



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE
SOIXANTE-TROISIÈME SESSION

Çeşme Izmir (Turquie), 16-19 septembre 2013



© İZKA/ Tamer Hartevioğlu



Rapports de situation



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-troisième session

EUR/RC63/18

Çeşme Izmir (Turquie), 16-19 septembre 2013

23 juillet 2013

131410

Point 5 k) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapports de situation

Le présent document comprend des rapports de situation consolidés sur les thèmes suivants :

- a) la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 ;
- b) la lutte antitabac dans la Région européenne de l'OMS ;
- c) la nutrition, l'activité physique et l'obésité dans la Région européenne de l'OMS ;
- d) le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 ;
- e) les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé dans la Région européenne de l'OMS : bilan de 2013 ;
- f) l'application du Règlement sanitaire international (2005) ;
- g) le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques.

Sommaire

	page
Rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015.....	1
Introduction.....	1
Contexte.....	2
Analyse de la situation.....	2
Tendances épidémiologiques.....	2
Financement des interventions de lutte contre la tuberculose et ses souches multirésistantes.....	3
Progrès et défis.....	3
Domaine d'intervention n° 1 : prévenir la survenue de cas de tuberculose multirésistante et ultrarésistante.....	3
Domaine d'intervention n° 2 : développer l'accès aux tests de résistance aux antituberculeux de première et de deuxième intentions et aux tests de dépistage du VIH parmi les patients tuberculeux.....	4
Domaine d'intervention n° 3 : développer l'accès au traitement efficace contre toutes les souches de la tuberculose pharmacorésistante.....	4
Domaine d'intervention n° 4 : intensifier la lutte contre l'infection tuberculeuse ...	4
Domaine d'intervention n° 5 : renforcer la surveillance, notamment l'enregistrement et la notification des cas de tuberculose pharmacorésistante et le suivi des issues thérapeutiques.....	5
Domaine d'intervention n° 6 : renforcer les capacités nationales pour intensifier la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante, notamment par la sensibilisation, les partenariats et la formulation d'orientations politiques.....	5
Domaine d'intervention n° 7 : prendre en compte les besoins des populations particulières.....	6
Prochaines étapes.....	7
Rapport de situation sur la lutte antitabac dans la Région européenne de l'OMS.....	9
Introduction et contexte.....	9
Analyse de la situation.....	9
Tendances et lacunes actuelles.....	10
Les progrès accomplis et les défis pour chacune des orientations stratégiques.....	10
Engagement politique.....	10
Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.....	10
La lutte antitabac dans le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016.....	11
Marche à suivre pour l'avenir.....	13
Les conditions requises pour atteindre l'objectif global proposé, à savoir une baisse relative de 30 % de l'usage actuel du tabac chez les jeunes et adultes âgés de 15 ans et plus d'ici 2025.....	13
Quels sont les domaines prioritaires afin d'atteindre l'objectif proposé au niveau mondial ?.....	13
Rapport de situation sur la nutrition, l'activité physique et l'obésité dans la Région européenne de l'OMS.....	15

Introduction et contexte	15
Analyse de la situation.....	16
Résultats obtenus et difficultés rencontrées	17
Marche à suivre pour l'avenir	18
Rapport de situation sur le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016.....	19
Contextes mondiaux et régionaux.....	19
Le présent rapport	19
Les actions menées contre les maladies non transmissibles et la notion d'une seule OMS.....	20
Surveillance	20
Action multisectorielle.....	20
Prévention et lutte	20
Progrès accomplis au niveau régional.....	20
Surveillance	20
Action multisectorielle.....	21
Prévention et lutte	22
Renforcement des capacités.....	23
Renforcement des systèmes de santé	23
Réalisations nationales.....	23
Rapport de situation sur les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé dans la Région européenne de l'OMS : bilan de 2013	25
Introduction.....	25
OMD 4. Réduire la mortalité infantile	25
Analyse de la situation.....	25
Stratégies et actions de l'OMS	26
Perspectives	26
OMD 5. Améliorer la santé maternelle.....	27
Analyse de la situation.....	27
Stratégies et actions de l'OMS	27
Perspectives	28
OMD 6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.....	29
VIH/sida.....	29
Analyse de la situation.....	29
Stratégies et actions de l'OMS	30
Perspectives	31
Paludisme.....	31
Analyse de la situation.....	31
Stratégies et actions de l'OMS	31
Perspectives	32
Tuberculose	32
Analyse de la situation.....	32
Stratégies et actions de l'OMS	33
Perspectives	34
Les liens avec l'OMD 3	34
Les liens avec l'OMD 7	34
Le programme de développement pour l'après-2015	35
Consultation thématique mondiale sur la santé	35
Vers un cadre pour les objectifs futurs de la santé	36

Mise en œuvre du programme pour l'après-2015.....	37
Références.....	38
Rapport de situation sur l'application du Règlement sanitaire international (2005).....	41
Introduction et contexte	41
Analyse de la situation.....	41
Mesures prises et progrès réalisés.....	42
Domaine d'activité n° 1 : évaluer, renforcer et contrôler les principales capacités nationales en matière de RSI	42
Domaine d'activité n° 2 : promouvoir l'adhésion politique de haut niveau au processus d'application du RSI.....	43
Domaine d'activité n° 3 : mettre à jour la législation et les mécanismes de réglementation.....	43
Domaine d'activité n° 4 : habiliter les points focaux nationaux pour le RSI	43
Domaine d'activité n° 5 : déployer des efforts de sensibilisation au-delà du secteur de la santé.....	44
Domaine d'activité n° 6 : former les personnels nationaux à renforcer, gérer et maintenir les capacités nécessaires pour que leur pays respecte pleinement le RSI.....	44
Domaine d'activité n° 7 : renforcer les capacités du RSI aux points d'entrée	44
Perspectives.....	44
Coopération et coordination avec les partenaires de la Région européenne.....	45
Critères pour la prolongation en 2014	45
Conclusions.....	45
Rapport de situation sur le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques	47
Introduction et contexte	47
Analyse de la situation.....	47
Mesures prises et progrès réalisés.....	48
Objectif stratégique n° 1 : renforcer la coordination nationale multisectorielle en vue d'endiguer la résistance aux antibiotiques	48
Objectif stratégique n° 2 : renforcer la surveillance de la résistance aux antibiotiques.....	48
Objectif stratégique n° 3 : promouvoir des stratégies pour l'utilisation rationnelle des antibiotiques et renforcer la surveillance nationale de leur consommation....	49
Objectif stratégique n° 4 : renforcer la lutte anti-infectieuse et la surveillance de la résistance aux antibiotiques dans les services et établissements de soins de santé	50
Objectif stratégique n° 5 : prévenir et lutter contre le développement et la propagation de la résistance aux antibiotiques dans les secteurs vétérinaire et agricole	51
Objectif stratégique n° 6 : promouvoir l'innovation et la recherche sur les nouveaux médicaments et les nouvelles technologies.....	52
Objectif stratégique n° 7 : améliorer la sensibilisation, la sécurité des patients et les partenariats	52
Marche à suivre pour l'avenir.....	53
Conclusions.....	53

Rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015

Introduction

1. Depuis l'adoption du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (tuberculose-MR et UR) dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 et de la résolution qui l'accompagne (EUR/RC61/R7) par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe à sa soixante et unième session (CR61) de septembre 2011, la plupart des étapes importantes énoncées dans le Plan d'action ont été franchies. Parmi les principales réalisations du secrétariat à cet égard, il convient de mentionner la création du Comité Feu Vert, avec l'apport d'une assistance technique de pointe aux États membres en matière de tuberculose multirésistante (tuberculose-MR), ainsi que le lancement de l'Initiative européenne des laboratoires de tuberculose (ELI) en vue d'intensifier l'élaboration de diagnostics de qualité. Sous l'égide du projet spécial de prévention et de lutte contre la tuberculose-MR et UR mis en place par la directrice régionale, des groupes de travail ont été institués pour améliorer la prévention et la lutte contre la tuberculose infantile, développer le rôle de la chirurgie dans le traitement antituberculeux, rédiger un document de consensus sur la lutte et les soins transfrontières en matière de tuberculose et, à la lumière de Santé 2020, évaluer les déterminants sociaux de la tuberculose et ceux liés aux systèmes de santé, et agir sur ces derniers.

2. La directrice régionale a effectué plusieurs missions de haut niveau dans les États membres pour examiner les mesures visant à améliorer les systèmes de santé et à lutter contre la tuberculose et ses souches multirésistantes et ultrarésistantes. En octobre 2012, la directrice régionale a rencontré le Premier ministre et le ministre de la Santé de Roumanie, en compagnie du commissaire européen à la santé et à la politique des consommateurs. Le secrétariat et les partenaires ont apporté une assistance technique en vue d'introduire un nouveau test de diagnostic moléculaire révolutionnaire. La couverture de traitement des patients atteints de tuberculose-MR a augmenté pour passer de 63 % du nombre estimé de cas en 2011 à 96 % en 2013 et ce, bien que le taux d'issues thérapeutiques (48,5 %) soit en dessous de la cible de 75 % en raison d'un manque de médicaments efficaces, de la faible performance des programmes et de l'adoption d'approches inadéquates centrées sur la personne, ainsi que de l'absence d'un mécanisme de soins transfrontaliers. Sur les 15 pays particulièrement touchés par la tuberculose-MR, neuf sont parvenus à l'accès universel au traitement et aux soins contre la tuberculose-MR en janvier 2013. Six autres États membres progressent dans leurs efforts afin de fournir ce traitement à tous les patients. Nonobstant, des lacunes persistent dans certains États membres où il existe encore des listes d'attente pour le traitement.

3. Malgré leurs taux de tuberculose et de tuberculose-MR relativement élevés, les États baltes ont réussi à interrompre l'augmentation des cas de tuberculose-MR. L'impact de la crise économique sur la tuberculose en tant que maladie sociale doit encore être évalué. La question de la prise en charge des patients se rendant à l'étranger n'est pas encore pleinement résolue par la plupart des États membres.

4. En l'absence de traitement efficace, des souches résistantes de la tuberculose se propageront dans les services et établissements de soins de santé et dans les communautés, avec des conséquences graves pour les ressources financières et humaines des systèmes de soins de santé.

Contexte

5. La charge de tuberculose de la Région européenne de l'OMS varie amplement, allant de moins d'un cas pour 100 000 habitants dans certains États membres à plus de 200 cas pour 100 000 dans d'autres. L'incidence de cette maladie est aussi très diverse au sein d'un même pays ; en effet, dans certaines circonscriptions, régions et capitales d'Europe occidentale, les taux de tuberculose supérieurs à 100 pour 100 000 habitants ne sont pas rares.

6. La résolution EUR/R61/R7 du Comité régional prie la directrice régionale d'évaluer les progrès réalisés dans la prévention et la lutte contre la tuberculose-MR et UR au niveau régional une année sur deux, à compter de 2013, et d'en rendre compte au Comité régional en conséquence. Le Plan d'action consolidé, rédigé dans le cadre d'un vaste processus de consultation avec les États membres, des organisations de la société civile, des agences techniques et bilatérales, et les communautés, fixe un objectif ambitieux de dépister plus de 85 % du nombre estimé de patients atteints de tuberculose-MR, et de réaliser un traitement efficace chez au moins 75 % d'entre eux, afin d'endiguer cette épidémie.

Analyse de la situation

Tendances épidémiologiques

7. En 2011¹, sur un nombre estimé de 380 000 nouveaux cas de tuberculose dans la Région européenne, 295 968 ont été en fait notifiés. Depuis 2007, la notification des cas de tuberculose a diminué dans la Région à un rythme moyen de 5 % par an. Plus de 44 000 décès ont été attribués à la tuberculose en 2011.

8. Parmi les nouveaux cas de tuberculose signalés, le nombre des cas de tuberculose-MR a augmenté régulièrement, pour passer de 4 % en 2005 à 14 % en 2011. La maladie continue donc à se transmettre. Sur un nombre estimé de 78 000 cas de tuberculose-MR, environ 30 000 (38 %) ont été dépistés en 2011, 98 % d'entre eux ont d'ailleurs été signalés dans les 18 pays hautement prioritaires en matière de lutte contre la tuberculose.² La prévalence de la tuberculose-MR chez les patients tuberculeux précédemment traités était de 47,22 % en 2011, soit une légère baisse par rapport au taux de 48,2 % observé en 2010. Bien qu'elle ait triplé depuis l'adoption du Plan d'action consolidé, la couverture des tests de sensibilité aux médicaments de seconde intention n'est encore que de 9 % et permet de prouver que jusqu'à 2 % de tous les cas de tuberculose-MR sont ultrarésistants aux médicaments.

9. Même si la co-infection tuberculose/VIH n'est pas aussi commune dans la Région européenne de l'OMS que dans d'autres Régions de l'OMS, une prévalence croissante du VIH chez les cas tuberculose a été observée (de 2,8 % en 2007 à 6,4 % en 2011).

¹ Veuillez noter que les données de surveillance sur la tuberculose sont recueillies au cours d'une année, et analysées l'année suivante. En d'autres termes, les données utilisées dans le présent rapport de situation (janvier 2013) se réfèrent aux cas signalés en 2011. Ainsi les pays peuvent-ils vérifier leurs données et établir les issues thérapeutiques pour les patients nouvellement et précédemment traités.

² Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bulgarie, Estonie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Ouzbékistan, République de Moldova, Roumanie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie et Ukraine.

Financement des interventions de lutte contre la tuberculose et ses souches multirésistantes

10. Plusieurs États membres ont demandé, et reçoivent actuellement, une aide du Bureau régional afin de réexaminer leurs mécanismes de financement ainsi qu'un soutien à la budgétisation des interventions de prévention et de lutte contre la tuberculose et ce, afin d'améliorer l'efficacité du programme.

11. Le Bureau régional a aidé les pays éligibles à demander l'assistance du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et d'autres donateurs. Cependant, et étant donné la décision du Fonds mondial d'annuler le 11^e cycle de financement et le retard dans l'annonce du nouveau mécanisme de financement afin de le remplacer, la mise en œuvre des interventions de lutte contre la tuberculose-MR et de renforcement des systèmes de santé n'a pas été intensifiée comme prévu dans certains États membres.

12. Selon les évaluations approfondies des programmes entreprises conjointement par le Bureau régional et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) dans plusieurs pays de l'Union européenne, certains des progrès précédemment accomplis peuvent être mis en péril à la suite de la crise financière et des restrictions budgétaires.

Progrès et défis

Domaine d'intervention n° 1 : prévenir la survenue de cas de tuberculose multirésistante et ultrarésistante

13. Le Bureau régional et ses partenaires, en collaboration avec les États membres, ont évalué les raisons expliquant la non-adhésion au traitement dans divers contextes. Les déterminants sociaux ont été pris en compte dans le système de surveillance de la résistance aux médicaments. Un outil d'évaluation de la lutte contre la tuberculose et ses souches multirésistantes à l'échelle du système de santé a été élaboré et mis en œuvre dans plusieurs États membres. L'objectif était de recenser les principaux défis au niveau des six composantes des systèmes de santé, et de recommander la prise de mesures pour prévenir l'émergence de la tuberculose pharmacorésistante et d'intensifier l'efficacité du traitement. Dans plusieurs États membres, notamment dans les États baltes, les taux de tuberculose-MR se sont stabilisés.

14. L'émergence et la propagation des souches pharmacorésistantes de la maladie, accompagnées d'un traitement inadéquat et d'un mécanisme insuffisant d'encadrement du patient, sont encore une réalité dans plusieurs États membres, y compris chez certains pays membres de l'Union européenne. Certains États membres procèdent à des hospitalisations inutiles qui, en l'absence d'une lutte adéquate contre les infections transmises par voie aérienne, peuvent conduire à la transmission nosocomiale des souches pharmacorésistantes de la tuberculose. Les services de soins ambulatoires et d'autres modèles de soins, notamment le traitement à domicile, ne fonctionnent pas pleinement dans certains États membres.

15. Les bases factuelles attestant l'efficacité du traitement prophylactique chez les personnes ayant été en contact avec des patients atteints de tuberculose-MR et UR font défaut.

Domaine d'intervention n° 2 : développer l'accès aux tests de résistance aux antituberculeux de première et de deuxième intentions et aux tests de dépistage du VIH parmi les patients tuberculeux

16. Le Bureau régional a lancé l'Initiative européenne des laboratoires de tuberculose (ELI) et fourni une assistance technique aux États membres pour intensifier les capacités de diagnostic et réaliser un diagnostic moléculaire rapide de la tuberculose et de ses souches multirésistantes. Le Bureau régional et d'autres partenaires ont également apporté une assistance technique à des activités conjointes sur la tuberculose et le VIH.

17. Les baisses de financement dues à la crise financière ont entraîné des difficultés pour les États membres en ce qui concerne l'intensification de leurs capacités de diagnostic et l'amélioration de la sécurité biologique.

Domaine d'intervention n° 3 : développer l'accès au traitement efficace contre toutes les souches de la tuberculose pharmacorésistante

18. Le Bureau régional a aidé les États membres à aligner leur plan national de lutte contre la tuberculose et la tuberculose-MR sur le Plan d'action consolidé.

19. Les États membres ont amélioré l'accès aux médicaments antituberculeux de seconde intention pour le traitement des patients souffrant de tuberculose-MR et UR (96 % de la couverture de traitement).

20. Le Bureau régional a instauré le Comité Feu Vert, et fourni une assistance technique aux pays particulièrement touchés par la tuberculose-MR en ce qui concerne la prise en charge clinique et la gestion programmatique de la tuberculose pharmacorésistante, par le biais de visites dans les pays et de formulation de conseils à distance. Le Bureau régional et la Société européenne de pneumologie ont lancé un site consultatif en ligne (<https://www.tbconsilium.org/>) à l'intention des praticiens pour la prise en charge clinique des patients difficiles à traiter. Ce site est disponible en anglais et en russe.

21. Outre les projets soutenus au niveau international par l'OMS ou le Comité Feu Vert, le taux de succès du traitement des patients atteints de tuberculose-MR est extrêmement faible (28 % dans certains contextes). Cette situation s'explique principalement par l'adoption de schémas thérapeutiques incomplets, et l'absence de libre accès à tous les médicaments nécessaires pour le traitement de seconde intention. Dans certains pays d'Europe occidentale, les pratiques cliniques ne répondent pas aux normes, et l'on observe d'importants retards dans le diagnostic en raison du manque de compétences, de la prise en charge insuffisante du patient et du suivi inadéquat de celui-ci.

Domaine d'intervention n° 4 : intensifier la lutte contre l'infection tuberculeuse

22. Le Bureau régional et d'autres partenaires ont fourni une assistance technique aux États membres en vue de finaliser leur plan d'action national contre l'infection de tuberculose. Celui-ci doit ensuite être intégré dans leur plan national de lutte antituberculeuse ou dans leur stratégie sanitaire nationale. Le Bureau régional a élaboré un ensemble de spécifications clés en matière d'achat et d'approvisionnement pour la lutte contre l'infection de tuberculose.

23. Le secrétariat a aidé les États membres à améliorer la lutte contre les infections transmises par voie aérienne dans les établissements et services de soins de santé et les lieux publics. Toutefois, ces mesures n'ont pas encore été renforcées dans certains États membres, en raison d'un manque d'interventions aux niveaux administratif et environnemental et en matière de protection respiratoire. Les établissements et services de soins de santé et les lieux publics continuent donc de contribuer à la propagation de la tuberculose et de ses souches pharmacorésistantes. Certains États membres expulsent les migrants atteints de tuberculose sans se soucier des enjeux de santé publique et des droits de l'homme, ou sans prendre des mesures adaptées de lutte anti-infectieuse.

Domaine d'intervention n° 5 : renforcer la surveillance, notamment l'enregistrement et la notification des cas de tuberculose pharmacorésistante et le suivi des issues thérapeutiques

24. Le Bureau régional, en consultation avec ses partenaires, a élaboré un cadre pour le suivi de la Déclaration de Berlin sur la tuberculose, et fourni une formation, un accompagnement et un appui technique aux États membres de manière à ce que ces derniers puissent améliorer le suivi, l'évaluation et l'utilisation des données et, par conséquent, accroître la performance des programmes.

25. Le Bureau régional a aidé plusieurs États membres dans la réalisation d'enquêtes nationales sur la pharmacorésistance.

26. Le Bureau régional et l'ECDC ont tenu des réunions annuelles à l'intention des points focaux pour la surveillance de la tuberculose afin de coordonner les activités de surveillance dans la Région.

27. Les données sur les tests de sensibilité aux médicaments de seconde intention sont encore limitées, et la gestion électronique des données fait défaut dans de nombreux pays, ce qui rend encore plus difficile l'analyse de la performance des programmes. Certains États membres d'Europe occidentale ne notifient pas les issues thérapeutiques, et ratent par conséquent des occasions d'attester l'efficacité de leurs interventions de lutte contre la tuberculose.

Domaine d'intervention n° 6 : renforcer les capacités nationales pour intensifier la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante, notamment par la sensibilisation, les partenariats et la formulation d'orientations politiques

28. Le Bureau régional a aidé les États membres hautement prioritaires concernant la lutte antituberculeuse à actualiser et à finaliser leur plan national de lutte contre la tuberculose-MR, et organisé un atelier régional afin que les États puissent préparer des plans stratégiques nationaux en matière de tuberculose intégrant la lutte contre les souches multirésistantes. Le Bureau régional a également élaboré un outil visant à évaluer la gouvernance dans la lutte contre la tuberculose, et aidé plusieurs États membres à améliorer la structure de leur programme national.

29. Le Bureau régional, en collaboration avec l'ECDC et la Fondation contre la tuberculose KNCV, a organisé une Réunion des responsables des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose à La Haye (Pays-Bas), en mai 2013, pour examiner les progrès accomplis dans la mise en œuvre des plans d'action nationaux et régionaux, dont le Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015.

30. À la demande des États membres, le Bureau régional et ses partenaires ont effectué des examens externes des programmes en Arménie, en Azerbaïdjan, au Bélarus, en Hongrie, au Kazakhstan, en Norvège, en Slovaquie et en Ukraine.

31. Le Bureau régional a institué la Commission de collaboration régionale interinstitutions sur la lutte contre la tuberculose en décembre 2012 pour améliorer les partenariats et renforcer la coordination entre les partenaires.

32. Le Bureau régional a donné des orientations aux États membres afin qu'ils révisent leur cadre relatif à l'éthique et aux droits de l'homme dans le contexte de la lutte antituberculeuse.

33. Le secrétariat a fait participer des représentants de la société civile à toutes les réunions régionales et évaluations approfondies des programmes. Le Bureau régional a soutenu les activités de la Coalition TB Europe et d'autres organisations de la société civile, et les ont impliquées dans la planification et la mise en œuvre des interventions. Toutefois, et à quelques exceptions près, on compte peu d'États membres où les organisations de la société civile prennent part à la lutte antituberculeuse. En outre, les soins palliatifs pour les malades tuberculeux ne sont pas disponibles dans de nombreux pays.

34. Des représentants du Bureau régional ont participé à plusieurs audiences du Parlement européen sur la tuberculose et ses souches multirésistantes, et présenté des exposés. Le Bureau régional a organisé une exposition de photos intitulée « Les visages de la tuberculose » au Parlement européen le 20 mars 2013.

Domaine d'intervention n° 7 : prendre en compte les besoins des populations particulières

35. Le Bureau régional et d'autres partenaires ont apporté leur appui aux États membres qui révisent leurs politiques nationales de lutte contre la tuberculose et le VIH afin de répondre aux besoins de populations particulières, et procèdent à la mise à jour de leurs directives relatives à la santé carcérale afin d'y inclure des recommandations sur la lutte antituberculeuse en prison. Cependant, la plupart des pays ne disposent d'aucun mécanisme opérationnel de coordination de la lutte contre la tuberculose et le VIH afin de faciliter la prestation de services intégrés de soins de la tuberculose et du VIH (et en matière de toxicomanie/narcologie).

36. Le secrétariat a fourni une assistance technique aux États membres afin de les aider à améliorer la coordination entre les services de santé carcérale et civile. Des directives et des documents d'orientation ont été rédigés et diffusés aux États membres par le biais du réseau Projet Santé en prison. Malgré ces efforts, on recense encore des lacunes dans la coordination entre les services de santé civile et en milieu pénitentiaire.

37. Le Bureau régional a établi un groupe de travail sur la tuberculose infantile afin d'attester les pratiques actuelles dans ce domaine et d'adapter les recommandations internationales au contexte de la Région européenne. La plupart des États membres accusent un manque de ressources humaines qualifiées en matière de lutte contre la tuberculose infantile.

38. Le Bureau régional a finalisé et publié un document portant sur un programme minimal de lutte et de soins transfrontières en matière de tuberculose dans la Région européenne de

l'OMS (*Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European Region: a Wolfheze consensus statement*)³.

39. Il est urgent de mener des activités de recherche et de développement sur de nouveaux médicaments et vaccins contre la tuberculose et ses souches multirésistantes et ultrarésistantes. Le Bureau régional aide les États membres à introduire la bédaquiline comme nouveau médicament antituberculeux dans des conditions spécifiques et en portant une attention particulière à la pharmacovigilance. Un autre médicament doit être introduit en 2014. Des essais de vaccins sont également en cours dans d'autres régions.

Prochaines étapes

40. Le Bureau régional continuera de soutenir les États membres dans la mise en œuvre du Programme d'action consolidé dans le cadre du projet spécial de la directrice régionale. Il continuera également de collaborer avec les membres du Parlement européen, l'ECDC, la Commission européenne et d'autres partenaires clés afin de sensibiliser à la prévention et à la lutte contre la tuberculose et la tuberculose-MR.

41. Un recueil des meilleures pratiques en matière de modèles d'interventions au niveau des systèmes de santé pour la prévention et la prise en charge de la tuberculose-MR sera préparé. Un atelier pour la Région européenne de l'OMS sera organisé en 2013 afin de procéder à un échange de données d'expérience quant à l'intensification des soins ambulatoires centrés sur le patient.

42. D'ici la fin 2013, le Bureau régional et les laboratoires supranationaux de référence pour la tuberculose, en collaboration avec les laboratoires nationaux, formuleront un plan triennal de développement des laboratoires de la tuberculose dans les 18 pays hautement prioritaires de la Région en matière de lutte contre la tuberculose.

43. Dans le cadre de l'enquête sur la pharmacorésistance et des efforts de modernisation des systèmes nationaux de surveillance, le Bureau régional aidera les États membres et d'autres partenaires à réaliser des estimations fiables de la prévalence de la tuberculose-MR d'ici la fin 2013.

44. Le Bureau régional apportera une assistance technique aux États membres en vue de les aider à améliorer la performance et l'efficacité de leur programme de lutte antituberculeuse, et de procéder à l'introduction et à l'utilisation rationnelle de nouveaux médicaments. Des évaluations approfondies des programmes seront réalisées aux Pays-Bas, en République de Moldova et au Tadjikistan en 2013.

45. Le Bureau régional soutiendra les États membres éligibles dans leur demande d'assistance auprès du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

46. En collaboration avec l'ECDC et la Société européenne de pneumologie, le Bureau régional effectuera une enquête sur les interventions visant à éliminer la tuberculose dans les pays très peu touchés par cette maladie. Le Bureau régional finalisera un document de consensus sur le rôle de la chirurgie dans la lutte contre la tuberculose et les souches multirésistantes et ultrarésistantes en 2013.

³ Dara M et al. Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European Region: a Wolfheze consensus statement. *European Respiratory Journal*, 2012, 40(5):1081–1090.

Rapport de situation sur la lutte antitabac dans la Région européenne de l'OMS

Introduction et contexte

47. La Stratégie européenne pour la lutte antitabac témoigne de l'engagement politique accru envers la lutte contre le tabagisme dans la Région européenne de l'OMS, ainsi que des attentes de la santé publique à cet égard. Elle a été adoptée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe à sa cinquante-deuxième session de septembre 2002, dans la résolution EUR/RC52/R12. La Stratégie s'appuie sur les enseignements tirés de l'évaluation des trois plans d'action européens consécutifs en matière de lutte antitabac⁴, les principes directeurs énoncés dans la Déclaration de Varsovie pour une Europe sans tabac (2002) et les bases factuelles sous-tendant les politiques de lutte antitabac aux niveaux national, régional et international.

48. Elle précède l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Elle doit être examinée régulièrement et, le cas échéant, faire l'objet d'une adaptation stratégique.

Analyse de la situation

49. De toutes les Régions de l'OMS, c'est la Région européenne qui enregistre actuellement la plus forte consommation de tabac chez les adultes. Bien que la prévalence du tabagisme chez les hommes soit plus élevée dans la Région du Pacifique occidental que dans la Région européenne, un nombre bien supérieur de femmes s'adonnent au tabagisme dans la Région européenne que dans les autres Régions. Cependant, dans pratiquement tous les pays de la Région européenne, la consommation de tabac reste moins élevée chez les femmes que chez les hommes. Si cet écart est très faible dans plusieurs pays, un certain nombre d'États membres font état d'une plus forte prévalence du tabagisme quotidien chez les femmes que chez les hommes.

50. L'industrie du tabac commercialise des produits tabagiques sans fumée comme solution de rechange moins nocive aux cigarettes et autres produits tabagiques fumés. Les nouvelles formes de produits tabagiques sans fumée disponibles doivent être surveillées de près. Dans la Région européenne, un peu plus d'un quart (15 sur 53) des États membres collectent actuellement des données sur l'usage de ces produits. En outre, bien que les données limitées disponibles à ce sujet ne permettent pas de dégager les tendances à cet égard, une augmentation de la consommation des produits tabagiques sans fumée a été signalée dans quelques pays.

51. La Région européenne possède l'un des plus hauts niveaux de consommation de tabac chez les jeunes. Comparé au rapport fumeurs/fumeuses dans la population adulte, celui observé chez les adolescents présente beaucoup moins d'écart. Comme c'est le cas avec les adultes, certains pays affichent une plus forte prévalence du tabagisme chez les filles que chez les garçons.

⁴ *Plan d'action sur le tabac* (document EUR/RC37/7, 1987) ; *Plan d'action pour une Europe sans tabac* (document EUR/RC42/9, 1992) ; *Troisième Plan d'action pour une Europe sans tabac 1997-2001* (document EUR/ICP/LVNG 01 04 01, 1997).

Tendances et lacunes actuelles

52. Depuis l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en 2003 et son entrée en vigueur en 2005, la tendance observée dans la Région européenne va vers une diminution de la consommation de tabac chez les hommes (à l'exception de quatre pays) et une stabilisation ou une diminution chez les femmes (à l'exception de neuf pays). Sans l'adoption de stratégies sexospécifiques de lutte contre le tabagisme, l'usage du tabac chez les femmes continuera d'augmenter et finira par provoquer une hausse de la mortalité imputable au tabac.

53. L'usage du tabac est en augmentation chez les adolescents ; dans certains pays, le tabagisme des jeunes et des adultes est d'ailleurs très similaire.

54. On ne dispose pas de données suffisantes sur l'évolution de l'usage des produits tabagiques sans fumée au fil du temps. Néanmoins, on peut s'attendre à observer une augmentation de son utilisation, alors que davantage de pays renforcent leurs politiques en vue d'interdire totalement la consommation du tabac dans les lieux publics

Les progrès accomplis et les défis pour chacune des orientations stratégiques

55. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac s'attaque à l'épidémie de tabagisme en suscitant une intervention coordonnée au niveau international. Son succès se mesure par le niveau d'engagement politique envers la Convention, le degré d'avancement de sa mise en œuvre et l'impact des mesures qui y sont énoncées.

Engagement politique

56. En février 2013, 49 États membres de la Région européenne (sur un total de 53), ainsi que l'Union européenne, étaient Parties à la Convention. La ratification implique une obligation légale de s'engager à mettre en œuvre les clauses de la Convention, et donne aussi aux Parties la légitimité d'insister sur la prise de mesures de lutte antitabac qui soient à la fois radicales et globales.

Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

57. En général, si la Région européenne a accompli d'importants progrès dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac depuis son adoption par l'Assemblée mondiale de la santé en 2003, il reste plusieurs domaines où des améliorations peuvent être apportées.

58. Il est important de noter que la prise de mesures de lutte antitabac à la fois radicales et globales est nécessaire pour prévenir et éliminer le tabagisme. Plusieurs pays de la Région ont adopté une telle approche globale dans l'application de la Convention de l'OMS, notamment l'Espagne, la Hongrie, l'Irlande, Malte, le Royaume-Uni, la Turquie et l'Ukraine. À l'échelle mondiale, la Région joue un rôle de chef de file dans l'application de l'article 6 (Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac) et de l'article 14 (Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique) de la Convention. Entre 2008 et 2010, un total de 17 États membres ont nettement majoré les taxes sur les produits du tabac. Dans 42 pays, les taxes concourent à 50 % ou plus du prix de détail

des produits tabagiques. Deux tiers des pays de la Région proposent des traitements de substitution de la nicotine et des services de sevrage tabagique, avec une couverture des coûts pour au moins l'un de ces deux services. Environ 62 % des pays ont mis en place une aide téléphonique permettant aux appelants d'engager une discussion directe sur le sevrage tabagique.

59. La Région européenne fait cependant preuve de faiblesse en ce qui concerne l'application des articles 5 (Obligations générales), 8 (Protection contre l'exposition à la fumée de tabac), 11 (Conditionnement et étiquetage des produits du tabac), 12 (Éducation, communication, formation et sensibilisation du public) et 13 (Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage). Dans leurs rapports, les Parties de la Région européenne de l'OMS ont recensé de nombreux défis à la mise en œuvre des politiques globales de lutte antitabac, notamment : le manque de ressources financières et/ou humaines, l'ingérence de l'industrie du tabac, le manque de volonté politique, et la nécessité de renforcer la collaboration et la coordination intersectorielles.

La lutte antitabac dans le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016

60. Le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 met clairement en évidence l'importance de la lutte contre le tabagisme, en insistant particulièrement sur les politiques fiscales et de marketing.

Gouvernance

61. Le Bureau régional, en collaboration avec le secrétariat de la Convention, a collaboré étroitement avec les gouvernements nationaux et les États membres afin de faciliter l'application de la Convention de l'OMS avec l'appui, l'élaboration et la mise en œuvre de la législation, des politiques et des plans d'action nationaux. En 2012, des plans d'action nationaux pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ont été formulés en Bulgarie, en Lituanie et en Ukraine. En outre, le Bureau régional apporte un soutien technique aux États membres dans leurs efforts afin de renforcer la responsabilisation des communautés par le recours à des campagnes nationales de communication pour sensibiliser à la lutte antitabac. Celle actuellement menée en République de Moldova en constitue d'ailleurs un exemple.

Renforcement de la surveillance, du suivi et de l'évaluation, ainsi que de la recherche

62. Le protocole révisé de l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes a été mis en place en 2012 sur la base d'examen et de recommandations d'experts visant à aligner la surveillance et le suivi de la consommation du tabac par les jeunes sur la Convention de l'OMS. L'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes, couvrant la Fédération de Russie, la Pologne, la Roumanie, la Turquie et l'Ukraine, a été étendue à la Grèce et au Kazakhstan en 2013/2014, et répétée en Turquie. Plusieurs autres pays ont exprimé leur intérêt pour cette enquête, et des discussions sont en cours pour que ses questions fondamentales soient intégrées dans les enquêtes sanitaires nationales existantes.

63. La base de données du Bureau régional sur la lutte antitabac a été lancée en novembre 2012, avec au départ des informations sur l'application de l'article 13 de la Convention. Elle donne l'accès, et c'est là son originalité, aux dispositions pertinentes des lois nationales, traduites en anglais, permettant ainsi les comparaisons entre les pays.

64. La collecte et la validation des données pour le tout dernier de la série annuelle de rapports de l’OMS sur l’épidémie mondiale de tabagisme ont été réalisées pour l’ensemble des 53 États membres de la Région européenne. Le rapport illustre la mise en œuvre de la Convention de l’OMS et sera présenté au cours de l’été 2013. Il s’appuie sur diverses sources, notamment les rapports des Parties à la Convention.

Renforcement des capacités pour réagir face à l’ingérence de l’industrie du tabac

65. Une série de notes de sensibilisation et de synthèses factuelles ont été préparées et seront présentées en 2013. Elles fournissent une compilation d’éléments de preuve provenant des pays de la Région européenne ayant pris des mesures radicales pour lutter contre le tabagisme. Elles mettent en valeur l’efficacité de ces interventions et réfutent les idées fausses et communes diffusées par l’industrie du tabac.

66. Une publication intitulée *Tobacco industry interference in the WHO European Region* (L’ingérence de l’industrie du tabac dans la Région européenne de l’OMS) a été lancée à l’occasion de la Journée mondiale sans tabac 2012. Cette brochure explique comment l’industrie s’immisce dans la lutte contre le tabagisme, et décrit l’intervention des pays à cet égard. En outre, le Bureau régional a formulé des stratégies spécifiques visant à promouvoir la responsabilisation et l’autonomisation des femmes, étant donné que la consommation de tabac est en hausse dans la population féminine.

Promotion de la santé par le biais des politiques fiscales et de marketing

67. Le Bureau régional aide les États membres à prioriser la protection de la santé publique en soutenant la mise en œuvre et l’adoption de lois importantes, notamment la majoration de la fiscalité sur le tabac et l’interdiction du marketing des produits tabagiques.

68. Le Bureau régional prépare actuellement un recueil d’études de cas évoquant « l’art du possible ». Ces dernières seront publiées en 2013, et montrent ce que les pays peuvent accomplir quand ils mettent en œuvre la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac avec détermination, effort et bonne volonté. Parmi les différentes mesures prises, deux des études de cas s’appliquent aux politiques fiscales (en soulignant l’exemple de l’Ukraine) et aux politiques de marketing (en soulignant l’exemple de la France).

69. En novembre 2012, le Bureau régional a organisé, conjointement avec le Siège de l’OMS, une réunion sur la fiscalité du tabac, réunissant des hauts responsables des finances, des douanes et de la santé du Bélarus, de la Fédération de Russie, du Kazakhstan et d’Ukraine. Il s’agissait de planter les jalons d’un groupe de travail technique multisectoriel, impliquant plusieurs pays de la Région, qui œuvrera à la majoration de la fiscalité sur le tabac grâce à une modélisation de l’imposition. Plusieurs autres États membres, dont l’Estonie, la Lettonie, la Lituanie et la République de Moldova, ont manifesté leur intérêt à se joindre au groupe de travail.

Promotion de la santé dans certains contextes

70. L’une des études de cas mentionnées au paragraphe 22 met en évidence l’expérience de la Turquie, l’un des chefs de file de la Région concernant l’adoption d’une approche globale en matière de lutte antitabac, et le leader européen pour ce qui est de l’interdiction de fumer sur les lieux publics. En outre, l’une des notes de sensibilisation et des synthèses factuelles mentionnées au paragraphe 19 se penche sur les environnements sans fumée, en présentant une compilation de données sur l’efficacité de cette mesure dans d’autres pays de la Région qui l’appliquent.

Marche à suivre pour l'avenir

Les conditions requises pour atteindre l'objectif global proposé, à savoir une baisse relative de 30 % de l'usage actuel du tabac chez les jeunes et adultes âgés de 15 ans et plus d'ici 2025

71. Actuellement, la prévalence de l'usage du tabac dans les pays de la Région européenne est principalement de l'ordre de 21 à 30 %, vient ensuite un certain nombre de pays affichant des pourcentages de 31 à 40 %. En supposant une réduction relative de 30 % dans chaque pays, en 2025, la prévalence du tabagisme de plus de la moitié des pays de la Région serait de l'ordre de 10 à 20 %, et varierait entre 21 et 30 % dans un peu plus d'un quart d'entre eux. Un seul pays serait dans la gamme des 31-40 %, et aucun pays ne se situerait dans la limite supérieure.

72. Les projections préliminaires pour 2025 indiquent plusieurs tendances, de nombreux pays affichant une prévalence en baisse ou stable. Toutefois, celle-ci devrait être en hausse dans trois pays. Contrairement aux résultats obtenus à la suite d'une réduction relative de 30 % dans chaque pays, 30 % des pays de la Région se situeraient dans la fourchette de prévalence de 10-20 %, 22,5 % dans la fourchette des 21-30 % et 22,5 % dans la fourchette des 31-40 %. En outre, 17,5 % se situeraient dans la fourchette des 41-50 % et 7,5 % dépasseraient 51 %. Quelque 10 % des pays accuseraient une prévalence comprise entre 0 et 9 %.

Quels sont les domaines prioritaires afin d'atteindre l'objectif proposé au niveau mondial ?

73. Des progrès importants continuent d'être accomplis dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et ses recommandations. Il est clairement démontré que cette Convention, de par les obligations juridiques conférées aux Parties, incite les pouvoirs publics à mener une action impérative contre le tabagisme. Devenir Partie à la Convention signifie s'engager envers ses dispositions, et la ratification du document confère également la légitimité et l'obligation d'insister sur la prise de mesures radicales à cet égard.

74. En 2014/2015, le Bureau régional accordera une priorité élevée aux actions suivantes :

- continuer à soutenir les quatre derniers pays de la Région afin qu'ils ratifient la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ;
- continuer à appuyer l'application complète de la Convention, tout en accordant une attention particulière à l'intensification de la mise en œuvre dans les domaines où subsistent des lacunes dans la Région, à savoir notamment les articles 5 (Obligations générales), 8 (Protection contre l'exposition à la fumée de tabac), 11 (Conditionnement et étiquetage des produits du tabac) et 13 (Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage) et leurs recommandations ;
- promouvoir, en étroite collaboration avec le secrétariat de la Convention, la signature et la ratification du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac qui, en tant que nouvel instrument juridique en complément de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, nécessite l'attention particulière des pouvoirs publics ;
- soutenir le suivi et l'adoption de politiques visant à lutter contre l'accélération du tabagisme chez les femmes et l'augmentation observée de l'usage des produits tabagiques sans fumée et des cigarettes électroniques ;
- diffuser les données d'expérience des pays qui mettent en œuvre des mesures rigoureuses (par exemple en ce qui concerne l'emballage standardisé), puisque leur rôle de chef de file peut en fait stimuler davantage la dynamique dans la Région ;

- conformément au cadre politique Santé 2020, établir et renforcer les liens entre, d'une part, les efforts consentis spécifiquement à la lutte antitabac et, d'autre part, les mesures souvent prises par divers acteurs à l'égard de l'environnement (comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics), de la santé maternelle et infantile (comme le sevrage tabagique chez les femmes enceintes) et de la lutte contre la tuberculose.

Rapport de situation sur la nutrition, l'activité physique et l'obésité dans la Région européenne de l'OMS

Introduction et contexte

75. La mauvaise alimentation, le surpoids et l'obésité sont parmi les principaux facteurs de morbidité pour de nombreuses maladies non transmissibles, dont les deux grandes causes de décès prématurés dans la Région européenne de l'OMS, à savoir les maladies cardiovasculaires et le cancer. Les enquêtes menées dans la plupart des pays révèlent une absorption excessive de graisses, une faible consommation de fruits et de légumes et un niveau d'obésité en hausse, autant de caractéristiques qui diminuent non seulement l'espérance de vie, mais aussi la qualité de vie. Selon les estimations, l'obésité (un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30) tuerait quelque 320 000 personnes par an dans 20 pays d'Europe occidentale. Le taux d'obésité est également élevé dans certaines zones d'Europe de l'Est, où il a plus que triplé depuis 1980. Après le premier âge, une mauvaise alimentation, trop peu d'exercice physique et l'obésité sont souvent associés et mis en corrélation avec une série de facteurs de risque bien plus présents chez les personnes à bas revenus que chez les groupes plus nantis. Dans l'Union européenne, par exemple, les ménages à bas revenus sont ceux qui mangent le moins de fruits et de légumes. Les femmes issues des groupes socioéconomiques moins favorisés des pays d'Europe de l'Est sont particulièrement exposées au risque de consommer trop peu de fruits et de légumes. Il existe des différences entre les sexes quant à la prévalence du surpoids et de l'obésité : une prévalence plus élevée est observée dès l'enfance chez les personnes de sexe masculin. Les enfants ayant déclaré que leur famille avait un statut socioéconomique plus bas ont fait état plus souvent d'une consommation d'en-cas, c'est-à-dire d'aliments à forte teneur en graisses et en sucres ajoutés et pauvres en autres nutriments.

76. Malheureusement, dans la plupart des pays de la Région, la situation ne s'améliore pas. Au contraire, pour environ un tiers des États membres européens, les chiffres indiquent que le surpoids touche entre 25 et 70 % des personnes et que 5 à 30 % des adultes sont obèses. Les statistiques nationales montrent que 24 % en moyenne des enfants âgés de 6 à 9 ans sont en surpoids ou obèses, les chiffres oscillant entre 18 et 45 %.

77. L'inactivité physique mine également la santé des Européens. Chaque année, dans la Région européenne, environ un million de décès sont liés à l'inactivité physique. Quatre adultes sur 10 ont coutume de ne pratiquer aucune forme d'activité physique modérée dans la semaine. Plus de 8 adolescentes sur 10 ne se dépensent pas suffisamment sur le plan physique.

78. La Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, approuvée à l'unanimité par les États membres européens en 2006, peut être considérée comme la source d'inspiration qui motive les mesures prises en Europe sur le plan de la nutrition, de l'activité physique et de l'obésité. Dans cette charte, les pays ont répertorié une série de mesures possibles et se sont engagés à les mettre en œuvre pour atteindre la stabilisation ou la réduction désirée de l'obésité en général, et en particulier chez les enfants. D'autres déclarations de principes et résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Comité régional de l'OMS pour l'Europe ont fourni un solide mandat d'action pour les mesures prises ultérieurement par le secrétariat du Bureau régional, à savoir :

- la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (2004) ;
- le Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012 (2007) ;
- le Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (2008) ;

- la série de Recommandations sur la commercialisation des aliments et boissons non alcoolisées destinés aux enfants (2010) ;
- la résolution relative à la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (résolution WHA63.23) (2010) ;
- la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale [des Nations Unies] sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (2011) ;
- le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 (2012).

79. Afin de soutenir la mise en œuvre du Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, le Bureau régional a collaboré avec ses six réseaux d'action, composés de et dirigés par des pays déterminés à mettre en œuvre des interventions spécifiques sur la réduction de la teneur en sel, la nutrition à l'école et à l'hôpital, ainsi que le marketing des aliments auprès des enfants.

80. Le programme du Bureau régional sur la nutrition, l'activité physique et l'obésité, qui relève de la Division des maladies non transmissibles, vise à garantir que les États membres :

- élaborent et mettent en œuvre des plans d'action pour la prévention et le contrôle de l'obésité, l'accent étant mis sur l'alimentation saine et l'activité physique, en s'inspirant des principes de la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité ;
- élaborent, mettent en œuvre et évaluent des plans et stratégies nationaux pour la promotion d'une nutrition adéquate conformément au Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, qui donne la priorité à la surveillance de l'état nutritionnel et à l'observation de la population, l'accent étant mis sur les enfants.

Analyse de la situation

81. Suivant les recommandations de la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité et du Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, la majorité des États membres ont mis en place des mécanismes visant à promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique et à prévenir l'obésité. Néanmoins, beaucoup reste à faire au niveau de la mise en œuvre. La surcharge pondérale est l'un des plus grands défis auxquels doit faire face la santé publique au XXI^e siècle : tous les pays sont touchés à des degrés différents, surtout dans les groupes à statut socioéconomique inférieur.

82. Pour certains pays et au sein de certains groupes minoritaires dans beaucoup de pays, la sous-nutrition reste un problème important. Dans certains pays, jusqu'à 30 % des enfants présentent un retard de croissance dû à la malnutrition, et le Bureau régional est déterminé à éliminer la sous-nutrition de la Région le plus rapidement possible.

83. Le suivi et la surveillance représentent l'un des axes majeurs du travail du Bureau régional dans le domaine de la nutrition. En 2011, le Bureau régional a présenté la Base de données européenne de l'OMS sur la nutrition, l'obésité et l'activité physique (NOPA). Élaborée en collaboration avec les ministères de la Santé dans les pays et avec le soutien de la Commission européenne, la NOPA renferme des informations sur plus de 300 politiques nationales et infranationales de la Région européenne. L'Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile en Europe (COSI), établie comme un système de surveillance européen normalisé, a été élargie jusqu'à inclure 19 pays en 2012. Cet outil est déjà l'un des mécanismes les plus puissants de surveillance de l'obésité dans le monde.

84. Plusieurs États membres ont lancé ou renforcé des mesures décisives pour lutter contre les modes d'alimentation peu sains qui augmentent la probabilité de souffrir d'obésité, de diabète, de maladies cardiovasculaires ou de cancer. Parmi ces mesures, citons la réduction de la consommation de sel (38 pays) et l'élimination des acides gras trans de l'alimentation (5 pays).

85. De plus, les États membres participent à des projets de l'OMS dans le cadre desquels différents profils nutritionnels sont mis à l'essai, par exemple pour les achats d'aliments destinés aux écoles et hôpitaux. Pour la première fois, 21 pays au total incluent désormais dans leurs stratégies des restrictions quant au marketing d'aliments ciblant les enfants. Enfin, plusieurs pays ont lancé des initiatives de protection de la santé publique par des politiques régissant les prix, en augmentant les taxes sur les aliments « mauvais pour la santé » et en envisageant de subventionner les aliments sains comme les fruits et les légumes.

Résultats obtenus et difficultés rencontrées

86. Dans le cadre du Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, le Bureau régional a élaboré, mis en application et évalué des mesures pour la promotion d'une alimentation saine et d'une nutrition correcte dans la Région. Ce Plan visait à fixer des objectifs en matière de santé, de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité alimentaire, tout en mettant en place des mesures cohérentes et logiques à la fois pour le secteur public et privé. Ainsi, un soutien technique a été fourni aux États membres pour que ceux-ci élaborent des modèles de gouvernance grâce à des plans d'action nationaux incorporant des stratégies de lutte intensive contre les maladies non transmissibles. En juillet 2013, le Bureau régional a organisé à Vienne (Autriche) la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020. Cette conférence, consacrée aux options politiques en matière de nutrition, a fourni l'occasion d'envisager la nutrition et l'alimentation dans la Région dans le contexte de Santé 2020.

87. Le Bureau régional a continué à soutenir des pays avec des accords de collaboration biennaux incluant des activités visant l'élimination des acides gras trans de l'alimentation. De plus, l'Autriche, le Danemark, l'Islande, la Suède et la Suisse veulent bannir les acides gras trans de leurs aliments au stade de la production, et le Tadjikistan introduira en 2013 un échantillonnage des aliments, de manière à pouvoir analyser leur teneur en acides gras trans. Certaines interventions du secteur de l'alimentation ont également contribué à une diminution des acides gras trans, par exemple aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. D'autres États membres, comme la Finlande, ont mis en œuvre avec succès des politiques visant une réduction de l'apport alimentaire en graisses saturées et d'autres encore ont, pour la première fois, inclus dans leurs politiques des objectifs précis concernant la réduction de ces graisses.

88. Également en point de mire, la consommation de sel était l'un des thèmes principaux de la Journée mondiale de la santé 2013. Cet événement a été l'occasion de lancer une version actualisée des politiques de réduction de la consommation de sel, à laquelle s'ajouta une publication sur les politiques actuellement menées dans la Région européenne. Le Bureau régional a continué à soutenir l'organisation d'activités dans le cadre des accords de collaboration biennaux afin de mieux observer la consommation de sel (grâce à des échantillons prélevés sur 24 heures) et d'améliorer le prélèvement d'échantillons et la méthode d'étude, pour une meilleure validité des résultats. Dans plusieurs pays, dont l'Albanie, l'Estonie et le Portugal, des efforts ont été consentis pour collaborer avec différents intervenants pour limiter la teneur en sel des aliments transformés et sensibiliser davantage les populations en formulant des messages ciblés de santé publique. Trois synthèses, dont l'une a pour thème l'obésité et la sédentarité, en sont au stade final de préparation. D'autres travaux portent notamment sur le renforcement des liens avec le Réseau européen pour la promotion de l'activité physique favorable à la santé (HEPA Europe) afin de soutenir l'élaboration des principes directeurs relatifs à l'activité physique au Portugal et en Turquie. On a également

fait la promotion de l'alimentation saine en milieu scolaire, grâce à l'élaboration d'une série de documents sur la nutrition à l'école dans la Région européenne.

Marche à suivre pour l'avenir

89. Étant donné les tendances qui se dessinent et les difficultés constatées, le Bureau régional devrait surtout s'attacher à :

- suivre et surveiller l'état nutritionnel, les niveaux d'activité physique, les habitudes alimentaires et les nouvelles politiques menées ;
- concevoir des outils et des programmes pour la promotion de l'activité physique dans les États membres ;
- redéfinir et mettre en œuvre, dans le contexte de Santé 2020, les principes de la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité et du Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, renforcés par :
 - le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 ;
 - le cadre et les objectifs mondiaux de l'OMS en matière de suivi de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles ;
 - le Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles ;
 - les plans de mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'OMS.

90. De manière prioritaire, il faut :

- coordonner les interventions régionales et nationales relatives à :
 - la mise en œuvre de stratégies pour la réduction de la consommation de sel ;
 - des outils et programmes pour la promotion de l'activité physique ;
 - l'élimination des acides gras trans et la réduction de la teneur en graisses saturées et en sucres ajoutés dans l'alimentation ;
 - la promotion de politiques favorisant les modes de transport actifs ;
- aider les États membres à évaluer le Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, en mettant l'accent sur la lutte contre les inégalités ;
- mettre en œuvre des mécanismes de prévention et de lutte contre l'obésité fondés sur les principes de la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité et de la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020.

Rapport de situation sur le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016

Contextes mondiaux et régionaux

91. Au cours de ces deux dernières années, la lutte contre les maladies non transmissibles est devenue une plus grande priorité de santé publique au niveau mondial. La Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles a été organisée en avril 2011 par la Fédération de Russie, et a abouti à l'adoption de la Déclaration de Moscou, ensuite approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé dans sa résolution WHA64.11. En septembre 2011, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté, lors de sa soixante et unième session (CR61), le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 (Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles 2012-2016). Une semaine plus tard, une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies a permis de rassembler des hauts responsables au niveau mondial à New York, et abouti à l'adoption de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (Déclaration politique des Nations Unies).

92. Par ailleurs, le CR62 a approuvé le nouveau cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être, Santé 2020. Celui-ci présente un ensemble de stratégies et d'interventions intégrées et efficaces afin de relever les principaux défis sanitaires de la Région, dont les maladies non transmissibles. L'efficacité de ces interventions au niveau de la santé publique et des systèmes de soins de santé repose sur l'équité, les déterminants sociaux de la santé, la responsabilisation et les environnements de soutien.

Le présent rapport

93. Dans sa résolution WHA66.10, l'Assemblée mondiale de la santé a approuvé le Plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l'OMS, et adopté un cadre global mondial de suivi, comprenant 9 cibles volontaires à l'échelle mondiale et 25 indicateurs.

94. Ce rapport doit être considéré comme provisoire et sera suivi par un rapport intégral (Rapport européen sur les maladies non transmissibles 2013), qui sera présenté à la Conférence ministérielle européenne sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS organisée à Achgabat (Turkménistan), en décembre 2013. Ce dernier comprendra une description des tendances et un examen des progrès accomplis, et servira de base de référence européenne pour les évaluations futures.

95. Le rapport provisoire devra être examiné conjointement avec le rapport de situation sur la lutte antitabac et celui sur la nutrition, l'activité physique et l'obésité dans la Région européenne de l'OMS.

Les actions menées contre les maladies non transmissibles et la notion d'une seule OMS

96. La Région européenne de l'OMS a contribué activement à l'élaboration d'un certain nombre de documents qui ont été soit adoptés par l'Assemblée mondiale de la santé en 2013, soit présentés à l'Assemblée générale des Nations Unies.

Surveillance

97. Suite à l'adoption de la Déclaration politique des Nations Unies par l'Assemblée générale des Nations Unies, l'OMS a élaboré un cadre mondial de suivi pour sonder les progrès accomplis dans la prévention et la lutte contre les principales maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque. Le cadre comporte 9 cibles volontaires et 25 indicateurs, et a été adopté par les États membres lors de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2013. Les indicateurs et « cibles » de Santé 2020 relatifs aux maladies non transmissibles ont été alignés sur ce cadre mondial. Des modifications y ont été néanmoins apportées car, si la date butoir fixée pour les objectifs au niveau mondial est de 2025, celle des buts européens est quant à elle fixée à 2020.

Action multisectorielle

98. Dans le cadre du suivi de la Déclaration politique des Nations Unies, le directeur général a préparé un rapport sur les options à envisager pour renforcer et faciliter l'action multisectorielle en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles au moyen d'un partenariat efficace. Ce dernier est repris dans le document A/67/373 de l'Assemblée générale. Le rapport passe en revue les partenariats existants dans ce domaine, les enseignements tirés et les stratégies efficaces, tout en proposant des modèles de partenariats mondiaux pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles. Les options présentées sont conformes aux aspects de la politique européenne Santé 2020 relatifs à la gouvernance et à l'approche pangouvernementale.

Prévention et lutte

99. Le nouveau Plan d'action pour lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l'OMS a été adopté par les États membres en mai 2013. Il vise à concrétiser les engagements de la Déclaration politique des Nations Unies. Il présente une liste d'interventions et options politiques rentables pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, en s'inspirant de l'expérience acquise dans ce domaine. La structure du Plan d'action mondial, qui fixe six objectifs, correspond dans une très large mesure aux priorités du Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles 2012-2016 et aux mesures qui y sont énoncées.

Progrès accomplis au niveau régional

Surveillance

100. Afin de maximiser la contribution des États membres de la Région européenne à l'élaboration du cadre mondial de suivi, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) a organisé une consultation technique au niveau régional sur la surveillance, le suivi et l'évaluation des maladies non transmissibles, d'ailleurs accueillie par le gouvernement norvégien les 9 et 10 février 2012. Cette réunion fut l'occasion de formuler des commentaires et

des propositions spécifiques à la Région quant à la faisabilité et aux implications du cadre proposé.

101. À la demande de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2012, une consultation régionale en ligne a été également organisée en août 2012 sur le projet de cadre mondial de suivi sur les maladies non transmissibles. Les résultats ont été présentés au CR62, et une décision a d'ailleurs été adoptée (EUR/RC62(1)). Dans cette dernière, le Comité régional se félicite de l'objectif mondial d'une réduction relative de 25 % de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles pour 2025, et convenu par l'Assemblée mondiale de la santé. En outre, la décision fait référence aux conclusions de la consultation en ligne, tout en mettant l'accent sur la nécessité de tenir compte, dans la sélection des indicateurs, de la capacité actuelle des États membres en matière de suivi, afin de ne pas alourdir inutilement le fardeau des pays en matière d'établissement de rapports.

102. En réponse aux récentes initiatives politiques et stratégiques prises aux niveaux mondial et de l'Union européenne dans le domaine de la surveillance, l'OMS/Europe organisera une réunion du 9 au 11 septembre 2013 en Estonie. Il s'agit d'améliorer la compréhension des besoins en données et des problèmes de qualité pour une surveillance intégrée des maladies non transmissibles en Europe, et de mieux cerner les actions prioritaires en vue de relever les autres défis en matière de collecte de données. Les systèmes nationaux d'information sanitaire sont actuellement alignés sur le cadre mondial de suivi par le biais d'un projet conjoint entre l'OMS/Europe et la Commission européenne. Ces dernières œuvrent également en étroite collaboration en vue d'élaborer une nouvelle stratégie européenne de l'information sanitaire.

Action multisectorielle

103. L'un des objectifs du Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles 2012-2016 prévoit de « recourir pleinement aux politiques fiscales et au contrôle des pratiques de marketing pour influencer la demande de tabac, d'alcool et d'aliments riches en graisses saturées, en matières grasses trans, en sel et en sucre ».

104. Il est connu que la tarification des produits du tabac et de l'alcool influe sur leur consommation, et la Région européenne de l'OMS possède beaucoup d'expérience dans ce domaine. Au cours de ces deux dernières années, de nombreuses études ont porté sur l'impact des politiques tarifaires (notamment la fiscalité et les subventions) sur les produits alimentaires. Le Danemark a imposé une taxe sur les graisses saturées (qui fut d'ailleurs abrogée plus tard). La Hongrie a imposé une taxe sur une gamme de produits alimentaires qualifiés de mauvais pour la santé dans le cadre de sa législation. La France a institué une taxe sur certains aliments sucrés. Lorsque des éléments de preuve étaient disponibles à cet égard, on a pu démontrer que ces taxes exercent en fait un impact sur le comportement des consommateurs, avec des conséquences potentielles sur la santé publique. Des études sont toujours en cours dans ces pays.

105. L'OMS/Europe a rédigé un ensemble de documents d'appui concernant les politiques fiscales⁵. Ceux-ci ont été utilisés lors d'un séminaire de formation organisé du 24 au 26 septembre 2012 en Lituanie. Des décideurs dans le domaine de la santé d'Albanie, de Bulgarie, de Croatie, d'Estonie, de Hongrie, de Lituanie, de Pologne, de Slovaquie et d'Ukraine ont pu à cette occasion cerner les différents aspects de l'utilisation de la politique tarifaire pour

⁵ Les politiques fiscales peuvent-elles réduire les maladies non transmissibles ? Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/sections/news/2012/10/can-fiscal-policies-reduce-noncommunicable-diseases2>, consulté le 1^{er} juillet 2013).

lutter contre les maladies non transmissibles, ainsi que les principes de l'action intersectorielle. Les pays participants ont élaboré des plans d'action en vue de sensibiliser et de mettre en œuvre des interventions potentielles dans ce domaine prometteur.

106. Au cours de ces dix dernières années, le Royaume-Uni a enregistré une baisse significative de la consommation de sel dans sa population, résultat de la mise en œuvre de politiques appropriées qui ont notamment suscité un engagement des parties prenantes, une modification de la composition des aliments, ainsi que des interventions au niveau communautaire. C'est d'ailleurs l'une des réussites du European Salt Action Network (Réseau européen de réduction de la consommation de sel), désormais sous l'égide de la Suisse, que ce dernier cherche d'ailleurs à réitérer chez ses 22 autres membres. D'autres pays, dont l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, le Monténégro, le Portugal, la Slovénie et la Turquie, préparent des politiques et jouent un rôle de chef de file dans ce domaine.

107. La Norvège est à la tête du European Marketing Network (Réseau européen sur le marketing) qui regroupe 17 membres et vise à réduire les pressions exercées par le marketing sur les enfants. La Norvège a établi un cadre réglementaire afin de diminuer l'exposition des enfants aux aliments riches en graisses, en sucre et en sel. Une série de mesures ont également été prises, notamment l'indication de la composition en nutriments et l'établissement d'un dialogue avec les parties prenantes, le secteur de la santé jouant d'ailleurs un important rôle pilote à cet égard. De nombreux pays du réseau préparent des stratégies adaptées à leur contexte national.

108. Un grand nombre de projets intersectoriels dans le domaine des maladies non transmissibles ont été présentés à l'occasion de la Journée de l'Europe, lors de la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé organisée à Helsinki (Finlande), du 10 au 14 juin 2013, sur le thème « La santé dans toutes les politiques ». La Déclaration d'Helsinki sur « La santé dans toutes les politiques » apporte un appui solide aux efforts consentis dans la Région européenne à la lutte contre les maladies non transmissibles.

Prévention et lutte

109. Les 25 et 26 janvier 2012, l'OMS/Europe a organisé, à Amsterdam (Pays-Bas), une réunion sur la contribution du renforcement des soins primaires à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles. L'objectif était d'aider les États membres et les organisations à mettre en œuvre les actions et interventions en soins primaires énoncées dans le Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles 2012-2016, notamment l'évaluation du risque cardiométabolique.

110. Un dialogue politique sur le renforcement des services de santé publique afin d'améliorer la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles a été organisé du 27 au 29 juin 2012 à Astana (Kazakhstan), avec la participation des pays suivants : Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, et Ukraine. Un projet du nouveau plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles a été présenté, et les participants ont émis des commentaires et fait part de leurs idées à ce sujet.

111. La principale lacune observée dans la mise en œuvre du Plan d'action européen contre les maladies non transmissibles 2012-2016 concernait le soutien technique direct apporté aux États membres dans le domaine de la prise en charge des maladies. Selon le plan régional de durabilité, un investissement est actuellement consenti en vue de recruter des spécialistes dans ce domaine. Cette mesure constituera d'ailleurs l'un des deux grands objectifs du nouveau bureau géographiquement dispersé de l'OMS/Europe sur les maladies non transmissibles, d'ailleurs en cours d'implantation.

Renforcement des capacités

112. Quatre évaluations approfondies ont été menées vers la fin de 2012 en Arménie, au Kirghizistan, en Ouzbékistan et au Tadjikistan, dans le but d'élaborer des stratégies, des politiques et des plans d'action nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles. Elles ont permis de conclure qu'une formation dans le domaine des maladies non transmissibles est nécessaire pour les décideurs du secteur de la santé. Alors que des cours de formation sont fréquemment organisés à ce sujet, l'accès aux programmes en russe reste limité. Un cours est actuellement en préparation dans cette langue, avec le soutien du gouvernement de la Fédération de Russie et de la Première Université médicale d'État de Moscou, et le premier groupe recevra cette formation en octobre 2013.

113. Dans le cadre de la collaboration en matière de systèmes de santé, plus de 50 professionnels de santé d'Albanie, d'Arménie, d'Azerbaïdjan, de Bulgarie, d'Espagne, de la Fédération de Russie, du Kazakhstan, d'Ouzbékistan, de la République de Moldova, de Roumanie, de Serbie, du Tadjikistan, de Turquie et d'Ukraine ont participé à Barcelone (Espagne), du 25 septembre au 3 octobre 2012, au Cours de formation pilote sur le renforcement des systèmes de santé qui a lieu chaque année, et spécialement consacré cette année-là aux maladies non transmissibles.

114. Des représentants de la Géorgie, de la Fédération de Russie, du Kirghizistan, du Monténégro, de la République de Moldova et de l'Ouzbékistan ont participé à deux séminaires internationaux sur les aspects de santé publique des maladies non transmissibles, respectivement organisés du 7 au 12 mai 2012 et du 3 au 8 juin 2013 à Genève et à Lausanne (Suisse).

Renforcement des systèmes de santé

115. Des activités de collaboration menées par la Division des systèmes de santé et de la santé publique de l'OMS/Europe, et auxquelles ont participé la Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie et la Harvard School of Public Health, aboutiront à deux résultats concrets en 2013, à savoir : un examen des obstacles des systèmes de santé à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles, et un guide sur l'auto-évaluation et la planification à l'adresse des décideurs. Ce dernier est déjà utilisé à des fins d'évaluations pluridisciplinaires dans cinq pays : Hongrie, Kirghizistan, République de Moldova, Tadjikistan et Turquie.

Réalisations nationales

116. Le Rapport européen sur les maladies non transmissibles 2013, qui sera lancé à Achgabat (Turkménistan), présentera des analyses détaillées des progrès accomplis au niveau des pays. Quelques exemples sont d'ailleurs mentionnés ci-dessous.

117. Plusieurs pays de la Région ont renforcé leur système d'information sanitaire, en apportant des améliorations à la collecte régulière et ad hoc des données sur les maladies non transmissibles. L'Azerbaïdjan, l'Ouzbékistan et la Turquie ont utilisé l'approche de surveillance STEPS de l'OMS, une méthode simple et normalisée de collecte, d'analyse et de diffusion des données sur les principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles. L'Arménie, le Kirghizistan, la République de Moldova, le Tadjikistan et le Turkménistan ont l'intention d'adopter cette approche lors de la période biennale en cours.

118. L'Azerbaïdjan, la Bulgarie, l'Estonie, la Lituanie, la République de Moldova et l'Ukraine ont reçu le soutien de l'OMS/Europe en vue d'élaborer des stratégies et des plans de lutte contre les maladies non transmissibles. Il s'agissait de missions, d'exams théoriques et de visites de délégations nationales au Bureau régional à Copenhague (Danemark).

119. Un projet visant le renforcement des systèmes de santé pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles a été lancé en Arménie, au Kirghizistan, en Ouzbékistan et au Tadjikistan. Ces pays bénéficient d'un appui intensif de l'OMS en vue d'élaborer des stratégies et politiques de lutte contre ces maladies, et de renforcer leur système de surveillance intégré. D'ici le CR63, ces quatre pays auront procédé à une première évaluation, organisé des consultations multipartites au niveau national, et rédigé et éventuellement adopté des stratégies, politiques et plans d'action nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles. Ils effectueront également des enquêtes STEPS. Suite à la Réunion régionale sur les soins primaires et les maladies non transmissibles, un atelier sur la mise en œuvre de l'ensemble des interventions essentielles de lutte contre les maladies non transmissibles pour les soins primaires a été organisé au Tadjikistan en décembre 2012 et en Ouzbékistan en juin 2013. Ces initiatives globales ont bénéficié du soutien du gouvernement de la Fédération de Russie.

120. Dans le cadre du Programme d'action pour la cancérothérapie, l'OMS, en collaboration avec l'Agence internationale de l'énergie atomique, aide les États membres à optimiser leurs investissements en matière de prévention et de lutte contre le cancer par l'évaluation de leur programme dans ce domaine, tout en formulant des recommandations à cet égard. Au cours de cette période biennale, des missions seront organisées en Arménie, au Monténégro, en République de Moldova, en Roumanie et au Tadjikistan. L'OMS/Europe a soutenu la préparation d'un plan sur les soins palliatifs en Ukraine en septembre 2012, ainsi que la deuxième marche annuelle « Walking for the Cure », organisée en novembre 2012 en Turquie, afin de promouvoir la sensibilisation au cancer du sein.

Rapport de situation sur les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé dans la Région européenne de l'OMS : bilan de 2013

Introduction

121. À sa cinquante-septième session, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la résolution EUR/RC57/R2 (1), priant le directeur régional de faire rapport au Comité régional tous les deux ans sur les progrès accomplis [dans la Région européenne] en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Le présent document présente un bilan des progrès réalisés dans la Région en vue d'atteindre les OMD 4, 5 et 6, en mettant en exergue leur interdépendance et, en particulier, leurs liens avec les OMD 3 et 7.

122. L'intensification des efforts en vue de réaliser les OMD fait partie intégrante de la vision de la directrice régionale quant à la manière dont le Bureau régional de l'Europe peut contribuer à l'amélioration de la santé en Europe. Celui-ci consolide son assistance technique aux États membres dans le but de renforcer leur capacité à atteindre certaines cibles précises des OMD. Les documents suivants présentent une orientation stratégique et des recommandations en vue d'accélérer les progrès à cette fin : Santé 2020 : la politique européenne pour la santé et le bien-être (2) ; le Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 (3) ; le Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 (4) ; la Charte de Tallinn : « des systèmes de santé pour la santé et la prospérité » (5) ; Renforcer les capacités et services de santé publique : un plan d'action pour l'Europe (6) ; et le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 (7).

OMD 4. Réduire la mortalité infantile

Analyse de la situation

123. Malgré une diminution régulière de la mortalité des nourrissons et des enfants de moins cinq ans dans la Région européenne, les taux indiquent de cruelles inégalités entre les pays et au sein d'un même pays. En effet, la Région comprend des pays présentant les plus faibles taux de mortalité des nourrissons et des enfants dans le monde, ainsi que des pays où ces taux sont 25 fois plus importants.

124. En 2010, 155 000 enfants de la Région sont morts avant l'âge de 5 ans ; 53 % d'entre eux étaient en fait des nourrissons décédés au cours des premiers mois de leur vie. Les taux moyens régionaux de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont passés de 32 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 13 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2010 (8). Cela correspond à une réduction de près des deux tiers, ce qui est très proche de la cible fixée pour 2015 à cet égard, à savoir 11 décès pour 1 000 naissances vivantes. Les taux moyens régionaux de mortalité du nourrisson ont reculé pour passer de 27 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 11 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2011.

125. Dans la Région européenne, les principales causes de décès d'enfants de moins de cinq ans sont les affections néonatales, la pneumonie et la diarrhée, près de la moitié de ces décès

étant d'ailleurs associés à la malnutrition. Parmi les principales causes de mortalité néonatale, il convient de mentionner la prématurité, le faible poids à la naissance, les anomalies congénitales, l'asphyxie et le traumatisme à la naissance ainsi que les infections néonatales. La mortalité post-néonatale est surtout imputable aux infections respiratoires aiguës, aux maladies diarrhéiques, aux maladies non transmissibles et aux traumatismes.

126. La mortalité et la morbidité sont souvent évitables chez enfants et les jeunes. Deux tiers des décès dans cette catégorie de la population peuvent être prévenus en garantissant la couverture universelle moyennant un nombre limité d'interventions efficaces et à faible coût. La pollution de l'environnement, les environnements urbains précaires qui aggravent les disparités socioéconomiques, et la hausse des inégalités socioéconomiques dans la Région sont autant de facteurs susceptibles d'accroître la vulnérabilité des enfants. Certains signes nous avertissent de la réémergence de maladies précédemment maîtrisées, telles que la diphtérie et la tuberculose, et de l'augmentation des maladies non transmissibles en raison de l'adoption de modes de vie peu sains.

Stratégies et actions de l'OMS

127. L'OMS, en aidant les États membres à intégrer la santé de l'enfant dans leurs politiques nationales sur la base du nouveau cadre politique européen de la santé, Santé 2020 (2), souligne l'importance de garantir l'égalité d'accès à des services de qualité. Cette assistance est liée aux initiatives suivantes : formation permanente des prestataires de soins de santé et des principaux responsables politiques en vue d'améliorer la qualité des soins ; adaptation aux contextes nationaux des outils fondés sur des bases factuelles élaborés par l'OMS et ses partenaires à des fins de formation ; reformulation des programmes de formation des prestataires de soins de santé ; et élaboration de directives cliniques fondées sur des éléments de preuve. Un appui technique direct est principalement fourni aux pays prioritaires de la partie orientale de la Région. L'OMS collabore avec d'autres agences des Nations Unies et ses partenaires à l'élaboration d'outils de renforcement des capacités afin d'aplanir les inégalités, en particulier dans la population rom.

Perspectives

128. L'OMS continuera de fournir une assistance technique aux États membres en vue d'améliorer la santé du nouveau-né et de l'enfant, la priorité étant accordée à l'élaboration de politiques et à l'amélioration des soins de santé primaires et hospitaliers pour les nouveau-nés et les enfants. Ce soutien s'inspirera des bases factuelles et sera adapté aux besoins et contextes nationaux afin de faciliter la mise en œuvre des meilleures pratiques cliniques et l'élaboration de nouvelles méthodes de travail, en vue de changer les attitudes professionnelles. On veillera à responsabiliser et à autonomiser les usagers des services grâce à une meilleure information sur leurs propres soins et à leur participation accrue à ces derniers.

129. Plusieurs activités seront liées à celles directement en rapport avec les déterminants sociaux de la santé, notamment l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes et les questions liées aux Roms. L'adoption d'une approche portant sur toute la durée de la vie sera privilégiée afin d'assurer un lien entre, d'une part, les différentes étapes de l'existence et, d'autre part, les stratégies de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles et transmissibles et de renforcement des systèmes de santé. Tous les processus internes liés à l'analyse et à l'élaboration des politiques, à l'évaluation de l'impact sur la santé et à l'accès universel aux services de santé seront coordonnés de façon à optimiser les ressources et à maximiser l'impact.

OMD 5. Améliorer la santé maternelle

Analyse de la situation

130. Les taux moyens de mortalité maternelle de la Région européenne sont passés de 44 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 20 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010. Malgré ces avancées, le recul de 3,8 % de la mortalité moyenne régionale est en-deçà de l'objectif fixé pour atteindre la cible 5.A de l'OMD 5, à savoir une réduction du taux de mortalité de 5,5 %. En Asie centrale et dans le Caucase, la baisse annuelle est encore plus faible (2,1 %) (9). En outre, des inégalités importantes sont encore une fois observées entre les pays et au sein de ceux-ci. Cependant, et bien que le taux moyen de mortalité maternelle pour les pays de l'Union européenne (UE) reste faible, l'analyse des données portant sur différents groupes sociaux met en lumière les diversités au sein des pays, et des interventions ciblées peuvent dès lors être mises au point. Les éléments de preuve émanant de diverses études révèlent des lacunes dans les données relatives à la mortalité maternelle et collectées dans le cadre de systèmes de statistiques systématiques, montrant en cela que la mortalité maternelle est en fait sous-déclarée dans de nombreux pays de la Région, y compris dans certains États membres de l'UE (10).

131. On manque souvent de données fiables et comparables sur les taux de prévalence de la contraception, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale et les naissances chez les adolescentes (indicateurs pour la cible 5.B). Le taux d'utilisation des méthodes de contraception modernes et efficaces sont particulièrement peu élevés dans de nombreux pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, et sont parfois aussi faibles que les taux moyens observés dans les pays les moins développés du monde (11). Dans certains pays d'Europe orientale, où les taux d'avortement sont les plus élevés au monde, les obstacles à l'avortement médicalisé sont à l'origine de pratiques dangereuses et, à leur tour, de morbidité, voire de mortalité maternelles.

132. De nombreux pays ne disposent pas de données sanitaires nationales ventilées liées à l'origine ethnique et d'autres déterminants sociaux de la santé. Il est prouvé que les déterminants sociaux, tels que le niveau d'instruction, le lieu de naissance et la nutrition des mères, restent un facteur majeur expliquant les mauvais résultats en matière de santé chez la mère comme chez le nouveau-né. Bien que le poids de la mère avant et pendant la grossesse puisse influencer le cours de la grossesse et ses résultats, un grand nombre de pays ne possèdent aucune donnée nationale disponible sur l'indice de masse corporelle des femmes enceintes (10). Toutefois, les données existantes sur la couverture des soins prénatals, le faible poids à la naissance, la prévalence de l'allaitement maternel et le tabagisme maternel mettent en exergue d'importantes inégalités entre les femmes roms et le reste de la population. D'autres aspects de l'exclusion sociale influencent également les taux de couverture des soins prénatals. L'insuffisance de la protection sociale, parfois liée à l'absence des documents nécessaires à cette fin, en constitue un exemple. Le manque de couverture financière pour les services de santé essentiels contribue à la hausse des taux de mortalité maternelle chez les femmes roms, notamment lorsque les services de planification familiale et de soins prénatals ne sont pas couverts. En raison de l'accès limité aux méthodes de contraception, les femmes roms sont plus susceptibles de faire une grossesse non désirée.

Stratégies et actions de l'OMS

133. Le Bureau régional aide les États membres à intégrer à leurs politiques nationales les questions de santé génésique, maternelle et infantile en mettant l'accent sur l'égalité d'accès à des services de qualité. Le cadre d'action de l'OMS relatif aux systèmes de santé est utilisé à cette fin (12). Ces dernières années, l'OMS a aidé un certain nombre de pays à évaluer la qualité

de leurs hôpitaux et des soins ambulatoires pour les femmes enceintes, les mères et les bébés. Des recommandations sur les mesures à prendre pour améliorer les soins et réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales ont été formulées et sont actuellement appliquées.

134. L'approche de l'OMS pour l'analyse de la mortalité et de la morbidité maternelles, et résumée dans la publication intitulée *Au delà des nombres : examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse (13)*, est utilisée dans les pays à revenus faible et élevé. Sa méthodologie permet aux ministères de la Santé de disposer d'informations analytiques que les données officielles ne peuvent fournir. Depuis 2012, les pays ciblés par la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants des Nations Unies (14) (Azerbaïdjan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan) bénéficient d'une assistance technique en vue d'améliorer l'information sanitaire et de favoriser la responsabilisation, en mettant particulièrement l'accent sur la surveillance de la mortalité maternelle et les interventions à cet égard.

135. L'OMS gère l'initiative de coordination interinstitutions afin d'intensifier la prise de mesures en vue d'atteindre les OMD 4 et 5 dans le contexte de la Décennie pour l'intégration des Roms et à l'appui des stratégies nationales dans ce domaine. Pour ce faire, elle collabore avec l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), le Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et d'autres partenaires. Dans le cadre de cette initiative, le Bureau régional, conjointement avec des instituts partenaires et le gouvernement espagnol, organise actuellement un cours de formation multinationale sur la réorientation des stratégies, programmes et activités liés aux OMD 4 et 5 afin d'atteindre une plus grande équité en matière de santé, en visant explicitement, mais pas exclusivement, la population rom. Les partenaires interinstitutions élaborent également un dispositif de ressources pour soutenir les professionnels de santé dans les processus décisionnels et la mise en œuvre des stratégies, programmes et activités liés aux OMD 4 et 5. Toutefois, l'adoption d'une approche multisectorielle (impliquant entre autres les secteurs de l'éducation et de la protection sociale) pour améliorer la santé maternelle conformément à Santé 2020 demeure un défi qui exige davantage de soutien de l'OMS et ses partenaires.

Perspectives

136. Lors de la planification de l'assistance technique apportée par l'OMS aux pays dans le domaine de la santé maternelle, plusieurs activités seront liées aux travaux menés en rapport avec les déterminants sociaux de la santé, notamment l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes et les questions liées aux Roms. On adoptera une approche portant sur toute la durée de la vie afin de prendre en compte les liens existants entre les déterminants sociaux de la santé et les différents stades de l'existence, et la manière dont les déterminants sociaux influent sur les efforts de prévention des maladies non transmissibles et transmissibles et de renforcement des systèmes de santé.

137. Plusieurs activités réalisées aux niveaux régional et mondial permettront d'analyser les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire (Égypte), du 5 au 13 septembre 1994 (15), un accent particulier étant mis sur la santé et les droits génésiques, notamment la santé des adolescents. Un numéro spécial d'*Entre Nous*, le magazine européen de la santé sexuelle et génésique, présentera un aperçu des progrès régionaux dans ce domaine, ainsi que des exemples de différents pays de la Région.

OMD 6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

VIH/sida

Analyse de la situation

138. Tandis que d'autres Régions de l'OMS font état de baisses annuelles du nombre de nouveaux cas d'infection à VIH, la Région européenne est confrontée à des défis considérables dans la réalisation de la cible 6.A de l'OMD 6. En 2011, un nombre estimé de 2,3 millions de personnes en Europe vivaient avec le VIH, et plus de 121 000 nouveaux cas de VIH ont été signalés, la majorité étant dépistés en Europe orientale et en Asie centrale. L'incidence du VIH est passée de 6,6 cas pour 100 000 habitants en 2004 à 7,6 en 2011. En raison d'un accès inadéquat et d'un recours insuffisant aux services de dépistage du VIH et de conseil, en particulier chez les populations clés, les cas d'infection à VIH n'ont pas tous été diagnostiqués. Par conséquent, le nombre estimé d'infections est plus élevé que le nombre de cas signalés par les systèmes de surveillance nationale. Il est estimé que 30 000 personnes (21 000-40 000) ont été nouvellement infectées par le VIH en 2011 en Europe occidentale et centrale, et 140 000 (91 000-210 000) en Europe orientale et en Asie centrale.

139. Bien que les principales voies de transmission du virus varient selon la région géographique, dans tous les pays européens, le VIH touche de manière disproportionnée les populations socialement marginalisées, telles que les migrants, ainsi que les groupes sociaux stigmatisés, tels que les hommes ayant des rapports homosexuels et les consommateurs de drogues par injection. En 2011, 37,6 % des cas de VIH dépistés dans la partie orientale de la Région concernaient des consommateurs de drogues par injection. La proportion de cas transmis par contact hétérosexuel a augmenté pour atteindre 56,7 % du nombre total de nouveaux cas en 2011. La plupart des cas transmis par contact hétérosexuel sont probablement le résultat d'une transmission sexuelle par des consommateurs de drogues par injection à leurs partenaires. Si la proportion de cas chez les hommes ayant des rapports homosexuels dans la partie orientale de la Région est faible, elle est vraisemblablement inférieure à la réalité. Dans la partie occidentale de la Région, l'épidémie reste concentrée chez les hommes ayant des rapports homosexuels (40 % des nouveaux cas diagnostiqués en 2011) et chez les migrants provenant de pays frappés par une épidémie généralisée (plus d'un tiers des infections transmises par voie hétérosexuelle).

140. En 2011, près de 11 000 nouveaux cas de sida ont été signalés par 49 des 53 États membres de la Région européenne, soit un taux de 1,5 cas pour 100 000 habitants. Le taux le plus élevé, 22,4 pour 100 000 habitants, a été observé dans la partie orientale de la Région ; les taux signalés dans les parties occidentale et centrale de la Région étaient de 6,5 et de 1,6 pour 100 000 habitants, respectivement. Les cas de sida sont largement sous-notifiés, en particulier dans les pays de la partie orientale de la Région. Dans la partie occidentale de la Région, le nombre de cas de sida diagnostiqués et signalés a continué de diminuer. Bien que le nombre annuel de décès liés au sida soit en baisse dans l'ensemble de la Région depuis 2004, elle est en augmentation dans de nombreux pays d'Europe orientale et d'Asie centrale. En 2011, 2676 personnes diagnostiquées avec le sida ont succombé à la maladie.

141. Bien que le nombre de patients recevant un traitement augmente d'une année à l'autre dans la Région, il est encore loin d'être représentatif des besoins réels à cet égard. Les défis restent les suivants : intensification de la couverture des traitements antirétroviraux, accès à la thérapie antirétrovirale chez les populations clés, observance du traitement, tarification, mécanismes d'achat et d'approvisionnement, fourniture et présélection des médicaments génériques et ruptures de stock. En 2012, le nombre de patients bénéficiant d'une thérapie

antirétrovirale dans les pays à revenus faible et intermédiaire de la Région était de 194 000, alors que le nombre de personnes pouvant prétendre à ce traitement était supérieur à 500 000. Le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH et recevant une thérapie antirétrovirale pour prévenir la transmission mère-enfant dans les pays à revenus faible et intermédiaire de la Région est estimé à 95 %. Quasiment tous les pays de la Région appliquent une couverture universelle pour le dépistage du VIH pendant la grossesse. L'accès au traitement du VIH est élevé chez les enfants ; plus de 85 % des enfants vivant avec le VIH reçoivent une thérapie antirétrovirale (8 500 en 2012). L'intégration du dépistage du VIH et de la thérapie antirétrovirale dans les programmes de santé maternelle et infantile a largement contribué aux progrès accomplis au cours de ces dernières années.

142. Dans certains pays, les niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination, ainsi que l'environnement juridique, notamment la pénalisation de certains comportements comme la consommation de drogues, les rapports homosexuels et le commerce du sexe, ont entravé les efforts visant à atteindre les populations les plus à risque de contracter le VIH ainsi que l'élaboration de politiques de prévention du VIH et d'interventions fondées sur des bases factuelles, telles que la thérapie de substitution aux opiacés. De par leur verticalité, les programmes de lutte anti-VIH sont à l'origine d'occasions manquées en matière de prévention, de dépistage, de conseil, de traitement, de soins et de soutien. Le déclin de l'aide des donateurs internationaux au cours de ces dernières années a entraîné la réduction, voire même l'arrêt d'un certain nombre d'interventions clés dans plusieurs pays où les budgets nationaux ne prévoient pas la mise en œuvre d'actions globales. En outre, lorsque leur situation économique s'améliore, les pays risquent de ne plus pouvoir prétendre à l'avenir aux subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ou de ne plus y avoir droit.

Stratégies et actions de l'OMS

143. Le Bureau régional met en œuvre le Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 (4) qui permet de relever les défis de la lutte contre l'épidémie et propose des domaines d'intervention prioritaires. Il aide les États membres à adopter des politiques fondées sur des bases factuelles pour la prévention du VIH chez les populations clés, et à mener les actions énoncées dans les plans nationaux de lutte contre le sida, comme les interventions visant la réduction des risques et la prévention de la transmission sexuelle. L'OMS a révisé ses directives sur la thérapie antirétrovirale, préconisant un recours plus rapide au traitement et l'utilisation de schémas thérapeutiques mieux adaptés et plus simples. La mise en œuvre de ces recommandations a permis de réduire la transmission du VIH et de faire baisser les taux de morbidité et de mortalité.

144. La Région européenne de l'OMS dispose d'un réseau global de surveillance du VIH/sida, et tous les pays soumettent annuellement des données au Bureau régional et au Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Si l'information stratégique sur l'épidémie est plus facilement disponible, les données répondent également à des normes plus élevées, ce qui permet à un plus grand nombre de pays de fonder leurs stratégies sur ces éléments de preuve. Le Bureau régional contribue aussi aux processus d'établissement de rapports de situation concernant l'initiative conjointe de l'OMS, de l'UNICEF et de l'ONUSIDA relative à la riposte mondiale au VIH/sida, et la Stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015 (16).

145. Les pays collaborent d'une manière plus utile avec la société civile dans l'élaboration, l'application, le suivi et l'évaluation des orientations politiques. Les programmes de proximité mis en œuvre par la société civile constituent des points d'entrée aisément accessibles qui permettent aux services de santé d'atteindre les personnes les plus à risque d'infection par le VIH.

Perspectives

146. L'augmentation du nombre de cas de VIH notifiés met en évidence l'importance de maintenir les interventions, même en période d'austérité économique. Étant donné les contraintes financières, il est crucial que les pays fixent des priorités concernant les interventions et les groupes cibles, et s'attaquent aux causes sociales et structurelles du risque d'infection par le VIH et de la vulnérabilité à cet égard. Il s'agit notamment d'appliquer la législation protectrice dans la Région et de renforcer les efforts en vue de garantir les droits de l'homme. Le Bureau régional continuera à soutenir activement la mise en œuvre du Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 (4) en jouant le rôle de chef de file et en apportant des orientations stratégiques et techniques aux États membres.

147. Les mesures visant à réduire la vulnérabilité doivent particulièrement cibler les populations clés, et engager la participation des organisations de patients et de la société civile. L'intensification de l'action en vue d'atteindre les OMD et d'autres objectifs de développement et de lutter contre les processus d'exclusion sociale aideront à améliorer les issues thérapeutiques et à prévenir ou à réduire la transmission du VIH. L'OMS participera à des partenariats mondiaux et régionaux, et plaidera en faveur d'un engagement en faveur du renforcement et du maintien des interventions anti-VIH et de la mobilisation de ressources à cette fin. L'OMS continuera également de suivre et d'évaluer les progrès accomplis par les États membres en vue d'atteindre les objectifs et cibles européens à l'aide d'un processus harmonisé de collecte, de communication et d'analyse de données. Parmi les principales interventions à cet égard, il convient de mentionner le recensement des meilleures pratiques et données d'expérience, la facilitation du partage d'informations entre les États membres, et la mise au point d'outils fondés sur des bases factuelles pour lutter efficacement contre le VIH.

Paludisme

Analyse de la situation

148. La Région européenne vise à interrompre la transmission du paludisme et à parvenir à son élimination dans les cinq pays encore touchés par cette maladie (Azerbaïdjan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turquie) d'ici 2015. Le Turkménistan a obtenu le statut de pays exempt de paludisme en 2010, l'Arménie en 2011, et le Kazakhstan en 2012 ; il se peut que le Kirghizistan soit certifié comme ayant éliminé la maladie d'ici la fin de l'année 2013.

149. Le nombre de cas déclarés acquis localement a chuté de façon spectaculaire. En effet, seuls 253 cas ont été signalés en 2012 (en Azerbaïdjan, en Géorgie, en Grèce, au Tadjikistan et en Turquie) contre 90 712 cas en 1995. La prise de mesures a été accélérée dans les derniers pays touchés par le paludisme en vue d'éliminer la maladie de la Région d'ici à 2015. L'importation du paludisme de pays endémiques à des pays exempts de cette maladie dans la Région a conduit à sa réintroduction dans certains pays, et même à des flambées épidémiques.

Stratégies et actions de l'OMS

150. Depuis 2008, tous les pays de la Région touchés par le paludisme ont pris des mesures efficaces en vue d'éliminer cette maladie conformément à la Déclaration de Tachkent : « Passer de la lutte contre le paludisme à son élimination » dans la Région européenne (17) et à la Stratégie régionale : de la lutte contre le paludisme à son élimination dans la Région européenne de l'OMS 2006-2015 (18).

151. Le Bureau régional fournit une orientation stratégique et une assistance technique aux cinq derniers pays touchés par le paludisme en vue de prévenir sa réintroduction. Les capacités nationales ont été renforcées dans ces cinq pays afin d'éliminer le paludisme. La priorité a été accordée au risque de propagation de la maladie dans les pays voisins ; la collaboration avec les États membres dans la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS a été intensifiée dans le domaine de la coordination des activités transfrontalières.

Perspectives

152. Il importe d'aider les derniers pays touchés par le paludisme afin qu'ils puissent obtenir comme prévu leur statut d'absence de cette maladie d'ici 2015, et de leur fournir l'assistance technique nécessaire à cette fin. Un accent particulier sera mis sur la surveillance et le suivi des progrès accomplis en vue d'éliminer le paludisme aux niveaux national, sous-régional et régional.

Tuberculose

Analyse de la situation

153. La cible 6.C de l'OMD 6 prévoit de maîtriser la tuberculose et de commencer à renverser la tendance d'ici 2015. Cet objectif a été partiellement atteint dans la Région européenne : l'incidence de la tuberculose a en effet reculé à un rythme d'environ 5 % par an entre 2000 et 2011, période durant laquelle la prévalence de la maladie a été estimée à 56 cas pour 100 000 habitants. Par conséquent, l'objectif visant une prévalence de 34 cas pour 100 000 habitants en 2015 est en bonne voie de réalisation. En 2011, la mortalité due à la tuberculose était de 4,9 pour 100 000 habitants comparée à 4,4 pour 100 000 habitants en 1990, ce qui signifie que la Région ne pourra atteindre l'objectif de réduction de 50 % d'ici 2015. La charge de la tuberculose dans la Région varie entre les pays et au sein de chacun d'eux, et oscille de <1 cas pour 100 000 habitants à environ 200 cas pour 100 000. Il existe aussi de grandes différences entre les arrondissements et les divisions administratives où l'on peut relever des taux de plus de 100 pour 100 000 habitants, même dans les pays de la partie occidentale de la Région.

154. Dans la Région, la charge de tuberculose se concentre principalement dans les 18 pays hautement prioritaires⁶, ces derniers concourant à 87 % de l'ensemble des cas de tuberculose et à plus de 99 % de tous les cas de tuberculose multirésistante (tuberculose-MR). Il existe d'importantes lacunes, également dans les pays de la partie occidentale de la Région, en termes de respect des meilleures pratiques, d'accès au diagnostic et au traitement précoces de toutes les formes de tuberculose, notamment celle touchant les enfants, les migrants et d'autres populations vulnérables, et de mécanismes adéquats de soutien au patient en vue d'améliorer l'observance du traitement. Ces difficultés ont conduit à l'aggravation du problème de la tuberculose pharmacorésistante (tuberculose multirésistante et ultrarésistante (tuberculose-MR et UR)). La Région européenne présente le plus haut taux de tuberculose-MR au monde, et 15 États membres européens figurent parmi les 27 pays du monde les plus touchés par les souches multirésistantes.

⁶ Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bulgarie, Estonie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Ouzbékistan, République de Moldova, Roumanie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie et Ukraine.

155. Bien que les États membres aient signalé un meilleur accès aux médicaments antituberculeux de seconde intention pour le traitement des patients atteints de tuberculose-MR et UR (la couverture thérapeutique était de 96 % en 2011), le taux de réussite thérapeutique est extrêmement faible dans certains pays (jusqu'à 27 %). Les principales raisons invoquées sont l'accès limité à des médicaments antituberculeux de seconde intention de qualité et la fourniture de schémas thérapeutiques incomplets, particulièrement pour le traitement des patients souffrant d'une co-infection tuberculose/VIH. Bien que la prévalence de cette co-infection ne soit pas aussi élevée dans la Région européenne que dans certaines autres Régions de l'OMS, une augmentation de la prévalence du VIH a été observée chez les cas de tuberculose (de 2,8 % en 2006 à 6,4 % en 2011). L'absence de continuité des soins et de prise en charge des patients déménageant d'un pays à l'autre nuit également à l'efficacité de la prévention et de la lutte contre la tuberculose.

Stratégies et actions de l'OMS

156. En collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux et la société civile, le Bureau régional met actuellement en œuvre le Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 (3). Une aide est apportée aux États membres afin qu'ils adaptent les interventions fondées sur des bases factuelles en vue d'améliorer la prévention et la lutte contre la tuberculose et ses souches MR et UR en harmonisant les stratégies nationales conformément au Plan d'action consolidé, d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de relever les défis en matière de systèmes de santé, d'assurer la réalisation d'un diagnostic précoce et d'un traitement efficace pour tous, d'améliorer la surveillance et la lutte contre les infections, et de répondre aux besoins de populations particulières.

157. La plupart des pays de la Région particulièrement touchés par la tuberculose-MR ont préparé leur plan d'action national conformément au Plan d'action consolidé (3). Le Bureau régional a instauré le Comité Feu Ver et lancé l'Initiative européenne des laboratoires de tuberculose afin d'aider les pays à élaborer et/ou à modifier leur plan national en vue de dépister 85 % des cas estimés de tuberculose-MR et de traiter au moins 75 % des cas, et de diminuer la proportion de tuberculose-MR chez les patients préalablement traités.

158. La Commission de collaboration régionale interinstitutions sur la lutte et les soins antituberculeux a été créée en décembre 2012 pour améliorer et coordonner les partenariats. En collaboration avec la Société européenne de pneumologie, le Bureau régional réalise un essai pilote expérimenté d'un site consultatif en ligne en vue d'aider les cliniciens à améliorer la prise en charge des patients souffrant de tuberculose et de ses souches MR et UR, et difficiles à traiter. Le Bureau régional apporte aux États membres une assistance technique pour le suivi et l'évaluation des interventions nationales ainsi que pour le recensement des déterminants sociaux de la tuberculose et l'action sur ces derniers. Il participe également aux efforts afin d'améliorer : la gestion des médicaments antituberculeux ; la lutte anti-infectieuse ; l'établissement de réseaux de laboratoires ; la collaboration dans la lutte contre la tuberculose et le VIH ; la sensibilisation et la communication ; la surveillance et l'intervention ; la prise en charge clinique ; l'enregistrement et la notification ; la collaboration intersectorielle ; et l'adoption d'approches centrées sur la personne afin de parvenir à l'accès universel aux soins antituberculeux, conformément à Santé 2020 (2).

159. En collaboration avec les bureaux de pays de l'OMS, le Bureau régional évalue la performance des systèmes de santé dans les États membres et leur fournit l'assistance technique nécessaire pour améliorer leur système de santé. L'objectif est de prévenir et de combattre la tuberculose-MR et UR dans les pays hautement prioritaires et de programmer l'élimination de la tuberculose dans les pays peu touchés par la maladie. En outre, le Bureau régional aide les États

membres dans leurs efforts d'obtenir un financement auprès d'agences bilatérales et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Perspectives

160. Le Bureau régional continuera d'aider les États membres à mettre en œuvre le Plan d'action consolidé (3), à recenser les déterminants sociaux de la maladie et à agir sur ceux-ci, et à supprimer les obstacles qui, dans les systèmes de santé, empêchent la prévention et la lutte efficaces contre la tuberculose et la prestation de soins aux personnes malades.

161. En collaboration avec des agences partenaires, la société civile et les autorités sanitaires, le Bureau régional va procéder à des évaluations de programmes dans les pays et leur prodiguer des conseils sur les mesures à prendre pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des OMD, et sensibiliser davantage le public à l'importance du dépistage précoce et du traitement adéquat de la tuberculose.

Les liens avec l'OMD 3

162. L'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes sont considérées comme des conditions préalables au développement durable et jouent un rôle particulièrement important dans la réalisation des OMD 4 et 5. Bien que la Région européenne de l'OMS présente quelques-uns des niveaux les plus élevés d'égalité entre les sexes, il existe encore d'importantes inégalités au sein des pays et dans la Région.

163. L'OMS s'emploie d'intégrer la sexospécificité dans son assistance technique aux pays, et Santé 2020 est devenu une assise solide pour souligner l'importance d'assurer l'équité entre les sexes afin de réduire les inégalités en matière de santé. La priorité est accordée à la collecte et à l'utilisation de données ventilées par sexe.

164. La violence à l'encontre des femmes constitue un problème de santé publique de grande ampleur, une violation des droits de l'homme et une conséquence de l'inégalité entre les sexes. Selon le dernier rapport de l'OMS intitulé *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (19), 27 % des femmes européennes subissent des violences de la part de leur partenaire intime et/ou d'une personne autre que leur partenaire. Le Bureau régional organise une conférence sur la violence contre les femmes en novembre 2013 à Vienne (Autriche), afin de présenter et d'adapter les directives cliniques et politiques de l'OMS publiées avec le rapport.

Les liens avec l'OMD 7

165. On assiste à une stagnation des progrès réalisés dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans la Région. Le Programme commun OMS-UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement révèle que plus de 48 millions de personnes n'ont pas accès à des sources améliorées d'eau potable et plus de 70 millions de personnes n'ont pas accès à des infrastructures d'assainissement améliorées (20). Dans certains pays de la partie orientale de la Région, la couverture de l'assainissement est passée de 90 % en 1990 à 89 % en 2010, et celle de l'approvisionnement en eau potable ne s'est améliorée que d'un seul point de pourcentage (de 93 % à 94 %) pendant la même période (20). Dans les pays d'Europe orientale, plus de 50 % de la population rurale vit encore dans des habitations non raccordées au réseau de

distribution d'eau potable. Il existe d'ailleurs d'importantes disparités au sein des pays et entre les pays, entre les zones urbaines et rurales, et entre les groupes à revenus faible et élevé. L'OMS et ses partenaires prennent des initiatives pour aider les États membres à renforcer le suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, à adopter et à mettre en œuvre des plans de sécurité de l'eau se concentrant sur les systèmes d'approvisionnement à petite échelle et à promouvoir le traitement et la bonne conservation de l'eau à domicile. En vertu du Protocole sur l'eau et la santé (21), ratifié par 25 États membres de la Région européenne, l'OMS aide les parties à fixer des objectifs et à faire rapport sur les progrès réalisés dans le domaine de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de la réduction des maladies d'origine hydrique.

166. L'impact des changements climatiques sur la santé, notamment les inondations, les vagues de chaleur, l'augmentation de l'érosion et les périodes de sécheresse, a été solidement avéré dans la Région européenne. Les émissions annuelles de gaz à effet de serre dans l'UE en 2008 (dernières données disponibles) s'élevaient à environ 10 tonnes d'équivalent CO₂ par habitant, soit bien au-dessus de l'objectif durable fixé à 2 tonnes par habitant (22). Malgré les progrès réalisés, un certain nombre de pays (d'Europe orientale, du Caucase et d'Asie centrale) comptent toujours parmi les économies à plus faible efficacité énergétique et à plus forte intensité d'émission de carbone au monde (23).

167. Le Bureau régional contribue à la mise en œuvre du plan de travail de l'OMS sur le changement climatique et la santé (24). L'*Engagement à agir* adopté à la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé organisée à Parme (Italie) du 10 au 12 mars 2010, et le document intitulé *Protéger la santé dans un environnement mis à mal par le changement climatique : cadre d'action régional européen* fournissent les références politiques à l'application des mesures d'adaptation et d'atténuation (25). Plusieurs pays européens ont participé à la mise en œuvre de ces politiques en évaluant les effets du changement climatique et en élaborant des stratégies d'adaptation ou des plans d'action.

Le programme de développement pour l'après-2015

Consultation thématique mondiale sur la santé

168. La consultation mondiale des Nations Unies sur la santé s'est penchée sur plusieurs thématiques en vue de catalyser un « dialogue mondial » sur le programme de développement pour l'après-2015. Organisées conjointement par les gouvernements du Botswana et de la Suède, l'UNICEF et l'OMS, les consultations furent l'occasion de solliciter les points de vue d'experts et d'organisations du monde entier sur la meilleure manière de garantir la santé des générations à venir. 150 000 participants ont répondu à une consultation en ligne, plus de 100 documents ont été présentés et plus de 1 500 personnes ont pris part à 13 consultations de vive voix en Afrique, en Asie, en Europe, en Amérique du Nord et en Amérique du Sud.⁷ Toutes les contributions ont été résumées dans un projet de rapport présenté pour examen lors du Dialogue de haut niveau sur la santé dans le cadre du programme de développement pour l'après-2015 tenu à Gaborone (Botswana), du 4 au 6 mars 2013.

169. Le dialogue a réuni 50 participants de haut niveau, notamment des ministres de la Santé, des membres du Groupe de personnalités de haut niveau et leurs représentants, des directeurs

⁷ Toutes les contributions sont disponibles à l'adresse suivante : www.worldwewant2015.org/health, consulté le 17 juillet 2013.

d'organisations internationales, des représentants de la société civile et du secteur privé, des universitaires, des experts de la santé publique et des représentants de la jeunesse. S'inspirant des commentaires formulés lors de la réunion, le projet de rapport a été révisé et finalisé, et une synthèse a été préparée et présentée aux membres du Groupe de personnalités de haut niveau, préalablement à la réunion du Groupe tenue à Bali (Indonésie) du 25 au 27 mars 2013.

170. Le thème de la santé dans le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015 était également inscrit à l'ordre du jour de la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé. L'Assemblée a adopté la résolution WHA66.11 invitant instamment les États membres à maintenir et accélérer les efforts en vue d'atteindre les OMD liés à la santé, et faire en sorte que la santé soit au centre du programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015. Dans la résolution, le directeur général est prié de veiller à ce que les consultations des Nations Unies à ce sujet soient ouvertes à l'ensemble des Régions et d'appeler à l'octroi de ressources afin d'aider à accélérer la réalisation des cibles des OMD liés à la santé d'ici 2015. Il est en outre demandé au secrétariat d'inscrire l'examen de la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 à l'ordre du jour des sessions des comités régionaux de l'OMS en 2013 et de soumettre un rapport sur ces discussions à la Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé. Le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, en sa soixante-troisième session, se penchera sur le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015 au point de son ordre du jour consacré aux questions découlant de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif.

171. Au niveau régional, des consultations intensives ont eu lieu dans le cadre du Mécanisme de coordination régionale et de l'équipe régionale du Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUD) pour l'Europe et l'Asie centrale. Un document de sensibilisation et une série de synthèses à ce sujet, expliquant les principales réalisations et les grands défis eu égard aux OMD, et exposant la vision globale de la Région concernant le programme de développement pour l'après-2015, ont été préparés et présentés aux membres du Groupe de personnalités de haut niveau. Ces documents contribuent au rapport du secrétaire général, qui sera d'ailleurs présenté dans le cadre d'un événement spécial à l'Assemblée générale des Nations Unies le 25 septembre 2013. En outre, une consultation régionale aura lieu du 4 au 6 septembre 2013 afin d'engager un dialogue multipartite, avec la participation de représentants de haut niveau de gouvernements, de la société civile, du monde universitaire, etc. Elle sera organisée conjointement par l'UNICEF, le PNUD et la CEE-ONU, et accueillie par la Turquie.

Vers un cadre pour les objectifs futurs de la santé

172. En matière de santé, tout objectif futur doit avoir une vocation universelle. On trouve dans chaque pays des familles et des personnes qui ne disposent pas des moyens pour prévenir ou traiter les maladies, ou de s'occuper des malades. En planifiant les objectifs futurs de la santé, il faudra tenir compte de ces réalités universelles, en faisant en sorte que les valeurs d'équité et les droits, y compris l'égalité entre les sexes, soient pleinement intégrés. Néanmoins, tous les pays sont différents : ces objectifs doivent pouvoir être adaptés aux réalités de chacun d'eux. Après l'organisation d'un vaste processus de consultation au niveau mondial, la santé dans le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015 commence à prendre forme et s'articule autour des thèmes suivants :

- **Reconnaître que la santé et le développement sont inextricablement liés.** Un objectif primordial du développement pour l'après-2015 pourrait être le bien-être durable pour tous, en plaçant la santé en tant que facteur essentiel et produit du développement durable et du bien-être humain. Cet objectif permettrait de répondre à la demande croissante tendant, d'une part, à aller au-delà du produit intérieur brut, pour mesurer la croissance saine et le développement durable et, d'autre part, à privilégier l'équité. Il reconnaît également que la bonne santé est déterminée par les nombreux aspects du développement (dont l'éducation,

l'énergie durable, la nutrition, l'eau et l'assainissement ainsi que l'adaptation au changement climatique et l'atténuation de ses effets) autant que par la prévention et le traitement des maladies. Les objectifs liés aux questions de développement, tels que l'environnement, pourraient comprendre des cibles en rapport avec la santé, tels que la réduction de la pollution de l'air intérieur.

- **Atteindre des résultats sanitaires optimaux tout au long de la vie.** Il pourrait s'agir d'un objectif central, le secteur sanitaire jouant à cet égard un rôle plus important, mais loin d'être exclusif. Il faudrait en particulier accélérer les mesures en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, réduire la charge des maladies non transmissibles et garantir la couverture sanitaire universelle ainsi que l'accès universel aux services de santé. Le programme pour l'après-2015 pourrait comprendre des cibles consistant à mettre fin à la mortalité évitable de la mère et de l'enfant ; à fournir un accès universel aux services de santé sexuelle et génésique ; à éliminer le paludisme et éradiquer la poliomyélite ; à concrétiser la vision d'une génération sans sida et sans tuberculose ; à réduire les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les affections respiratoires et à diminuer les facteurs de risque qui leur sont associés ; et assurer l'équité en réduisant les écarts et en désagrégeant les indicateurs.
- **Rendre les services de santé accessibles et abordables.** Garantir la couverture sanitaire universelle et l'accès à des services de santé complets et de qualité est l'un des moyens d'améliorer les résultats sanitaires. Il s'agit aussi d'un objectif souhaitable, auquel les populations attachent de l'importance en soi, car il leur donne l'assurance qu'elles auront accès à un système de santé s'employant à prévenir et à traiter efficacement et pour un coût abordable les maladies au domicile, dans les communautés et, si nécessaire, dans les dispensaires et les hôpitaux où elles auront été orientées. Les systèmes de santé doivent aussi faire en sorte que 100 millions de personnes ne tombent plus chaque année dans la pauvreté en raison du coût des services de santé dont elles ont besoin, comme c'est le cas aujourd'hui.

Mise en œuvre du programme pour l'après-2015

173. L'évolution de l'environnement mondial exige que l'on s'engage à agir différemment pour faire avancer le futur programme de santé mondiale. Davantage d'attention doit être accordée aux structures de gouvernance et aux capacités institutionnelles aux niveaux national et mondial, et au besoin éventuel d'adapter l'architecture de la santé mondiale au XXI^e siècle et aux objectifs de l'après-2015. Le monde de l'après-2015 exigera : la participation de communautés habilitées à mettre en œuvre les changements ; l'engagement de la société civile et du secteur privé ; l'évolution de la société afin d'aplanir les inégalités liées au sexe et à l'origine ethnique, de prévenir la discrimination et de garantir le droit à la santé ; une meilleure compréhension de la manière dont les différents secteurs peuvent collaborer en vue de garantir et de protéger la santé ; la mise en place de mécanismes de responsabilisation plus solides et indépendants (y compris des structures de surveillance dans les pays et sur le plan mondial) ; et l'intensification des efforts visant à renforcer les institutions chargées d'améliorer la situation sanitaire aux niveaux mondial et national.

Références⁸

1. *Résolution EUR/RC57/R2 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur 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*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-seventh-session/resolutions/eurrc57r2>).
2. *Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012 (EUR/RC62/9) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170263/RC62wd09-Fre.pdf).
3. *Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2011 (EUR/RC61/15) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/148301/RC61_fdoc15.pdf).
4. *Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/fr/what-we-publish/abstracts/european-action-plan-for-hivaids-20122015>).
5. *Charte de Tallinn : « des systèmes de santé pour la santé et la prospérité »*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>).
6. *Strengthening public health services and capacity: an action plan for Europe. Promoting health and well-being now and for future generations*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/172762/Strengthening-public-health-services-and-capacity-an-action-plan-for-Europe-Eng.pdf).
7. *Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/fr/what-we-publish/abstracts/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>).
8. *Statistiques sanitaires mondiales 2013*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2013 (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/fr/index.html).
9. World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, The World Bank. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/>).
10. Euro-Peristat Project with SCPE and EUROCAT. *European Perinatal Health Report: Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*, May 2013 (http://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf).

⁸ Tous les sites Web ont été consultés le 11 juillet 2013 (sites en anglais) et le 17 juillet 2013 (sites en français).

11. *Oui au choix, non au hasard : planification familiale, droits des personnes et développement. État de la population mondiale 2012.* New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2012
(http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/FR_SWOP2012_Report.pdf).
12. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Geneva, World Health Organization, 2007
(http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
13. *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/maternal_child_adolescent/documents/9241591838/fr/index.html).
14. Secrétaire général des Nations Unies. *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant.* Genève, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Organisation mondiale de la Santé, 2010
(http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/fr/index.html).
15. *Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), Programme d'action.* New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 1995 (A/CONF.171/13/Rev.1)
(http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_fre.pdf).
16. *La stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011
(http://www.who.int/hiv/pub/hiv_strategy/fr/index.html).
17. *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, 2005
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98753/E89355.pdf).
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/__data/assets/pdf_file/0011/98750/E88840.pdf).
19. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)
20. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation (JMP). *Progress on drinking water and sanitation: JMP update 2012.* New York, JMP, 2012
(http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2012/jmp_report/en/).
21. *Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux, fait à Londres, le 17 juin 1999.* New York, Conseil économique et social des Nations Unies, 1999 (MP.WAT/2000/1, EUR/ICP/EHCO 020205/8Fin)
(<http://www.unece.org/fileadmin/DAM/env/documents/2000/wat/mp.wat.2000.1.f.pdf>).
22. *Greenhouse gas emissions per capita and per unit of GDP in purchasing power standards in 2008* [web page]. Copenhagen, European Environment Agency, 2012
(<http://www.eea.europa.eu/data-and-maps/figures/greenhouse-gas-emissions-per-capita-1>).
23. *From Transition to Transformation: Sustainable and Inclusive Development in Europe and Central Asia.* Interagency report. New York and Geneva, United Nations, 2012
(http://www.unece.org/fileadmin/DAM/publications/oes/RIO_20_Web_Interactif.pdf).

24. *Plan de travail de l'OMS sur le changement climatique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2013
(http://www.who.int/globalchange/wha_plans_objectives/fr/print.html).
25. *Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé*. Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, « Protéger la santé des enfants dans un environnement en mutation », Parme (Italie), 10-12 mars 2010. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2010 (EUR/55934/5.1 Rev.2)
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78608/E93618.pdf).

Rapport de situation sur l'application du Règlement sanitaire international (2005)

Introduction et contexte

174. Le Règlement sanitaire international (2005) (RSI) est un instrument juridiquement contraignant visant à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique. Il constitue un élément essentiel de la sécurité sanitaire mondiale et son application s'effectue dans le cadre d'un processus progressif depuis son entrée en vigueur en 2007. Les États parties au RSI ont l'obligation juridique de mettre en place certaines capacités principales de surveillance et d'intervention pour tous les événements de santé publique (maladies infectieuses, événements de nature environnementale, chimique ou radiologique). Ils doivent également mener les opérations courantes requises au titre du RSI aux points d'entrée (ports, aéroports et postes-frontières). En 2009, l'ensemble des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS, par l'intermédiaire du Comité régional pour l'Europe, ont adopté la résolution EUR/RC59/R5.

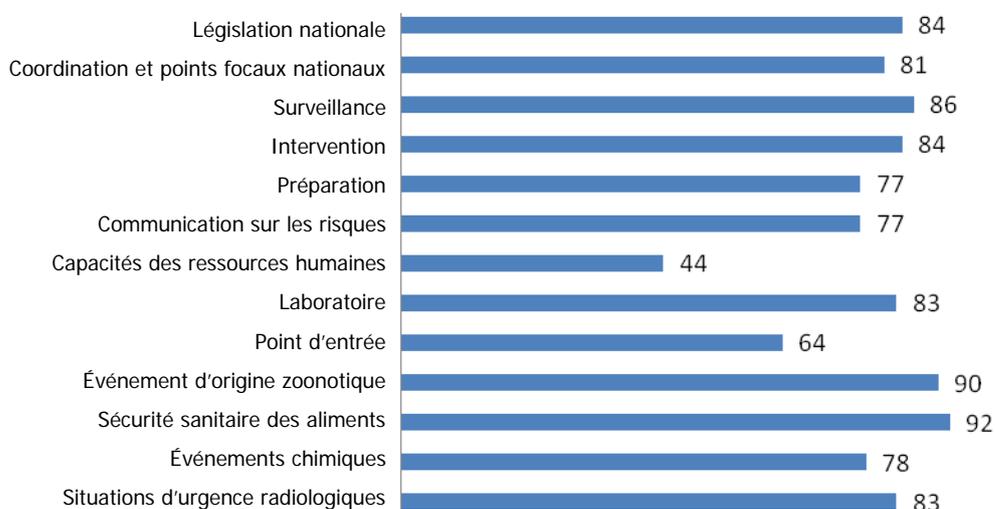
175. Cette dernière prie instamment les États membres et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de soutenir la mise en place ou le maintien, d'ici à 2012, des capacités principales requises au titre du RSI. Elle exhorte aussi les États membres à élaborer un plan d'action national pour le RSI. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et ses partenaires travaillent de concert avec les gouvernements des États membres en vue de mettre en œuvre leur plan d'action stratégique pour le RSI.

176. La Région européenne de l'OMS compte 55 États parties au RSI, à savoir tous les États membres de la Région ainsi que le Saint-Siège et le Liechtenstein, qui ont volontairement ratifié le RSI en mai 2005 et en mars 2012, respectivement. Le Monténégro est devenu un État partie en février 2008. En conséquence, le Liechtenstein et le Monténégro disposent d'un autre calendrier juridique en vue de mettre en place les principales capacités du RSI par rapport aux autres États parties de la Région. Les territoires d'outre-mer de certains des États membres européens constituent une autre particularité de la Région. Ils nécessitent des dispositions spéciales, à la fois au niveau national et par l'intermédiaire d'autres bureaux régionaux de l'OMS, pour l'application effective du RSI.

Analyse de la situation

177. Les données communiquées par les États parties de la Région européenne dans le cadre du questionnaire d'auto-évaluation annuelle font état d'avancées relativement positives en ce qui concerne le renforcement des capacités pour la surveillance, la sécurité sanitaire des aliments ainsi que la détection des événements d'origine zoonotique et la mise en œuvre d'interventions à leur rencontre (fig. 1). Même si dans l'ensemble, le RSI a été utilisé pour renforcer le rôle du secteur de la santé, la mise en place et le maintien des principales capacités continuent de présenter un défi dans de nombreux autres domaines techniques, notamment la coordination multisectorielle, les capacités à des points d'entrée désignés, le développement des ressources humaines, la législation et la communication sur les risques. La large portée de l'application du RSI demeure également un défi, dans la mesure où le Règlement couvre tous les dangers et risques de santé publique d'origine biologique, chimique et radionucléaire.

Figure 1. Moyenne régionale (%) des principales capacités du RSI selon le questionnaire d'auto-évaluation annuelle 2012



178. Depuis la date butoir du 15 juin 2012, 21 États parties (38 %) de la Région européenne de l'OMS ont demandé à ce jour une prolongation pour le processus d'application jusqu'en juin 2014, 15 d'entre eux ayant d'ailleurs élaboré un plan d'application spécifique. La Région européenne est la Région ayant sollicité le moins de demandes de prolongation.

179. Les demandes de prolongation émanent de décisions prises au niveau national, et environ la moitié des pays ayant effectué une telle demande sont en fait des pays bien développés. Il est dès lors évident que certains facteurs culturels, politiques et historiques, tels que la présence de territoires d'outre-mer, ont influé sur ces décisions. Dans de nombreux cas, le processus de décisions national n'est pas uniquement axé sur le développement des capacités, mais aussi sur des arrangements opérationnels et des questions de responsabilité.

Mesures prises et progrès réalisés

180. Cette section décrit les mesures prises, les progrès réalisés et les défis à relever en ce qui concerne les sept domaines d'activité définis par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Ces derniers visent à répondre aux priorités et besoins de la Région en matière de RSI.

Domaine d'activité n° 1 : évaluer, renforcer et contrôler les principales capacités nationales en matière de RSI

181. Au cours de ces trois dernières années, le secrétariat a effectué des évaluations et des consultations nationales en matière de RSI dans la majorité des États parties prioritaires de la Région européenne, afin d'aider les États parties à mettre en place les principales capacités requises.

182. Les États parties ont fourni des informations sur l'application du RSI, en utilisant le format proposé par le secrétariat pour la présentation du rapport annuel des États parties ainsi que les outils correspondants, sur la base d'un cadre de surveillance mis au point par l'OMS afin

de répondre aux exigences énoncées à l'annexe 1 du RSI et relatives aux principales capacités nationales.

183. Le secrétariat continuera d'évaluer et de suivre les capacités nationales en matière de RSI, principalement à l'aide du questionnaire d'auto-évaluation annuelle, et fournira des orientations sur le renforcement de ces capacités.

Domaine d'activité n° 2 : promouvoir l'adhésion politique de haut niveau au processus d'application du RSI

184. Le secrétariat a organisé des ateliers de sensibilisation aux niveaux national et international pour tous les États parties de la Région. Afin de donner une nouvelle impulsion aux activités menées dans ce domaine, le secrétariat a organisé en février 2013 une réunion stratégique européenne pour l'application du Règlement sanitaire international (2005). Celle-ci a rassemblé des participants œuvrant aux niveaux sous-régional, régional et mondial – intervenants, partenaires et bailleurs de fonds traditionnels et non traditionnels – afin de procéder à un échange de données d'expérience liées à l'application du RSI, de recenser toutes les ressources potentielles et de relever les défis communs.

185. Le secrétariat continuera à soutenir l'application du RSI à la lumière des contextes nationaux, et rendra disponibles les principaux documents pertinents de l'OMS dans toutes les langues officielles de la Région européenne, et en particulier en russe. Il est prévu d'organiser des réunions spécifiquement adaptées aux hauts responsables de la santé publique.

Domaine d'activité n° 3 : mettre à jour la législation et les mécanismes de réglementation

186. Le secrétariat a organisé un atelier multinational pour les États membres d'Asie centrale et du Caucase afin d'examiner les documents directeurs existants sur la législation relative au RSI et de procéder à un échange des meilleures pratiques entre les États membres. L'atelier a été suivi par des visites d'évaluation dans chaque pays.

Domaine d'activité n° 4 : habiliter les points focaux nationaux pour le RSI

187. Il importe d'habiliter les points focaux nationaux pour le RSI afin qu'ils puissent influencer sur l'application du RSI au niveau intersectoriel dans leur pays, et en être responsables. Les points focaux nationaux peuvent user plus facilement de leur influence si on leur inculque également les principes du RSI et si on leur apprend à catalyser les ressources existantes en vue de renforcer les capacités du RSI. Le secrétariat a organisé des ateliers nationaux et multinationaux à l'intention de tous les États parties afin de mettre les points focaux nationaux au courant de leur rôle juridique dans le cadre du RSI et de leur fournir une formation à ce sujet. Le site d'informations sur les événements constitue également une plate-forme permettant de partager les coordonnées des points focaux nationaux entre les intéressés et l'OMS, ainsi que des informations concernant l'état de l'application du RSI dans les États parties de la Région, par le biais du questionnaire d'auto-évaluation.

Domaine d'activité n° 5 : déployer des efforts de sensibilisation au-delà du secteur de la santé

188. La collaboration intersectorielle permet une meilleure utilisation des ressources en évitant une répétition des tâches et en renforçant la coordination des activités multisectorielles. La mise en œuvre d'activités de sensibilisation efficaces permettra de convaincre les responsables politiques des différents secteurs des avantages d'une telle collaboration. Pour ce faire, le RSI doit être interprété à la lumière des activités et des intérêts de chacun de ces secteurs. L'amélioration de la sensibilisation et de la collaboration au niveau intersectoriel, et de la communication sur les risques au sein de chaque secteur et entre les secteurs, aidera les pays à coordonner les activités menées au niveau national dans le domaine du RSI. Le secrétariat continuera d'organiser des ateliers multisectoriels et de former les États parties afin de réunir tous les intervenants de différents secteurs qui ont un rôle à jouer dans l'application du RSI.

Domaine d'activité n° 6 : former les personnels nationaux à renforcer, gérer et maintenir les capacités nécessaires pour que leur pays respecte pleinement le RSI

189. Pour ce faire, il importe particulièrement que les recommandations et orientations relatives au RSI soient disponibles dans les langues nationales. Le secrétariat a mis en œuvre des activités nationales de sensibilisation et de formation technique de haut niveau, notamment des exercices visant à évaluer les principales capacités du RSI. Au cours de ces deux dernières années, des ateliers de formation multisectoriels et multinationaux ont été organisés dans ce cadre, et ont particulièrement réussi à renforcer la sensibilisation et à créer des groupes de pairs. L'adaptation du cours mondial sur le RSI et la tenue de ce cours en russe afin de pouvoir assurer la formation du personnel des points focaux nationaux et des principaux experts nationaux de pays russophones constitueront l'une des tâches les plus urgentes de ces prochains mois.

Domaine d'activité n° 7 : renforcer les capacités du RSI aux points d'entrée

190. En raison de leur vulnérabilité aux risques transitoires, les points d'entrée ont un rôle particulièrement important à jouer dans la prévention de l'importation et la propagation des maladies sur une base quotidienne, et des mesures spéciales de lutte doivent être prêtes à être mises en œuvre en cas de crise. Le secrétariat continue d'organiser, en collaboration avec les partenaires concernés, des ateliers de formation pour les inspections de navires et la préparation aux situations d'urgence dans le secteur de l'aviation et, le cas échéant, des ateliers multinationaux impliquant également d'autres Régions de l'OMS afin que les pays puissent échanger des informations et élaborer des accords bilatéraux pour certains postes-frontières et capacités du RSI dans les ports.

Perspectives

191. La coordination et la coopération avec tous les partenaires concernés de la Région restent une priorité du secrétariat.

Coopération et coordination avec les partenaires de la Région européenne

192. La Réunion stratégique européenne pour l'application du Règlement sanitaire international (2005) (voir le paragraphe 11 ci-dessus), organisée conjointement avec la Commission européenne à Luxembourg, visait à recenser l'état actuel de l'application du RSI dans la Région européenne de l'OMS, à déterminer les défis et à élaborer une feuille de route pour l'application conjointe. La réunion a rassemblé 50 États parties au RSI ainsi que des intervenants, des partenaires et des bailleurs de fonds aux niveaux régional et mondial.

193. La Commission européenne a présenté à ses États membres une directive en vue de contrer les menaces sanitaires transfrontalières. L'OMS œuvre en étroite collaboration avec la Commission européenne et ses institutions, et continuera de coordonner ses activités pour les États membres qui sont également membres de l'UE avec la Commission européenne et ses agences techniques, telles que le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA).

Critères pour la prolongation en 2014

194. Le RSI confère au directeur général un rôle très spécifique qui prévoit notamment la prise de décisions concernant l'octroi de nouvelles prolongations après juin 2014 et la consultation du Comité d'examen du RSI. La résolution WHA65.23 prie le directeur général « d'élaborer et de publier les critères qui seront utilisés en 2014 par le directeur général (...) lorsqu'il prendra des décisions sur l'octroi d'une éventuelle nouvelle prolongation du délai. »

195. Ces critères ont été examinés par l'Assemblée mondiale de la santé lors de sa Soixante-sixième session de mai 2013, au cours de laquelle elle a proposé que, lors de leur session de 2013, les comités régionaux puissent consulter de nouveau les États membres au sujet des critères qui seront utilisés par le secrétariat lors de l'examen des demandes de prolongation supplémentaire du délai pour la mise en place des principales capacités de surveillance et d'intervention requises. Les critères à utiliser en 2014 pour l'octroi de nouvelles prolongations seront examinés à la soixante-troisième session du Comité régional de l'Europe au titre de l'ordre du jour consacré aux questions soulevées lors de la Soixante-sixième session de l'Assemblée mondiale de la santé.

Conclusions

196. Le RSI est juridiquement contraignant pour tous les États parties et concerne non seulement le secteur de la santé, mais aussi tous les autres secteurs intéressés. L'OMS facilite le processus d'application en fournissant des conseils techniques et en coordonnant les efforts déployés par les pays, notamment la mise en place de mécanismes de collaboration internationale et transfrontalière. Le Bureau régional de l'Europe se concentre sur les éléments les plus importants en vue de garantir l'application du RSI dans la Région.

197. Le RSI doit être mieux intégré dans les activités et plans nationaux génériques de préparation. Le cadre politique européen de la santé Santé 2020, approuvé par le Comité Régional, vise à améliorer de manière significative la santé et le bien-être des populations, et à aplanir les inégalités en matière de santé en renforçant la santé publique et en soutenant l'action pangouvernementale et pansociétale. Par conséquent, Santé 2020 joue un rôle essentiel pour faciliter la collaboration intersectorielle dans l'application du RSI.

198. La mise en œuvre efficace des plans nationaux nécessite un investissement financier et un engagement politique importants et durables de la part des gouvernements nationaux, ainsi que l'appui extérieur des bailleurs de fonds et des partenaires. La mobilisation des ressources et les moyens en personnel de l'OMS demeurent insuffisants pour satisfaire l'intégralité des besoins et accélérer l'application du RSI, alors que le délai pour la mise en place des principales capacités requises dans tous les États parties se profile à l'horizon.

199. Le Bureau régional continuera à collaborer avec les secteurs gouvernementaux concernés dans les États membres afin de garantir un engagement politique et des ressources à cette fin, et de soutenir les activités des comités de coordination intersectorielle.

Rapport de situation sur le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques

Introduction et contexte

200. En réponse à la menace croissante que représente la résistance aux antimicrobiens pour la santé publique, l'OMS a appelé, lors de la Journée mondiale de la santé 2011, les pays à lutter contre la pharmacorésistance, sous le slogan : « Agir aujourd'hui pour pouvoir soigner encore demain ». Au cours de cette même année, l'ensemble des 53 pays de la Région européenne de l'OMS, par le biais du Comité régional pour l'Europe, ont adopté la résolution EUR/RC61/R6 ainsi que le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques (EUR/RC61/14). Ce dernier contient sept objectifs stratégiques, définis à la suite d'un vaste processus de consultation auquel ont participé experts et responsables politiques, et basés sur les derniers résultats de la recherche. Ils constituent en fait des recommandations à l'adresse des gouvernements nationaux afin qu'ils puissent agir sur les facteurs complexes liés à la résistance bactérienne et à sa principale cause, à savoir l'utilisation d'antibiotiques (notamment leur utilisation exagérée et abusive).

201. Dans la résolution EUR/RC61/R6, les États membres sont instamment priés d'assurer l'engagement politique et les ressources pour mettre en œuvre la Stratégie mondiale OMS pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens par l'intermédiaire du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques. Il leur est également demandé de recenser les grandes priorités nationales sur la base des sept objectifs stratégiques repris dans le Plan d'action stratégique européen et d'élaborer des plans nationaux. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et ses partenaires travaillent de concert avec les gouvernements des États membres en vue de mettre en œuvre le Plan d'action stratégique.

202. Lors de la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé, la résistance aux antimicrobiens a été perçue comme un problème particulièrement préoccupant ; les États membres ont demandé à l'OMS de renforcer son programme et ses activités dans ce domaine, notamment en ce qui concerne l'usage rationnel des médicaments, et les antimicrobiens en particulier. En outre, il a été proposé que la résistance aux antimicrobiens constitue un point important inscrit à l'ordre du jour des discussions des organes directeurs en 2014, le secrétariat devant présenter un rapport au Conseil exécutif en janvier 2014 sur les efforts déployés par l'OMS pour mettre en œuvre la résolution WHA58.27 de l'Assemblée mondiale de la santé. Les États membres ont demandé que le douzième programme général de travail soit modifié pour souligner l'importance de la résistance aux antimicrobiens et les risques qu'elle représente pour la santé publique.

Analyse de la situation

203. Dans la partie orientale de la Région européenne de l'OMS, les antibiotiques peuvent être obtenus en vente libre, sans ordonnance, dans deux pays sur trois. En outre, l'observance des traitements constitue un défi pour de nombreux pays. De telles pratiques jouent un rôle important dans le développement de la résistance aux antibiotiques, et entraînent donc une diminution du nombre d'antibiotiques efficaces. En outre, il est alarmant de constater qu'aucune nouvelle classe d'antibiotiques n'a été découverte au cours de ces 25 dernières années et ce, malgré les efforts de recherche dans ce domaine.

204. La résistance aux antimicrobiens en général, et la résistance aux antibiotiques en particulier, sont une menace croissante pour la santé publique partout dans le monde. Dans certains pays de la Région européenne de l'OMS, plus de 50 % de certains pathogènes sont résistants à un ou plusieurs antibiotiques, et des bactéries présentant de nouveaux mécanismes de résistance apparaissent et se répandent rapidement. Dans l'Union européenne, en Islande et en Norvège, par exemple, et selon des estimations, 400 000 infections dues à des pathogènes résistants surviennent chaque année, ce qui, selon le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), entraîne environ 25 000 décès. Sur l'ensemble du territoire de la Région européenne de l'OMS, qui comprend 53 États membres, la charge totale reste en fait inconnue car les données ne sont ni disponibles ni systématiquement partagées par tous les pays. Des observations empiriques émanant de certains de ces pays laissent cependant indiquer que la situation est similaire ou pire. Au cours de ces quelques dernières années, cette situation s'est aggravée, en raison de la transmission facile de bactéries résistantes aux carbapénèmes d'un patient à l'autre, et de leur introduction croissante en Europe à partir de pays où ces bactéries sont répandues.

Mesures prises et progrès réalisés

205. Cette section décrit les mesures prises, les progrès réalisés et les défis à relever en ce qui concerne les objectifs stratégiques énoncés dans le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques.

Objectif stratégique n° 1 : renforcer la coordination nationale multisectorielle en vue d'endiguer la résistance aux antibiotiques

206. Le secrétariat soutient les efforts déployés par les pays en vue de désigner un point focal national pour la résistance aux antimicrobiens, d'instituer un comité national de coordination pour l'endiguement de la résistance aux antibiotiques, de recenser les principaux domaines où des mesures doivent être prises et d'élaborer ou de mettre à jour leur plan d'action stratégique sur la résistance aux antimicrobiens. Au total, 20 États membres se sont engagés à mettre en œuvre le Plan d'action stratégique en priorisant les activités de lutte contre la résistance aux antimicrobiens dans le cadre de leur accord de collaboration biennal (ACB). Le principal défi consiste à faire participer tous les secteurs concernés aux comités nationaux de coordination et de veiller à ce que ces comités disposent d'un statut et d'un mandat officiels.

Objectif stratégique n° 2 : renforcer la surveillance de la résistance aux antibiotiques

207. Le secrétariat effectue des évaluations au niveau des pays afin de déterminer la situation des États membres eu égard à la prévention et à la lutte contre la résistance aux antibiotiques par la surveillance, l'utilisation prudente des antibiotiques et la lutte anti-infectieuse, une attention particulière étant d'ailleurs accordée à la promotion de la coordination nationale et au renforcement de la surveillance de la résistance aux antibiotiques. Des évaluations adaptées au contexte national ont été effectuées en Arménie, en Azerbaïdjan, au Bélarus, en Bosnie-Herzégovine, au Kirghizistan, au Monténégro, en Suisse et en Turquie. Elles ont permis la désignation de points focaux nationaux pour la résistance aux antimicrobiens, la mise en place de mécanismes de coordination intersectorielle et l'élaboration de plans d'action stratégique au niveau national (plans révisés ou rédigés pour la première fois), ainsi que le renforcement de la surveillance nationale de la résistance aux antimicrobiens. Des ateliers nationaux sur la résistance aux antimicrobiens ont été organisés au Bélarus, en ex-République yougoslave de Macédoine, en Ouzbékistan et en Turquie.

208. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a signé, le 30 octobre 2012, un protocole d'accord avec l'Institut national néerlandais pour la santé publique et l'environnement (RIVM) et l'European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) instituant le Réseau CAESAR (Surveillance de la résistance aux antimicrobiens en Europe orientale et en Asie centrale) pour les États membres de la Région qui ne participent pas au Réseau européen de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (EARS-Net), coordonné par l'ECDC. Grâce à une étroite collaboration avec l'ECDC en vue d'assurer la comparabilité des réseaux, le Bureau régional pourra obtenir une vue d'ensemble de la situation de part et d'autre de la Région. Le Bureau régional organise régulièrement des réunions du groupe du projet CAESAR, en face-à-face et par le biais de téléconférences.

209. Le secrétariat, en collaboration avec ses partenaires, a formulé le plan du projet CAESAR afin de préciser la mission du projet, sa structure, son programme d'activités, son calendrier, sa mise en œuvre concrète ainsi que les responsabilités des partenaires. Un manuel a également été rédigé afin de fournir des orientations aux pays participants. Il décrit les objectifs, la méthodologie et l'organisation du Réseau CAESAR, les dispositions que les pays doivent prendre pour y participer, les mesures nécessaires pour la collecte systématique de données ainsi que les protocoles et les définitions de cas de résistance aux antimicrobiens à utiliser.

210. Des lettres d'accord relatives au partage des données ont été signées entre le Bureau régional, au nom du Réseau CAESAR, et les instituts désignés en tant que points focaux nationaux pour la résistance aux antimicrobiens au Bélarus, en Serbie, en Suisse et en Turquie.

211. La réunion de « coup d'envoi » du Réseau CAESAR s'est tenue le 29 avril 2013 lors du 23^e Congrès européen de microbiologie clinique et des maladies infectieuses, à Berlin (Allemagne). Des points focaux pour la résistance aux antimicrobiens de neuf pays et territoires participant au Réseau CAESAR (Bélarus, Bosnie-Herzégovine, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Kirghizistan, Serbie, Suisse, Turquie et Kosovo⁹) ont présenté leurs activités ainsi que leurs défis dans ce domaine.

212. En juin 2013, le secrétariat a facilité l'organisation d'une visite d'étude d'une délégation du Monténégro à l'Institut suédois de santé publique. L'objectif de cette mission était d'acquérir des connaissances sur les rôles et les responsabilités d'un laboratoire national de référence pour la résistance aux antimicrobiens, et de négocier un accord de jumelage avec l'Institut suédois de santé publique afin d'apporter un appui technique à l'instauration du Laboratoire national de référence pour la résistance aux antimicrobiens au Monténégro.

213. Parmi les défis dans ce domaine, il convient de mentionner l'alignement des méthodes d'analyse en laboratoire sur les normes internationales, la mise en place d'une infrastructure pour la collecte centralisée de données dans un laboratoire national de référence, et le peu de ressources disponibles pour répondre au besoin de renforcement des capacités de laboratoire.

Objectif stratégique n° 3 : promouvoir des stratégies pour l'utilisation rationnelle des antibiotiques et renforcer la surveillance nationale de leur consommation

214. Depuis décembre 2011, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, conjointement avec l'Université d'Anvers, et en collaboration avec l'ECDC et l'Institut néerlandais de recherche

⁹ Aux fins du présent document, toute référence au « Kosovo » doit se comprendre en conformité avec la résolution 1244 du Conseil de Sécurité des Nations Unies (1999).

des services de santé (NIVEL), a organisé trois ateliers sur l'utilisation des antimicrobiens avec des participants d'Albanie, d'Arménie, d'Azerbaïdjan, du Bélarus, de Bosnie-Herzégovine, de l'ex-République yougoslave de Macédoine, de Géorgie, du Kirghizistan, du Monténégro, d'Ouzbékistan, de la République de Moldova, de Serbie, de Suisse, du Tadjikistan, de Turquie, d'Ukraine et du Kosovo. Les efforts menés conjointement avec l'Université d'Anvers se poursuivent afin de mettre en place un réseau, d'ailleurs compatible avec le Réseau européen de surveillance de la consommation d'antimicrobiens (ESAC-Net) coordonné par l'ECDC, pour la surveillance de la consommation d'antimicrobiens dans les pays de la Région européenne non membres de l'Union européenne. Des données collectées en 2011 par ce Réseau dans 11 pays sont en cours de publication.

215. En 2012 et 2013, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en collaboration avec le Collège danois de pratique pharmaceutique, l'Institut néerlandais de recherche des services de santé (NIVEL) et l'Institut de pharmacothérapie rationnelle (IVM) a organisé des missions d'étude sur l'usage rationnel des médicaments.

216. Le secrétariat travaille en étroite collaboration avec l'ECDC : depuis 2012, le Bureau régional organise tous les mois des téléconférences de concertation avec ses homologues à l'ECDC. L'OMS est un membre actif du groupe de coordination du Réseau EARS-Net, et a participé à plusieurs réunions organisées par l'ECDC en vue de coordonner des activités relatives à la surveillance de la résistance aux antimicrobiens, à la consommation de ces substances et à la Journée européenne d'information sur les antibiotiques en 2012 et 2013.

217. Le Bureau régional collabore étroitement avec le Groupe spécial mondial sur la résistance aux antimicrobiens, d'ailleurs coordonné par le Siège de l'OMS : il organise tous les mois des téléconférences avec le Groupe spécial, et participe à des vidéoconférences avec tous les bureaux régionaux en vue d'affiner les activités mondiales dans ce domaine. En 2012 et 2013, le Bureau régional a pris part à la réunion de planification stratégique 2012-2015 pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens, à la consultation technique mondiale sur la surveillance de la résistance aux antimicrobiens et à la réunion du Groupe spécial en 2013. Le Bureau régional a également animé des tables rondes, organisées par les délégations du Ghana et de la Suède, au cours d'un événement satellite sur la résistance aux antimicrobiens tenu le 21 mai 2012 lors de l'Assemblée mondiale de la santé.

218. L'insuffisance des ressources pour l'organisation d'ateliers et de séances de formation aux niveaux national et sous-régional constitue le principal défi à cet égard.

Objectif stratégique n° 4 : renforcer la lutte anti-infectieuse et la surveillance de la résistance aux antibiotiques dans les services et établissements de soins de santé

219. Le secrétariat a participé en octobre 2012, dans la ville suédoise de Visby, à une réunion du Réseau balte de collaboration dans le domaine de la résistance aux antibiotiques (Réseau BARN) sur la prévention des infections des sites opératoires. Il en a aussi assuré la présidence. Parmi les pays participants, il convient de mentionner l'Estonie, la Fédération de Russie, la Lettonie et la Lituanie. Conjointement avec le Siège de l'OMS et le Bureau de pays de l'OMS en Estonie, le Bureau régional de l'Europe a organisé trois réunions successives en Estonie en mai 2013 : la réunion du groupe de travail du Réseau mondial de prévention et de lutte contre les infections (Réseau GIPCN) sur les programmes de formation générale, un atelier national pour l'élaboration d'un programme de formation dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les infections, et une table ronde sur la résistance aux antimicrobiens en Europe et en Estonie.

220. La principale difficulté réside dans le manque d'un programme consacré à cette thématique au Bureau régional qui puisse consentir le temps et les ressources nécessaires à la réalisation de cet objectif stratégique.

Objectif stratégique n° 5 : prévenir et lutter contre le développement et la propagation de la résistance aux antibiotiques dans les secteurs vétérinaire et agricole

221. Le secrétariat sensibilise activement à la résistance aux antimicrobiens sous l'angle de la sécurité sanitaire des aliments. En effet, de nombreux pays ne reconnaissent pas les risques de santé publique liés à l'utilisation d'antibiotiques chez les animaux destinés à l'alimentation. À l'occasion de la Journée mondiale de la santé 2011, le secrétariat a publié une brochure sur la lutte contre la résistance aux antibiotiques sous l'angle de la sécurité sanitaire des aliments en Europe (*Tackling antibiotic resistance from a food safety perspective in Europe*), à laquelle ont contribué de nombreux experts et organismes internationaux. Afin de diffuser davantage les connaissances présentées dans cette brochure, et de renforcer les capacités techniques à cet égard, le secrétariat a tenu un atelier intersectoriel sous-régional en mai 2012 en Albanie sur la résistance aux antibiotiques sous l'angle de la sécurité sanitaire des aliments auquel ont participé des représentants de l'Albanie, de la Croatie, du Monténégro, de la Roumanie et de la Serbie. En novembre 2012, un atelier sous-régional conjoint entre l'OMS et les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis sur la surveillance et la lutte contre les maladies d'origine alimentaire dans le cadre du Réseau mondial des infections d'origine alimentaire (Réseau GFN) a été organisé au Kazakhstan, et a réuni des représentants du Kazakhstan, du Kirghizistan, de l'Ouzbékistan, du Tadjikistan et du Turkménistan. Des réunions nationales sur la résistance aux antimicrobiens sous l'angle de la sécurité sanitaire des aliments ont eu lieu en Albanie, en Croatie, au Monténégro, en Serbie et au Tadjikistan en 2012 et 2013.

222. Le Bureau régional et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) entretiennent une étroite et longue collaboration sur la sécurité sanitaire des aliments. Celle-ci est à la base d'activités conjointes dans le domaine de la résistance aux antimicrobiens sous l'angle de la sécurité sanitaire des aliments, comme la formation conjointe sur le renforcement des capacités dans le domaine des activités relatives au Codex dans certains pays d'Europe et d'Asie centrale, qui a eu lieu au Kirghizistan en 2012 ainsi qu'en Croatie en juin 2013, à l'intention des pays des Balkans. La FAO et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) ont contribué à la rédaction de la brochure mentionnée plus haut¹⁰.

223. Les principaux défis sont les suivants : sensibilisation des secteurs de la santé et de l'agriculture au risque que représente pour la santé publique l'usage des antibiotiques chez les animaux ; décloisonnement entre les ministères de la Santé et de l'Agriculture par une collaboration soutenue et régulière, une surveillance intégrée et l'adoption de politiques intersectorielles ; et manque de ressources pour mettre en place des activités de surveillance intégrées et procéder au nécessaire renforcement des capacités.

¹⁰ *Tackling antibiotic resistance from a food safety perspective in Europe*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/136454/e94889.pdf, accessed 1 July 2013).

Objectif stratégique n° 6 : promouvoir l'innovation et la recherche sur les nouveaux médicaments et les nouvelles technologies

224. La notion de programmation conjointe a été introduite par la Commission européenne en 2008 dans le but d'accroître la valeur du financement de la recherche aux niveaux national et de l'Union européenne grâce à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation conjointes des programmes nationaux de recherche. Au début de 2010, l'Italie et la Suède ont proposé l'initiative de programmation conjointe sur la résistance antimicrobienne. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et le Siège de l'OMS participent à cette initiative en vue de contribuer au programme de recherche dans le domaine de la résistance aux antimicrobiens et de participer à de larges partenariats aux niveaux régional et mondial pour promouvoir l'innovation et la recherche. L'OMS collabore également avec d'autres réseaux et groupes non gouvernementaux, tels que ReAct et Antibiotic Action, en vue de promouvoir l'innovation, ainsi que d'élaborer de nouveaux modèles opérationnels qui stimulent la recherche tout en décourageant le marketing agressif des nouveaux antibiotiques.

225. Le principal défi consiste à amorcer le dialogue avec le secteur privé et d'autres parties prenantes.

Objectif stratégique n° 7 : améliorer la sensibilisation, la sécurité des patients et les partenariats

226. Son Altesse Royale la Princesse Mary de Danemark a été nommée protectrice du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en 2005. Dans le cadre de son engagement envers les activités du Bureau régional, Son Altesse Royale a plaidé en faveur de la prise de mesures contre la résistance aux antimicrobiens dans une déclaration effectuée à l'occasion de la Journée européenne d'information sur les antibiotiques, le 16 novembre 2012. La campagne entreprise par le Bureau régional ciblait les consommateurs de la Région européenne, et leur demandait d'adopter un comportement responsable et de ne prendre des antibiotiques que sur ordonnance médicale. La Journée européenne d'information sur les antibiotiques est une initiative européenne de la santé coordonnée par l'ECDC, à laquelle s'est jointe l'OMS afin de l'étendre à tous les pays de la Région. La Journée a été célébrée par 43 États membres de la Région, dont 8 ont d'ailleurs participé pour la première fois. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a élaboré et diffusé un dossier de sensibilisation à tous les bureaux de pays de l'OMS de la Région et publié des informations supplémentaires sur le site Web consacré à la résistance aux antimicrobiens.

227. Depuis l'adoption du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques (EUR/RC61/14 et EUR/RC61/R6) en septembre 2011, le secrétariat a participé activement à plusieurs conférences, réunions et ateliers nationaux et internationaux sur l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens et la sensibilisation à ce problème. Ceux-ci ont eu lieu en Albanie, en Allemagne, en Autriche, en Belgique, en Croatie, au Danemark, en Estonie, aux États-Unis, en ex-République yougoslave de Macédoine, en France, au Kazakhstan, en Lituanie, en Ouzbékistan, aux Pays-Bas, en Pologne, au Royaume-Uni, en Suisse, en Turquie et en Ukraine. Le principal défi consiste à traduire le matériel de la campagne de sensibilisation, de la promotion de la santé et tout autre support didactique afin d'accroître la compréhension et l'assimilation de l'information dans toute la Région.

228. Le Bureau régional collabore avec un nombre croissant d'instituts, de réseaux et d'initiatives, ainsi qu'avec la Commission européenne et ses agences techniques (ECDC, Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) et Agence européenne des médicaments (EMA)) et des agences des Nations Unies comme la FAO. Les partenariats permettent notamment des échanges réguliers d'informations, la coordination d'activités et l'organisation

de missions, ateliers et stages de formation conjoints. À titre d'exemple de collaboration avec des réseaux spécialisés, nous mentionnerons l'initiative, sous l'égide du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, d'établir le centre régional de développement sanitaire relatif à la résistance aux antibiotiques au Centre national des maladies infectieuses et parasitaires de Sofia (Bulgarie).

229. L'Allemagne, la Belgique, la Corée du Sud, les États-Unis et les Pays-Bas apportent leur appui aux activités de mise en œuvre du Plan d'action stratégique sur la résistance aux antibiotiques en fournissant un appui financier et des ressources humaines.

Marche à suivre pour l'avenir

230. La mise en œuvre et le suivi du Plan d'action stratégique s'effectueront selon une approche progressive visant à effectuer des évaluations nationales, à promouvoir les comités nationaux, à soutenir les feuilles de route et les plans d'action nationaux et à renforcer les capacités de surveillance. En outre, le Bureau régional s'emploiera à obtenir un aperçu des grandes tendances régionales en matière de consommation des antimicrobiens et de la résistance à ces derniers, lesquelles seront utilisées pour éclairer les interventions aux niveaux national et international. Ces activités nécessitent un financement supplémentaire pour 2014-2015 afin d'élaborer des actions et garantir la durabilité au niveau des pays.

231. Les pays suivants ont demandé une évaluation en matière de résistance aux antimicrobiens : l'Albanie, la Géorgie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, l'Ouzbékistan et l'Ukraine. Ces évaluations seront menées en 2013 et des réunions et ateliers pratiques seront organisés en vue de préparer l'envoi de données à la base de données CAESAR. Les activités de suivi seront fondées sur les recommandations émises lors des évaluations nationales. En outre, le secrétariat mettra l'accent sur le renforcement des capacités de laboratoire et l'assurance qualité externe, en conjointement avec les centres collaborateurs de l'OMS et l'ESCMID.

232. En 2013, l'OMS a appuyé et continuera d'appuyer les réseaux nationaux de surveillance de la consommation des antimicrobiens ; la prochaine consultation avec les pays en vue de l'analyse des données de 2013 est prévue pour novembre 2013. La publication de l'analyse et des données relatives à la consommation des antimicrobiens sera disponible sur le site Web de l'OMS à la fin de 2013.

233. Le Bureau régional continuera à collaborer avec l'ECDC et d'autres partenaires afin de fournir aux États membres du matériel et des documents pour la Journée européenne d'information sur les antibiotiques en novembre 2013.

Conclusions

234. Les deux premières années de la mise en œuvre du Plan d'action stratégique ont été consacrées à la coordination des activités entre les programmes concernés de l'OMS, à la sensibilisation au Plan d'action stratégique à l'occasion de réunions, d'ateliers et de colloques, à la mobilisation des collaborateurs et à l'instauration de partenariats, à l'élaboration d'un plan de projet et d'un manuel pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens, à l'élaboration d'une base de données pour CAESAR, à l'organisation d'ateliers sur la consommation d'antibiotiques et la résistance à ces derniers, à l'alignement des activités sur celles de l'ECDC, à la mise au point et au perfectionnement des outils d'évaluation au niveau des pays, à l'expérimentation de ces outils, ainsi qu'à l'élaboration et à la diffusion de matériel et de

documents de sensibilisation par le biais des bureaux de pays de l'OMS à l'occasion de la Journée européenne d'information sur les antibiotiques.

235. Ce niveau élevé d'activités a contribué au maintien, tant chez les experts de la santé publique que dans les médias, de la visibilité de la menace posée par la résistance aux antimicrobiens et de l'impulsion à cet égard. Au fur et à mesure de la mise en œuvre du Plan d'action stratégique sur la résistance aux antibiotiques, le Bureau régional continuera de faire appel aux secteurs gouvernementaux concernés dans les États membres afin de garantir un engagement politique et des ressources à cette fin, et de soutenir les activités des comités de coordination intersectorielle.