



EUROPE

L'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2006-2007

Rapport biennal du directeur régional

**L'activité de l'OMS dans
la Région européenne
en 2006-2007**

**Rapport biennal
du directeur régional**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies qui est chargée de diriger et de coordonner les activités internationales relatives aux questions sanitaires et de santé publique. Conformément à sa constitution, l'OMS doit diffuser des informations et des conseils objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine. Elle s'acquitte de cette tâche notamment par le biais de ses publications, qui visent à aider les pays à élaborer des politiques favorables à la santé publique et de nature à remédier aux problèmes les plus préoccupants qui se posent dans ce domaine.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'Organisation. Chacun d'entre eux a son programme distinct, qui est adapté aux problèmes de santé propres aux pays qu'il dessert. La Région européenne, peuplée d'environ 880 millions d'habitants, s'étend de l'océan Arctique au nord à la Méditerranée au sud et de l'Atlantique à l'ouest au Pacifique à l'est. Le programme européen de l'OMS aide tous les pays de la Région à optimiser leurs politiques, systèmes et programmes de santé ; à prévenir et à surmonter les menaces d'ordre sanitaire ; à se préparer aux problèmes de santé futurs ; et à préconiser et à mettre en œuvre des actions de santé publique.

Pour que des informations et des recommandations dignes de foi sur des questions sanitaires soient disponibles aussi largement que possible, l'OMS a mis en place un réseau international étendu pour la diffusion de ses publications et encourage la traduction et l'adaptation de celles-ci. Les ouvrages de l'OMS contribuent à promouvoir et protéger la santé et à prévenir et combattre la maladie, favorisant ainsi l'accomplissement de progrès vers l'objectif principal de l'Organisation : la jouissance par tous du meilleur état de santé possible.



L'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2006-2007

Rapport biennal du directeur régional

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

L'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2006-2007 : rapport biennal du directeur régional

1.Planification régionale santé 2.Organisation mondiale de la santé 3.Europe

ISBN 978 92 890 2412 9

(Classification NLM : WA 540)

ISBN 978 92 890 2412 9

EUR/RC58/4

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

© **Organisation mondiale de la santé 2008**

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Couverture : Cathal Connaughton, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Mise en page de l'ouvrage : Sven Lund

Imprimé au Danemark

Table des matières

Abréviations	vi
1. Introduction	1
2. Être au service direct des États membres	3
Orientation vers l'appui direct aux pays	3
Renforcement des bureaux de pays de l'OMS	6
Exemples d'activités dans et avec les pays	8
Principales activités en collaboration avec l'UE	16
3. Améliorer la santé dans la Région européenne grâce à des activités normatives et techniques	19
Programmes de santé : panorama des activités	19
Le renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne : panorama	39
4. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : services transversaux, organigramme, ressources et gouvernance	53
Services transversaux	53
Organigramme et ressources	59
Gouvernance de la Région	62
Références	64
Annexe. Budget programme et exécution	75

Abréviations

Organismes

AEE	Agence européenne pour l'environnement
ASDI	Agence suédoise de coopération internationale au développement
CCNUCC	Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques
CE	Commission européenne
CEE-ONU	Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies
CEI	Communauté des États indépendants
CINDI	Programme d'intervention intégrée à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles
DFID	Department for International Development (Royaume-Uni)
DG SANCO	Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs (Commission européenne)
DIPECHO	Programme de préparation aux catastrophes du Service d'aide humanitaire de la Commission européenne
ECDC	Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies
ECHO	Service d'aide humanitaire de la Commission Européenne
Eurostat	Office statistique des Communautés européennes
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
IPPF	Fédération internationale du planning familial
NHS	Service national de santé (Royaume-Uni)
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NIVEL	Institut néerlandais pour la recherche sur les services de santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIE	Organisation mondiale de la santé animale
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OIT	Organisation internationale du travail
OMM	Organisation météorologique mondiale
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime

ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
TDR	Programme spécial de recherche et de développement concernant les maladies tropicales
UE	Union européenne
UISAT	Unidad de Investigación sobre el Síndrome del Aceite Tóxico, Instituto de Salud Carlos III (Espagne)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

Termes techniques et administratifs

AI	administrateurs internationaux
AN	administrateurs nationaux
AVCI	années de vie corrigées de l'incapacité
DOTS	traitement de brève durée sous surveillance directe
HAART	thérapie antirétrovirale hautement active
HEN	Réseau des bases factuelles en santé
HINARI	Interréseau-santé initiative d'accès aux recherches
HiT	Systèmes de santé en transition (profils de pays)
HSPA	évaluation de la performance du système de santé
IPSAS	Normes comptables internationales du secteur public
IST	infections sexuellement transmissibles
ONG	organisations non gouvernementales
OST	traitement de substitution aux opiacés
PATH	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (projet)
RSI	Règlement sanitaire international
SAFE	Sexual Awareness for Europe (projet)
SG	personnel de la catégorie des services généraux
USD	dollars des États-Unis

1. Introduction

Le présent rapport rend compte de l'activité du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2006-2007 : être au service direct des États membres et contribuer à la santé dans la Région européenne de l'OMS conformément à la Stratégie de pays « Adapter les services aux nouveaux besoins » approuvée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en septembre 2000 (1). Au cours de ce dernier exercice biennal, l'orientation vers les activités dans les pays et avec les pays s'est poursuivie, et le Bureau a étudié les différents moyens par lesquels il a œuvré pour satisfaire les besoins des parties orientale et occidentale de la Région.

Cette publication offre des exemples intéressants et parlants des activités menées directement avec les pays pour améliorer la santé et renforcer les systèmes de santé. Elle met aussi en lumière le travail effectué sur la santé d'un point de vue normatif et technique. Enfin, elle examine la structure, les ressources et la gouvernance qui permettent au Bureau d'accomplir sa mission comme il le fait de deux manières principales : premièrement, en fournissant un service direct aux États membres et, deuxièmement, en s'acquittant du mandat de l'OMS en sa qualité d'institution spécialisée des Nations Unies pour la santé. D'une façon générale, la publication montre le Bureau régional en tant qu'organisation au service de ses États membres.

Ce rapport traite également de questions transversales – telles que les partenariats, l'information sanitaire utilisable, la communication et les publications – qui intéressent tout le Bureau et reviennent dans tout le rapport, ce qui témoigne de l'importance toujours croissante de la collaboration avec d'autres acteurs dans le domaine de la santé comme partenaires précieux en synergie.

D'une façon plus spécifique, après cette introduction, le chapitre 2 explique la poursuite du changement d'orientation au cours du dernier exercice biennal au profit des activités avec et dans les pays. Il examine les différents moyens par lesquels le Bureau s'emploie à satisfaire les besoins des parties orientale et occidentale de la Région européenne, et donne quelques exemples intéressants du travail accompli directement avec les pays. Quelques exemples

mettent l'accent sur les programmes de santé, d'autres sur les systèmes de santé, et d'autres encore combinent les deux.

Le chapitre 3 fait le bilan des efforts déployés pour contribuer à la santé dans la Région dans son ensemble, présente les deux approches étroitement liées des activités sur la santé là où des programmes de santé spécifiques fournissent le contenu tandis que les systèmes de santé sont le moyen d'atteindre les fins (résultats en matière de santé). Le chapitre 4 porte sur les aspects organisationnels, les ressources et la gouvernance du Bureau régional, qui lui permettent de s'acquitter de sa mission. L'annexe donne un aperçu du budget programme et de son exécution.

J'espère que vous trouverez ce rapport illustratif et utile.

Marc Danzon

Directeur régional de l'OMS pour l'Europe

2. Être au service direct des États membres

Le Onzième programme général de travail (2) énumère les six fonctions essentielles de l'OMS :

1. jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et établir des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
2. fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
3. fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application ;
4. définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
5. fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
6. surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.

Étant donné l'importance que revêtent pour le Bureau régional les activités dans les pays, le présent rapport commence par s'intéresser aux deux dernières de ces fonctions. Le chapitre 3 en examine trois autres, tandis que le rôle de chef de file et l'établissement de partenariats sont des thèmes présents dans tout le rapport.

Orientation vers l'appui direct aux pays

Depuis qu'elle existe, l'OMS a réussi à fournir à ses États membres des compétences techniques dans presque tous les domaines liés à la santé. Les développements récents survenus dans la Région ont conduit à comprendre le contexte particulier des divers systèmes de santé des pays. L'expérience montre que pour obtenir des gains durables en matière de santé, les interventions individuelles en santé doivent s'inscrire dans un cadre global de systèmes de santé. Par conséquent, pour donner un véritable sens aux efforts de l'OMS, les États membres doivent avoir, aux niveaux local, régional et national, des systèmes et des institutions de santé fiables.

De plus, depuis que la version actualisée de la politique-cadre de la Santé pour tous a été approuvée par le Comité régional en 2005 (3), le Bureau régional a examiné les moyens d'assurer son impact dans les pays. Le Comité régional a proposé un suivi sélectif des pays en 2006 et demandé à son Comité permanent d'étudier comment la mettre en œuvre, dans la

mesure où l'actualisation avait un caractère non prescriptif et ne contenait ni but ni critères, ce qui rendait les comparaisons difficiles. Le Comité permanent est convenu que le suivi devrait être fondé sur une série limitée d'indicateurs supplétifs disponibles, utiliser les données déjà recueillies et être complété par des études de cas individuelles. En outre, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a examiné la fixation de buts dans les pays (4)¹. Bien que des politiques de santé comprenant des buts aient été largement adoptées, il y a peu de preuves de leur efficacité. L'Observatoire a donc évalué l'expérience de certains des pays utilisant des buts, en s'appuyant sur une série d'études de cas. En examinant ce qui avait été efficace et ce qui ne l'avait pas été (5), il s'est demandé dans ces études si l'efficacité des buts en matière de santé avait été mesurée, s'ils avaient été atteints et s'ils avaient eu l'effet escompté. Les résultats ont été très contrastés, mais beaucoup d'enseignements précieux ont été tirés. De plus, les exemples d'activités dans et avec les pays qui sont donnés dans ce chapitre contribuent à cette évaluation de l'impact.

Comment les activités dans les pays ont-elles évolué ? L'orientation vers la satisfaction des besoins des États membres, par l'intermédiaire d'une stratégie au service des pays distincte – approuvée par le Comité régional de l'Europe en 2000 (6) a été un tournant pour le Bureau régional. Cette stratégie a tenu compte à la fois de la diversité et des similitudes entre les 53 pays de la Région, reconnaissant qu'elle doit desservir chaque pays dans sa spécificité.

Au cours du dernier exercice biennal, le Bureau régional s'est attaché à proposer aux pays des services sur la politique de santé et le développement des systèmes de santé qui leur soient adaptés, qu'il s'agisse de pays en transition, de candidats à l'adhésion à l'Union européenne (UE) ou de membres de cette dernière, ou de tout autre pays.

Il a pour mission « d'aider les États membres à : mettre en place leurs propres politiques sanitaires, systèmes de santé et programmes de santé publique, et à en assurer la pérennité ; prendre des mesures de prévention et de lutte contre les menaces pesant sur la santé ; anticiper les problèmes à venir ; et promouvoir la santé publique » (7). Il a exécuté cette mission en aidant les pays, par exemple à définir des priorités en matière de santé publique, construire une base de données factuelles et mettre en place des systèmes d'information sanitaire solides.

En outre, le Bureau a harmonisé la Stratégie de pays avec les initiatives d'autres acteurs dans le domaine, pour éviter le chevauchement et la fragmentation des activités. Il a renforcé ses

¹ L'Observatoire est un partenariat du Bureau régional avec des organismes internationaux, des gouvernements, des établissements de recherche, une région et une organisation internationale non gouvernementale ; pour en savoir plus sur le travail de l'Observatoire, voir le chapitre 4.

partenariats internationaux, et a notamment noué des alliances solides avec des organisations qui sont de plus en plus impliquées dans les questions de santé, comme l'UE, la Banque mondiale, l'Alliance GAVI et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

L'orientation vers l'appui adapté aux pays a été une démarche logique. Après la voie choisie en 2000, le Bureau régional s'est progressivement adapté et a adapté ses fonctions pour mieux répondre aux besoins des systèmes de santé des différents États membres et fournir ses services au niveau des pays. Il a signé des accords de collaboration biennaux avec 33 pays. L'unité Politiques et systèmes relatifs aux pays, qui comprenait des services d'assistance stratégique spécifique pour les pays, a fourni une orientation stratégique et une analyse. Les domaines prioritaires retenus pour être inclus dans ces accords ont été alignés sur les quatre fonctions des systèmes de santé : direction (ou gouvernance), production de ressources (par l'investissement et la formation), prestation (ou fourniture) de services et financement (par la collecte, la mise en commun et les achats).

La présence directe dans le pays est fondamentale dans la fourniture d'un appui de l'OMS, en particulier dans les pays ayant une charge de morbidité élevée. Le Bureau régional a continué de tenir compte de ce facteur et continue d'assurer une forte présence dans les pays.

Sur le plan organisationnel, le service Activités dans les pays a été consolidé pour fournir un cadre de gestion unifié à toutes les activités du Bureau régional dans les pays. Le mandat et les fonctions du personnel des bureaux de pays ont été revus et actualisés. Le Service d'assistance pour les activités dans les pays a accru à la fois ses effectifs et sa capacité opérationnelle pour assurer une coordination et un appui en matière de gestion entre les bureaux de pays et tous les autres services et unités du Bureau régional.

Le Service d'assistance pour les activités dans les pays a trois fonctions principales :

1. veiller à ce que les bureaux de pays aient tous les outils nécessaires pour appuyer et faciliter la mise en œuvre des accords de collaboration biennaux au niveau des pays ;
2. soutenir la direction du Bureau régional dans de nombreux aspects des activités par pays et interpays, en particulier la coordination et la gestion ;
3. fournir un prolongement important aux programmes de santé, de même qu'à la Division de l'administration et des finances, dans la vie quotidienne du Bureau.

Le Service d'assistance couvre tous les pays de la Région, aussi bien ceux dans lesquels l'OMS a des bureaux que ceux dans lesquels elle travaille sans présence permanente, qui se trouvent surtout dans la partie occidentale de la Région. Un lien avec le Siège de l'OMS par

l'intermédiaire du Département de l'action en faveur des pays permet au Bureau régional de rester aligné avec les initiatives mondiales de l'OMS, et de mobiliser l'appui nécessaire dans toute l'Organisation pour mieux servir ses États membres.

Le Bureau régional travaille souvent avec des États membres de l'Europe occidentale sans présence permanente de l'OMS. D'un autre côté, il a un bureau à Bruxelles (Belgique) à titre de représentation auprès de l'UE, avec un cadre stratégique et un plan d'action détaillé adoptés récemment (voir la fin du présent chapitre).

Le Bureau régional a en outre adapté autant que possible sa coopération avec ses États membres occidentaux à leurs besoins et demandes spécifiques. La mise en œuvre d'accords de collaboration biennaux avec l'Andorre, la Belgique et le Portugal ont renforcé encore l'orientation stratégique de cette collaboration. De plus, en 2006-2007, la série de Forums du futur pour les responsables de la santé a continué de stimuler le débat parmi les décideurs de haut niveau sur des questions particulièrement importantes de santé publique.

La priorité accordée, dans les activités au service des pays, au développement des systèmes et institutions de santé a été un autre élément important dans le renforcement de cette approche stratégique. De fait, des systèmes de santé efficaces sont une condition préalable à des améliorations durables de la santé de la population de la Région, malgré les différences considérables entre les systèmes de santé européens. Les ensembles d'enjeux, de priorités et de ressources, qui diffèrent dans chaque État membre, exigent des séries adaptées d'approches et de réponses correspondant aux besoins de chaque pays. Le rapport sur la mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau régional présenté au Comité régional en 2004 reconnaissait la difficulté de définir les mesures à prendre pour améliorer le fonctionnement des systèmes de santé et se mettre d'accord sur ces mesures. En 2005, la phase suivante de cette stratégie – renforcer les systèmes de santé – a été lancée par la résolution EUR/RC55/R8 (8) du Comité régional. L'objectif était d'accorder un degré élevé de priorité aux systèmes de santé dans l'action du Bureau en réorientant les travaux effectués dans tous les domaines, en particulier dans les programmes de santé prioritaires, pour mieux les intégrer dans des systèmes de santé renforcés au niveau du pays (9).

Renforcement des bureaux de pays de l'OMS

Les 29 bureaux de pays de l'OMS assurent la mise en œuvre coordonnée des priorités convenues avec les ministères de la Santé des pays. Avec le personnel des bureaux de pays, le Bureau régional a fait des évaluations stratégiques des besoins de santé de chaque État membre, qui a défini les domaines de collaboration figurant dans les accords de collaboration biennaux pour 2006-2007.



L'équipe de l'un des bureaux de pays de l'OMS, en Azerbaïdjan, lors d'une visite de Margaret Chan, directeur général de l'OMS, Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe et Nata Menabde, directeur régional adjoint.

Les rôles et les fonctions des chefs des bureaux de pays, définis en 2002-2003, ont été revus et modifiés à la quatrième réunion mondiale des chefs des bureaux de pays de l'OMS, qui s'est tenue en novembre 2007 au Siège de l'OMS (10). Ces rôles comprennent la gestion des fonctions essentielles de l'OMS au niveau des pays ; l'exercice d'un leadership en matière de promotion, de partenariat et de représentation, l'élaboration de la politique et la coopération technique ; et l'administration et la gestion. La réunion mondiale a pris des exemples européens pour montrer aux autres régions comment l'approche des systèmes de santé peut être incorporée dans la planification et la mise en œuvre des activités dans les pays.

Un examen de la situation générale des ressources humaines en 2006-2007 a fait apparaître certains déséquilibres entre les pays, notamment la présence insuffisante de personnel international. Le Bureau régional a pris des mesures pour y remédier en 2008-2009. Ces mesures seront présentées dans la répartition par pays/hors pays des effectifs du Bureau régional au tableau 1.

Tableau 1. Répartition des effectifs dans les pays, par catégorie

Effectifs	Effectifs en 2006-2007 (%)				Modifications proposées pour 2008-2009 (%)			
	AI ^a	AN ^b	SG ^c	Total	AI	AN	SG	Total
Hors pays	84	0	60	60	77	0	61	56
Dans les pays	16	100	40	40	23	100	39	44
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

^a AI : administrateurs internationaux.

^b AN : administrateurs nationaux.

^c SG : personnel de la catégorie des services généraux.

Le Bureau régional a mené des activités de développement des capacités pour renforcer l'efficacité du personnel des bureaux de pays, à savoir formation dans le domaine des communications, ressources humaines, gestion générale et domaines techniques essentiels liés à la santé dans la Région.

Exemples d'activités dans et avec les pays

Albanie : services médicaux d'urgence

À la demande du ministère de la Santé, une enquête a été réalisée en janvier et février 2006 dans 16 des 51 hôpitaux de l'Albanie, pour évaluer les départements d'urgence et leurs services. Cette enquête a révélé le faible taux d'utilisation des services médicaux d'urgence en général et la faible qualité des soins fournis dans les départements d'urgence. L'OMS a coordonné un groupe de travail comprenant des directeurs de service, médecins hospitaliers et administrateurs de la santé pour examiner comment réformer ce service et faire des recommandations. Le groupe a élaboré une proposition pratique dans les derniers mois de 2006 et au premier semestre de 2007.

En particulier, il a conçu un module standard pour un département d'urgence, doté d'un personnel correctement formé et équipé des outils minimaux appropriés pour un diagnostic et un traitement efficaces. Le groupe de travail a également élaboré des protocoles normalisés pour effectuer un triage des patients et définir des priorités de traitement, ainsi que des outils et des techniques normalisés, fondés sur des données cliniques.

Lors d'une conférence nationale de consensus organisée en juin 2007, le cadre conceptuel de la réforme proposée a ensuite été présenté à la communauté médicale concernée, aux donateurs internationaux et au grand public.

La conception de la réforme a pris du temps, mais le processus a associé tous les acteurs concernés. Cette conférence a été le point de départ d'une sensibilisation et d'un consensus sur les besoins et les principes de la réforme de la politique, qui devraient accroître sensiblement les chances de réussite de la réforme. Il en est résulté aussi la préparation d'une stratégie nationale pour les services médicaux d'urgence, qui attirera peut-être le soutien de partenaires du développement.

Arménie : aide au renforcement de la capacité nationale pour l'évaluation de la performance du système de santé

À la fin de 2004, la réforme du système de santé en Arménie était confrontée au grave problème du manque d'informations sur l'efficacité de l'utilisation des ressources et l'impact

global des réformes sur le terrain. Le système de suivi et d'évaluation du ministère de la Santé n'était pas encore en mesure de fournir un tableau d'ensemble de la performance du secteur de la santé et en particulier manquait d'informations sur la couverture, l'accès, l'équité, la qualité, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et l'impact de la pauvreté. Les raisons sous-jacentes étaient le manque de capacités et des contraintes institutionnelles à l'établissement de rapports réguliers sur la santé de la population et au fonctionnement du système de soins, ainsi que la nécessité générale de renforcer davantage la fonction de direction au sein du ministère.

À la fin de 2005, le ministère a décidé d'élaborer un cadre national pour mesurer la performance du système de santé, sur la base du cadre de l'OMS (11). Comme un projet de la Banque mondiale sur la modernisation du secteur de la santé comportait un volet sur le renforcement de la capacité du gouvernement à élaborer et suivre des politiques efficaces du secteur de la santé, le bureau de pays de l'OMS en Arménie a aidé les trois parties à unir leurs forces.

L'accord de collaboration biennal avec l'Arménie pour 2006-2007 prévoyait un appui technique au ministère pour renforcer sa capacité en matière d'évaluation de la performance du système de santé. Il s'agissait d'élaborer la méthodologie et l'instrument, d'analyser les données de l'enquête et de préparer le premier rapport national sur le sujet. Lors d'une consultation nationale tenue en octobre 2007, les résultats et conclusions de l'évaluation ont été présentés aux principaux acteurs du secteur de la santé du pays. Pendant tout le processus, le bureau de pays a servi d'intermédiaire à la fois pour l'appui technique du Bureau régional et le partenariat avec la Banque mondiale, qui a porté en particulier sur un groupe de travail local, une assistance technique et une enquête sur la santé des ménages.

Le groupe de travail local, après avoir reçu une formation de l'OMS, a été installé dans un centre d'analyse de l'information sanitaire à l'Institut national de la santé. Le but de cette initiative était d'institutionnaliser le processus.

Pour renforcer encore la capacité du ministère en matière d'évaluation de la performance du système de santé et ses liens avec le processus de décision, il faudra identifier les changements infrastructurels nécessaires et donner des conseils sur le cadre juridique et le cadre d'orientation.

Azerbaïdjan : santé génésique

La mortalité maternelle en Azerbaïdjan est supérieure à la moyenne de la Région européenne de l'OMS. Portant une attention particulière à la santé génésique et infantile, le ministère

de la Santé a demandé au Bureau régional de l'aider à faire une analyse de la situation de la santé génésique dans le pays. L'analyse détaillée a montré que les problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé et la participation de la collectivité influent sur l'accès des femmes et de leur famille aux services de santé génésique.

Sur la base de cette analyse, l'OMS a aidé les responsables de la politique et les experts nationaux à élaborer une stratégie nationale sur la santé génésique pour 2008-2015, que le ministre de la Santé a approuvée le 30 janvier 2008. L'assistance de l'OMS a fait intervenir des partenariats étroits, notamment avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Les domaines d'intervention suivants ont été identifiés :

- santé de la mère et du nourrisson ;
- choix en matière de procréation, par la planification familiale et l'avortement sans risque ;
- infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que cancer du col de l'utérus et VIH/sida ;
- santé génésique des adolescents ;
- violence à caractère sexiste et exploitation sexuelle.

Pour atteindre les objectifs internationaux de développement, il faut commencer par avoir une politique et une stratégie claires. Pour l'Azerbaïdjan, la stratégie comprend un plan d'action de deux ans. À la demande du ministère de la Santé, le Bureau régional suivra sa mise en œuvre et coordonnera l'assistance internationale à cet égard.

Bulgarie : renforcer la réponse à la grippe aviaire

À la suite de cas d'infection de cygnes sauvages par le virus H5N1 en Bulgarie en février 2006, ainsi que de nombreuses flambées épidémiques dans d'autres pays européens (y compris chez l'homme dans deux pays), la Bulgarie a eu besoin d'urgence de renforcer sa réponse à la grippe aviaire et de se préparer en vue d'une éventuelle pandémie.

Le bureau de pays de l'OMS, avec l'appui du Bureau régional, du Siège de l'OMS et du ministère de la Santé, a été le coordonnateur d'ensemble du projet élaboré à cette fin. Entre mai 2006 et décembre 2007, il a déterminé les besoins du pays, mobilisé des donateurs et des partenaires pour financer les interventions, et suivi et évalué l'exécution du projet. Le ministère de la Santé a assuré la participation active de divers organismes à tous les niveaux (communes, services vétérinaires, services de santé et structures de la protection civile), ce qui a mis en lumière l'importance d'équipes multidisciplinaires.

L'objectif général du projet était de limiter au maximum la possibilité d'une transmission de la grippe aviaire à l'homme en fournissant des informations techniques et une formation

appropriées concernant la prévention, la surveillance, la vérification et la notification des cas de grippe aviaire et de toute transmission éventuelle à l'homme. L'objectif spécifique était de fournir au pays un appui technique pour renforcer les activités dans trois domaines apparentés : la notification de la maladie, le diagnostic des cas éventuels, et la lutte contre l'infection et la prise en charge des cas si des personnes étaient atteintes et hospitalisées.

Le projet a été mis en œuvre dans le contexte du renforcement général du système de santé de la Bulgarie, clé d'une sécurité sanitaire efficace. Des ateliers ont été organisés sur les aspects suivants :

- surveillance ;
- diagnostic au laboratoire de la grippe aviaire ;
- lutte contre l'infection et prise en charge des cas ;
- préparation à une pandémie ;
- communications pour les journalistes ;
- le Règlement sanitaire international (RSI) de 2005 (12), qui a abouti à l'élaboration et à l'adoption par le Conseil des ministres bulgare d'un programme national sur son application.

À une réunion annuelle d'épidémiologistes de toutes les structures gouvernementales, un atelier s'est tenu sur la surveillance des maladies transmissibles en Bulgarie. Environ 340 professionnels ont été formés, et ont reçu des cédéroms contenant les matériels de l'atelier. Plusieurs participants, qui représentaient des universités médicales, utiliseront ces cédéroms pour leur enseignement et pour mettre à jour les programmes d'études sur l'épidémiologie et les maladies transmissibles.

Le projet a également comporté l'élaboration de modes opératoires normalisés et de documents sur la prise en charge des cas, l'acquisition de matériel informatique et de laboratoire, et la mise en place d'un système d'information via le Web pour la surveillance de la grippe, qui est devenu pleinement opérationnel en 2007. Le Siège de l'OMS a fait don de boîtes et de supports pour transporter des prélèvements provenant de cas humains suspectés de grippe aviaire au centre national contre la grippe.

Italie : la fièvre à virus Chikungunya

Le 30 août 2007, le point focal national italien pour le RSI a signalé au Bureau régional une flambée, confirmée au laboratoire, de fièvre à virus Chikungunya dans quatre provinces d'Émilie-Romagne, dans le nord-est de l'Italie (13). Des cas importés d'infection à virus Chikungunya avaient été recensés dans la Région européenne depuis l'épidémie dans l'océan

Un jardin luxuriant dans le nord-est de l'Italie devient un gîte larvaire idéal pour le moustique *Aedes albopictus*, vecteur de la fièvre à virus Chikungunya débiliteuse et douloureuse.



© OMS/Roberta Andraghetti

Indien en 2005. La flambée épidémique en Émilie-Romagne, toutefois, a été la première occurrence de transmission autochtone en Europe.

À l'invitation du ministère de la Santé de l'Italie, le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) et le Bureau régional ont, en septembre 2007, effectué une mission conjointe d'évaluation des risques avec des experts de plusieurs disciplines. La mission a signalé la flambée en Italie comme une alarme pour les autres États membres européens dans lesquels *Aedes albopictus*, le vecteur du virus à Chikungunya, est établi. Sa présence est attestée dans au moins 12 pays européens : Albanie, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Espagne, France, Grèce, Italie, Monténégro, Pays-Bas, Slovénie et Suisse.

La fièvre à virus Chikungunya, ainsi que d'autres infections à transmission vectorielle qui pourraient apparaître, constituera probablement un défi considérable pour les autorités de santé publique. La méconnaissance probable de la maladie parmi les cliniciens empêcherait sa détection précoce, et ne laisserait donc que peu de temps pour mettre en place une réponse multisectorielle appropriée afin d'atténuer l'impact d'une flambée épidémique. Le Bureau régional a donc apporté son appui aux États membres dans toute la Région, notamment à ceux dans lesquels la présence du vecteur est attestée, en établissant un plan de préparation multisectoriel.

Espagne : syndrome de l'huile frelatée

En mai 1981, l'Espagne s'est trouvée confrontée à une forte flambée épidémique causée par la consommation d'huile de colza à usage industriel mais vendue illicitement pour l'usage alimentaire. Plusieurs centaines de personnes sont décédées presque immédiatement et 20 000 autres ont été affectées, dont beaucoup sont encore malades d'aujourd'hui.

Le ministère espagnol de la Santé et de la Consommation s'est adressé au Bureau régional pour bénéficier d'une collaboration internationale afin d'orienter les recherches sur la nouvelle maladie, appelée syndrome de l'huile frelatée. Il en est résulté une collaboration scientifique de plus de 20 ans entre le Bureau régional et l'Instituto de Salud Carlos III, Unidad de Investigación sobre el Síndrome del Aceite Tóxico (UISAT), qui a été désigné centre collaborateur de l'OMS pour l'épidémiologie des maladies liées à l'environnement en 1998.

L'objectif du Comité scientifique mixte OMS/UISAT pour le syndrome de l'huile frelatée a été de faire avancer les connaissances scientifiques sur l'épidémiologie, la pathologie, l'immunologie et la toxicologie chimique de la maladie afin d'expliquer son étiologie et de se préparer pour des situations similaires. Le rôle du Bureau régional a été de sensibiliser les autres États membres à l'importance potentielle pour la santé publique du syndrome de l'huile frelatée, pour le cas où surviendraient des épidémies similaires. Le Bureau régional a publié trois rapports principaux sur les conclusions du Comité (14-16).

Le Comité mixte OMS/UISAT s'est réuni pour la dernière fois en août 2007. Ses travaux ont contribué à faire mieux connaître le modèle animal du syndrome de l'huile frelatée, l'identification des facteurs de risque et le pronostic de risque, et l'histoire de la maladie. Pour situer les résultats obtenus grâce à ces recherches dans un contexte plus large, un colloque international sur la santé publique sera organisé en 2008 à Madrid, et traitera du sujet plus général de la recherche sur l'environnement et la santé comme exemple d'élaboration de politiques fondées sur des données factuelles. Organisé conjointement par le Bureau régional et la Direction générale de la recherche de la CE, il contribuera à l'élaboration d'un plan de recherche pour la Région européenne et mettra en particulier l'accent sur une stratégie de communication pour les risques environnementaux.

Turkménistan : paludisme

Bien que le paludisme endémique ait été éradiqué au Turkménistan en 1960, des cas sporadiques sont occasionnellement signalés. En particulier lors d'une poussée épidémique en 1998, 115 cas ont été recensés dans une région située le long de la frontière avec l'Afghanistan.

Pour que la lutte antipaludéenne continue d'occuper un rang élevé de priorité, le Comité régional a adopté en 2002 la résolution EUR/RC52/R10 intitulée « Amplifier l'action contre le paludisme dans la Région européenne de l'OMS » (17). Il a instamment prié les pays de la Région qui étaient confrontés à une résurgence de la maladie de prendre toutes les mesures possibles pour consolider les résultats qu'ils avaient obtenus et faire reculer encore le paludisme. Le but ultime de la nouvelle stratégie régionale est d'interrompre la transmission du paludisme d'ici 2015 et d'éliminer la maladie de la Région.

Répondant à l'appel lancé par l'OMS pour combattre cette maladie, le Turkménistan a adhéré à la stratégie régionale pour l'élimination du paludisme (18), qui a fait suite à la Déclaration de Tachkent, « The Move from Malaria Control to Elimination » (19). Un contrôle épidémiologique étroit, l'utilisation de méthodes biologiques écologiques pour combattre le vecteur, une collaboration étroite avec les grandes organisations internationales et la sensibilisation de la population ont permis d'arrêter la progression de la maladie. Aucun cas de paludisme n'a été recensé au Turkménistan en 2006-2007.

Avec l'assistance technique du Bureau régional, le service épidémiologique et sanitaire du ministère de la Santé et l'Industrie médicale ont élaboré un plan stratégique national pour l'élimination du paludisme, qui porte sur la période 2008-2010. Ce plan vise à éliminer le paludisme de tout le pays, à commencer par les zones frontalières, pour empêcher sa transmission depuis l'extérieur. Les services sanitaires et épidémiologiques ont effectué un contrôle épidémiologique étroit : suivi de la situation à l'aide d'indicateurs nationaux tels que la morbidité paludéenne, amélioration de la surveillance, promotion des activités de lutte contre le vecteur, traitement rapide et efficace des personnes atteintes, renforcement des activités d'éducation pour la santé et de la participation de la collectivité, et formation de divers groupes de spécialistes ciblant le paludisme.

Étant donné l'importance de la transmission transfrontalière, le ministère appuie sans réserve la collaboration entre les régions de l'Europe et de la Méditerranée orientale de l'OMS. C'est pourquoi le Turkménistan a signé la Déclaration de Kaboul sur la collaboration en matière de santé à la Conférence « Health for All, Health by All: Communicable Diseases Recognize No Borders », en avril 2006 (20). Le ministère a également accueilli une réunion de l'OMS sur les progrès dans l'élimination du paludisme dans la Région européenne de l'OMS à Achgabat fin 2007 (21). Le Bureau régional a fourni un appui financier et technique pour ces activités, tandis que l'UNICEF a soutenu l'impression de documents d'information et l'achat de médicaments antipaludéens, et que l'USAID a fourni des fonds.

Avec le centre d'information sanitaire du Turkménistan et le ministère de la Santé et l'Industrie médicale, les services sanitaires et épidémiologiques ont mené une campagne de



© OMS/Jahan Nurmuamedova

Des brochures d'information et d'autres documents ont été distribués au Turkménistan pendant la campagne de sensibilisation contre le paludisme en mai 2007.

sensibilisation à grande échelle sur la prévention du paludisme pour la population générale en mai 2007, avec le soutien des médias, notamment des articles dans les journaux nationaux et locaux et une édition spéciale d'une émission de télévision sur la santé consacrée au paludisme. Des médecins de famille, des épidémiologistes et des spécialistes des centres de promotion de la santé ont diffusé l'information dans le public, tandis que le personnel de Turkmenistan Airlines a, sur les vols intérieurs, remis aux voyageurs des brochures sur le paludisme. Le Bureau régional et l'UNICEF ont apporté un soutien financier pour l'élaboration et l'impression de nombre de ces documents.

Cette expérience a aidé à développer le système de santé au Turkménistan. Les interventions étaient conçues pour contribuer à améliorer la santé, la protection financière de la population et la capacité de réponse et l'efficacité du système de santé.

Royaume-Uni : examen du National Institute for Health and Clinical Excellence

Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), en Angleterre (Royaume-Uni), est un organisme indépendant qui donne des orientations nationales sur la promotion de la santé et la prévention et le traitement de la mauvaise santé. Il publie des directives dans trois domaines :

- des directives de santé publique sur la promotion de la santé et la prévention de la mauvaise santé pour le personnel du Service national de santé (NHS), les collectivités locales, le grand public et le secteur bénévole ;
- des directives sur les technologies de santé concernant l'utilisation des médicaments, traitements et procédures nouveaux et existants au sein du NHS ;
- des directives concernant la pratique clinique sur le traitement approprié et les soins pour les personnes atteintes de maladies et d'affections particulières dans le NHS.

En 2006, le NICE a demandé à l'OMS de procéder à un examen indépendant de son programme de directives cliniques. Un autre examen, réalisé en 2003, avait porté sur le programme d'évaluation des technologies. L'objet de l'examen était d'évaluer la qualité des directives cliniques du NICE. Il a été réalisé par le personnel de l'OMS (du Bureau régional et du Siège) et un groupe de spécialistes internationaux de l'élaboration de directives.

L'examen a conclu que le NICE était l'un des organismes les plus importants, les plus productifs et les mieux organisés d'élaboration de directives cliniques au monde. Il a salué en particulier la transparence et l'exhaustivité de son processus de consultation et sa politique d'amélioration continue de la qualité.

Les examinateurs ont fait des recommandations sur les divers types de directives que produit le NICE, son recours à des revues systématiques et la manière dont différents types de modèles économiques répondent aux besoins des décideurs. Ils ont conseillé au NICE de renforcer sa collaboration avec des groupes nationaux et internationaux et d'accorder une attention spéciale à la mise en œuvre des directives. Le Conseil du NICE a examiné les conclusions de l'examen et utilisé nombre de ses recommandations pour renforcer encore le programme (22).

Principales activités en collaboration avec l'UE

À sa cinquante-sixième session, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a identifié l'UE comme un partenaire d'importance et de nature uniques pour le Bureau régional, et souligné que la coopération devrait viser à créer de nouvelles synergies et à améliorer le partage des tâches. Les deux organisations ont 27 États membres en commun et l'UE entretient des relations étroites avec les autres États membres du Bureau régional. La CE est une institution de définition de politiques et de réglementation ayant une portée mondiale et un poids financier et technique majeurs.

Le Bureau régional, l'UE et la CE collaborent à des processus politiques et à des consultations, comme la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité de

2006 (23), ainsi que la plate-forme sur l'alimentation et l'activité physique de la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs (DG SANCO). La CE a participé aux préparatifs de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, tandis que le Bureau régional, de son côté, a contribué à la consultation dirigée par la DG SANCO sur la stratégie sanitaire de l'UE en 2006-2007. L'un des principes de cette stratégie est l'approche de « La santé dans toutes les politiques ». Le Bureau régional et la CE ont organisé un atelier commun en juin 2007 sur la santé dans toutes les politiques avec les pays voisins de l'UE. Le Bureau a également co-organisé la Conférence ministérielle de l'UE sur « La santé dans toutes les politiques : réussites et défis », accueillie par le ministère italien de la Santé à Rome en décembre 2007, et à l'issue de laquelle a été adoptée une déclaration reconnaissant explicitement les déterminants plus généraux de la santé, les liens entre la santé et le développement économique, la nécessité de structures permettant une action intersectorielle et l'application de méthodes telles que les évaluations de l'impact sanitaire.

Le Bureau régional appuie aussi les États membres exerçant la présidence de l'UE (24). En 2006-2007, il a assuré appui et coordination techniques pour les présidences de l'Allemagne (sur la prévention, l'innovation et l'accès aux services de santé), de l'Autriche (sur le diabète de type 2 et la santé des femmes), de la Finlande (sur la santé dans toutes les politiques) et du Portugal (sur la santé et les migrations). Il a conçu un plan de dix-huit mois pour trois présidences consécutives (celles de l'Allemagne, du Portugal et de la Slovaquie).

Le Bureau régional et l'ECDC collaborent en vertu d'un mémorandum d'accord, avec des plans d'action communs actualisés chaque année. La coopération est tripartite, la CE, l'ECDC et le Bureau régional participant sur un pied d'égalité. La réponse commune à la grippe aviaire au début de 2006 en Azerbaïdjan et en Turquie, par exemple, montre les progrès de la coordination (voir la section sur la grippe aviaire au chapitre 3).

Le Bureau régional et l'UE collaborent également et s'appuient mutuellement au niveau des pays. Par exemple, en Moldova, le ministère de la Santé a invité le bureau de pays de l'OMS à participer aux consultations sur la formulation d'activités du secteur de la santé dans le plan d'action UE/Moldova (25), dans le cadre de la politique européenne de voisinage de l'UE. Plusieurs de ces activités ont été mises en œuvre avec l'appui technique du Bureau régional. Le bureau de pays, le bureau de l'OMS à l'UE et le bureau de la délégation de la CE en Moldova ont en outre facilité des consultations entre le ministère de la Santé et l'UE en décembre 2006, ce qui a renforcé le dialogue avec la CE et l'engagement de cette dernière d'appuyer le développement du système de santé en Moldova.

3. Améliorer la santé dans la Région européenne grâce à des activités normatives et techniques

En tant qu'institution spécialisée des Nations Unies pour la santé, l'OMS s'acquitte de ses fonctions conformément au Onzième programme général de travail. Après avoir passé en revue au chapitre 2 les activités du Bureau régional au titre des deux principales fonctions les plus directement liées aux activités dans les pays, le rapport examine maintenant les activités correspondant à trois autres fonctions (2) :

- fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
- fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application ;
- définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes.

Contrairement au chapitre 2, qui a illustré l'activité du Bureau régional pays par pays, le présent chapitre met l'accent sur des domaines techniques, reflétant largement les grands défis auxquels sont confrontés la santé et les systèmes de santé dans la Région européenne. Il traite d'abord des programmes de santé, puis des systèmes de santé, ce qui comprend la gouvernance, la prestation de services, la production de ressources et le financement.

Programmes de santé : panorama des activités **Maladies transmissibles et hygiène de l'environnement** ***Maladies à prévention vaccinale***

Les principaux objectifs de l'OMS contre les maladies à prévention vaccinale sont le maintien de la certification de la Région européenne en tant que région indemne de poliomyélite, et l'élimination de la rougeole et de la rubéole, associée à une prévention accélérée de la rubéole congénitale d'ici 2010 (26). Le Comité régional de l'OMS a célébré en juin 2007 la cinquième année consécutive exempte de poliomyélite dans la Région. En outre, plus de 60 % des États membres ont atteint l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole fixé en 2005. Globalement, l'incidence de la rougeole dans la Région a diminué de 75 % entre 2003 et 2007, année où quelque 7 000 cas ont été signalés.

Des activités de vaccination supplémentaire ont été menées en direction des populations vulnérables et difficiles à atteindre dans quatre pays. Elles constituent une composante

fondamentale du plan régional d'élimination de la rubéole et de la rougeole et de la lutte contre la rubéole congénitale. Ces activités ont atteint l'objectif d'une couverture vaccinale de 95 % fixé par le ministère de la Santé.

En 2005 a été lancée la Semaine européenne de la vaccination, réitérée en 2006 et 2007, et à laquelle s'associent chaque année des pays de plus en plus nombreux. La plupart des pays de la Région ont participé à la semaine de 2007 en avril.

Des activités de vaccination supplémentaire ont eu lieu en Arménie en direction des populations vulnérables et difficiles à atteindre et un panneau placé au-dessus d'une route à Erevan attire l'attention sur la campagne en octobre 2007.



© OMS/Sergueï Dachevot

Tuberculose

En 2005, près d'un demi-million de personnes dans la Région européenne ont été atteintes de la tuberculose et l'on a compté 66 000 décès liés à cette maladie. La multirésistance est une préoccupation croissante ; treize des pays du monde où la prévalence de la tuberculose

multirésistante est la plus élevée se trouvent dans la Région européenne. Malgré des efforts importants, la proportion de la population de la Région couverte par la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) en 2005 est restée inférieure à 50 %. Ces chiffres sont révélateurs des graves difficultés auxquelles se heurtent les systèmes de santé et montrent que l'OMS doit travailler avec les pays pour développer leur système.

En octobre 2007, à Berlin (Allemagne), le Bureau régional a organisé le Forum ministériel européen de l'OMS « Tous contre la tuberculose », dont le principal résultat a été l'adoption de la Déclaration de Berlin (27), visant à modifier les priorités sanitaires dans la Région de manière à susciter un engagement et mobiliser les fonds nécessaires d'urgence pour arrêter la propagation de l'épidémie et à relever le défi croissant que posent la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (28). Les États membres se sont engagés à assurer un suivi étroit et une évaluation précise de la mise en œuvre des mesures détaillées dans la Déclaration.



© OMS/Carl Cordonnier-DailyLife

Les principaux participants au Forum ministériel européen de l'OMS « Tous contre la tuberculose » en 2007, derrière la Déclaration de Berlin sur la tuberculose.

VIH/sida

Si la Région européenne continue d'être celle dans laquelle l'épidémie d'infection à VIH progresse le plus rapidement dans le monde, l'accès à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/sida a considérablement augmenté au cours de l'exercice biennal. De nombreux pays ont fourni une thérapie antirétrovirale hautement active (HAART) ; 38 des 53 États membres en ont fait bénéficier plus de 75 % des personnes infectées par le VIH qui en avaient besoin. En décembre 2005, on estimait que 343 000 patients dans la Région européenne de l'OMS recevaient cette thérapie, contre 385 000 en 2006 et 435 000 en décembre 2007. Les chiffres correspondants pour l'Europe centrale et orientale ont également augmenté : le nombre de

patients bénéficiant d'une thérapie HAART est passé de 23 000 en 2005 à 35 000 en 2006 et 55 000 en décembre 2007. Malheureusement, le nombre de nouveaux patients dans ces pays augmente plus vite que le nombre de personnes ayant accès au traitement.

Les principaux objectifs en 2006-2007 ont été de fournir des orientations normatives et de conseiller et aider les États membres à réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins concernant le VIH/sida d'ici 2010. Le rapport d'étape sur la mise en œuvre de la Déclaration de Dublin présente une bonne partie des progrès accomplis et nombre des défis à relever (29). Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe l'a établi en collaboration avec ses partenaires, avec un financement de la présidence allemande de l'UE, et au nom du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

En outre, le Bureau régional – en collaboration avec le Siège de l'OMS, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et l'ONUSIDA – a défini des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins concernant le VIH/sida pour les toxicomanes par injection, mis au point un système de mesure pour le suivi et l'évaluation, et fourni un appui technique. Pour ce qui est de la prévention du VIH, le traitement de substitution aux opiacés (OST) a été fortement renforcé dans les pays de l'UE. Le Bureau régional a été particulièrement actif par exemple en Ukraine, où il a travaillé avec les autorités locales pour introduire et développer le recours à ce traitement et collaboré avec le narcologue en chef pour réviser les directives méthodologiques concernant la thérapie de substitution à la méthadone. Il a aussi fourni une assistance technique systématique aux États membres s'adressant au Fonds mondial.

Pour ce qui est des orientations normatives, le Bureau régional a publié en 2007 les Protocoles cliniques pour la Région européenne de l'OMS concernant le traitement et les soins en matière de VIH/sida (30).

Autres infections sexuellement transmissibles

Le risque accru d'infection à VIH et de transmission de ce virus ajoute à la charge des IST dans la Région européenne : une combinaison de stigmatisation, maladie aiguë, stérilité, handicap et mortalité. En particulier, les IST augmentent le risque d'acquérir ou de transmettre le VIH, notamment dans leurs premières phases. La syphilis, par exemple, et l'infection à VIH tendent toutes deux à toucher des groupes de population similaires, tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les toxicomanes par injection et leurs partenaires sexuels, et les hétérosexuels qui changent fréquemment de partenaire. La chlamydie augmente aussi le risque d'infection à VIH ; c'est l'IST la plus courante dans la Région européenne, en particulier chez les jeunes, et elle est souvent asymptomatique en particulier

chez les femmes. Lymphogranuloma venereum, causée par *Chlamydia trachomatis*, est de plus en plus fréquente chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Chaque année, environ 1,2 million de cas d'IST sont signalés dans la Région européenne.

Assurer un accès universel à une prévention, un traitement et des soins équitables, efficaces, sûrs et abordables reste l'un des grands défis de santé publique dans la Région européenne. La diversité de la composition et de la qualité des systèmes de surveillance des IST ne permet toutefois pas de faire des comparaisons des données sur la surveillance et limite l'interprétation des tendances. Un problème particulier est de fournir une réponse coordonnée des systèmes de santé, s'attaquant simultanément aux IST et au VIH et intégrant des services pour les deux. Il faut aussi une approche globale de la santé publique pour s'attaquer aux facteurs complexes sous-jacents des épidémies.

En 2006-2007, les principaux objectifs du Bureau ont été de fournir des orientations normatives et de conseiller et aider les États membres pour qu'ils améliorent la prévention, le traitement et la lutte contre les IST (31). La Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles de l'OMS constitue le cadre et l'approche de santé publique nécessaires pour réduire le fardeau des IST.

Hépatite virale

On estime que 180 millions de personnes dans le monde sont atteintes d'hépatite C et 350 millions d'hépatite B. La prévalence du virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogues injectables dans la Région est de 65 à 95 % ; le taux de co-infection par le VIH est d'environ 40 %, bien qu'il varie largement. La maladie hépatique liée au virus de l'hépatite C est la principale cause de décès parmi les patients co-infectés. Les facteurs de risque pour la transmission du virus de l'hépatite B et l'infection par ce virus sont comparables à ceux du VIH, si ce n'est que le premier est plus infectieux.

Le Bureau régional a contribué à sensibiliser à l'hépatite en accueillant la Journée mondiale de l'hépatite en 2006. Il a également été l'un des principaux collaborateurs de la publication *Hepatitis C among injecting drug users in the new EU Member States and neighboring countries: situation, guidelines and recommendations* (32). Les orientations normatives de l'OMS ont comporté des protocoles sur la gestion clinique de la co-infection par le VIH et l'hépatite B et C (33).

Paludisme

Le paludisme reste un défi dans six États membres de la Région : l'Azerbaïdjan, la Géorgie, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et la Turquie. Le but ultime de la nouvelle stratégie

régionale de lutte contre le paludisme est d'éliminer ce dernier dans la Région européenne d'ici 2015 (18). À cette fin, tous les pays de la Région touchés par le paludisme ont adopté la Déclaration de Tachkent « The Move from Malaria Control to Elimination » (19).

Le principal obstacle auquel se heurtent les programmes d'élimination est leur coût, qui dépasse généralement les ressources disponibles. L'OMS et le Fonds mondial sont actuellement les principales sources de financement des interventions aux niveaux des pays et des régions. Un système de santé fonctionnant bien, capable de mener des interventions efficaces, est essentiel. Des initiatives telles que la distribution de moustiquaires ne sont pas nécessairement coûteuses ; le problème est leur distribution et leur contrôle. Comme il a été dit à propos du Turkménistan (au chapitre 2), le Bureau régional appuie cette approche par l'envoi d'experts sur le terrain et la sensibilisation de la population.

Maladies tropicales

En 2007, le Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de développement concernant les maladies tropicales (TDR) coparrainé par l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Banque mondiale et l'OMS a adopté et avalisé sa vision et stratégie pour les dix ans à venir « Favoriser un effort mondial de recherche efficace sur les maladies infectieuses liées à la pauvreté dans lequel les pays d'endémie jouent un rôle décisif » (34). La nouvelle stratégie s'articule autour de trois fonctions :

- direction de la recherche sur les maladies infectieuses des populations pauvres ;
- autonomisation des chercheurs et des professionnels de santé publique dans les pays d'endémie ;
- recherche dans les domaines prioritaires délaissés, y compris ceux qui ont trait aux maladies émergentes.

Une nouvelle approche du programme était particulièrement nécessaire, car au cours des dernières décennies, l'environnement de la recherche a considérablement changé, de nouveaux défis sont apparus et les efforts collectifs de recherche doivent être mieux adaptés aux priorités fixées par les pays d'endémie. Un budget ambitieux de 121 millions de dollars des États-Unis (USD) a été convenu pour l'exercice biennal 2008-2009. Les activités du programme spécial ont été entièrement alignées sur la nouvelle stratégie au 1^{er} janvier 2008.

Le Conseil conjoint de coordination, créé en 1975, comprend les membres suivants de la Région européenne :

- Bulgarie (jusqu'à la fin de 2010) et Ouzbékistan (jusqu'à la fin de 2009) en tant que représentants de la Région ;

- Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse (jusqu'à la fin de 2008), Norvège (jusqu'à la fin de 2009), Belgique et Suède (jusqu'à la fin de 2010) en tant que contributeurs de ressources financières ;
- Luxembourg (jusqu'à la fin de 2008) en tant que l'une des autres parties coopérantes.

Il était prévu de tenir les trente et unième et trente-deuxième sessions du Conseil au Brésil (en juin 2008) et en Suisse (en juin 2009).

Grippe aviaire, préparation à la pandémie et RSI

De 2003 au 31 mars 2008, les États membres de l'OMS ont recensé dans le monde entier 373 cas humains d'infection par le virus de la grippe aviaire A/H5N1, dont 236 cas mortels. De juillet 2005 au 21 novembre 2007, 28 pays de la Région ont signalé à l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) au moins une flambée de H5N1 chez les animaux.

En 2006, dans la Région européenne, 20 cas humains (9 mortels) ont été signalés – 12 cas et 4 décès en Turquie, 8 cas et 5 décès en Azerbaïdjan. Le Bureau régional a conduit des missions internationales dans ces pays pour aider les gouvernements dans leurs enquêtes sur les flambées chez l'homme et y réagir. Il a collaboré étroitement avec des comités de crise intersectoriels nationaux, les organismes des Nations Unies, l'ECDC et la CE pour renforcer la préparation à une pandémie dans la Région. Le rapport *Making preparation count* (35) résume les enseignements tirés de la flambée de grippe aviaire en Turquie, que les organismes internationaux de santé publique et les responsables peuvent utiliser pour réagir efficacement aux flambées futures et à une éventuelle pandémie.



© OMS/Cristiana Salvi

Des médecins locaux et une équipe de désinfection se réunissent à Salyan (Azerbaïdjan) face à des cas humains d'infection par le virus H5N1 en mars 2006.

Les épidémies, pandémies et urgences de santé publique de toutes sortes peuvent imposer des contraintes soudaines et intenses aux gouvernements, aux sociétés et aux systèmes de santé. Elles exposent les faiblesses de ces systèmes et, en plus de la morbidité et de la mortalité qu'elles entraînent, elles peuvent perturber l'activité économique et le développement. Naturellement, ces menaces pour la sécurité sanitaire ne sont pas dues seulement aux maladies transmissibles, mais aussi aux catastrophes naturelles et d'origine humaine, aux conflits et à des urgences complexes, ainsi qu'à des défis tels que le changement climatique. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a fortement insisté sur la nécessité de se préparer afin de gérer de telles menaces pour la sécurité sanitaire au cours de l'exercice biennal (voir aussi plus loin la section sur la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours).

Le RSI (12) fournit un cadre renouvelé pour gérer les menaces pesant sur la sécurité sanitaire, et vise à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger et à lutter contre elles, et à apporter une réponse de santé publique à leur propagation. Il a été approuvé par la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé en mai 2005 et est entré en vigueur le 15 juin 2007.

Le Bureau régional aide les États membres dans les efforts qu'ils déploient pour appliquer le RSI en leur donnant des conseils techniques. Il les aide en particulier à développer des capacités essentielles en matière de surveillance et de réponse à tous les niveaux des services de santé publique ainsi qu'à des points d'entrée désignés (aéroports, ports, postes-frontières). Depuis le 15 juin 2007, le point de contact RSI à l'OMS a examiné plus de 60 événements susceptibles de constituer une préoccupation internationale de santé publique. En avril 2008, la totalité des 53 États membres de la Région, ainsi que le Saint-Siège, avaient désigné des points focaux RSI.

Environnement et santé

Il a été estimé que les facteurs environnementaux étaient à l'origine d'au moins 1,7 million de décès par an dans la Région européenne, soit quelque 18 % du total. Pour les personnes âgées de 0 à 19 ans, on estime qu'ils représentent un tiers de la charge totale de morbidité. Dans ce contexte, la Réunion intergouvernementale d'examen à mi-parcours en juin 2007 a été un événement important pour les États membres, qui ont fait le bilan des progrès accomplis dans l'application de la Déclaration de Budapest et renouvelé leurs engagements à l'égard de l'hygiène de l'environnement (36).

Un travail normatif similaire a été fait dans d'autres domaines de l'environnement. Le Protocole sur l'eau et la santé (37), par exemple, est entré en vigueur en août 2005 et a été

ratifié par 21 pays. La version révisée des valeurs guides pour la qualité de l'air de l'OMS, qui fournit aux décideurs une référence pour élaborer des normes de qualité de l'air et des politiques fondées sur des données factuelles, a été largement promue par les médias et des manifestations scientifiques (38).

L'OMS préside le Groupe spécial sur la santé, qui fournit à la Convention des Nations Unies sur la pollution atmosphérique transfrontière à longue distance les données factuelles qui lui permettent de prendre en compte les effets sanitaires de la pollution atmosphérique dans les politiques des pays qui y sont parties. Elle appuie également les parties au Protocole sur l'eau et la santé, comme le fait la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies (CEE-ONU).

Le Bureau régional intervient par l'intermédiaire de nombreux partenariats et appuie des réseaux de points focaux nationaux, et participe à des projets collectifs. Il aide régulièrement les pays à élaborer des politiques nationales d'hygiène de l'environnement en dispensant une formation au renforcement des capacités et en élaborant des outils méthodologiques pour la gouvernance des risques et l'évaluation de l'impact sanitaire.

Le changement climatique met au défi les systèmes de santé de toute la Région de s'attaquer à ses conséquences sanitaires immédiates par l'adaptation ainsi que de définir, de promouvoir et de mettre en œuvre des stratégies efficaces d'atténuation. L'OMS a élaboré un certain nombre d'outils qui peuvent aider les pays à étudier les effets sanitaires du changement climatique et à planifier des mesures d'adaptation, en particulier pour les événements météorologiques extrêmes. Le Bureau régional intervient en tant que coordonnateur ou partenaire dans de nombreuses initiatives de recherche, comme celles qui concernent le changement climatique et les stratégies d'adaptation pour la santé humaine, les effets des climats estivaux sur la santé humaine et les troubles allergiques. Un événement marquant a été la coordination du chapitre sur la santé humaine pour le quatrième rapport d'évaluation du groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (39), à qui a été décerné le prix Nobel de la paix en 2007. Le Bureau régional s'est employé à associer des partenaires d'Europe orientale à ces initiatives de recherche.

L'identification, le développement, la normalisation, l'évaluation et la large utilisation de systèmes destinés à suivre et évaluer les changements dans les indicateurs environnementaux et sanitaires a commencé par la coopération du Bureau régional avec l'Agence européenne pour l'environnement (AEE), et il est prévu de les étendre grâce à la mise au point d'un système d'information sur le climat, l'environnement et la santé. Des travaux complémentaires sont nécessaires sur les indicateurs essentiels de l'impact du changement climatique et sur les moyens d'évaluer les tendances au cours du temps.

Le Bureau régional travaille sur le changement mondial et la santé avec divers organismes des Nations Unies, tels que le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), l'Organisation météorologique mondiale (OMM), la CEE-ONU et la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques. C'est un partenaire actif du Programme de travail de Nairobi sur les impacts, la vulnérabilité et l'adaptation au changement climatique. La CE, l'AEE et l'ECDC sont des partenaires clés dans les travaux visant à mieux comprendre et suivre les tendances au cours du temps et la recherche de solutions fondées sur des données factuelles à des problèmes tels que les vagues de chaleur et les maladies infectieuses émergentes.

Maladies non transmissibles et risques et défis qui leur sont liés

On estime que les maladies non transmissibles sont à l'origine de 86 % des décès et de 77 % de la charge de morbidité dans la Région européenne, mesurée en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). Les maladies cardiovasculaires et le cancer sont les principales affections qui contribuent à cette charge et à la différence de près de vingt ans dans l'espérance de vie en bonne santé dans la Région.

Pour relever efficacement le défi des maladies non transmissibles, il faut une action intégrée sur les facteurs de risque et leurs déterminants sous-jacents dans tous les secteurs, ainsi que des efforts pour renforcer les systèmes de santé afin d'améliorer la prévention et la lutte. Après de longues consultations avec les pays, la « Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte » a été adoptée à la cinquante-sixième session du Comité régional de l'Europe, puis largement diffusée dans toute la Région européenne (40).

À titre d'exemples visibles, une réunion sur la prévention du cancer du col de l'utérus a réuni 46 États membres en mai 2007 (voir ci-dessous la section sur la santé génésique), et le Bureau régional a collaboré avec la Société européenne de cardiologie, le Réseau européen du cœur et la CE pour élaborer la Charte européenne pour la santé du cœur, lancée en 2007 (41). Le Programme d'intervention intégrée à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) est mis en œuvre dans 31 pays (42).

Tabac et alcool

Le tabac reste la principale cause de la charge de morbidité dans plus de la moitié de la Région européenne. Le soutien du public en faveur de politiques et d'actions énergiques en matière de lutte contre le tabac est maintenant important et prend de l'ampleur aux niveaux national et international. À fin de 2007, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (43), premier traité mondialement contraignant de l'OMS en matière de santé publique, comptait 152 parties, dont 41 sont des États membres européens, plus la Communauté européenne.



© iStockphoto.com/philippei

Des lieux publics fermés tels que les restaurants, les cafés, les pubs et les bars sont maintenant des zones non-fumeurs dans de nombreux pays européens.

Ces pays ont contribué activement aux deux premières conférences des parties et à l'élaboration des directives et protocoles de la Convention-cadre. Le fait le plus remarquable a été l'interdiction complète du tabac dans les lieux publics fermés dans un certain nombre de pays européens. Le Bureau régional :

- a établi un rapport sur la situation et les politiques de lutte antitabac dans la Région européenne (44) ;
- a passé en revue les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac depuis son adoption en 2002 (45) ;
- a établi une référence pour suivre les progrès dans la mise en œuvre de la Convention-cadre dans la Région.

La Région européenne est la région du monde où la consommation d'alcool est la plus élevée et l'usage nocif de l'alcool est à l'origine de 10,1 % de la charge de morbidité, mesurée en AVCI. Le principal objectif du Bureau régional a été de soutenir les États membres, de mener des activités appropriées de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge des maladies, et de recherche, d'évaluation et de surveillance concernant la consommation d'alcool et les méfaits de celle-ci, conformément aux buts du Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS (46). Néanmoins, près de la moitié des États membres de la Région n'ont pas encore adopté de plan d'action contre l'alcool.

Le Bureau régional collabore systématiquement avec la CE sur un certain nombre de questions liées à l'alcool. Il est membre du groupe de travail Alcool et santé de la CE, et contribue au projet « Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Wellbeing », dont la lutte contre l'alcool est une des priorités. Il a actualisé le Système européen d'information sur

l'alcool (47), qui est une base de données sur la consommation d'alcool, en juin 2006 ; à partir de 2008, ce système sera combiné à un système d'information sur l'alcool mis au point avec la CE, pour harmoniser la collecte de données et faciliter l'élaboration de statistiques cohérentes.

Santé mentale

On estime que les problèmes de santé mentale sont à l'origine de 19,5 % des AVCI ; ils sont la principale cause des années d'incapacité, représentant environ 39,7 % des années d'incapacité attribuables à toutes les causes. Le trouble dépressif unipolaire est responsable à lui seul de 13,7 % des années d'incapacité, ce qui en fait la principale cause d'affection chronique dans Région européenne de l'OMS. Les soins en établissement sont encore dominants dans la majeure partie de la Région, plus des deux tiers des lits pour malades mentaux se trouvant dans des hôpitaux psychiatriques. Dans certains pays, le maintien de grands établissements absorbe jusqu'à 85 % des sommes consacrées à la santé mentale. De nombreux enfants, adultes et personnes âgées handicapés mentaux vivent dans des foyers d'hébergement social, parfois dans des conditions déplorable.

L'objectif de l'action du Bureau régional en 2006-2007 était d'appliquer les priorités de la Déclaration et du Plan d'action de 2005 (48). De nombreux pays de la Région ont élaboré des stratégies en matière de santé mentale. L'OMS a fourni une assistance technique à 24 États membres pour les aider à élaborer ou réviser leur stratégie, et pour promouvoir l'intégration de la prévention avec la promotion, ainsi que pour coordonner les soins primaires avec des services spécialisés. Des réunions destinées à planifier ou lancer des stratégies nationales se sont tenues dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, en Lettonie, en Lituanie, en Moldova, en Pologne, en République tchèque et en Ukraine.

Le Bureau régional a fourni un appui technique au projet sur la santé mentale dans les neuf pays du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est (49), en particulier pour le développement du personnel, le développement du leadership et la formation à la gestion des cas. Il a effectué des missions à la demande des ministères de la Santé en Lituanie et en Roumanie, et a évalué les soins de santé mentale au Tadjikistan. En Albanie, où le programme de désinstitutionnalisation progresse petit à petit, l'OMS coordonne la mise au point d'équipes communautaires et la capacité des soins primaires.

Le Bureau régional a participé à des réunions de haut niveau sur la santé mentale, dont plusieurs réunions de la CE, du groupe Santé du Parlement européen et de la Présidence européenne. L'OMS a également fourni son appui à la CE et au Conseil de l'Europe en créant un inventaire analytique de l'ensemble des mesures de politique en matière de santé mentale. Elle a lancé un nouveau site Web sur la santé mentale en partenariat avec les Pays-Bas, et

35 pays participent à une évaluation initiale détaillée de la mise en œuvre des politiques de santé mentale. Elle est convenue de publier des rapports sur l'état de la santé mentale en Europe (avec la CE), les déterminants sociaux de la maladie mentale et l'épilepsie en Europe.

Obésité, nutrition et activité physique

On estime que la mauvaise nutrition est à l'origine de 4,6 % de la charge totale de morbidité dans la Région. Les carences en micronutriments (vitamine A, iode et fer) sont un sujet de préoccupation, et le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois est faible partout, avec des valeurs extrêmes de 1 % et 46 %. En même temps, on estime que l'épidémie croissante d'obésité est responsable de 7 à 8 % supplémentaires d'AVCI. Environ 17 à 24 % de la population n'atteint pas le niveau minimum d'activité physique recommandé. Plus inquiétant, les tendances globales se détériorent, avec des inégalités considérables dans la Région (50).

En 2006, le Bureau régional a tenu la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité (23) à Istanbul (Turquie), après une vaste consultation avec les États membres, des experts et les acteurs concernés. La Conférence a abouti à la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité de l'OMS (51), qui donne une orientation claire : juguler l'épidémie d'obésité et inverser la tendance au cours des dix prochaines années, par des mesures destinées à modifier l'environnement social, économique et physique à tous les stades de la vie et dans différents contextes. Nombre des délégations ont souligné l'importance de l'activité physique pour faire face à l'épidémie d'obésité.

Pour donner suite à la Conférence d'Istanbul, le Bureau régional a élaboré le deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle (52). Ce plan, adopté par les États membres lors de la session du Comité régional de 2007, présente une liste détaillée d'actions prioritaires sur la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité alimentaire.



Une enquête de 2007 a indiqué que les choses avaient bien avancé depuis la Conférence d'Istanbul, et le Bureau régional a mis au point un outil d'analyse plus élaboré pour les domaines fondamentaux de la politique, pour suivre systématiquement les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs adoptés à la Conférence. Il a mis en place une base de données sur la politique nutritionnelle, et fait un inventaire international des documents sur la promotion de l'activité physique (53). Cet inventaire contient maintenant environ 400 éléments, dont les politiques nationales sur la promotion de l'activité physique de 23 pays (y compris par le biais d'approches écologiques telles que la bicyclette et la marche), des connaissances et des documents d'information, des projets et des études de cas.

L'OMS a mis plusieurs outils de mise en œuvre à la disposition des États membres. Le Bureau régional a présenté les nouvelles normes OMS de croissance de l'enfant à deux réunions et les a diffusées en anglais et en russe (54). Cinq pays les ont officiellement adoptées et 19 ont indiqué qu'ils envisageaient de le faire. Le Bureau régional a aidé plusieurs pays à mettre au point des recommandations diététiques basées sur l'approche alimentaire : 3 pays en ont élaboré et 4 ont révisé les leurs. Seize pays ont des recommandations sur la nutrition maternelle et 3 sont en train d'élaborer de nouvelles recommandations sur l'alimentation complémentaire des nourrissons.

Grossesse, accouchement et santé sexuelle et génésique

La mortalité maternelle dans la Région européenne se situe dans une fourchette de 210 décès pour 100 000 naissances vivantes en Asie centrale à 4 à 5 pour 100 000 dans plusieurs pays européens occidentaux. De même, la mortalité néonatale varie entre 27 à 32 décès pour 1 000 naissances vivantes en Asie centrale et 3 pour 1 000 dans les pays européens occidentaux, et la mortalité périnatale entre 11,55 et 6,48 pour 1 000 naissances. Manifestement, il y a beaucoup à faire pour rendre la grossesse plus sûre dans la Région, et de telles améliorations sont une question d'équité.

Le Bureau régional a mis en œuvre les recommandations et meilleures pratiques de l'OMS en collaboration avec le ministère de la Santé dans 12 pays prioritaires, pour renforcer la sensibilisation, l'engagement et l'action en ce qui concerne l'amélioration de la santé maternelle et périnatale dans la Région. La collaboration tant financière que technique avec les Nations Unies et des partenaires non gouvernementaux s'est intensifiée. Utilisant l'outil *Au-delà des nombres* (55), le Bureau régional a organisé des ateliers sur l'examen de cas de mortalité et de morbidité maternelles. Il a également organisé des cours de formation et des ateliers pour les professionnels de santé avec l'outil de formation actualisé pour des soins périnataux efficaces, et a publié *Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer* (56). Cette publication donne des orientations générales

à un large public – des associations sanitaires aux responsables de la politique et autres partenaires – sur les moyens d'élaborer ou d'actualiser des stratégies visant à améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

Le Bureau régional a lancé un projet pour renforcer les capacités nationales en vue d'améliorer la santé maternelle et néonatale dans l'Europe du Sud-Est, qui a comporté un atelier à l'intention des professionnels de santé de haut niveau sur l'élaboration et l'utilisation de directives cliniques (57). Il a aidé Moldova à renforcer les capacités des familles et de la collectivité à s'engager avec les mères en tant que partenaires et à satisfaire leurs besoins et ceux de leurs enfants.



© OMS/Malin Brinig

Un professionnel de santé au Tadjikistan conseille une jeune mère pour qu'elle donne à son nouveau-né le meilleur départ dans la vie.

Dans le domaine connexe de la santé génésique, les principales priorités ont été l'amélioration de la santé sexuelle et génésique des adolescents et des jeunes gens, de la prévention du cancer du col de l'utérus et de l'accès à des services de santé génésique de qualité.

Les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles sont très répandues chez les jeunes, ce qui révèle leur manque d'accès à des services génésiques. Vingt-six pays de la Région européenne ont participé au projet Sexual Awareness for Europe (SAFE), qui est un partenariat européen visant à promouvoir la santé sexuelle et génésique et les droits des jeunes. Les partenaires – la CE, le Réseau européen de la Fédération internationale du planning familial (IPPF), l'Université de Lund et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe – visaient à trouver de nouveaux moyens de tirer parti des recherches existantes, de transmettre aux jeunes des informations sur la santé sexuelle et génésique et de leur faire connaître les services dans ce domaine.

Les résultats des projets ont été entre autres le regroupement et la publication d'informations sur l'éducation sexuelle dans une Europe multiculturelle, le comportement sexuel des jeunes et les politiques destinées à améliorer la santé (58). Le Bureau régional a tenu une consultation à laquelle des responsables de haut niveau se sont réunis en décembre 2006, ont partagé leur expérience en matière de protection de la santé sexuelle et génésique dans leur pays et planifié les étapes futures (59). Une réunion finale, pour évaluer la réalisation du projet et présenter un guide d'orientation sur l'amélioration de la santé sexuelle et génésique des jeunes et leurs droits dans ce domaine en Europe, s'est tenue en octobre 2007 (60).

Un nombre inacceptable de femmes meurent chaque année du cancer du col de l'utérus, une maladie essentiellement évitable. Des vaccins contre le papillomavirus humain, la principale cause de ce cancer, ont été approuvés pour l'usage clinique en 2006. Une réunion régionale en mai 2007 et un numéro du magazine *Entre Nous* (61,62) ont mentionné des sites pour un échange de données d'expérience sur la prévention du cancer du col de l'utérus dans la Région, et une note stratégique de l'OMS sur la mise en œuvre du vaccin en Europe a été élaborée en tant que recommandation fondée sur des données factuelles pour les pays.

Santé et prise en compte de la distinction homme-femme

La discrimination, la pauvreté et le pouvoir inégal dans les relations empêchent de nombreuses femmes d'atteindre et de conserver le meilleur état de santé possible. Les problèmes de santé génésique et la violence fondée sur le sexe sont deux des principales conséquences des inégalités entre les sexes pour la santé. La distinction homme-femme interagit également avec d'autres déterminants socioéconomiques de la santé, tels que l'éducation, la pauvreté et l'appartenance ethnique.

L'Assemblée mondiale de la santé a approuvé la Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS (63) en 2007. Cette stratégie constitue le cadre permettant d'intégrer les questions liées aux spécificités des sexes dans le travail du Bureau régional, des bureaux de pays et des pays, principalement par la mise au point d'outils, la diffusion de données factuelles et l'identification des lacunes et des priorités.

En particulier, le Bureau a obtenu davantage de preuves des liens entre la distinction homme-femme et la santé dans des domaines tels que :

- le VIH, pour donner suite à la Déclaration de Dublin (64) ;
- les maladies non transmissibles, grâce à la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte (40) ;
- la tuberculose ;
- la paternité et son impact sur les hommes, les femmes et les enfants (65).

Le Bureau régional a fourni une assistance directe :

- à la Belgique, par un dialogue sur la création d'une unité sur la santé des femmes rattachée au ministère de la Santé ;
- à Moldova, en élaborant le module sur la violence domestique pendant la grossesse du plan de mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé génésique ;
- à l'Espagne, pour un rapport sur la distinction homme-femme et la santé ;
- au Tadjikistan, pour l'élaboration d'une loi sur la violence domestique et l'intégration des thèmes de la sexospécificité et des droits à la santé sexuelle et génésique dans une stratégie de santé génésique.

Il a également collaboré à un chapitre sur la distinction homme-femme et la santé dans une évaluation de l'égalité entre les sexes du Groupe de travail thématique de l'autonomisation des femmes et de l'égalité entre les sexes des Nations Unies.

Santé et développement des enfants et des adolescents

Si certains pays de la Région ont quelques-uns des taux de mortalité infantile-juvénile les plus bas du monde, d'autres ont des taux dix fois plus élevés. Un enfant né dans la Communauté des États indépendants (CEI) a une probabilité trois fois plus grande de mourir avant l'âge de 5 ans qu'un enfant né dans l'UE, du fait en partie de l'inégalité d'accès aux services de santé ; en outre, les femmes et les enfants constituent le segment le plus important de la population la plus pauvre et sont davantage victimes de mortalité et d'états pathologiques sous-jacents tels que la malnutrition.

En tant que lieu d'apprentissage pour plus de 95 % des enfants et des adolescents de la Région, l'école est un des environnements les plus importants pour les initiatives de promotion de la santé et de prévention de la maladie abordant des questions telles que l'usage du tabac, la nutrition et l'alcool. Après des années d'activité de plus en plus couronnées de succès, le secrétariat technique du Réseau européen Écoles-santé, créé en 1993 en tant que projet tripartite du Conseil de l'Europe, de la CE et du Bureau régional, a été transféré à un centre collaborateur de l'OMS – l'Institut néerlandais pour la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Le suicide est la troisième cause principale de décès chez les jeunes. En outre, les moins de 25 ans représentent entre 30 et 40 % de tous les cas recensés de VIH/sida, et les jeunes représentent plus d'un quart des nouvelles infections à VIH diagnostiquées en Europe orientale et dans la CEI. La Fédération de Russie et l'Ukraine sont des exemples saisissants de la manière dont l'épidémie de VIH touche non seulement différentes cohortes, mais gagne aussi la population générale.

Sur une population de 77 millions d'enfants, on estime que 14 millions sont en surpoids et 3 millions obèses, et ces chiffres sont en augmentation. En même temps, le retard de croissance lié à la malnutrition reste un problème, en particulier dans certains pays d'Asie centrale.

Le Bureau régional a aidé 12 pays à appliquer la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents (66) afin d'élaborer et de mettre en œuvre leurs propres stratégies et politiques à l'aide d'un module mis au point à cette fin (67). Ce module comprend les outils nécessaires pour :

- évaluer les politiques et stratégies existantes ;
- recenser les domaines de données pertinents à la fois pour élaborer une stratégie et surveiller la santé des enfants et des adolescents ;
- choisir les mesures appropriées à prendre dans le secteur de la santé, le système de santé et d'autres secteurs (parmi une liste comprenant des stratégies et directives arrêtées internationalement) ;
- veiller à ce que les questions liées à la distinction homme-femme soient prises en compte dans tout le processus.

En 2006, la moitié des pays de la Région a élaboré des stratégies, et la moitié d'entre eux utilisait comme cadre la Stratégie européenne.

De nombreux enfants ne réalisent pas leur potentiel de développement cognitif, en raison de la pauvreté, d'une mauvaise santé et d'une mauvaise nutrition, et de soins déficients.

La stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant de l'OMS implique une intervention pour le développement précoce de l'enfant appelée Soins pour le développement (68). Cette intervention a été intégrée aux programmes de formation avant emploi et après diplôme des professionnels de santé et aux soins de santé primaires pour les enfants de huit pays de la Région (Arménie, Fédération de Russie, Kazakhstan, Kirghizistan, Moldova, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan), pour leur permettre de relever ce défi de manière intégrée.

Avec l'aide du Bureau régional, dix pays (Arménie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Moldova, Ouzbékistan, Tadjikistan, Turkménistan et Turquie) ont amélioré la qualité de leurs soins pédiatriques, malgré des ressources limitées, grâce à l'introduction d'un ensemble d'instruments adaptables, comprenant un cadre pour l'amélioration de la qualité, des directives fondées sur des données factuelles (sous la forme de l'ouvrage intitulé *Soins hospitaliers pédiatriques* (69)), et d'un matériel pédagogique.

Le programme d'orientation de l'OMS sur la santé des adolescents à l'intention des prestataires de soins de santé est utilisé pour renforcer la capacité de fournir des services aux adolescents et aux jeunes gens, y compris aux plus exposés d'entre eux (70). Conformément à la priorité consistant à aider les pays à améliorer la qualité des soins pour les jeunes dans la Région européenne, le Bureau régional a fourni une assistance à Moldova pour l'élaboration de normes de qualité des soins des services de santé à l'écoute des jeunes. Ces normes ont ensuite été intégrées à une proposition globale faite au gouvernement d'accroître l'accessibilité et l'adéquation de tels services dans le pays.

Violence et prévention des traumatismes

On estime que les traumatismes causent environ 790 000 décès dans la Région européenne de l'OMS chaque année, avec de grandes inégalités à la fois entre les pays et à l'intérieur des pays. Les traumatismes et la violence sont la principale cause de décès des personnes âgées de 1 à 44 ans.

Le Bureau régional aide les États membres à réduire la charge des traumatismes et de la violence et à respecter collectivement l'engagement pris dans la résolution EUR/RC55/R9 du Comité régional sur la prévention des traumatismes dans la Région (71) et les résolutions connexes de l'Assemblée mondiale de la santé. En particulier, la plupart des États membres considèrent maintenant la prévention de la violence et des traumatismes dus aux accidents de la circulation comme des domaines prioritaires. L'accent a été mis sur l'élaboration de politiques nationales, le renforcement de la surveillance, l'appui aux pratiques fondées sur des données factuelles et le renforcement des capacités, y compris la fonction de direction des systèmes de santé.

Le Bureau régional a créé un réseau de correspondants (points focaux) nationaux dans les ministères de la Santé, représentant 49 États membres, qui joue un rôle de forum pour partager les meilleures pratiques et renforcer les capacités en matière de prévention de la violence et des traumatismes (72). La première réunion mondiale du réseau s'est tenue en avril 2006 ; la deuxième et la troisième se sont tenues en juin 2006 et novembre 2007, respectivement.

Le Bureau régional a renforcé ses partenariats avec la Banque mondiale et la Conférence européenne des ministres des Transports, par le biais d'activités communes sur la prévention des accidents de la circulation en Fédération de Russie, et avec la DG SANCO et la Direction générale de l'énergie et des transports de la CE.

La santé en prison

Le Bureau régional a mis en place une base de données sur la santé en prison en collaboration avec ses États membres et l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, et une base de données sur les meilleures pratiques en collaboration avec le Département anglais de la santé (Royaume-Uni). Il a également publié un manuel, *Health in prisons. A WHO guide on the essentials in prison health*, en 2007 (73).

Le projet Santé en prison a un réseau de 36 pays avec des homologues nationaux au niveau ministériel, qui servent de point de contact entre le Bureau régional et les États membres (74). Le réseau a tenu de réunions internationales en 2006 et 2007, et créé un groupe de direction avec des représentants d'organisations nationales et internationales qui œuvrent dans ce domaine ou pour lesquels ce dernier présente des perspectives et un intérêt majeurs. Les recommandations et les meilleures pratiques de l'OMS ont été mises en œuvre en collaboration avec les ministères responsables de la santé en prison et les ministères de la Santé. Un nouveau plan d'action du projet pour 2006-2010 a été adopté. Le Bureau régional a convoqué des consultations techniques sur les questions prioritaires que pose la santé en prison, comme la tuberculose et la santé mentale.

Le renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne : panorama

Le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* (75) définit un système de santé comme la totalité des organisations, institutions et ressources humaines consacrées à la production d'interventions sanitaires dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Cette définition inclut les soins de santé individuels, les services de santé publique ainsi que les initiatives prises par d'autres secteurs (tels que l'agriculture, l'éducation et le commerce) qui ont une

incidence sur la santé. Les objectifs intrinsèques de tout système sont d'améliorer la santé, d'assurer la protection financière des individus courant le risque d'être appauvris par les dépenses médicales en répartissant équitablement la contribution financière, de répondre aux attentes de la population et d'être efficient. Le degré de réalisation de ces trois objectifs dépend essentiellement de la mesure dans laquelle les systèmes parviennent à s'acquitter de quatre fonctions vitales (ou ensembles répétés d'activités) : la prestation de services, le financement, la fonction de direction/gouvernance et la création de ressources (11).

Le Bureau régional s'attache à appuyer les composantes essentielles des quatre fonctions des systèmes de santé dans les États membres, pour que ceux-ci puissent atteindre le niveau de santé le plus élevé possible. Au cours des dernières années, il s'est attaché en conséquence à mieux intégrer les activités de ses programmes sur la santé et les systèmes de santé et à améliorer la coordination entre les quatre fonctions des systèmes de santé.

Les pays européens sont confrontés à des défis majeurs dans le développement de leur système de santé. La mise en place de services de qualité fondés sur les soins de santé primaires sont indispensables pour améliorer la performance des systèmes de santé des pays de l'ensemble de la Région, à l'est comme à l'ouest. En outre, les coûts contraignent les gouvernements à faire des choix difficiles. Les technologies de santé (y compris les produits pharmaceutiques), la recherche et les ressources humaines sont devenues des éléments essentiels de l'innovation et de la croissance, mais se sont révélées difficiles à planifier. La bonne fonction de direction/gouvernance est encouragée, l'accent étant mis sur la responsabilité, mais les ministères de la Santé et les institutions apparentées manquent souvent des outils nécessaires. Les exemples ci-après illustrent comment le Bureau régional a aidé à relever les défis auxquels sont confrontés à des degrés divers les systèmes de santé de toute la Région.

Prestation de services

Soins de santé primaires

Le renforcement des services de soins de santé primaires est une priorité des réformes sanitaires dans toute la Région européenne. Les pays occidentaux ont besoin de réagir à la hausse des coûts et à l'évolution des demandes, tandis que ceux d'Europe centrale et orientale et de la CEI ont besoin fondamentalement d'améliorer la qualité et la couverture pour satisfaire la plus grande partie possible de leurs populations de plus en plus exigeantes.

L'objectif global du Bureau et de fournir aux États membres les informations fondées sur des données factuelles et les outils de suivi dont ils ont besoin pour étayer des décisions éclairées et des interventions. Le Bureau a donc aidé les États membres à évaluer les points forts et les

faiblesses de leurs services de soins de santé primaires au cours du temps, puis de relier les outils de recherche fondés sur des informations factuelles à leur usage pratique dans les pays. Ces activités ont comporté plus précisément :

- le suivi et l'évaluation du développement et de la performance des soins de santé primaires au moyen d'une enquête qui, dans un premier temps, a donné lieu à un essai pilote en Fédération de Russie et au Turkménistan, puis a été menée à grande échelle en Bosnie-Herzégovine, en Estonie, en Fédération de Russie, en Ouzbékistan et au Turkménistan ;
- l'essai pilote de mécanismes visant à améliorer la qualité des soins de santé primaires en Ouzbékistan et en Slovaquie, puis leur mise en œuvre en Géorgie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Ouzbékistan, en Slovaquie et en Ukraine ;
- l'évaluation des meilleurs moyens d'intégrer des programmes verticaux spécialisés dans les soins de santé primaires à titre pilote au Kirghizistan et en Ukraine, et d'appuyer ce faisant l'évolution vers des systèmes de prestations intégrés au Bélarus, en Géorgie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Ouzbékistan et en Ukraine.

Ces projets ont été exécutés par l'Institut néerlandais pour la recherche sur les services de santé (NIVEL), centre collaborateur de l'OMS pour les soins de santé primaires.

En outre, le Bureau régional a organisé quelques dialogues sur les politiques autour de ces sujets : au Bélarus en mai 2007, en Estonie en mars 2006, au Kazakhstan en novembre 2006, au Kirghizistan en mai 2006 et en Ouzbékistan en mai 2007 (76).

Un client inquiet demande conseil dans une clinique de soins de santé primaires ambulatoires au Kirghizistan.



Services de santé publique

Outre les problèmes auxquels ils sont confrontés dans le domaine des soins de santé primaires, de nombreux pays de la Région disposent de services de santé publique insuffisamment développés. En particulier, ceux d'Europe centrale et orientale ont souvent des programmes de santé publique segmentés verticalement, gérés en parallèle (77). Au cours du dernier exercice biennal, le Bureau régional a eu pour objectifs d'élaborer une définition appropriée des services de santé publique et une méthodologie robuste pour leur évaluation, et d'émettre des recommandations en vue de la poursuite du renforcement, de l'harmonisation et de l'amélioration de leur performance. Appliquant la méthode mise au point par un groupe d'experts en 2006, il a établi un avant-projet de rapport technique sur les services de santé publique essentiels et un questionnaire détaillé ainsi qu'un outil informatisé pour l'auto-évaluation, et organisé une série d'ateliers de formation et sur la politique de santé.

Le Bureau régional a formulé des avis sur la politique et fourni une assistance technique à l'Estonie, au Kirghizistan et à la Slovénie ainsi qu'aux neuf pays appartenant au Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est : Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Moldova, Monténégro, Roumanie et Serbie (78).

Le Bureau régional a encouragé le développement d'une politique et accordé un rang de priorité plus élevé à la réforme des systèmes nationaux de santé. Les membres du Réseau ont élaboré et examiné un projet de rapport sur le sujet à un atelier sur la politique régionale en Roumanie en novembre 2007 et à la dix-septième réunion du Réseau, en Croatie, en décembre 2007 (79). Pendant l'évaluation, les ressources humaines des systèmes de santé et leur migration ont été identifiées comme l'un des principaux goulots d'étranglement.

Le Bureau régional a joué le rôle de coordonnateur et de chef de file pour l'ensemble du processus, les partenaires internationaux ayant mis en œuvre les projets spécifiques arrêtés à l'avance. Les principaux partenaires ont été le Département anglais de la santé (Royaume-Uni), la Banque de développement du Conseil de l'Europe et l'École d'études sanitaires de Valence (Espagne).

Services médicaux d'urgence

Comme il a été mentionné plus haut (dans la section sur la prévention de la violence et des traumatismes), c'est dans les pays à revenus faible et intermédiaire que surviennent la grande majorité des décès et des incapacités causés par des traumatismes. Cela tient au fait que les taux de traumatisme et la probabilité qu'ils entraînent la mort ou l'incapacité sont plus

élevés dans ces pays. Ceux-ci ont donc besoin d'aide pour évaluer les limites puis renforcer les capacités de leurs systèmes de soins d'urgence.

En 2006, le Bureau régional a publié un guide pour la prise en charge d'un grand nombre de personnes ayant des besoins de soins d'urgence (80), comme outil pour la planification des situations de crise ; ce guide énumère les mesures appropriées que doivent prendre les hôpitaux et autres installations de santé pour mieux se préparer à toute situation critique. Il faisait partie de la préparation d'un plan d'intervention en cas de crise à l'intention des hôpitaux, l'accent étant mis en particulier sur la possibilité d'un épisode endémique de grippe. De nombreux pays – dont l'Arménie, l'Autriche, la Bulgarie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Géorgie, la Pologne, la République tchèque et la Slovaquie – ont demandé à l'OMS de présenter ce document aux professionnels concernés ou d'organiser des ateliers à leur intention.

Le Bureau régional a également lancé une initiative appuyée par l'UE pour évaluer l'état de préparation des services médicaux d'urgence dans les États membres de l'Union. Enfin, il encourage la mise en œuvre d'un protocole de recherche pour étudier l'utilisation des services médicaux d'urgence par les migrants.

Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours

Le principal objectif technique du Bureau régional, dans ce domaine, est de permettre aux systèmes locaux de faire face aux menaces pesant sur la sécurité sanitaire en réagissant efficacement aux aspects sanitaires des catastrophes et crises futures. L'instabilité politique et technique compromet la viabilité des programmes dans certains pays, et les programmes de préparation aux situations d'urgence de la plupart des ministères de la Santé ont des capacités et des ressources limitées. De ce fait, la promotion d'une approche multisectorielle globale prenant en compte la multiplicité des risques est un véritable défi.

Le Bureau régional a lancé un document de consultation sur les crises sanitaires survenues récemment dans la Région européenne, *Towards health security* (81) à l'occasion de la Journée mondiale de la santé 2007, dont le thème était la sécurité sanitaire internationale. Ce document dressait le bilan des enseignements tirés de la lutte contre les menaces récentes pour la sécurité sanitaire, qui comprennent les maladies transmissibles (voir la section sur la grippe aviaire, la préparation aux pandémies et le RSI), les catastrophes naturelles et les accidents de grande ampleur, les conflits, les urgences complexes et les changements climatiques (voir la section sur l'environnement et la santé).

Le Bureau régional a exécuté des activités techniques pour promouvoir la réduction des risques et renforcer les capacités de gestion des urgences du secteur de la santé dans toute

la Région. Dans deux régions sortant de conflits, le Caucase du Nord en Fédération de Russie et le Kosovo², le Bureau régional s'est occupé de redressement et de réhabilitation en mettant l'accent sur la reconstruction des systèmes de santé désorganisés.

Les menaces sanitaires étant multisectorielles, le secteur de la santé doit non seulement prendre l'initiative mais aussi collaborer avec les autres secteurs et orienter leurs réactions. De même, il travaille avec d'autres organismes et par l'intermédiaire de partenariats avec eux. C'est un partenaire actif de l'Inter-agency Task Force for Central Asia et il a pris part à plusieurs initiatives de planification d'urgence impliquant des pays d'Asie centrale, en collaboration avec l'ONU et des organisations non gouvernementales (ONG). Les autres partenaires clés comprenaient le Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni, le Service d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO), l'USAID, l'UE, la Norvège, le programme de préparation aux catastrophes (DIPECHO) d'ECHO, l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (ASDI) et le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour la sécurité humaine.

L'OMS a mis en œuvre des programmes spécifiques de préparation aux Situations d'urgence sanitaire et d'organisation des secours, et collaboré avec les ministères de la Santé pour mettre en place les moyens des systèmes de santé locaux et établir des mécanismes de coordination afin de limiter autant que possible la morbidité et la mortalité lors de crises futures. Une enquête mondiale de l'OMS a recueilli et analysé les données de 19 États membres de la Région européenne, pour évaluer les capacités du secteur de la santé dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours (82). Un outil d'évaluation multirisque, pour analyser les capacités des pays à gérer les menaces pour la sécurité sanitaire, a été mis au point et expérimenté en 2007 en Arménie et en Azerbaïdjan. Le Bureau régional a tenu des ateliers sur la préparation d'urgence des systèmes de santé, en mettant l'accent sur la préparation aux crises dans les hôpitaux, en Arménie, en Autriche, dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, en Géorgie, en Pologne, en République tchèque et en Slovaquie.

Qualité des produits sanguins et sécurité transfusionnelle

La qualité des services de transfusion sanguine et de transplantation, ainsi que la sécurité des patients, varient considérablement dans la Région et sont de plus en plus compromises par la multiplication des mouvements transfrontières, la propagation du VIH/sida et d'autres infections à transmission hématogène, la tuberculose multirésistante et des maladies émergentes, en particulier dans la partie orientale de la Région (83). Il y a eu des flambées

² Dans tout le présent rapport, « Kosovo » s'entend du Kosovo au sens de la résolution 1244 (1999) du Conseil de sécurité.

épidémiques d'infection à VIH transmise par le sang au Kazakhstan et au Kirghizistan, et des infections à VIH liées à des transplantations en Italie.

Le Bureau régional a créé un groupe consultatif qui a travaillé à des orientations pour l'élaboration de stratégies nationales sur la qualité des produits sanguins. Les cadres réglementaires et les services de transfusion sanguine nationaux ont été examinés dans 15 pays (Albanie, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Kazakhstan, Kirghizistan, Moldova, Monténégro, Ouzbékistan, Roumanie, Serbie, Tadjikistan et Ukraine) et des politiques nationales de transfusion sanguine ont été élaborées dans neuf pays du Sud-Est (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Moldova, Monténégro, Roumanie et Serbie) (84). Les pratiques régionales en matière de transplantation ont été passées en revue, et les principes directeurs de l'OMS ont été diffusés et actualisés. Ainsi, le Bureau régional a mis en place un réseau et tenu la première réunion régionale des directeurs des services de transfusion sanguine européens en juin 2007, ainsi qu'une première consultation sur la transplantation dans la CEI, y compris dans les républiques d'Asie centrale.

Le Bureau régional a apporté une contribution aux bases de données mondiales de l'OMS sur la sécurité transfusionnelle et les services de transplantation. Il a fourni un appui à la prévention du VIH/sida en renforçant les capacités dans les domaines de la sécurité transfusionnelle et de la qualité des produits sanguins ainsi que de la sécurité et de la qualité des injections dans les pays d'Europe centrale et orientale et dans les républiques d'Asie centrale. Le Bureau a contribué à la finalisation de solutions sur la sécurité des patients, évalué les systèmes nationaux de notification de la Hongrie et de la Pologne, et tenu le premier atelier régional sur la sécurité des patients (85,86).

Le Bureau régional a collaboré intensivement avec d'autres partenaires, notamment :

- la CE sur le travail réglementaire ;
- le Conseil de l'Europe sur des guides et recommandations ;
- l'École européenne de médecine transfusionnelle sur l'éducation ;
- la Global Collaboration for Blood Safety sur la formation de réseaux ;
- l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients sur la sécurité des patients ;
- l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la qualité et sur la sécurité des patients ;
- la Joint Commission International, qui est un centre collaborateur de l'OMS, sur les solutions pour la sécurité des patients et les normes de qualité.

Financement des systèmes de santé

Les nouvelles technologies et les attentes croissantes font augmenter la demande et les coûts dans les systèmes de santé, tandis que les contraintes démographiques et macroéconomiques/budgétaires imposent des limites à l'augmentation des crédits que les gouvernements peuvent consacrer à la santé publique. Du coup, la réalisation des objectifs des systèmes de santé s'est trouvée menacée, et les pays ont dû envisager des réformes pour améliorer l'efficacité et l'équité dans le financement. Le financement des systèmes de santé est confronté à deux grands défis :

- la fragmentation de la mise en commun des fonds, ce qui limite les possibilités de faire payer les dépenses de ceux qui sont relativement malades par ceux qui sont relativement bien portants, et crée des inefficacités dans l'organisation de la prestation des services ;
- le manque de cohérence des instruments de financement et de prestation de santé entre eux et avec les objectifs de la politique, ce qui se traduit par des déficits et une performance non optimale.

Le Bureau régional s'emploie à promouvoir des systèmes de santé plus performants en appliquant à la politique de financement de la santé une approche globale, fonctionnellement cohérente et axée sur les résultats. Le but est de mettre au point des outils pratiques pour le diagnostic et l'élaboration de politiques de financement de la santé.

Le travail de l'OMS sur ce sujet au cours de l'exercice biennal s'est appuyé sur sa position unique consistant à associer les dirigeants des systèmes nationaux de santé et les organismes qui sont leurs partenaires dans une concertation, afin d'orienter le débat sur les solutions possibles pour promouvoir des objectifs clairement formulés et mesurables pour cette politique. Par la concertation, le travail analytique et le renforcement des capacités, le Bureau régional a promu et facilité des processus au niveau national qui sont dans la logique de l'objectif d'une couverture universelle et des autres objectifs de la politique de financement de la santé exposés dans un document présenté au Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 2006 (87).

Ce document définit les objectifs, un cadre descriptif et les contraintes contextuelles de la politique de financement de la santé (88), et un nombre croissant de politiques nationales dans la Région appliquent ces concepts. Le Bureau régional a produit plusieurs documents analytiques comme applications du cadre de financement, notamment des analyses de l'équité et de la protection financière, des études de cas descriptives et des évaluations des réformes nationales du financement de la santé (89-93). Son travail dans ce dernier domaine est devenu plus visible avec la création d'un site Web et la publication de rapports et d'études techniques (94).

Le processus d'amélioration de la qualité des estimations des dépenses nationales de santé s'est poursuivi en 2006-2007, au point que l'on est parvenu à l'unité entre les chiffres recueillis mondialement par l'OMS et ceux de la base de données de la Santé pour tous (95). De nouveaux agrégats de financement de la santé ont été incorporés dans la base de données, et les données comparatives sur les dépenses de santé figurant dans les profils des systèmes de santé en transition reflètent maintenant ces estimations améliorées et affinées (96).

Le Bureau régional a fait participer des décideurs de haut niveau à des débats nationaux sur la politique de financement de la santé, par exemple en Azerbaïdjan, en Hongrie, au Kirghizistan et en Lettonie. Il a présenté ses analyses des réformes du financement de la santé en Estonie, au Kirghizistan et en Moldova, ainsi que des synthèses des expériences en matière de réforme dans les pays de la CEI, à des conférences scientifiques internationales telles que la sixième Conférence européenne sur l'économie de la santé en 2006 et le sixième Congrès mondial de l'Association internationale d'économie de la santé en 2007. Des rapports techniques sur les questions de financement de la santé en Arménie, en Croatie, en Pologne et en Ukraine (92) ont également été produits.

Le Bureau régional travaille sur le financement de la santé avec la Banque mondiale, l'USAID, le DFID et l'ASDI. Le cours régional « phare » sur le renforcement des capacités pour le financement de la santé, mis au point et dispensé avec la Banque mondiale, est un exemple particulier de collaboration réussie (94).

Fonction de direction/gouvernance

Renforcement des institutions des États membres

Le renforcement de la fonction de direction des ministères de la Santé est une priorité pour les systèmes de santé de nombreux pays. En particulier, la CEI et les pays d'Europe centrale et orientale doivent relever le défi fondamental consistant à faire passer leurs ministères de la Santé de prestataires de services de santé à administrateurs du système de santé, c'est-à-dire à mettre plus l'accent sur les résultats obtenus par le système de santé, la stratégie et la réglementation, que sur les questions opérationnelles.

En 2006-2007, le Bureau régional s'est employé à fournir aux États membres des conseils, des orientations et des données factuelles sur les politiques efficaces, pour qu'ils puissent élaborer leurs politiques de santé, plans stratégiques et outils réglementaires. Il a organisé des ateliers sur la politique, des dialogues et des forums des acteurs concernés, et mis en place des capacités pour appliquer les nouvelles approches de la fonction de direction (97).

Le Bureau régional a aidé 18 pays avec des produits essentiels tels que l'évaluation de la performance du système de santé (HSPA), l'élaboration d'une stratégie et d'une politique de santé, le renforcement des capacités pour les décideurs, l'évaluation de la gouvernance du système de santé et des examens de la politique de santé. Il a également apporté une aide aux pays s'adressant à des initiatives sanitaires mondiales telles que l'Alliance GAVI (voir aussi la section sur les partenariats au chapitre 4) pour améliorer le travail des systèmes de santé dans le domaine de la vaccination.

1. Le Bureau a fourni des orientations sur la restructuration organisationnelle et les stratégies de renforcement de la fonction de direction des ministères de la Santé à l'Azerbaïdjan, Moldova, la Roumanie, la Slovaquie et la Turquie.
2. Des évaluations de la performance des systèmes de santé ont eu lieu en Arménie, en Fédération de Russie, en Géorgie, au Kazakhstan, en Ouzbékistan et en Ukraine.
3. Le Bureau a fourni un appui technique pour le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des plans de réforme du système de santé en Bosnie-Herzégovine, au Portugal et au Tadjikistan.
4. Des examens de la politique de santé ont été réalisés pour l'Azerbaïdjan, la Croatie, la Lituanie, le Portugal et le Tadjikistan.
5. Avec l'OCDE, le Bureau régional a effectué un examen du système de santé en Suisse.
6. Des études internationales sur les possibilités d'amélioration de la gouvernance des systèmes de santé ont été réalisées pour l'Estonie, la Lettonie et la Lituanie, et la législation sur la santé de l'Arménie et du Kazakhstan a été examinée.
7. Avec l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, le Bureau a organisé des dialogues sur la politique de santé en Albanie et en Moldova sur la mixité public/privé dans les soins de santé, en Croatie (pour plusieurs pays d'Europe centrale et orientale) sur les déficits et les inefficacités des systèmes de santé, et en Estonie (pour les trois pays baltes) sur la gouvernance du système de santé (76).
8. Le projet PATH (Outil d'évaluation des performances pour l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux) a été mis en œuvre dans huit pays et plus de 100 hôpitaux de la Région européenne (98).

Des réunions des Forums du futur consacrées à certaines questions de politique de santé se sont tenues en 2006 et



2007 avec un réseau de décideurs de haut niveau de pays d'Europe occidentale ; elles ont porté sur l'amélioration de l'équité en matière de santé et la gouvernance éthique de la préparation à la pandémie de grippe, respectivement (99,100).

Dans ces activités, les principaux partenaires du Bureau ont été la Banque mondiale et le PNUD.

Pauvreté et santé

Tout système de santé essaie d'améliorer la santé des populations socioéconomiquement vulnérables, mais le savoir-faire nécessaire a toujours été insuffisant pour fournir des conseils fondés sur des données factuelles. C'est pourquoi le Bureau régional a collaboré avec les ministères de la Santé de la Région pour produire des études de cas nationales sur les systèmes de santé qui se sont attaqués au problème de la pauvreté et de la santé.

Conjointement avec d'autres agences des Nations Unies et organismes et experts internationaux, le Bureau régional a créé une banque de données des mesures prises par les systèmes de santé pour promouvoir la santé des populations pauvres et vulnérables (101). Cette banque de données fait la synthèse des données factuelles sur les inégalités en matière de santé et les groupes vulnérables ; s'appuyant sur cette base, le Bureau régional a organisé une consultation technique en 2007 sur les incidences et les enseignements tirés du renforcement de la performance des systèmes de santé pour s'attaquer aux problèmes sanitaires liés à la pauvreté dans ces populations (102).

Plus de la moitié des États membres de la Région ont participé à ces activités. Parmi les principales études de cas on peut citer les suivantes : l'Autriche a mis au point un programme, Team Neuner HAUSARZT, à Vienne, pour garantir et améliorer l'accès des sans-abri à des services de santé standard. La Géorgie a élaboré un programme d'assistance médicale financé par l'État pour améliorer l'accès financier aux soins de santé pour les familles qui vivent au-dessous du seuil de pauvreté. La Pologne a modifié son système pour assurer aux pauvres un meilleur accès aux soins de santé, grâce à l'assurance obligatoire de tous ceux qui y ont droit indépendamment de leur situation socioéconomique, une assurance volontaire dans le système d'assurance universelle et un libre accès aux services de soins de santé financés publiquement pour les personnes pauvres non assurées. Enfin, la Roumanie a lancé une campagne d'information, d'éducation et de communication, pour diffuser les connaissances sur la tuberculose parmi les groupes vulnérables et les Roms, réduire la stigmatisation et les attitudes négatives à l'égard de cette maladie (« maladie de la pauvreté ») et accroître la détection des cas et l'adhésion au traitement (102).

Déterminants sociaux de santé

La différence dans les taux de mortalité et de morbidité à l'intérieur des groupes de populations et entre ces groupes dans les États membres européens semble augmenter, et a une forte corrélation sociale. Bien que les connaissances et les données épidémiologiques relatives aux déterminants sociaux de santé se développent, elles portent en grande partie sur la définition et la prise de conscience du problème, plus que sur les actions possibles et le savoir-faire pour mettre en œuvre des solutions. Des consultations multipays ont eu lieu en 2006 et 2007 avec 70 % de tous les États membres européens ; elles ont porté sur les priorités en matière de renforcement des capacités et du savoir-faire pour s'attaquer aux déterminants sociaux de santé et réduire les inégalités sanitaires. La Banque mondiale, l'UE et le Conseil de l'Europe ont participé à ces consultations, qui ont été menées en étroite collaboration avec le Département anglais de la santé (Royaume-Uni).

Le Bureau régional a également fourni une assistance technique à l'Estonie, à la Fédération de Russie et aux pays de l'Europe du Sud-Est, qui voulaient renforcer la capacité de leurs ministères de la Santé pour avoir des arguments économiques en faveur de l'investissement en santé, promouvoir la santé et réduire les inégalités sanitaires.

Création de ressources

Technologies de santé et produits pharmaceutiques

De nombreux pays de la Région européenne sont confrontés au problème de l'insuffisance des dépenses publiques pour assurer l'accès aux traitements. À cela s'ajoutent les problèmes de l'utilisation rationnelle des médicaments, de l'achat et de la fourniture de médicaments et d'outils diagnostiques, et de l'inefficacité des systèmes de réglementation. Leurs principales tâches sont les suivantes :

- améliorer l'accès des individus aux traitements essentiels ;
- peser le pour et le contre des nouveaux médicaments, vaccins et autres technologies qui permettent de faire face aux menaces de nouvelles maladies mais entraînent des dépenses supplémentaires ;
- trouver des formules pour une mixité secteur public/secteur privé qui soit satisfaisante pour les deux (103).

En réponse, l'OMS a apporté un soutien méthodologique et proposé des approches en matière de diagnostic, traitement, soins et réduction des risques fondées sur des données factuelles, et joué un rôle de coordination dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une médecine factuelle en Arménie, en Azerbaïdjan, en Croatie, en Géorgie, au Kirghizistan, en Moldova, en Ouzbékistan et au Tadjikistan. Un module de formation a été mis au point dans le cadre de ce projet pour des spécialistes d'Arménie, de Moldova et d'Ouzbékistan. Le

Bureau régional a facilité la mise en œuvre d'une politique du médicament en créant des réseaux sur les tarifs et les politiques de remboursement dans les pays de l'UE ; en fournissant une assistance directe à la Bulgarie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Hongrie, la Lettonie, la Pologne, la République tchèque et la Slovaquie ; et en élaborant et suivant des indicateurs du processus de mise en œuvre de la politique nationale en matière de médicaments dans la plupart des pays de la CEI.

En outre, les programmes nationaux et régionaux de formation se sont poursuivis pour renforcer les capacités dans le domaine de l'assurance de la qualité et garantir l'accès à des médicaments génériques prioritaires de qualité. Le Bureau a apporté son appui et renforcé les capacités pour la fourniture de médicaments et les modalités de remboursement en Bulgarie, dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, en Hongrie, au Kirghizistan, en Lettonie, en Pologne, en République tchèque et en Slovaquie.

Le Bureau a collaboré avec tous ses principaux partenaires dans le domaine pharmaceutique, au niveau des pays (avec la Banque mondiale, le Fonds mondial, l'UNICEF et des donateurs bilatéraux) et au niveau régional (avec l'UE et le Conseil de l'Europe). Les autres donateurs comprenaient le ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports, le DFID et l'USAID.

Personnel sanitaire

Dans tous les pays, le personnel sanitaire joue un rôle central dans la gestion et la prestation de services de santé, et le système de santé est tributaire de sa disponibilité, de ses compétences, de ses connaissances et de sa motivation. Or, l'OMS estime qu'il manque, à l'échelle mondiale, 4 millions d'agents de santé. De nombreux pays européens sont confrontés à des pénuries croissantes de professionnels de santé et à des déséquilibres dans leur répartition, et selon les projections, le déficit devrait se creuser au cours des 20 prochaines années. Le recrutement international peut remédier aux pénuries dans certains pays, mais il en crée dans d'autres, en particulier dans les pays en développement. La migration des agents de santé est donc devenue une importante préoccupation de politique publique et une question qui retient particulièrement l'attention de l'OMS, laquelle a demandé instamment à ses États membres d'élaborer des stratégies pour en atténuer les effets négatifs (104).

Le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a examiné la question en 2007, et adopté une résolution appelant le Bureau régional à accorder un degré élevé de priorité à la surveillance de la situation et à faciliter l'élaboration de principes déontologiques pour le recrutement international de personnel sanitaire issu de la Région européenne et d'autres régions (105). En réponse, le Bureau régional a engagé un dialogue sur les migrations internationales

entre les pays d'origine et de destination. Il a continué d'évaluer les flux migratoires dans les pays, en utilisant deux cadres : l'un pour les études de cas des pays, l'autre pour surveiller les migrations. Il a publié un rapport sur les données factuelles relatives à ces flux dans cinq États membres en septembre 2006 (106). Il a également mené un certain nombre de concertations sur les ressources humaines pour la santé dans les pays, en collaboration avec l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé (76).

Le Bureau régional a collaboré avec de nombreux homologues dans ce domaine, en particulier l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, l'OCDE, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et l'Organisation internationale du travail (OIT).

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité »

La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité » (9), accueillie par l'Estonie à Tallinn du 25 au 27 juin 2008 en étroite coordination entre le Bureau régional et le ministère estonien des Affaires sociales, est la meilleure illustration de l'importance que revêt pour le Bureau régional le travail lié aux systèmes de santé avec les États membres.

Lors de consultations tenues en Autriche et en Espagne en 2006, les États membres ont identifié les principaux thèmes de préoccupation, ainsi que le concept central de relation entre les systèmes de santé, la santé et la prospérité, qui ont été les principaux thèmes de la Conférence. Trois réunions préparatoires ont eu lieu en 2007, sur la performance des systèmes de santé (à Bruxelles (Belgique), sur les politiques en matière de personnel sanitaire (lors de la session du Comité régional à Belgrade (Serbie)) et sur la prestation de services de santé (à Bled, (Slovénie)) (9).

Un groupe de rédaction, comprenant des experts de 26 États membres ainsi que des partenaires, a élaboré une Charte européenne relative aux systèmes de santé pour adoption à la Conférence. Un Conseil consultatif externe – des experts de ministères de la Santé, d'universités et d'organisations partenaires – s'est réuni quatre fois au cours de l'exercice biennal pour donner des avis sur les thèmes, le programme, les activités de recherche et la participation d'organisations partenaires. Le Bureau régional a insisté sur la participation de partenaires compétents des domaines de la santé et des finances, comprenant le Conseil de l'Europe, l'ECDC, la CE, la Banque européenne d'investissement, l'OCDE et la Banque mondiale, pour garantir la portée intersectorielle de la Conférence.

Les auteurs principaux ont produit deux études de référence sur la performance des systèmes de santé et sur les systèmes de santé, la santé et la prospérité, ainsi qu'une série de synthèses sur des questions connexes (107).

4. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : services transversaux, organigramme, ressources et gouvernance

Ce chapitre traite du travail organisationnel qui appuie les autres activités et fonctions du Bureau régional : structure, partenariats et mobilisation de fonds, communication externe, informations sanitaires utilisables, administration, ressources humaines, technologie de l'information, budget et finances, infrastructure et gouvernance.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui compte 690 personnes, a son siège à Copenhague (Danemark), cinq bureaux géographiquement dispersés (à Barcelone (Espagne) ; Bonn (Allemagne) ; Bruxelles (Belgique) ; et Rome et Venise (Italie)) ainsi que des bureaux de pays dans 29 États membres de la Région (108). Les bureaux dispersés exercent des fonctions techniques au service de l'ensemble de la Région sur des questions techniques particulières, comme le font de nombreux membres du personnel à Copenhague. Les bureaux de Barcelone et de Venise s'occupent des politiques et systèmes de santé des pays, ceux de Bonn et de Rome des maladies non transmissibles et de l'environnement. La principale fonction du bureau de Bruxelles est d'assurer la liaison avec la CE. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a également son siège à Bruxelles.

Au Comité régional de 2007, la Grèce a proposé de créer un bureau géographiquement dispersé à Athènes pour renforcer les activités techniques sur les maladies non transmissibles et, ce faisant, la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (40) dans la Région. Le Comité régional a salué cette proposition comme une occasion de renforcer la capacité du Bureau régional. De longues discussions ont suivi sur le domaine d'activité proposé, ainsi que sur les modalités techniques, financières et administratives. Le Comité permanent du Comité régional a suivi les progrès à chacune de ces réunions. Il a examiné avec soin l'accord détaillé mis au point et en a accepté la version finale, dans laquelle ses avis et commentaires avaient été incorporés.

Services transversaux Partenariats

Comme il ressort du présent rapport, les principaux partenaires du Bureau régional sont naturellement l'UE et ses institutions, le Conseil de l'Europe, l'OCDE, la Banque mondiale

et d'autres agences des Nations Unies (109). Il est intéressant de noter que si la Banque mondiale et les fondations Open Society Institute/Soros réduisent leurs activités dans la Région européenne, l'UE augmente les siennes dans le domaine de la santé, en particulier par l'intermédiaire de l'ECDC, avec lequel l'OMS a signé un mémorandum d'accord en 2005.

Afin de mieux harmoniser l'approche des donateurs et des partenaires à l'appui des activités dans les pays, le Bureau régional a élaboré des méthodes pratiques internes pour le développement de partenariats et un cadre pour la mobilisation des ressources au cours du dernier exercice biennal. Un autre objectif a été l'orientation vers les pays dans le renforcement et le développement des partenariats, pour permettre aux bureaux de pays de l'OMS de mieux soutenir les États membres par des mécanismes et outils élaborés au niveau régional. L'emménagement de nombreux bureaux de pays de l'OMS dans des locaux des Nations Unies a assuré une meilleure coordination de l'approche à l'égard de l'assistance aux pays au sein de la famille des Nations Unies.

En outre, le personnel des bureaux de pays, tirant parti de sa vaste expérience du travail en partenariat dans les pays de la Région et avec l'appui du Bureau régional, a mis au point des outils pour identifier, développer, maintenir et évaluer les partenariats au niveau des pays. Ces outils, comme l'analyse harmonisée des parties prenantes et un système d'évaluation continue, sont maintenant à la disposition de toute l'Organisation.

L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé est une preuve vivante de l'importance que le Bureau régional accorde au partenariat. L'Observatoire est un partenariat du Bureau régional avec la Banque mondiale, la Banque européenne d'investissement, l'Open Society Institute, la London School of Hygiene & Tropical Medicine, la London School of Economics and Political Science et les gouvernements belge, espagnol, finlandais, grec, norvégien, slovène et suédois, ainsi que la Région Veneto en Italie (110).

L'une des fonctions fondamentales de l'Observatoire est de faire en sorte qu'il communique efficacement ses données factuelles et analyses aux décideurs. Il le fait non seulement dans le cadre de ses dialogues sur les politiques (76), mais aussi en organisant régulièrement des lancements de livres, en publiant des articles dans la presse et en promouvant la traduction de ses publications. Il a publié 22 études et 18 profils nouveaux ou actualisés de systèmes de santé en transition (HiT) (96). Ces profils, qui utilisent maintenant un modèle actualisé, sont une collecte et analyse systématiques des données sur les systèmes nationaux de santé dans la pratique. Outre des dialogues avec des décideurs de haut niveau dans la partie orientale de la Région (voir la section sur la fonction de direction au chapitre 3), l'Observatoire a tenu des dialogues internationaux sur la politique de santé, notamment sur la mise en œuvre des

évaluations de l'impact sanitaire, avec des décideurs de haut niveau de 14 pays d'Europe en Espagne.

Pendant la présidence portugaise de l'UE, l'Observatoire a travaillé avec le Portugal sur le système de santé en transition du pays, l'évaluation de l'impact sanitaire et les systèmes de santé. Pendant la présidence finlandaise de l'UE, il a mené avec la Finlande une étude sur la santé dans toutes les politiques, participé à un atelier à Bruxelles en juin 2007 sur la santé dans toutes les politiques dans les pays voisins de l'UE, contribué à la Conférence ministérielle de l'UE sur « La santé dans toutes les politiques : réussites et défis » en décembre 2007 (voir chapitre 2) et appuyé le programme « Santé dans toutes les politiques » des gouvernements belge et néerlandais. Justifier l'investissement dans la santé demande des arguments, et le Bureau régional a publié deux livres sur le sujet au nom de l'Observatoire (111,112). Ce dernier a également organisé un dialogue de haut niveau sur la remise en cause de la viabilité financière et un atelier spécial sur les systèmes de santé, la santé et la prospérité, au Forum européen sur la santé de 2007 tenu à Gastein (Autriche). Comme il a été indiqué, il a aussi largement contribué à l'élaboration de données factuelles et de documents d'orientation pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé (107).

Mobilisation de fonds

Comme les initiatives et les fonds mondiaux en partenariat tels que l'Alliance GAVI et le Fonds mondial fournissent un financement croissant pour la santé au niveau des pays, l'OMS a de plus en plus contribué à faciliter l'accès des États membres aux ressources financières disponibles. Le Bureau régional a mis en place des structures internes pour coordonner et relier les différents programmes concernés. Il participe également à des mécanismes mondiaux, régionaux et nationaux pour la coordination des parties prenantes.

Il en est résulté une augmentation considérable du taux de succès des demandes des pays. À la fin de 2007, l'OMS avait fourni une assistance technique à cinq des huit pays qui pouvaient prétendre à une assistance de l'Alliance GAVI pour le renforcement de leur système de santé à divers stades d'avancement des propositions : Arménie, Kirghizistan, Ouzbékistan et Tadjikistan (pour la phase de rédaction des propositions dans le cadre de missions sur place, un atelier régional et un examen du service d'assistance) et Géorgie (pour un examen des parties prenantes).

Le Bureau régional a facilité et harmonisé ses diverses activités de mobilisation de fonds liées à l'appel à propositions de la DG SANCO et aux accords de partenariat avec la France, les Pays-Bas et la Suède. Il en est résulté une mobilisation accrue de ressources pour les priorités définies dans les accords de collaboration biennaux.

Le Bureau régional a également amélioré ses relations avec les ONG, comme en témoignent les demandes accrues de ces dernières concernant l'établissement de relations officielles, l'obtention d'une accréditation légale et l'utilisation de l'emblème de l'OMS sur leurs produits ainsi que la participation de membres du personnel du Bureau régional à leurs manifestations.

Communications externes et le Web

De nombreux acteurs produisent et distribuent chaque jour, dans la Région européenne et au-delà, une quantité énorme d'informations liées à la santé. Il en résulte une course intense à la communication qui attire l'attention des responsables et des décideurs, des professionnels de santé, des médias, des faiseurs d'opinion et du grand public. Le défi, pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, est de garantir la validité de ses messages et la qualité de ses informations techniques et de les diffuser en temps utile de manière efficace sous des formes adaptées à ses divers publics cibles.

Le site Web du Bureau régional joue un rôle particulièrement important dans le domaine compétitif de l'information sur la santé. Non seulement il maintient le Bureau en vue parmi les

The image shows a screenshot of the WHO Regional Office for Europe website. A large red circle highlights a specific article titled "Point de mire sur la Estonie" (Spotlight on Estonia) from the "Bureau de pays de l'OMS, Estonie" (Country Office of WHO, Estonia). The article includes a photograph of a woman holding a child and a background image of a town with a church spire. The website interface includes a navigation menu at the top with options like "Actualités", "Actualités de santé", "Actualités de santé publique", "Actualités de santé sexuelle", "Actualités de santé mentale", "Actualités de santé des femmes", "Actualités de santé des enfants", "Actualités de santé des personnes âgées", "Actualités de santé des personnes handicapées", "Actualités de santé des personnes atteintes de VIH/sida", "Actualités de santé des personnes atteintes de tuberculose", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies infectieuses", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies non transmissibles", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies rares", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies orphelines", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies génétiques", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies auto-immunes", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies neurologiques", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies psychiatriques", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies mentales", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies de la substance addictive", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies de la dépendance", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies de la santé sexuelle", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies de la santé mentale", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies de la santé physique", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies de la santé sociale", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies de la santé économique", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies de la santé culturelle", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies de la santé environnementale", "Actualités de santé des personnes atteintes de maladies de la santé globale".

Point de mire sur la Estonie
 Bureau de pays de l'OMS, Estonie

responsables politiques, les professionnels, les médias et le public, mais il constitue le principal moyen de publier les données, informations et publications du Bureau régional. Pour donner une plus grande visibilité aux activités dans les pays, une section intitulée « Point de mire » a été créée sur la page d'accueil et, à la fin 2007, sept « Points de mire » avaient été publiés. Une section sur chaque bureau de pays est également mise en place.

De janvier 2006 à décembre 2007, les visites du site Web ont augmenté de 11 %. Les lecteurs ont téléchargé 476 850 copies de documents du Bureau régional au cours de l'exercice biennal, principalement la Base de données européenne de la Santé pour tous (95), la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité (51), *Les déterminants sociaux de la santé : les faits* (113) et *Air quality guidelines: global update 2005* (38).

Informations sanitaires utilisables

Systèmes d'information sanitaire

L'information sanitaire joue un rôle fondamental pour le renforcement des systèmes de santé et suppose un cycle de production structuré, fondé sur des normes de collecte, de traitement et de présentation des données pour chaque État membre. Le Bureau régional a continué de renforcer les systèmes d'information sanitaire en offrant un appui à la fois à la collecte et à l'utilisation de données dans le contexte national. Près de 30 pays utilisent un logiciel de l'OMS pour afficher les indicateurs sanitaires à divers niveaux du système national de santé.

Le Bureau régional a accru la disponibilité des données en créant la Base de données européenne sur la morbidité à l'hôpital (114), qui contient les données sur les sorties d'hôpitaux de plus de 20 pays, et offre ainsi une possibilité unique d'analyser et de comparer au niveau international les caractéristiques de la morbidité et de l'activité hospitalière dans les pays. De plus, un nouveau type de base de données détaillée sur la mortalité a été mis au point, qui permet un accès facile aux informations sur les causes spécifiques de mortalité. Pour réduire la charge de la collecte de données pour les États membres, le Bureau régional a intensifié sa collaboration avec l'Office statistique des Communautés européennes (Eurostat) et l'OCDE en harmonisant les définitions et les dates limites de collecte des données sanitaires essentielles des pays.

Réseau des bases factuelles en santé

Le Réseau des bases factuelles en santé (HEN), qui relie 36 organismes et institutions internationaux coordonnés par le Bureau régional, est très apprécié comme source d'informations sur les thèmes sanitaires pertinents (115). Les demandes d'adhésion au Réseau continuent d'augmenter, ce qui témoigne de sa popularité générale, et des sources externes citent de plus en plus fréquemment ses rapports.

Les pages Web du Réseau ont été au deuxième rang des pages les plus consultées du site Web du Bureau régional, avec un chiffre qui s'est maintenu autour d'environ 8 000 visites par mois. Pendant l'exercice biennal, le Réseau a lancé avec l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé une série conjointe de synthèses, et produit plusieurs documents pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé de juin 2008 (107).

Publications, langues, diffusion d'informations et promotion

Le Bureau régional publie à la fois des documents sur papier et sur son site Web, dans ses quatre langues officielles. Illustration de son impact, les lecteurs ont acheté plus de 2 900 copies papier de ses ouvrages au cours de l'exercice biennal, en plus de celles qui sont distribuées gratuitement et des milliers de copies téléchargées depuis le site Web. Le Bureau régional a également consenti des autorisations à des instituts et autres organismes pour la traduction et la publication de 165 de ses titres dans des langues non officielles, et 72 titres ont été choisis pour figurer dans quatre bases de données spécialisées indépendantes, réservées à des abonnés payants.

Le Bureau régional appuie 38 centres de documentation de l'OMS gérés par les États membres, et leur fournit des exemplaires de ses publications à l'intention du public. Il offre également aux institutions et ministères des pays à faible revenu un accès gratuit ou quasi gratuit aux grandes revues et bases de données biomédicales internationales par l'intermédiaire de l'InterRéseau-santé initiative d'accès aux recherches (HINARI) (116).

En outre, le Bureau régional a traduit la documentation des sessions de 2006 et 2007 du Comité régional de l'anglais vers les trois autres langues de travail, et celle des huit sessions du Comité permanent du Comité régional en anglais et russe (117-119). Il a également traduit en allemand, français et russe des documents de travail pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité (23) et pour le Forum ministériel européen de l'OMS sur la tuberculose, ainsi que les rapports des réunions préparatoires de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé (9).

Cybersanté

Le Bureau a renforcé ses activités dans le domaine des technologies de l'information et de la cybersanté, c'est-à-dire l'utilisation des technologies de l'information et des communications pour la santé. Il a défini son rôle et sa position par rapport à d'autres partenaires internationaux et reconnu l'importance de l'utilisation appropriée des nouveaux outils et des nouvelles technologies pour la transformation des systèmes de santé au XXI^e siècle (120). Un réseau de plus de 522 spécialistes de la cybersanté du monde entier (125 dans la Région européenne) a été créé par l'intermédiaire de l'Observatoire mondial de la cybersanté

de l'OMS. Ce réseau constitue la base à partir de laquelle les activités dans les pays et les activités techniques dans ce domaine peuvent être développées. Le programme a renforcé les capacités de l'OMS elle-même en matière d'utilisation de la cybersanté grâce à des sessions internes sur la sensibilisation, les actions de proximité et la formation.

Organigramme et ressources

Services administratifs

Au cours de l'exercice biennal, les services administratifs du Bureau régional se sont concentrés sur la préparation de la mise en œuvre du système mondial de gestion de l'OMS à partir de 2008 ; le système changera la manière dont l'Organisation a travaillé au cours des 60 dernières années. Il sera au service de tous les bureaux de l'OMS et sera accessible par Internet à partir de n'importe quel point du monde, 24 heures sur 24. Le Bureau régional a beaucoup contribué à sa conception, en analysant le déroulement actuel des opérations et en convenant d'un ensemble de processus mondiaux ainsi que d'une définition des rôles fonctionnels. Une équipe transversale de transition a analysé l'impact probable du système, en mettant l'accent sur les travaux préparatoires pendant la phase de transition et de mise en œuvre en 2008-2009.

Le Bureau a accordé une attention particulière aux technologies de l'information et aux aspects budgétaires et financiers. Pour ce faire, il a relié les bureaux de pays de l'OMS et les bureaux géographiquement dispersés au réseau privé mondial de l'Organisation, qui acheminera le trafic de données et le trafic vocal du système mondial de gestion, créé le Centre mondial de données pour stocker les données transactionnelles venant du système de gestion et a commencé à faire du Bureau régional un élément du système mondial de gestion de l'identité de l'OMS, guichet unique pour accéder aux applications mondiales.

La planification des nouveaux rôles et responsabilités du personnel du budget et des finances a été l'un des principaux défis à relever par la direction en 2007. Ce personnel délaissera le traitement des opérations au profit d'un travail de contrôle et de vérification, et les bureaux sur le terrain traiteront un plus grand nombre de leurs propres opérations financières. La base de données financières du Bureau a fait l'objet d'un nettoyage en vue de la migration vers le système mondial de gestion.

Ressources humaines et développement du personnel

Les ressources humaines (personnel et services) du Bureau régional ont été l'objet d'une attention considérable en 2006-2007. Un plan de développement du personnel pour 2007-2008 a été mis en œuvre à la suite des mesures énoncées dans le 9^e processus de

développement (sur les 11 processus lancés par le directeur régional en 2005) concernant l'entretien et le développement des compétences. En outre, pour renforcer sa performance au niveau des pays, le Bureau a mis l'accent sur le renforcement des capacités dans deux domaines stratégiques fondamentaux :

- la gestion générale, en préparant le personnel aux plus grandes responsabilités qu'entraînera le système mondial de gestion ;
- le développement des systèmes de santé, domaine le plus important de l'activité du Bureau régional.

La planification des ressources humaines a fait partie intégrante des discussions sur le Plan stratégique à moyen terme. Il a été demandé aux responsables de déterminer le type et la durée des fonctions nécessaires pour obtenir les résultats escomptés à l'échelle du Bureau, ce qui a constitué un apport précieux sur le plan des ressources humaines pour 2008-2009, premier plan stratégique relatif aux ressources humaines jamais établi pour le Bureau régional. Les changements dans la planification des ressources humaines ont été étroitement liés au réaménagement de l'organigramme du Bureau, qui a renforcé l'approche fonctionnelle de ses activités. Le plan a classé les ressources humaines essentielles en quatre grandes catégories fonctionnelles : direction et stratégie, relations externes et services à la clientèle, production de services techniques et appui administratif.

Le plan de ressources humaines s'attaque également au déséquilibre du personnel recruté internationalement au niveau des pays. Comme il a été indiqué dans la section sur les bureaux de pays (tableau 1), le personnel international de la catégorie des administrateurs en poste dans les bureaux de pays passera de 16 % à 23 % en 2008-2009.

La mise en œuvre de la réforme contractuelle mondiale, commencée en 2004-2005, a renforcé cette approche stratégique des ressources humaines. Elle a introduit trois types d'engagements : engagement pour une durée indéterminée, déterminée ou temporaire. Les efforts se sont poursuivis en 2006-2007 de manière que les postes occupés par le personnel en place soient conformes à la réforme et aillent dans le sens des orientations stratégiques. Au cours de l'exercice biennal, le Bureau régional a non seulement géré les contrats des 690 membres de son personnel mais a aussi créé 174 postes permanents. La réforme contractuelle s'est accompagnée d'une nouvelle augmentation du nombre de contrats à durée déterminée par rapport à la fin de 2005. Actuellement, 68 % du personnel a des contrats à durée déterminée et 32 % des contrats de courte durée. Le pourcentage des postes à durée déterminée devrait atteindre 70 % d'ici la fin de 2009, ce qui réduira les coûts de gestion des contrats.

Association du personnel

Au cours de l'exercice biennal, la tradition d'un dialogue constructif entre l'administration et l'Association du personnel s'est maintenue. Ce dialogue a lieu dans le cadre de réunions organisées régulièrement avec le directeur de la Division de l'administration et des finances et le responsable des ressources humaines ainsi qu'avec le directeur régional et le directeur régional adjoint, à l'occasion de réunions spéciales visant à résoudre des problèmes particuliers. Sont à mettre au compte du progrès dans la collaboration la mise en œuvre réussie de la réforme des contrats, l'adoption de nouvelles procédures de sélection, la création d'une unité de développement organisationnel, l'instauration du nouveau comité visant à promouvoir des lieux de travail sains et sûrs, et le nouveau plan de ressources humaines fondé sur les objectifs stratégiques et non plus sur les domaines d'activité.

Systèmes d'information pour la gestion

Avec l'introduction d'une stratégie mondiale de l'OMS pour les technologies de l'information et des communications, qui comporte huit objectifs fondamentaux et est administrée dans le cadre d'un réseau de gouvernance mis en place récemment, le Bureau régional a défini sa propre stratégie en matière de technologie de l'information. Il s'agit de faciliter la réalisation des objectifs mondiaux et de respecter les priorités régionales essentielles au cours des trois à cinq années à venir. Il s'en est suivi une révision des profils du personnel des technologies de l'information, qui s'est accompagnée de la restructuration de l'équipe des services d'assistance, d'une nouvelle installation pour la connectivité à distance des bureaux de pays au réseau de l'Organisation et de la tenue de consultations sur les domaines de formation les plus demandés. L'intranet a été amélioré au début de 2007, et le personnel de toute la Région a désormais accès aux politiques et procédures, ainsi qu'aux informations et outils nécessaires pour les appliquer.

Budget et finances

L'annexe donne un aperçu du budget programme du Bureau régional et de son exécution en 2006-2007.

Le Bureau a continué de coordonner et de suivre les budgets, de mettre des ressources à la disposition des unités et des bureaux de pays, d'effectuer des paiements en temps voulu et de fournir des rapports financiers aux donateurs. En particulier, il a introduit des éléments des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS), et commencé ce faisant à aligner la comptabilité de l'Organisation sur les meilleures pratiques modernes. Il a veillé en particulier à la participation des bureaux de pays.

Infrastructure et logistique

Le gouvernement danois a mis un nouveau bâtiment à la disposition du Bureau régional à Copenhague. Ce bâtiment est adjacent aux locaux existants et se trouve dans un périmètre protégé. Les installations de conférence ont également été dotées d'un équipement moderne, permettant aux bureaux géographiquement dispersés de participer aux réunions organisées à Copenhague.

À Copenhague, un nouveau bureau paysager, à l'intérieur du périmètre sécurisé, a été mis à la disposition du personnel en 2006 par le gouvernement danois.



© OMS/Bent Jørgensen

Des négociations ont été entamées en 2007 entre les organismes des Nations Unies sis à Copenhague et le gouvernement danois en vue de la création d'une ville des Nations Unies d'ici 2012-2014.

Gouvernance de la Région

Les États membres ont continué de jouer un rôle de plus en plus actif dans la gouvernance mondiale de l'OMS. La Région européenne a maintenant huit sièges au Conseil exécutif, avec une bonne répartition géographique à travers la Région. Les membres européens du Conseil exécutif ont deux sièges au Comité du programme, du budget et de l'administration ; depuis mai 2006, ils sont occupés par le Danemark et le Portugal. Le Portugal (en la personne du professeur José Pereira Miguel) a exercé la présidence du Comité pour l'année commençant en mai 2007.

La cinquante-sixième session du Comité régional, en 2006, avait à son ordre du jour quatre questions de politique et questions techniques (121) :

- la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte ;
- le projet de budget programme 2008-2009 et le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 ;
- l'avenir du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ;
- le renforcement de la sécurité sanitaire.

Parallèlement, quatre séances d'information technique ont eu lieu sur les sujets suivants :

- la grippe ;
- comment aborder la politique du financement de la santé dans la Région européenne ?
- les préparatifs de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité ;
- la prévention du VIH/sida.

À sa cinquante-septième session en 2007, le Comité régional a abordé trois questions de politique et questions techniques (122) :

- les politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne de l'OMS ;
- le deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle ;
- les objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région européenne de l'OMS : les systèmes de santé et la santé de la mère et de l'enfant – enseignements tirés.

En plus de la session ordinaire, des séances d'information technique ont eu lieu sur les sujets suivants :

- le bilan et les limites de la réforme du système de santé serbe (organisée par le ministère de la Santé de la Serbie) ;
- le RSI ;
- l'avis du citoyen en matière de santé publique ;
- la situation de la Région concernant les maladies d'origine hydrique et le Protocole sur l'eau et la santé.

Le Comité permanent du Comité régional de l'Europe a tenu 11 sessions au cours de l'exercice biennal. Il a formulé des avis sur la préparation de la documentation du Comité régional pour les questions financières, administratives, de politique et techniques abordées pendant l'exercice (119). Il a aussi formulé des avis sur l'opportunité d'assurer un équilibre géographique entre les diverses parties de la Région européenne au sein des organes et comités de l'OMS.

Références

1. *Résolution EUR/RC50/R5 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur la Stratégie du Bureau européen de l'OMS pour les pays « Adapter les services aux nouveaux besoins »*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2000/20010914_1?language=French, consulté le 20 juin 2008).
2. *S'engager pour la santé. Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_fre.pdf, consulté le 20 juin 2008).
3. *La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : version actualisée de 2005*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051201_1?language=French, consulté le 20 juin 2008).
4. Target country pages [web site]. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 (http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20040511_1, accessed 19 June 2008).
5. Wismar M et al., eds. *Health targets in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
6. *Stratégie du Bureau européen de l'OMS pour les pays « Adapter les services aux nouveaux besoins »*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (EUR/RC50/10 ; <http://www.euro.who.int/document/rc50/fdoc10.pdf>, consulté le 20 juin 2008).
7. Que faisons-nous ? [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/About/20020908_2?language=French, consulté le 20 juin 2008).
8. *Résolution EUR/RC55/R8 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur le renforcement des systèmes de santé européens dans le prolongement de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins »*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2?language=French, consulté le 20 juin 2008).
9. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », Tallinn (Estonie), 25-27 juin 2008 [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/healthsystems2008?language=French>, consulté le 20 juin 2008).

10. *Country offices the frontline troops for health policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2007/20071112_2, accessed 12 June 2008).
11. *WHO's health system performance framework: functions and goals*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/healthsystems/20070323_1, accessed 19 June 2008).
12. *Règlement sanitaire international (2005)* [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (<http://www.who.int/csr/ihr/fr/index.html>, consulté le 21 juin 2008).
13. *Chikungunya in Emilia Romagna Region, Italy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/surveillance/outbreaks/20070904_1, accessed 19 June 2008).
14. *Toxic oil syndrome: mass food poisoning in Spain*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1984.
15. *Toxic oil syndrome: current knowledge and future perspectives*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.
16. *Toxic oil syndrome. Ten years of progress*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050114_1, accessed 19 June 2008).
17. *Résolution EUR/RC52/R10 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe « Amplifier l'action contre le paludisme dans la Région européenne de l'OMS »*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_3?language=French, consulté le 21 juin 2008).
18. *Regional Strategy: from Malaria Control to Elimination in the WHO European Region 2006–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E88840.pdf>, accessed 19 June 2008).
19. *The Tashkent Declaration. "The Move from Malaria Control to Elimination" in the WHO European Region. A commitment to action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E89355.pdf>, accessed 19 June 2008).
20. *REACH project helps sponsor regional health conference in Afghanistan*. Cambridge, Management Sciences for Health, 2006 (<http://www.msh.org/news-bureau/kabul-declaration-on-health-collaboration-20-04-2006.cfm>, accessed 19 June 2008).
21. *WHO meeting on progress achieved with malaria elimination in the WHO European Region, Ashgabat, Turkmenistan, 30 October – 01 November 2007*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/Document/E91127.pdf>, accessed 19 June 2008).
22. *Board meetings*. 17 January 2007. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007 (http://www.NICE.org.uk/aboutNICE/whoweare/board/boardmeetings/2007/17january2007/17_january_2007.jsp, accessed 19 June 2008).

23. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/obesity/conference2006?language=French>, consulté le 21 juin 2008).
24. Futures Fora. Support for European Union presidencies [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/futuresfora/20070320_1, accessed 19 June 2008).
25. *EU/Moldova Action Plan*. Brussels, European Commission, 2008 (http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/action_plans/moldova_enp_ap_final_en.pdf, accessed 19 June 2008).
26. Vaccination et maladies à prévention vaccinale [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/vaccine?language=French>, consulté le 22 juin 2008).
27. *Déclaration de Berlin sur la tuberculose*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (EUR/07/5061622/5 ; <http://www.euro.who.int/document/e90834.pdf>, consulté le 22 juin 2008).
28. *Plan to Stop TB in 18 High-priority Countries in the WHO European Region, 2007–2015*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071221_1, accessed 19 June 2008).
29. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, WHO Regional Office for Europe. *Monitoring progress on the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008.
30. Eramova I, Matic S, Munz M, eds. *HIV/AIDS treatment and care. Clinical protocols for the WHO European Region*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071121_1, accessed 19 June 2008).
31. Sexually transmitted infections [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/aids/sti/20021128_1, accessed 19 June 2008).
32. *Hepatitis C among injecting drug users in the new EU Member States and neighboring countries: situation, guidelines and recommendations*. Vilnius, Central and Eastern European Harm Reduction Network, 2007 (<http://www.ceehrn.org/EasyCEE/sys/files/Hepatitis%20C%20112%20psl.pdf>, accessed 19 June 2008).
33. Management of hepatitis C and HIV coinfection. In: Eramova I, Matic S, Munz M, eds. *HIV/AIDS treatment and care. Clinical protocols for the WHO European Region*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071121_1, accessed 19 June 2008).
34. *Vision et stratégie pour les dix ans à venir*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007 (http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/10_year_vision_fr.pdf, consulté le 22 juin 2008).

35. *Making preparation count: lessons from the avian influenza outbreak in Turkey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060810_1, accessed 19 June 2008).
36. *Intergovernmental Midterm Review, Vienna 13–15 June 2007. Meeting report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/Document/EEHC/IMR_Vienna_mtgrep_en.pdf, accessed 19 June 2008).
37. *The Protocol on Water and Health. Making a difference*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/document/wsn/Water_protocol_2005.pdf, accessed 19 June 2008).
38. *Air quality guidelines. Global update 2005. Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070323_1, accessed 19 June 2008).
39. Confalonieri U et al. Human health. In: *Climate change 2007: impacts, adaptation and vulnerability. Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.
40. *Améliorer la santé. La Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1?language=French, consulté le 22 juin 2008).
41. *Charte européenne pour la santé du cœur*. Sophia Antipolis, Société européenne de cardiologie, 2007 (<http://www.heartcharter.eu/download/French.pdf>, consulté le 22 juin 2008).
42. Programme d’intervention intégrée à l’échelle d’un pays contre les maladies non transmissibles [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/CINDI/Home?language=French>, consulté le 22 juin 2008).
43. *Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html, consulté le 22 juin 2008).
44. *The European tobacco control report 2007*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070226_1, accessed 19 June 2008).
45. *La Stratégie européenne pour la lutte antitabac*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/Document/E78125.pdf>, consulté le 22 juin 2008).

46. *Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060403_1?language=French, consulté le 22 juin 2008).
47. European Alcohol Information System [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/20020611_1, accessed 19 June 2008).
48. *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport sur la Conférence ministérielle européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912_1?language=French, consulté le 22 juin 2008).
49. Stability Pact for South-Eastern Europe – Mental health project [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/mentalhealth/CtryInfo/20031111_1, accessed 16 June 2008).
50. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070914_1, accessed 19 June 2008).
51. *Charte européenne sur la lutte contre l'obésité*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (EUR/06/5062700/8 ; <http://www.euro.who.int/Document/E89568.pdf>, consulté le 22 juin 2008).
52. *Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/Document/E91309.pdf>, consulté le 22 juin 2008).
53. International inventory of documents on physical activity promotion [online database]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://data.euro.who.int/PhysicalActivity>, accessed 13 June 2008).
54. Nutrition surveillance [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/nutrition/20070418_1, accessed 13 June 2008).
55. *Au-delà des nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/btn/index.htm>, consulté le 22 juin 2008).
56. *Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E90771.pdf>, accessed 19 June 2008).
57. South-eastern Europe. Strengthening national capacities for improving maternal and neonatal health [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/pregnancy/20070525_1, accessed 19 June 2008).

58. *Sexuality education in Europe – A reference guide to policies and practices*. Brussels, IPPF European Network, 2006 (http://www.euro.who.int/Document/RHP/SexEd_in_Europe.pdf, accessed 19 June 2008).
59. *Report of the high-level consultation on improvement of sexual and reproductive health and rights of young people in Europe. Report on a WHO meeting. Copenhagen, Denmark, 11–12 December 2006*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/Document/RHP/Sex_Health_Consult.pdf, accessed 19 June 2008).
60. *Guide for developing policies on sexual and reproductive health and rights of young people in Europe*. Brussels, IPPF European Network, 2007 (<http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+Publications/New+Publications.htm>, accessed 19 June 2008).
61. Strengthening cervical cancer prevention in Europe [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/reproductivehealth/meetings/20070510_1, accessed 13 June 2008).
62. Can we prevent cervical cancer? *Entre Nous*, 2007, 64:1–31 (<http://www.euro.who.int/document/ens/en64.pdf>, accessed 19 June 2008).
63. *Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.euro.who.int/document/gem/final_strat_sep07.pdf, accessed 19 June 2008).
64. *Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Dublin, Government of Ireland, 2004 (http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25, accessed 19 June 2008).
65. *Fatherhood and health outcomes in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e91129.pdf>, accessed 19 June 2008).
66. *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E87710.pdf>, accessed 19 June 2008).
67. *European strategy for child and adolescent health and development. Gender tool*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/childhealthdev/news/20080110_2, accessed 19 June 2008).
68. *IMCI Care for Development*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/entity/child_adolescent_health/documents/pdfs/imci_care_for_development.pdf, accessed 18 June 2008).
69. *Soins hospitaliers pédiatriques : prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241546700/en/, consulté le 23 juin 2008).
70. Orientation programme on adolescent health for health-care providers [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241591269/en/index.html, accessed 13 June 2008).

71. *Résolution EUR/RC55/R9 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur la prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922_1?language=French, consulté le 23 juin 2008).
72. Violence and injury prevention. European network of national focal points [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/violenceinjury/network/20060124_1, accessed 19 June 2008).
73. *Health in prisons. A WHO guide on the essentials in prison health*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070521_1, accessed 19 June 2008).
74. Health in Prisons Project [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/prisons>, accessed 19 June 2008).
75. *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/fr/index.html>, consulté le 24 juin 2008).
76. Policy dialogues [web site]. Copenhague, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/observatory/about/20070323_1, accessed 19 June 2008).
77. *Health and economic development in south-eastern Europe*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe and Paris, Council of Europe Development Bank, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061009_1, accessed 19 June 2008).
78. South-eastern Europe Health Network [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/stabilitypact/network/20040611_1, accessed 19 June 2008).
79. *Seventeenth Meeting of Senior Government Officials of Countries in South-eastern Europe. Report on a Joint Council of Europe/WHO meeting. Zagreb, Croatia, 7–8 December 2007*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/Document/SEE/Finalrep_17th_mtg_Zagreb_.pdf, accessed 19 June 2008).
80. *A practical tool for the preparation of a hospital crisis preparedness plan, with special focus on pandemic influenza*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/e89763.pdf>, accessed 19 June 2008).
81. Rockenschaub G, Pukkila J, Profili MC, eds. *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E90175.pdf>, accessed 19 June 2008).
82. *Global assessment of national health sector emergency preparedness and response*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/entity/hac/about/Global_survey_inside.pdf, accessed 19 June 2008).

83. *Klinicheskoe primenenie krovi*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (CD-ROM, en russe).
84. *Blood services in south-eastern Europe. Current status and challenges*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E90300.pdf>, accessed 19 June 2008).
85. *Patient safety in Europe. Baseline regional survey, 2004–2005 data*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E91321.pdf>, accessed 19 June 2008).
86. *European Regional Patients for Patient Safety Workshop, Dublin, Ireland, 3–5 September 2007*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/Document/HSM/Patient_Safety_DubRep.pdf, accessed 19 June 2008).
87. *La politique de financement de la santé dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/rc56/fbd01.pdf>, consulté le 25 juin 2008).
88. Three pillars of health financing policy [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/financing/policy/20061108_1, accessed 7 July 2008).
89. Habicht J et al. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006, 21(6):421–431.
90. Alban A, Kutzin J. *Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and tuberculosis and accelerating prevention within the health system in the Baltic states*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e90675.pdf>, accessed 17 June 2008).
91. Politi C, Torvand T. *Financing HIV/AIDS and tuberculosis interventions in Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E90770.pdf>, accessed 17 June 2008).
92. Lekhan V, Rudy V, Shishkin S. *The Ukrainian health financing system and options for reform*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E90754.pdf>, accessed 19 June 2008).
93. Kutzin J. Myth, instruments and objectives in health financing and insurance. In: Hoist J, Brandrup-Lukanow A, eds. *Extending social protection in health. Developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2007:87–95 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, accessed 17 June 2008).
94. Financement des systèmes de santé [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/financing?language=French>, consulté le 25 juin 2008).

95. Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 25 juin 2008).
96. HiT country profiles [web site]. Copenhague, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020525_1, accessed 19 June 2008).
97. Stewardship [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/healthsystems/stewardship/20061004_1, accessed 16 June 2008).
98. *PATH. Performance assessment tool for quality improvement in hospitals*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E89742.pdf>, accessed 19 June 2008).
99. *Tenth Futures Forum on steering towards equity in health*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070628_1, accessed 19 June 2008).
100. *Eleventh Futures Forum on the ethical governance of pandemic influenza preparedness*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080428_1, accessed 19 June 2008).
101. Research activities [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/socialdeterminants/poverty/20050711_2, accessed 19 June 2008).
102. Technical Consultation on Poverty and Health, Venice, 29 November – 1 December 2007 [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/socialdeterminants/poverty/20071106_2, accessed 19 June 2008).
103. Health technologies and pharmaceuticals [web site]. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/pharmaceuticals>, accessed 19 June 2008).
104. *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>, consulté le 25 juin 2008).
105. *Résolution EUR/RC57/R1 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur les politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2007/20070920_8?language=French, consulté le 25 juin 2008).
106. *Health worker migration in the European Region: country case studies and policy implications*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88366.pdf>, accessed 19 June 2008).
107. Principales publications relatives à la Conférence [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/Documents/20080620_34?language=French, consulté le 1^{er} juillet 2008).

108. Bureaux [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/AboutWHO/About/WHOEuropeOffices?language=French>, consulté le 26 juin 2008).
109. Coopération externe et partenariats [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/partnerships?language=French>, consulté le 26 juin 2008).
110. Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/observatory?language=French>, consulté le 26 juin 2008).
111. Surhcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070628_2, accessed 19 June 2008).
112. Surhcke M et al. *Economic consequences of noncommunicable disease in the Russian Federation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070411_1, accessed 19 June 2008).
113. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. Deuxième édition*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020808_2?language=French, consulté le 26 juin 2008).
114. Base de données européenne sur la morbidité à l'hôpital [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20061120_1?language=French, consulté le 26 juin 2008).
115. Réseau des bases factuelles en santé [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/HEN?language=French>, consulté le 26 juin 2008).
116. Interréseau-santé initiative d'accès aux recherches [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (<http://www.who.int/hinari/fr/index.html/>, consulté le 26 juin 2008).
117. Cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC56/20061106_1?language=French, consulté le 26 juin 2008).
118. Cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC57/20071024_1?language=French, consulté la 26 juin 2008).
119. Comité permanent du Comité régional [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/Governance/SCRC/20010825_1?language=French, consulté le 26 juin 2008).

120. eHealth [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/telemed>, accessed 19 June 2008).
121. *Rapport sur la cinquante-sixième session*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89488.pdf>, consulté le 27 juin 2008).
122. *Rapport de la cinquante-septième session*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e90753.pdf>, consulté le 27 juin 2008).

Annexe.

Budget programme et exécution

Le processus d'appréciation de l'exécution du budget programme évalue dans quelle mesure le secrétariat a atteint les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour lesquels il est tenu de rendre des comptes. Élément du cadre de gestion de l'OMS fondée sur les résultats, ce processus biennal comprend un suivi périodique du plan de travail et un examen à mi-parcours des progrès accomplis en vue de la réalisation des résultats escomptés. Les conclusions de l'appréciation de l'exécution du budget programme guident les décisions sur la reprogrammation et la préparation du budget programme de l'exercice biennal suivant. L'appréciation met en lumière les principales réalisations du secrétariat et identifie les facteurs de réussites, les contraintes et les enseignements tirés, ainsi que les mesures nécessaires pour améliorer l'exécution. C'est un exercice ascendant, du niveau des pays au niveau régional, qui passe en revue la fourniture de produits et de services dans les plans de travail, la réalisation des cibles d'indicateurs pour les résultats escomptés et la préparation d'un texte explicatif sur l'obtention de ces résultats.

Pour 2006-2007, l'exercice a été surtout un exercice d'auto-appréciation mené pour la première fois et il demande des améliorations méthodologiques pour parvenir à une appréciation cohérente fondée sur des indicateurs et des critères communs. Un comité mondial d'assurance qualité, comprenant deux experts externes et un fonctionnaire de haut rang de l'OMS a été mis en place pour améliorer la fiabilité et la précision des conclusions de l'appréciation dans tous les grands bureaux de l'OMS. Ce comité a identifié un certain nombre de limitations et de domaines dans lesquels des améliorations pourraient être apportées, qui concernent dans une certaine mesure le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

- Les indicateurs ne mesurent pas tous les aspects d'un résultat escompté ; par conséquent, le fait de s'en remettre à des valeurs indicatives seules pour déterminer la mesure dans laquelle un résultat escompté à l'échelle de l'Organisation est atteint peut constituer une limite méthodologique.
- Certains indicateurs ont des valeurs de base imprécises ou n'en ont pas du tout.
- Certains indicateurs étaient de mauvaise qualité et ne se prêtaient pas à la mesure.
- Certains résultats escomptés et cibles d'indicateurs étaient trop ambitieux.

Le tableau 1 donne un aperçu de l'exécution financière (section A) et la réalisation des résultats escomptés (section B) dans la Région européenne.

Pour chaque domaine d'activité, la section A montre le budget programme disponible et les dépenses totales, le pourcentage des dépenses investies au niveau des pays, au niveau régional et au niveau interpays, et le pourcentage du taux d'exécution du budget. Les dépenses au niveau régional/interpays comprennent les traitements des membres du personnel qui sont en poste à Copenhague ou dans les bureaux géographiquement dispersés, mais qui contribuent également à la réalisation des résultats escomptés au niveau des pays. La source des chiffres du budget programme et des dépenses totales est le rapport financier vérifié pour l'exercice 1^{er} janvier 2006-31 décembre 2007¹. Les chiffres sont nets de tous crédits tels que la couverture du risque de change et les remboursements reçus d'autres organismes, et reflètent une exécution nette de 180 millions d'USD, soit une augmentation de 16 % par rapport à l'exercice biennal précédent.

La section B montre le pourcentage des résultats escomptés entièrement réalisés au niveau du pays, au niveau interpays et au niveau régional par domaine d'activité. Les résultats escomptés restants sont ou bien partiellement réalisés ou bien non réalisés. Il y a une relation un-à-plusieurs entre un résultat régional escompté d'une part et les résultats escomptés au niveau des pays et interpays d'autre part. Ainsi, un résultat régional escompté est réalisé lorsque sont atteints de multiples résultats sous-jacents au niveau des pays et au niveau interpays. Les chiffres indiqués font partie des résultats mondiaux agrégés dans le document sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2006-2007².

En 2006-2007, l'activité de l'OMS s'articulait autour de 36 domaines d'activité ; à partir de 2008, le budget programme est basé sur un plan stratégique à moyen terme comportant 13 objectifs stratégiques. Afin de permettre une meilleure comparabilité des données financières entre les exercices biennaux et dans l'avenir, on a converti les 36 domaines d'activité en 13 objectifs stratégiques. Le tableau 2 présente ces données converties pour le budget programme approuvé et les dépenses pour 2004-2005 et 2006-2007 par objectif stratégique.

¹ *Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1^{er} janvier 2006-31 décembre 2007*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (document A61/20 ; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_20-fr.pdf, consulté le 2 juillet 2008) ; et *Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1^{er} janvier 2006-31 décembre 2007. Annexe. Ressources extrabudgétaires pour les activités du programme*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (document A61/20 Add.1 ; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_20Add1-fr.pdf, consulté le 2 juillet 2008).

² *Budget programme 2006-2007 : appréciation de l'exécution*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008.

Les sections A et B montrent le budget programme approuvé, les dépenses totales et les taux d'exécution du budget par objectif stratégique et en totalité pour 2004-2005 et 2006-2007. Les dépenses totales pour 2006-2007 diffèrent légèrement des chiffres figurant dans le rapport financier vérifié, car ils reflètent les dépenses brutes, comprenant des éléments tels que la couverture du risque de change et les remboursements reçus d'autres organismes. Cet ajustement s'est traduit par une augmentation du taux d'exécution globale du budget, passé de 85 % à 90 %.

La section C montre les efforts déployés pour accroître le budget programme entre les deux exercices biennaux, dans la plupart des objectifs stratégiques et globalement de 34,6 %. Du côté des dépenses, en revanche, cela n'a pas été pleinement réalisé et s'est traduit par une augmentation globale de 20,1 %, avec des variations d'un objectif stratégique à l'autre. Cet écart par rapport au budget programme est lié à un certain nombre de facteurs : i) l'affectation spéciale de la majeure partie des fonds fournis à l'Organisation et le sous-financement qui en est résulté de certains objectifs stratégiques, malgré un financement global solide ; ii) une exécution insuffisante ; iii) la dépendance accrue à l'égard des contributions volontaires demandant un report important pour assurer la poursuite de l'exécution au cours de l'exercice biennal suivant sans perturbation programmatique ; iv) les dons parvenus tardivement dans l'exercice biennal ou s'étalant sur plusieurs exercices, mais comptabilisés intégralement au cours d'un seul exercice. Pour de plus amples détails, voir le document de l'Assemblée mondiale de la santé sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2006-2007³. En outre, la chute de la valeur du dollar et l'inflation en monnaie locale ont eu une incidence sur tous les objectifs stratégiques, mais en particulier sur les objectifs 12 et 13, ce qui reflète la forte augmentation des coûts de fonctionnement de tous les bureaux (dans 35 lieux d'affectation) entre les deux exercices.

³ *Budget programme 2006-2007: appréciation de l'exécution. Rapport du Secrétariat.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (document A61/19 ; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_19-fr.pdf, consulté le 2 juillet 2008).

Tableau 1. Exécution par domaine d'activité, 2006-2007

Domaine d'activité	A Exécution financière	
	Budget programme révisé (milliers d'USD)	Dépenses totales (milliers d'USD)
Maladies transmissibles : prévention et lutte	100	138
Recherche sur les maladies transmissibles	300	100
Alerte et action en cas d'épidémie	16 950	10 174
Paludisme	1 800	1 340
Tuberculose	14 500	11 584
VIH/sida	12 050	11 301
Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles chroniques	4 300	2 924
Promotion de la santé	5 135	797
Santé mentale et toxicomanies	4 500	3 967
Tabac	3 000	2 098
Nutrition	1 900	3 195
Santé et environnement	19 734	15 845
Sécurité sanitaire des aliments	1 500	629
Violence, traumatismes et incapacités	1 298	1 193
Santé génésique	1 900	910
Pour une grossesse à moindre risque	4 950	1 694
Égalité des sexes et santé de la femme	1 256	389
Santé de l'enfant et de l'adolescent	5 500	2 940
Vaccination et mise au point de vaccins	14 813	14 843
Médicaments essentiels	3 250	1 975
Technologies de la santé essentielles	1 232	813
Élaboration de politiques pour la santé et le développement	3 500	5 191
Politiques relatives au système de santé et prestation des services	8 230	11 472
Ressources humaines pour la santé	2 083	1 239
Financement de la santé et protection sociale	3 500	2 041
Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche	10 750	10 064
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	8 255	9 029
Présence essentielle de l'OMS dans les pays	18 885	10 891
Gestion du savoir et technologie de l'information	13 300	6 833
Planification, coordination des ressources et surveillance	1 448	1 043
Gestion des ressources humaines à l'OMS	3 600	4 148
Budget et gestion financière	3 430	2 936
Infrastructure et logistique	7 279	13 503
Organes directeurs	4 334	4 090
Relations extérieures	1 866	2 142
Direction	1 967	6 675
Fonds immobilier	700	
Total	213 095	180 146

* Il n'y a pas eu de dépenses au niveau du pays pour ces domaines d'activité.

B Obtention des résultats escomptés

Taux d'exécution (dépenses en pourcentage du budget programme)	Proportion des dépenses		Pourcentage des résultats escomptés entièrement atteints		
	au niveau des pays	au niveau régional/interpays	au niveau des pays	au niveau interpays	au niveau régional
138 %	43 %	57 %	67 %	67 %	0 %
33 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
60 %	46 %	54 %	41 %	33 %	80 %
74 %	20 %	80 %	100 %	100 %	100 %
80 %	74 %	26 %	90 %	90 %	86 %
94 %	48 %	52 %	94 %	100 %	86 %
68 %	16 %	84 %	91 %	70 %	60 %
16 %	7 %	93 %	100 %	100 %	100 %
88 %	37 %	63 %	76 %	91 %	80 %
70 %	32 %	68 %	29 %	33 %	57 %
168 %	6 %	94 %	100 %	86 %	83 %
80 %	2 %	98 %	81 %	90 %	33 %
42 %	20 %	80 %	100 %	100 %	100 %
92 %	9 %	91 %	100 %	92 %	86 %
48 %	38 %	62 %	89 %	100 %	83 %
34 %	34 %	66 %	91 %	100 %	75 %
31 %	0 %	100 %	0 %	50 %	67 %
53 %	29 %	71 %	88 %	67 %	75 %
100 %	5 %	95 %	100 %	86 %	80 %
61 %	19 %	81 %	78 %	92 %	83 %
66 %	22 %	78 %	82 %	67 %	60 %
148 %	2 %	98 %	100 %	83 %	75 %
139 %	41 %	59 %	76 %	50 %	75 %
59 %	15 %	85 %	100 %	100 %	100 %
58 %	16 %	84 %	27 %	63 %	75 %
94 %	1 %	99 %	71 %	69 %	60 %
109 %	67 %	33 %	80 %	71 %	75 %
58 %	76 %	24 %	100 %	100 %	100 %
51 %	^a	100 %	^b	93 %	88 %
72 %	^a	100 %	^b	40 %	60 %
115 %	^a	100 %	^b	75 %	67 %
86 %	^a	100 %	^b	83 %	83 %
186 %	^a	100 %	^b	100 %	100 %
94 %	^a	100 %	^b	100 %	100 %
115 %	^a	100 %	^b	100 %	100 %
339 %	^a	100 %	^b	100 %	100 %
85 %	25 %	75 %	84 %	81 %	79 %

^a Il n'y a pas eu de résultats escomptés au niveau des pays pour ces domaines d'activité.

Tableau 2. Comparaison du budget programme et des dépenses, 2004-2005 et 2006-2007

Objectif stratégique	A 2004-2005	
	Budget programme révisé (milliers d'USD)	Pourcentage du budget total
1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	20 402	12,9 %
2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	23 632	14,9 %
3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle	7 464	4,7 %
4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé	9 155	5,8 %
5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	7 705	4,9 %
6. Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque	6 038	3,8 %
7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	1 820	1,2 %
8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement	16 171	10,2 %
9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	4 568	2,9 %
10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles	23 456	14,8 %
11. Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	2 105	1,3 %
12. Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail	13 371	8,4 %
13. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat	22 395	14,1 %
Total	158 282	100,0 %

B 2006-2007						C Pourcentage de variation (2006-2007 par rapport à 2004-2005)	
Dépenses (milliers d'USD)	Taux d'exécution (dépenses en pourcentage du budget programme)	Budget programme révisé (milliers d'USD)	Pourcentage du budget total	Dépenses (milliers d'USD)	Taux d'exécution (dépenses en pourcentage du budget programme)	Budget programme	Dépenses
14 020	68,7 %	32 163	15,1 %	26 190	81,4 %	57,6 %	86,8 %
19 085	80,8 %	28 350	13,3 %	25 560	90,2 %	20,0 %	33,9 %
8 049	107,8 %	9 541	4,5 %	5 400	56,6 %	27,8 %	-32,9 %
4 470	48,8 %	12 350	5,8 %	5 280	42,8 %	34,9 %	18,1 %
8 439	109,5 %	10 678	5,0 %	11 380	106,6 %	38,6 %	34,9 %
6 568	108,8 %	8 243	3,9 %	4 270	51,8 %	36,5 %	-35,0 %
1 076	59,1 %	3 356	1,6 %	3 130	93,3 %	84,4 %	190,9 %
16 377	101,3 %	17 761	8,3 %	14 780	83,2 %	9,8 %	-9,8 %
1 950	42,7 %	3 400	1,6 %	3 950	116,2 %	-25,6 %	102,6 %
35 197	150,1 %	36 253	17,0 %	31 070	85,7 %	54,6 %	-11,7 %
3 222	153,1 %	4 482	2,1 %	2 540	56,7 %	112,9 %	-21,2 %
16 915	126,5 %	25 003	11,7 %	25 100	100,4 %	87,0 %	48,4 %
24 631	110,0 %	21 515	10,1 %	33 440	155,4 %	-3,9 %	35,8 %
160 000	101,1 %	213 095	100,0 %	192 090	90,1 %	34,6 %	20,1 %



EUROPE

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.

États membres

Albanie	Kazakhstan
Allemagne	Kirghizistan
Andorre	Lettonie
Arménie	Lituanie
Autriche	Luxembourg
Azerbaïdjan	Malte
Bélarus	Moldova
Belgique	Monaco
Bosnie-Herzégovine	Monténégro
Bulgarie	Norvège
Chypre	Ouzbékistan
Croatie	Pays-Bas
Danemark	Pologne
Espagne	Portugal
Estonie	République tchèque
Ex-République yougoslave de Macédoine	Roumanie
Fédération de Russie	Royaume-Uni
Finlande	Saint-Marin
France	Serbie
Géorgie	Slovaquie
Grèce	Slovénie
Hongrie	Suède
Irlande	Suisse
Islande	Tadjikistan
Israël	Turkménistan
Italie	Turquie
	Ukraine

Le présent rapport rend compte de l'activité du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en 2006-2007 : servir ses États membres et contribuer à la santé dans la Région européenne de l'OMS.

Au cours du dernier exercice biennal, le Bureau régional s'est attaché à fournir à ses États membres des services adaptés à chacun pour l'élaboration de la politique de santé et le développement des systèmes de santé. En continuant de privilégier l'activité dans et avec les pays, le Bureau a étudié les différents moyens de satisfaire les besoins des parties orientale et occidentale de la Région.

Ce rapport offre des exemples intéressants et parlants des activités menées directement avec les pays pour améliorer la santé et renforcer les systèmes de santé. Certains exemples portent sur les thèmes des programmes de santé, d'autres sur les systèmes de santé, et d'autres encore combinent les deux. Le rapport met aussi en lumière le travail effectué sur la santé d'un point de vue normatif et technique, et présente les deux approches étroitement liées des activités sur la santé, où des programmes de santé spécifiques fournissent le contenu tandis que les systèmes de santé sont le moyen d'atteindre les buts. Enfin, il examine la structure, les ressources et la gouvernance qui permettent au Bureau d'accomplir sa mission comme il le fait de deux manières principales : premièrement, en fournissant un service direct aux États membres et, deuxièmement, en s'acquittant du mandat de l'OMS en sa qualité d'institution spécialisée des Nations Unies pour la santé. Une annexe donne un aperçu du budget programme et de son exécution.

Le rapport traite également de questions transversales – telles que les partenariats, l'information sanitaire utilisable, la communication et la publication – qui intéressent tout le Bureau et reviennent dans tout le rapport, ce qui témoigne de l'importance toujours croissante de la collaboration avec d'autres acteurs dans le domaine de la santé comme partenaires précieux en synergie.

Organisation mondiale de la santé Bureau régional de l'Europe

Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17
Fax : +45 39 17 18 18
Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int

