. Ces dernières années, plusieurs États membres ont actualisé leurs politiques et leur législation, réalisé de nouvelles études et renforcé leur capacité nationale en matière de lutte antitabac.

3. Le Rapport européen sur la lutte antitabac est en cours de rédaction au Bureau régional, en collaboration avec le réseau des experts et des homologues nationaux. Il abordera et analysera les initiatives mentionnées ci-dessus. Ce document vise trois objectifs : décrire la situation en matière de lutte antitabac et le statut des politiques mises en place dans la Région européenne de l'OMS au début de 2006 ; passer en revue les progrès réalisés consécutivement à l'adoption de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac en 2002 ; et établir une base de référence pour le suivi de la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac dans la Région. Le document donne un aperçu de la situation en ce qui concerne la consommation du tabac et ses conséquences nuisibles dans la Région au cours de la période 2002-2006. Il examine également les politiques adoptées dans les États membres en vue d'appliquer les mesures de lutte antitabac conformément aux recommandations de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac. Il est également fait référence au statut des politiques mises en œuvre dans les pays à la lumière des exigences spécifiques de la Convention-cadre. Le résumé et les conclusions permettent d'avoir un aperçu de la situation et des progrès accomplis. Ils mettent aussi en évidence les défis auxquels nous serons confrontés à l'avenir ainsi que les prochaines étapes de la lutte antitabac dans la Région. Le Rapport est accompagné de plusieurs brèves études de cas nationales, régionales et sous-régionales illustrant les enseignements tirés et les défis posés au cours du processus d'élaboration des politiques.

4. Entre 2002 et 2006, des progrès considérables ont été réalisés dans la majorité des États membres en matière d'élaboration de politiques antitabac, notamment l'interdiction de la publicité pour le tabac, l'accroissement de la taille des messages d'avertissement apposés sur les paquets de cigarettes, le renforcement de la réglementation sur les produits et, dans une certaine mesure, la majoration de la fiscalité sur le tabac.

5. Dans les pays de l'Union européenne (UE), le taux annuel moyen d'augmentation du prix des produits tabagiques était de 6,8 % au dessus de l'inflation, comparé à 2,7 % à la fin des années 90. Ces données sont cependant moins encourageantes dans les pays de la partie orientale de la Région où le tabac est même devenu parfois plus abordable. Si six pays ont signalé avoir affecté des taxes à la lutte antitabac, la majorité des États membres de la Région n'ont toujours pas adopté de mesures dans ce sens. D'importantes initiatives ont été prises dans le cadre des politiques de lutte contre le tabagisme : une réglementation plus restrictive sur la consommation du tabac dans les lieux publics a été appliquée dans un grand nombre de pays, et certains États membres, emboîtant le pas à l'Irlande et à la Norvège (2004), ont imposé une interdiction de fumer ou des mesures particulièrement sévères à ce sujet, notamment dans les bars et les restaurants. Près de 20 pays ont adopté une législation plus stricte au cours de ces quatre dernières années et, actuellement, environ deux tiers des pays interdisent de fumer dans la plupart des lieux fermés et couverts accueillant du public. Il s'agit là d'un progrès important depuis 2001.

6. Depuis 2002, 24 États membres ont renforcé leur législation relative à la publicité directe des produits tabagiques par l'adoption de nouvelles lois ou par l'application de projets de loi précédemment

adoptés. Une directive de l'UE prônant l'interdiction totale de la publicité sur le tabac dans la presse, à la radio et dans le cadre de parrainage (sponsoring) de manifestations est entrée en vigueur le 31 juillet 2005 avec effets transfrontaliers. La publicité reste moins réglementée dans les pays de la Communauté des États indépendants (CEI), bien que des progrès notables aient été accomplis à cet égard dans la majorité de ces pays depuis 2002.

7. Des progrès importants ont aussi été réalisés ces dernières années dans d'autres domaines de la politique de lutte antitabac : 11 pays ont appliqué une limite d'âge pour la vente de produits de tabac aux mineurs ou renforcé les restrictions à ce niveau, et 32 pays ont décidé d'accroître considérablement la taille des messages d'avertissement apposés sur les paquets de cigarettes, etc. Cependant, un grand nombre d'États membres pratiquent encore une politique très complaisante à ce sujet, notamment en ce qui concerne la publicité indirecte, l'introduction du sevrage tabagique dans les systèmes nationaux de soins de santé et, en particulier, la lutte contre la contrebande qui reste un problème majeur dans beaucoup de pays de la Région.

8. De nouvelles données viennent confirmer la tendance générale observée dans la Région, à savoir le ralentissement de l'épidémie de tabagisme, même si les progrès réalisés à cet égard sont variables et ne concernent pas tous les pays. Selon les informations disponibles, à la fin 2005, environ 29,4 % de la population adulte de la Région fumait régulièrement (29,6 % en 2002), soit 39,8 % d'hommes (40,9 % en 2002) et 19,9 % de femmes (19,3 % en 2002). Après une période de recul, la prévalence de tabagisme dans la plupart des pays d'Europe occidentale a désormais atteint un niveau qu'il sera difficile de diminuer davantage, à moins que des mesures beaucoup plus strictes ne soient appliquées. La prévalence de tabagisme a également commencé à diminuer dans certains pays d'Europe orientale. Si elle ne se stabilise généralement que chez les hommes, sans qu'aucune tendance générale ne puisse être dégagée, dans certains cas, elle est même légèrement en hausse chez les femmes. Chez les sujets masculins, cette tendance générale a comme retombée positive une diminution du taux comparatif de mortalité imputable au cancer du poumon dans la Région européenne, alors que, chez les sujets féminins, les cas de cancer du poumon continuent à augmenter.

9. Si le tabagisme continue à affecter particulièrement les catégories les plus défavorisées, comme on l'observe aujourd'hui de part et d'autre de la Région, les inégalités en matière de résultats sanitaires pourraient empirer à l'avenir. Même si le nombre absolu de personnes exposées aux désavantages économiques peut diminuer dans certains pays, cet écart relatif persistant met en lumière la nécessité de renforcer les politiques antitabac de manière à englober des interventions permettant de neutraliser les déterminants socioéconomiques du tabagisme au sens plus large.

10. Ces dernières années ont été aussi caractérisées par un soutien important et croissant du public pour l'adoption de politiques et la prise de mesures fermes en matière de lutte antitabac tant au niveau national qu'au niveau international, une opinion aujourd'hui partagée non seulement par la majorité absolue des non-fumeurs, mais aussi par la majorité des fumeurs.

11. En général, la Région a largement contribué au processus de négociation et d'entrée en vigueur de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. En mai 2006, deux tiers des États membres de la Région européenne de l'OMS (35 pays et l'UE) ont ratifié la Convention-cadre et sont désormais des parties à ladite Convention.

12. Le Bureau régional a apporté son soutien aux États membres et aux partenaires internationaux pour renforcer et coordonner les politiques dans la Région, mener à bien la surveillance, développer les capacités, réexaminer et actualiser la législation, promouvoir les liens intersectoriels, etc. On peut notamment citer l'aide apportée à l'élaboration de plans d'action nationaux et à l'actualisation de la législation, la mise en œuvre d'études normalisées sur le plan international et de projets de développement de capacités principalement axés sur la CEI et l'Europe du Sud-Est, le lancement de campagnes d'informations telles que la Journée mondiale sans tabac, l'organisation des activités du réseau des homologues nationaux, et l'actualisation et le développement de la Base de données européenne sur la lutte antitabac.

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

Introduction

13. Ce rapport est présenté conformément au paragraphe 23 b) de la Déclaration adoptée lors de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, juin 2004), qui prévoit l'établissement d'un rapport annuel au Comité régional de l'OMS pour l'Europe et au Comité des politiques de l'environnement de la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies (CEE-ONU), et conformément à la résolution du Comité régional EUR/RC54/R3. Il résume les activités mises en œuvre et les décisions prises par le CEES depuis la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe et la douzième session du Comité des politiques de l'environnement de la CEE-ONU.

14. Le CEES organise régulièrement deux réunions chaque année. Il a donc tenu sa vingtième réunion à Helsinki en décembre 2005, et sa vingt et unième réunion à Oslo en mai 2006. Ces deux réunions ont été respectivement accueillies par l'Institut finlandais de l'environnement et la Direction norvégienne de la santé et des affaires sociales.

15. Le site Web (www.euro.who.int/eehc), régulièrement mis à jour, présente les documents de travail et les rapports des réunions du Comité, ainsi que ceux du groupe de travail du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe, un calendrier des manifestations à venir dans le domaine de l'environnement et de la santé en Europe, ainsi que des actualités pertinentes.

16. On y prend également note avec gratitude des contributions de la Finlande, de la France, de l'Italie et de la Norvège aux coûts de fonctionnement du Comité.

Réunions axées sur des thèmes bien précis

17. Conformément à la décision prise lors de sa réunion de janvier 2005, le CEES consacre une journée de ses réunions à des questions prioritaires mises en évidence dans le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe et la Déclaration de la Conférence de Budapest. Tous les États membres sont conviés à participer à ces sessions spécifiques. Pour chaque problème prioritaire, les participants examinent les nouvelles bases factuelles ainsi que l'action politique menée par les pays afin d'y apporter une solution.

18. La réunion de décembre 2005, à laquelle ont participé des représentants de 35 États membres et de 11 organisations, s'est penchée sur les maladies et les incapacités dues à l'exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques dangereux ainsi qu'à des cadres de travail dangereux. La réunion de mai 2006 regroupait, quant à elle, des représentants de 27 pays, de dix organisations ainsi que deux délégués des jeunes, et s'est concentrée sur les conséquences sanitaires des accidents et des traumatismes. Les rapports de mise en œuvre par pays et organisations sont disponibles sur la carte interactive placée sur le Web (voir paragraphe 32).

19. La prochaine réunion du CEES aura lieu à Szentendre (Hongrie) les 27 et 28 novembre 2006. Elle sera accueillie par le Centre régional de l'environnement pour l'Europe centrale et orientale, et se penchera sur les maladies gastro-intestinales et les autres effets sanitaires de l'eau insalubre et d'un assainissement inadéquat.

Groupe de travail du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe

20. La deuxième réunion du groupe de travail du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe a eu lieu en octobre 2005 et a été accueillie par le ministère britannique de la Santé. Des correspondants de 43 pays dans le domaine de l'environnement et de la santé et des représentants de

trois organisations se sont réunies pour partager leurs données d'expériences et leurs bonnes pratiques en matière de prévention et de lutte contre les maladies et les incapacités imputables à l'exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques dangereux ainsi qu'à des cadres de travail dangereux. La troisième réunion de mars 2006 a été accueillie par le ministère irlandais de la Santé et de l'Enfance. Des correspondants dans le domaine de l'environnement et de la santé de 40 pays ainsi que deux délégués des jeunes et des représentants de quatre organisations y ont participé. Ils ont fait état des activités menées dans le but de réduire et de prévenir l'impact sanitaire des accidents et des traumatismes.

21. Les pays réalisent des progrès dans la mise en œuvre du Plan d'action et ce, dans le cadre des engagements pris lors de la Conférence de Budapest. Parmi les États membres, huit appliquent déjà des Plans d'action nationaux pour l'environnement et la santé spécifiquement axés sur les enfants, 16 réexaminent leur plan et six préparent leur premier plan ; 12 pays élaborent actuellement des plans d'action pour l'environnement et la santé des enfants, et la plupart des États possèdent désormais des programmes incorporant un Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe. En outre, bon nombre de pays ont institué des groupes de coordination nationale ou organisé des réunions de coordination nationale.

22. La prochaine réunion du groupe de travail du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe aura lieu à Chypre en octobre 2006, et sera accueillie conjointement par le ministère de la Santé et l'Institut international chypriote de l'environnement et de la santé.

23. L'affectation de ressources humaines supplémentaires, financée par l'Autriche, renforcera considérablement la capacité du secrétariat du Plan d'action à répondre aux besoins des États membres dans leurs efforts de mise en œuvre. Outre l'Autriche, on a aussi pris note avec gratitude des contributions de l'Irlande et du Royaume-Uni aux coûts de fonctionnement du groupe de travail du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe.

24. De plus amples informations sur les activités du groupe de travail, y compris des rapports de mise en œuvre par pays et organisations, sont disponibles sur Internet à l'adresse suivante : www.euro.who.int/20050407_1.

Les activités menées dans les pays

25. Une série d'ateliers ont été organisés afin de soutenir les États membres dans leurs efforts d'élaboration de plans nationaux et d'adoption de mesures dans le but de respecter les engagements pris à la Conférence de Budapest. Ils avaient pour objectif de comprendre le contexte dans lequel les différents plans d'action sont formulés ou réexaminés ; de déterminer les priorités, les actions, les principaux acteurs et les exigences de ces plans ; et d'en assurer la rédaction, la mise en œuvre et le suivi. De tels ateliers ont eu lieu en Bulgarie, à Chypre, en Estonie, en Lituanie, à Malte, en Slovaquie et en Serbie-et-Monténégro (deux ateliers). Un grand nombre de secteurs et de parties prenantes y ont d'ailleurs participé. Ces prochains mois, des ateliers seront organisés en Grèce et en Israël, et des discussions sont en cours avec le Kazakhstan, le Kirghizistan, la République de Moldova et la Slovénie. L'impact de ces ateliers sur l'élaboration de politiques pertinentes à ce sujet fera l'objet d'évaluations à la fin 2006.

26. Le développement des capacités dans les pays est encouragé de diverses façons. Un réseau de formateurs est en cours de création afin d'équiper les dispensateurs de soins de santé et les autres personnes intéressées par de telles activités, et les aider à réaliser des séances et des activités de formation et de sensibilisation aux risques environnementaux pour la santé des enfants. À la suite d'un atelier international de formation tenu fin 2005, 15 formateurs ont organisé leur propre cours national de formation afin de diffuser les connaissances et les compétences acquises. Dix-huit pays sont actuellement membres de ce réseau, et l'objectif est d'en faire participer au moins 36 à la fin 2006. En outre, des ateliers de formation sur les risques environnementaux pour la santé ont été organisés en Arménie, au Bélarus, dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, en Fédération de Russie, en Hongrie et à Malte.

27. Les pays ont également traduit les engagements pris à la Conférence de Budapest en actions concrètes. Malte a réalisé une étude sur l'impact des transports sur la santé des enfants maltais, et celle-ci sera prise en compte lors de l'examen de la législation à cet égard. Chypre a adopté un plan quinquennal stratégique pour la prévention des traumatismes non intentionnels chez l'enfant, formulé avec l'aide de l'OMS. La France a analysé les réglementations existantes en matière de logement et de santé dans sept pays d'Europe et ce, dans le but de réexaminer ses propres réglementations et plans d'actions dans le domaine du logement. En Italie, la municipalité de Rome a mis en place un projet de « pédibus » ou de bus pédestre qui, après avoir fait l'objet d'un test pilote réussi dans six écoles primaires en 2005 avec l'aide de l'OMS, s'est étendu à davantage d'établissements scolaires. Cette initiative donnera aux jeunes enfants l'occasion d'être physiquement actifs et de socialiser sur le chemin de l'école en toute sécurité. Au Portugal, la municipalité de Ferreira do Alentejo a élaboré un plan d'action relatif au logement et à la santé s'inspirant des travaux présentés lors de la Conférence de Budapest. La République de Moldova réexamine actuellement sa législation sur l'eau potable conformément à la directive européenne à ce sujet, s'inspirant elle-même des principes directeurs de l'OMS sur la qualité de l'eau. En Fédération de Russie, un rapport sur la prévention des traumatismes imputables aux accidents de la route, préparé conjointement par la Conférence européenne des ministres des Transports, la Banque mondiale, l'OMS et des homologues locaux, sert désormais de base à la formulation de la politique de sécurité routière. Le rapport, lancé le 26 avril 2006 à la Maison Blanche, a été mentionné lors du discours présidentiel annuel à l'Assemblée fédérale de mai 2006.

28. Des mesures pratiques spécifiques ont été également prises par les pays œuvrant de concert au respect des engagements de la Conférence de Budapest. Huit nouveaux membres de l'UE et pays candidats à l'accession se sont réunis pour former un réseau d'institutions collaboratrices et mener des activités relatives à l'évaluation de l'impact sanitaire (développement des capacités, études pilotes, élaboration de méthodologies, exercices de mise en œuvre, etc.). Même dans l'UE, la version actualisée des recommandations de l'OMS sur la qualité de l'air a été utilisée dans les discussions approfondies menées sur la nouvelle directive européenne en la matière, avec une attention particulière accordée à la santé publique. Avec plus de 80 000 décès par an dus à la pollution atmosphérique, la qualité de l'air est aussi au centre des préoccupations des pays d'Europe orientale, du Caucase et d'Asie centrale. Ces derniers ont demandé à l'OMS de préparer un plan-cadre pour le contrôle des matières particulaires. En outre, l'OMS collabore avec 13 pays pour prodiguer des conseils aux autorités nationales et locales sur la manière d'intégrer les questions d'environnement et de santé dans les politiques de logement. L'Organisation aide aussi 16 pays à respecter leur engagement de réduire la charge de morbidité attribuable aux événements météorologiques et climatiques extrêmes. Le Protocole sur l'eau et la santé, qui est entré en vigueur en août 2005, a également été ratifié par la Croatie et la République de Moldova.

Mise en place d'un Système d'information sur l'environnement et la santé (SIES)

29. Le CEES a pris note des efforts d'harmonisation du SIES en Europe. Lors de la réunion du groupe de travail du SIES tenue à l'OMS en avril 2006, des experts de 28 États membres ont convenu qu'un rapport intitulé « L'environnement et la santé des enfants en Europe : première évaluation », et s'inspirant d'indicateurs, serait rédigé pour la réunion intergouvernementale d'évaluation à mi-parcours de 2007 (voir paragraphes 34-37). Au moment de la réunion de 2007, l'information sera accessible sur Internet et servira de base au suivi de la situation de l'environnement et de la santé en Europe.

30. Une série de projets internationaux et nationaux viennent enrichir le volet technique du SIES. L'élaboration de méthodes de collecte et de traitement de données ainsi que la préparation de rapports conviviaux font d'ailleurs l'objet de la collaboration la plus intensive. Ces activités sont mises en œuvre dans le cadre du projet ENHIS2 (Établissement du SIES pour soutenir l'élaboration de politiques en Europe), coparrainé par la Direction générale « Santé et protection des consommateurs » (DG Sanco) de la Commission européenne et auquel participent 18 États membres. Les activités de l'OMS sont mises en œuvre en collaboration étroite avec les services correspondants de l'UE (c'est-à-dire DG Sanco, DG Environnement, Centre commun de recherche et Agence européenne pour l'environnement).

Représentation et participation des jeunes

31. Des progrès ont été réalisés quant à la représentation des jeunes au CEES et au groupe de travail du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe. À la demande du CEES, un atelier des jeunes réunissant des représentants de huit pays nordiques et baltes a été organisé dans le cadre d'un projet pilote par la Direction norvégienne de la santé et des affaires sociales, en collaboration avec le Conseil norvégien de la jeunesse, le Conseil nordique des ministres et l'OMS. Outre l'examen des questions d'ordre environnemental et sanitaire, les jeunes ont élu deux délégués (Finlande et Norvège) au CEES et deux délégués (Estonie et Hongrie) au groupe de travail du Plan d'action. Un réseau électronique de la jeunesse a été créé et sera développé l'année prochaine. Il est prévu de réunir un « parlement des jeunes » à l'occasion de la réunion intergouvernementale d'évaluation à mi-parcours de 2007, et des discussions sont en cours avec la Commission européenne sur la possibilité d'accueillir une réunion préparatoire des jeunes.

Outils de communication et de mise en œuvre

32. Lors de la Conférence de Budapest, les États membres se sont engagés à réduire l'exposition aux dangers environnementaux pour la santé. Afin d'évaluer les progrès réalisés à cet égard, une carte interactive a été placée sur le Web (<http://www.euro.who.int/eehc/ctryinfo/ctryinfo?language=French>) afin de montrer clairement les activités menées par les pays. Cette carte permet l'échange d'informations et d'exemples de bonnes pratiques, présentés et actualisés par les pays eux-mêmes. En outre, plusieurs outils d'aide (par exemple, une concordance internationale de la terminologie) ont été élaborés pour faciliter le processus.

33. Parmi les autres instruments de mise en œuvre, il convient de mentionner le tableau des mesures à l'adresse des enfants du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe (« menu » des activités et bases factuelles à partir duquel les pays peuvent effectuer leur choix) et un ensemble d'études de cas illustrant l'expérience des pays dans l'amélioration de l'environnement et de la santé des enfants. Le tableau et les études de cas constituent le « CEHAPE Action Pack » (paquet de mesures du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe) qui est mis à jour et peut être consulté sur Internet à l'adresse suivante : www.euro.who.int/childhealthenv/Policy/20050629_1. En outre, des indicateurs sont en voie d'élaboration pour le Plan d'action.

Réunion intergouvernementale d'évaluation à mi-parcours 2007

34. Dans la Déclaration de la Conférence de Budapest, il est demandé à l'OMS d'organiser une réunion intergouvernementale en 2007 afin d'évaluer les progrès accomplis dans la concrétisation des engagements pris lors de ladite Conférence. Il est également demandé au CEES de présenter, aux États membres, des propositions bien précises en vue de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé lors des sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Europe et du Comité des politiques de l'environnement de la CEE-ONU en 2007.

35. En mai 2006, le CEES a tenu des premières discussions sur l'objet de la réunion d'évaluation de 2007, avec l'intention d'organiser la conférence ministérielle en 2009. Un consensus général s'est dégagé sur le fait que cette réunion devrait, d'une part, examiner les progrès réalisés dans la tenue des engagements pris lors de la Conférence de Budapest sur la base des rapports émanant des pays et des organisations et, d'autre part, se pencher sur la préparation de la Conférence ministérielle de 2009. Les domaines nécessitant une action supplémentaire ou de nouvelles initiatives devraient également être déterminés. Dans cette optique, il a été décidé que les ministres de la Santé et de l'Environnement devraient être invités à la réunion intergouvernementale d'évaluation à mi-parcours de 2007, et que le thème de la Conférence ministérielle de 2009 serait encore une fois l'environnement et la santé des enfants. La réunion du CEES d'automne 2006 fera l'objet de discussions plus approfondies.

36. La réunion intergouvernementale d'évaluation à mi-parcours se tiendra à Vienne du 13 au 15 juin 2007. Elle sera accueillie par le ministère fédéral autrichien de l'Agriculture, de la Foresterie, de l'Environnement et de la Gestion de l'eau.

Lutte contre la tuberculose et le paludisme

La stratégie DOTS pour la lutte antituberculeuse dans la Région européenne de l'OMS

Généralités

37. En sa cinquante-deuxième session, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a reconnu que la tuberculose n'était plus maîtrisable dans bon nombre de pays d'Europe centrale et orientale ainsi que dans la CEI. Il a aussi reconnu que, dans la Région européenne de l'OMS, les taux de tuberculose polypharmacorésistante étaient les plus élevés du monde. Lors de cette session, le Comité régional a par conséquent adopté une résolution (EUR/RC52/R8) visant à « amplifier l'action contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS », notamment en approuvant le « Plan d'extension de la stratégie DOTS pour faire barrage à la tuberculose dans la Région européenne, 2002-2006 ». Suite à cette résolution, le Comité régional a examiné un rapport sur les progrès réalisés à cet égard lors de sa cinquante-quatrième session de 2004.

Progrès accomplis

38. Selon les toutes dernières statistiques officielles de l'OMS, 42 des 52 États membres, dont tous les pays de l'ex-URSS (comparés à 34 pays en 2001), ont adopté la stratégie DOTS à différents niveaux. Trente de ces 42 pays appliquent ce traitement dans le cadre de leur stratégie nationale de lutte antituberculeuse.

39. Afin de lutter contre l'épidémie de tuberculose polypharmacorésistante dans la Région européenne, des projets-pilotes DOTS-plus ont été renforcés en Estonie, en Lettonie et dans trois provinces (« oblast ») de la Fédération de Russie. De nouveaux projets ont été approuvés en Azerbaïdjan, en Fédération de Russie (oblast d'Arkhangelsk), en Géorgie, au Kirghizistan, en Lituanie, en Ouzbékistan (Karakalpakstan), en République de Moldova et en Roumanie, en collaboration avec le Green Light Committee. En outre, un centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation dans la prise en charge de la tuberculose polypharmacorésistante a été créé à Riga (Lettonie) à la fin 2004.

40. Dans un souci de garantir un approvisionnement ininterrompu de médicaments de haute qualité pour combattre toutes les formes de tuberculose, le Dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments a apporté son aide à deux des huit pays éligibles de la Région qui, jusqu'alors, n'en avaient pas encore bénéficié. Le Bureau régional a aussi apporté une aide technique, avec le soutien financier de l'Agence allemande de coopération technique, à la préparation de propositions comprenant un volet tuberculose à l'adresse du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Dans la série 5, 12 pays ont reçu le soutien de l'OMS, 8 ont présenté des propositions au Fonds et quatre ont vu leur proposition approuvée par le Fonds. La Fédération de Russie a conclu un accord avec le Bureau régional afin que ce dernier apporte son aide technique à la mise en œuvre d'activités de lutte antituberculeuse après la signature récente de l'octroi de subvention.

41. Le renforcement des systèmes de santé pour une lutte antituberculeuse efficace constitue l'une des priorités de la Région européenne de l'OMS. Un guide de poche sur la tuberculose a été publié en 2004 à l'intention des dispensateurs de soins de santé primaires. Les principaux problèmes associés à la place accordée à la lutte antituberculeuse dans les systèmes de santé en mutation ont été abordés lors d'une réunion du Groupe consultatif technique organisée en 2005. Un document de référence, spécialement rédigé pour cette réunion et intitulé *Enabling health systems for effective TB control: challenges and opportunities for the Former Soviet Union countries* (Habiller les systèmes de santé afin de mener une lutte antituberculeuse efficace : les défis et les possibilités dans les pays de l'ex-URSS) a reçu l'accueil favorable du Siège de l'OMS et d'autres programmes du Bureau régional (notamment l'équipe des

systèmes de santé). Il a été utilisé pour renforcer la collaboration entre deux divisions dans leurs efforts visant à appliquer la stratégie des systèmes de santé du Bureau régional dans l'ensemble des programmes de lutte contre les maladies.

42. Afin de lutter contre la propagation rapide de l'épidémie de VIH/sida en Europe orientale et en Asie centrale et, par conséquent, contre la brusque augmentation des cas de tuberculose liés au VIH, l'OMS a mis en place deux projets sur la coinfection tuberculose/VIH : l'un est soutenu par le gouvernement français et se concentre sur les États baltes et l'autre, plus important, bénéficie de l'aide du gouvernement néerlandais et porte sur le développement des ressources humaines aux niveaux régional et sous-régional, sur l'aide technique aux pays qui en ont besoin et sur la recherche opérationnelle. La collaboration a été renforcée entre les programmes du Bureau régional chargés des infections sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH/sida (SHA) et de la lutte contre la tuberculose (TUB). Un premier cours de formation au niveau régional sur la surveillance du VIH chez les patients atteints de tuberculose a été organisé en Croatie en collaboration avec les Centres des États-Unis pour la prévention et la lutte contre les maladies (CDC) et le « foyer de connaissances » sur le VIH de Zagreb. En outre, le cadre européen pour la réduction de la charge du VIH/sida (*European framework to decrease the burden of TB/HIV*¹) et un manuel clinique sur la tuberculose et le VIH² ont été publiés.

43. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe constitue le principal partenaire des États membres dans leurs efforts de lutte antituberculeuse. Son programme de lutte contre cette maladie est en première ligne dans la mesure où il fournit des recommandations techniques et une formation spécifique, organise des activités de surveillance de la tuberculose et de la tuberculose polypharmacorésistante, met en œuvre des projets de démonstration et assure la coordination avec les partenaires. La collaboration avec les États membres, ainsi que les partenariats et la coordination, ont été consolidés par la création du Groupe consultatif technique de la Région européenne (2004) et du Groupe de travail sur le renforcement des laboratoires pour la lutte antituberculeuse dans la Région européenne (2005) ainsi que par leurs réunions annuelles ordinaires. La collaboration a été également intensifiée avec les partenaires techniques et financiers tels que l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), l'Institut de crédit allemand pour la reconstruction, les CDC, la Banque mondiale, la Fondation royale néerlandaise contre la tuberculose, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et le Projet Hope, ainsi que les gouvernements autrichien, français et suédois, etc. Une session spéciale sur la tuberculose en Europe orientale a été organisée au cours de la conférence du Conseil de coordination « Halte à la tuberculose » de novembre 2005 (Assise, Italie) afin de faire suite au courrier envoyé par le directeur régional de l'OMS à tous les États membres au début de 2005, et dans lequel la tuberculose devenait une urgence régionale. En outre, la création et le renforcement du programme de lutte contre la tuberculose au Bureau régional et des bureaux sous-régionaux/de pays voués à la lutte contre cette maladie en Fédération de Russie, en Asie centrale, en Ukraine, dans les Balkans et dans le Caucase ont largement contribué aux initiatives menées dans ce sens dans la Région.

Contraintes et défis à venir

44. Malgré les efforts mentionnés plus haut, la tuberculose constitue toujours un grave problème de santé publique dans la Région européenne, et des dizaines de milliers de personnes succombent chaque année des suites de la maladie. Selon les statistiques officielles les plus récentes de l'OMS, 354 954 nouveaux cas de tuberculose ont été signalés dans la Région en 2004, l'un des chiffres les plus élevés de ces vingt dernières années (231 651 en 1991, 373 670 en 2002, 338 643 en 2003). Quatre-vingts pour cent des cas observés concernaient 16 pays, à savoir la CEI, les États baltes et la Roumanie. En Europe occidentale, la marginalisation sociale et l'immigration en provenance de pays particulièrement touchés par la tuberculose sont à l'origine d'une hausse de l'incidence de la maladie, notamment dans des grandes villes comme Londres, Paris, Madrid et Rome. La tuberculose est donc une maladie qui ne

¹ De Colomiani P. et al. *European framework to decrease the burden of TB/HIV*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (document EUR/03/5037600).

² Harries A. et al. *TB/VIH. Manuel clinique*, 2^e éd. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (document WHO/HTM/TB/2004.329).

connaît pas de frontières. Il importe dès lors que tous les États membres de la Région collaborent afin de l'endiguer.

45. Les principales contraintes à une lutte antituberculeuse efficace dans la Région européenne sont les suivantes : les taux élevés de tuberculose polypharmacorésistante ; la propagation de l'épidémie de VIH en Europe orientale et en Asie centrale et la brusque augmentation de cas de tuberculose liés au VIH ; le besoin de réformer le secteur de la santé en faisant participer plus activement les soins de santé primaires dans la lutte antituberculeuse ; l'engagement financier et politique encore limité à la lutte antituberculeuse ; et un manque de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale.

46. Comme mentionné ci-dessus, en février 2005, le directeur régional a déclaré que la tuberculose était une urgence régionale. Il a demandé aux États membres les plus touchés par la tuberculose d'investir davantage dans des stratégies rationnelles de lutte contre cette maladie et les conditions sociales ainsi induites. Il a également exhorté les pays les mieux nantis de la Région et l'UE à accorder davantage d'attention à la crise de la tuberculose dans la Région et à accroître leur contribution financière à la lutte antituberculeuse. Suite à la lettre ainsi adressée, il a été décidé de tenir un forum ministériel de haut rang sur ce thème dans la Région européenne début 2007 afin de sensibiliser davantage les pays donateurs européens et l'UE à la crise actuelle, d'accroître le financement national consenti aux mesures antituberculeuses dans les pays hautement prioritaires d'Europe orientale et d'augmenter l'aide financière accordée par les pays donateurs européens et l'UE à la lutte contre la maladie. Le forum est en cours de préparation.

Amplifier l'action contre le paludisme dans la Région européenne de l'OMS

47. La cinquante-sixième session du Comité régional a lieu quatre ans après l'adoption par l'ensemble des États membres de la résolution sur l'amplification de l'action contre le paludisme dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC52/R10) et l'application efficace de cette résolution dans les pays touchés par le paludisme dans la Région européenne de l'OMS. La résolution visait les objectifs suivants :

- garantir que l'action de lutte antipaludique constitue une priorité des programmes d'action sanitaire et de développement dans les pays concernés de la Région ;
- faire coïncider les engagements politiques avec l'ampleur réelle du problème du paludisme dans chaque pays ;
- veiller à la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte antipaludique conformément à la stratégie régionale dans ce domaine ;
- mettre en place et amplifier les actions en partenariat au niveau national par l'obtention de ressources externes, notamment par l'apport d'une aide technique aux États membres dans le besoin, de manière à ce qu'ils puissent préparer des propositions à l'adresse du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

48. Après l'adoption de la résolution en 2002, la lutte antipaludique a été intensifiée afin de limiter au maximum l'impact de la maladie sur la santé des populations avec les moyens financiers et les ressources humaines disponibles, et avec les technologies et outils existants. Les objectifs de la stratégie régionale (éviter la mortalité due au paludisme, endiguer les épidémies, réduire davantage l'incidence de la maladie, empêcher la résurgence de la transmission du paludisme et sa réapparition dans les pays et territoires où la maladie a été éliminée) ont été parfaitement atteints en 2005. Pour ce faire, le programme régional « Faire reculer le paludisme » s'est concentré sur les actions suivantes :

- étendre et intensifier les activités de partenariats aux niveaux sous-régional et national dans le cadre du programme « Faire reculer le paludisme » ;
- renforcer les capacités décisionnelles nationales ;
- investir dans le développement des ressources humaines et le renforcement des capacités ;

- améliorer les capacités de prise en charge de la maladie, ainsi que d'endiguement et de prévention des épidémies ;
- promouvoir des mesures de prévention d'un bon rapport coût-efficacité ;
- renforcer les capacités de surveillance et de recherche opérationnelle ;
- mobiliser les collectivités ;
- intensifier la collaboration intersectorielle.

49. Les critères ou les objectifs suivants ont été pris en considération en vue de renforcer les programmes nationaux de lutte antipaludique :

- formulation de buts, d'objectifs et de cibles sur la base des engagements et capacités de chaque pays, et mise en œuvre de programmes de lutte antipaludique adaptés aux caractéristiques épidémiologiques ainsi qu'aux outils et ressources disponibles ;
- système efficace pour un accès facilité à un diagnostic précoce et à un traitement adéquat pour tous les habitants des régions où sévit le paludisme ;
- capacité d'intervention rapide intégrée pour faire face aux situations de crise ;
- lutte contre le vecteur de la maladie s'inspirant de considérations de faisabilité technique, d'applicabilité opérationnelle et d'efficacité ;
- mécanismes de surveillance et systèmes d'informations permettant la planification, le suivi et l'évaluation des interventions de lutte ;
- programmes de formation adaptés de manière continue à la stratégie de mise en œuvre appropriée et faisant de plus en plus recours aux derniers manuels techniques, recommandations pratiques et outils innovateurs ;
- noyaux centraux de professionnels ayant suivi une formation adéquate et dotés des compétences épidémiologiques nécessaires pour être fonctionnels ;
- exploitation des résultats de la recherche pour renforcer l'efficacité de la lutte antipaludique ;
- renforcement des pratiques de prévention et de soins familiaux et de proximité par l'élaboration d'un matériel informatif et pédagogique, l'organisation de séances de sensibilisation, l'apport d'un soutien au niveau local, la mise en œuvre d'activités de développement des connaissances et l'utilisation des médias ;
- collaboration transfrontalière entre les régions et les pays voisins.

50. Les engagements fermes pris à l'échelon international, la grande attention politique accordée à la lutte antipaludique au niveau national et les efforts intenses de sensibilisation à cet égard se sont tous traduits par une action collective de la part des pays, des agences internationales, des organisations bilatérales et des organisations non gouvernementales, l'objectif étant d'accroître les ressources générales disponibles dans la Région européenne de l'OMS pour endiguer ce fléau. Au cours de ces quatre dernières années, tous les pays touchés par le paludisme et ayant bénéficié de l'aide de l'OMS et des partenaires dans le cadre du programme « Faire reculer le paludisme », dont l'USAID, les CDC, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Programme alimentaire mondial, MERLIN (Medical Emergency Relief International) et l'Agence d'aide à la coopération technique et au développement ont réussi à prendre toutes les mesures possibles en vue d'endiguer l'épidémie. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a octroyé des subventions à la Géorgie, au Kirghizistan, à l'Ouzbékistan et au Tadjikistan pour soutenir leur action antipaludique au niveau national en 2004-2010. Une forte réduction (presque quadruple) des cas de paludisme a été d'ailleurs signalée au cours de ces quatre dernières années (2002-2006). L'importante épidémie régionale a été maîtrisée et son incidence a tellement reculé que l'interruption de sa transmission pourrait être réalisable ces prochaines années dans certains pays.

51. En dépit des progrès notables accomplis à cet égard, les responsables des programmes nationaux de lutte antipaludique restent confrontés à un certain nombre de problèmes et de contraintes :

- les ressources financières limitées consenties à la lutte antipaludique par les pouvoirs publics et, la dépendance chronique de tous les programmes de lutte à l'aide externe ;
- la communauté internationale mène une action positive uniquement après la survenue d'une épidémie de paludisme, ladite action se prolongeant rarement au-delà d'une période de trois ans ;
- l'intervention des partenaires en cas de flambées à petite échelle, d'apparition de cas sporadiques et de risque de résurgence du paludisme est généralement limitée.

52. Dans la Région européenne, la lutte antipaludique est confrontée à deux grands défis, à savoir comment conserver l'intérêt des bailleurs de fonds dans les situations où les épidémies de paludisme ont été endiguées mais où la maladie constitue encore un problème de santé publique, et comment susciter l'intérêt de ces bailleurs de fonds s'agissant de soutenir la nouvelle initiative d'élimination du paludisme.

53. Chaque étape franchie dans la lutte antipaludique permet la définition de nouveaux objectifs encore plus exigeants sur le chemin qui conduit à l'éradication de la maladie. La faisabilité démontrée de l'élimination du paludisme dans le passé, l'impact visible des interventions de lutte contre la maladie à l'heure actuelle, l'engagement politique ferme en vue d'influer davantage sur la situation nationale en matière de paludisme, et la disponibilité d'instruments efficaces pour maîtriser et éliminer ce fléau dans le contexte régional, ont tous créé une occasion unique de mener des interventions qui vont au-delà de la lutte antipaludique pour viser l'éradication. Des bases factuelles solides provenant de pays membres d'autres régions de l'OMS et bientôt exempts de paludisme viennent étayer l'argument développé plus haut.

54. Afin de soutenir les nouveaux efforts visant l'élimination du paludisme, la Déclaration de Tachkent, intitulée *The move from malaria control to elimination* (Passer de la lutte contre le paludisme à son élimination), a été récemment adoptée par tous les pays touchés par cette maladie dans la Région européenne de l'OMS. Ces prochaines années, l'impact du paludisme pourrait devenir suffisamment négligeable pour ne plus poser un problème de santé publique dans la Région. L'objectif ultime de la toute nouvelle stratégie régionale de lutte antipaludique est d'interrompre la transmission du paludisme à *Plasmodium falciparum* en Asie centrale d'ici 2010 et, finalement, d'éliminer la maladie dans la Région européenne de l'OMS d'ici 2015.

Progrès accomplis dans le domaine de l'hygiène du travail

Introduction

55. Lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional, plusieurs délégations nationales ont demandé à ce que l'on renforce les activités menées dans le domaine de l'hygiène du travail en Europe. Cet appel s'explique, dans la Région européenne, par la préoccupation croissante concernant la situation des travailleurs qui doivent faire face aux risques sanitaires provoqués par les accidents ou aux maladies dues, notamment, à l'exposition à l'amiante, aux substances chimiques, aux nuisances sonores ou au stress. La mondialisation et les restructurations économiques en Europe sont aussi à l'origine de nouveaux risques constituant des menaces pour la santé humaine et le bien-être (stress professionnel, organisation précaire du travail et équipement nuisible à la santé, par exemple). Le vieillissement de la main-d'œuvre influe également sur la manière dont les risques professionnels affectent la santé des populations. Les services d'hygiène du travail doivent par conséquent s'adapter et entreprendre des réformes afin d'assurer une protection adéquate de la santé des travailleurs.

56. En réponse à cet appel, le Bureau régional a renforcé, en 2004, ses activités sur l'hygiène du travail dans le cadre du Programme spécial sur la santé et l'environnement. L'objectif est d'aider les États membres à respecter les engagements internationaux en matière de santé publique englobant

l'hygiène du travail, comme les décisions prises lors de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, 2004) et la Conférence ministérielle européenne sur la santé mentale (Helsinki, 2005). Ces activités sont réalisées par la biais du Bureau de Bonn du Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS.

57. L'an passé, on s'est surtout efforcé d'incorporer les questions d'hygiène du travail aux principales initiatives de santé publique applicables à l'environnement professionnel, et d'assurer la contribution du Bureau régional aux processus engagés au niveau mondial. La stratégie mondiale de l'OMS en matière d'hygiène du travail est en cours de révision de façon à l'adapter aux nouveaux défis décrits plus haut. Elle sera présentée à l'Assemblée mondiale de la santé de 2007.

Initiatives politiques en matière d'hygiène du travail

58. Il a été demandé à tous les centres collaborateurs de l'OMS dans la Région européenne chargés de l'hygiène du travail, ainsi qu'aux correspondants au sein des ministères de la Santé, de faire rapport sur les activités mises en œuvre depuis la Conférence ministérielle de Budapest. L'objectif était d'évaluer la mesure avec laquelle les engagements pris sur le travail des enfants ont été respectés. D'après les informations recueillies par le programme, 46 des 52 États membres de la Région ont ratifié la Convention n° 182 de l'Organisation internationale du travail sur l'élimination des pires formes de travail des enfants, à laquelle la Déclaration de Budapest fait référence. Cependant, lors de la réunion du groupe de travail du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe tenue à Édimbourg en octobre 2005, les correspondants nationaux ont signalé que les pires formes de travail des enfants étaient encore d'actualité dans certains pays de la Région et ce, malgré la ratification réussie de la Convention. Une action intensive est dès lors requise pour soutenir la pleine application de la Convention et des engagements pris à la Conférence de Budapest à cet égard.

59. Le programme sur l'hygiène du travail a contribué à la réunion de clôture consacrée à la « Santé dans le monde du travail » et à laquelle ont participé des experts. Ce projet a été réalisé par l'Institut finlandais de l'hygiène du travail, sous les auspices du ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé, en préparation de la présidence finlandaise de l'UE au cours de la seconde moitié de 2006.

60. Des représentants du Bureau régional ont également participé et contribué à la réunion du Comité de planification organisée à Johannesburg (Afrique du Sud), en septembre 2005, en vue de la préparation finale du plan de travail du réseau mondial de l'hygiène du travail 2006-2010. Le plan d'action se concentre sur six domaines d'activités pour les cinq prochaines années (http://www.who.int/occupational_health/network/workplan2006.pdf). Afin de contrôler les progrès accomplis dans la mise en œuvre de ce plan de travail, des représentants du Bureau régional ont assisté à la réunion du réseau mondial des centres collaborateurs de l'OMS qui s'est tenue dans le cadre du vingt-huitième congrès de la Commission internationale sur l'hygiène du travail, en juin 2006.

61. Cinq pays (l'Arménie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Fédération de Russie, la Pologne et l'Ukraine) reçoivent une aide, dans le cadre de leur accord de coopération biennal 2006-2007, pour élaborer leur politique nationale d'hygiène du travail et renforcer les services dans ce domaine. Ces activités font suite, en partie, à celles déjà mises en œuvre au cours de la période biennale précédente par le même mécanisme.

Promotion de l'aide technique et de la diffusion de l'information

Réseau des points de contact nationaux sur l'hygiène du travail au sein des ministères de la Santé

62. Le réseau des points de contact nationaux sur l'hygiène du travail, établi au niveau ministériel en 2005, a directement contribué à la mise en œuvre du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe dans le domaine de l'hygiène du travail. Il a également permis la diffusion, dans les pays, des produits d'informations du Bureau régional relatifs à l'hygiène du travail.

Réseau européen des centres collaborateurs

63. Le réseau européen des centres collaborateurs en hygiène du travail a poursuivi son soutien aux activités du Bureau régional en 2005/2006. Au cours de cette année, les accords conclus avec certains instituts ont été réexaminés et, le cas échéant, leur désignation a été renouvelée afin de garantir la continuité de leur participation à la mise en œuvre du programme sur l'hygiène du travail. Des discussions préliminaires ont été engagées avec plusieurs autres instituts, comme l'Institut international chypriote de l'environnement et de la santé publique.

Sensibilisation

64. Des représentants du Bureau régional ont participé à plusieurs réunions internationales depuis la dernière session du Comité régional et ce, dans un effort de sensibiliser aux différents aspects de l'hygiène du travail. Il s'agissait notamment de la deuxième réunion du groupe de travail du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe (Édimbourg, octobre 2005), du Quatrième Congrès panrusse sur le travail et la santé (Moscou, octobre 2005), de la réunion annuelle du Réseau de la mer Baltique sur l'hygiène du travail et la sécurité (Oslo, novembre 2005), d'une réunion du partenariat « Dimension septentrionale » (Stockholm, novembre 2005) ainsi que d'une réunion visant à lancer un projet sur le dialogue social dans le domaine de l'hygiène du travail et de la sécurité en Europe du Sud-Est (Bruxelles, novembre 2005).

65. Finalement, le site Web du Bureau régional consacré à l'hygiène du travail (<http://www.euro.who.int/occhealth?language=French>) a été révisé et fait l'objet de mises à jour régulières.

Les perspectives

66. Les activités commencées au cours de la période biennale 2004-2005 se poursuivront afin de résoudre les problèmes de santé publique associés à l'hygiène du travail dans la Région. Une attention particulière devra être accordée dans ce domaine, à la partie orientale de la Région où les problèmes traditionnels viennent se mélanger aux nouvelles menaces liées à un environnement professionnel en pleine évolution. Le Bureau régional a l'intention de prolonger son examen de l'organisation interne des activités et d'obtenir davantage de ressources externes afin que ces activités puissent être mise à bien. Les mécanismes de coordination et de mise en œuvre du Bureau régional faciliteront l'utilisation efficace de l'aide professionnelle hautement appréciée du réseau des centres collaborateurs.

67. Le Bureau régional contribuera à l'élaboration du Plan d'action mondial sur l'hygiène du travail 2006-2015 qui sera présenté à l'Assemblée mondiale de la santé de 2007 (actualisation de la résolution WHA49.12), et continuera à lier étroitement ses activités à la stratégie de la Commission européenne sur la santé et la sécurité au travail.