



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE, SOIXANTE-SIXIÈME SESSION

Copenhague (Danemark), 12-15 septembre 2016

Rapports de situation



© OMS



Document de travail



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-sixième session

Copenhague (Danemark), 12-15 septembre 2016

Point 5 m) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC66/18

10 août 2016

160603

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapports de situation

Le présent document reprend des rapports de situation consolidés sur les sujets suivants :

- A. la mise en œuvre du Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 ;
- B. l'engagement renouvelé envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale d'ici 2015 et le soutien durable en faveur de la préservation du statut « exempt de poliomyélite » dans la Région européenne de l'OMS ;
- C. l'élimination du paludisme 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. la Déclaration et le Plan d'action européens de l'OMS sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille ;
- F. la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020 ;
- G. la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé dans la Région européenne de l'OMS ;
- H. la mise en œuvre du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques.

Sommaire

	page
Catégorie 1. Maladies transmissibles	4
Rapport de situation final sur la mise en œuvre du Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 (résolution EUR/RC61/R8)	4
Introduction et généralités.....	4
Analyse de la situation.....	4
Progrès accomplis et défis à relever.....	6
La voie à suivre.....	13
B. Rapport de situation sur l'engagement renouvelé envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole et de la prévention du syndrome de rubéole congénitale d'ici 2015 et le soutien durable en faveur de la préservation du statut « exempt de poliomyélite » dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC60/R12)	17
Introduction et généralités.....	17
Les travaux et les progrès accomplis en vue de l'élimination.....	18
Analyse de la situation	19
Les défis	21
La voie à suivre.....	21
Conclusions.....	23
C. Rapport de situation final sur l'élimination du paludisme dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC52/R10)	26
Introduction et généralités.....	26
Mesures prises et progrès réalisés.....	27
Les défis	30
La voie à suivre.....	31
Catégorie 2. Maladies non transmissibles	36
D. Rapport de situation final sur le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 (résolution EUR/RC61/R3)	36
Introduction et généralités.....	36
Principales évolutions politiques et stratégiques.....	36
État d'avancement et réalisations.....	37
Les défis	45
E. Rapport final sur la mise en œuvre de la Déclaration et du Plan d'action européens sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille (résolution EUR/RC61/R5)	49
Contexte et introduction.....	49
Réalizations, progrès et défis	51
Catégorie 3 : Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie	55
F. Rapport intermédiaire sur la mise en œuvre de la Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020 (résolution EUR/RC62/R6)	55
Contexte et introduction.....	55
Les domaines prioritaires stratégiques où agir et les interventions prioritaires	56

Perspectives pour 2017-2020	60
G. Rapport de situation final sur les progrès réalisés pour la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dans la Région européenne de l’OMS (résolution EUR/RC57/R2)	63
Contexte et introduction.....	63
État d’avancement et réalisations.....	63
Catégorie 5 : Préparation, surveillance et intervention	74
H. Rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d’action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques dans la Région européenne de l’OMS (résolution EUR/RC61/R6)	74
Contexte et introduction.....	74
Mesures prises et progrès réalisés.....	77

Catégorie 1. Maladies transmissibles

A. Rapport de situation final sur la mise en œuvre du Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 (résolution EUR/RC61/R8)

Introduction et généralités

1. En 2011, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté, en sa soixante et unième session, le Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 (1) (résolution EUR/RC61/R8), dans lequel il est demandé à la directrice régionale de faire rapport sur sa mise en œuvre lors des soixante-quatrième et soixante-sixième sessions du Comité régional de 2014 et 2016, respectivement. Le présent rapport (qui doit être lu conjointement avec le plan d'action) décrit les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action entre 2012 et 2016, et recense les défis qu'il faut encore relever.

Analyse de la situation

2. Alors que les investissements consentis au niveau mondial en matière de lutte contre le VIH portent leurs fruits et que les nouvelles infections et les décès imputables au VIH sont en recul dans le monde, sa transmission reste forte dans la Région européenne de l'OMS. Une augmentation de 23 % du nombre annuel de personnes récemment diagnostiquées avec le VIH durant les quatre années qui ont suivi l'élaboration du plan d'action européen (2010-2014) montre clairement que le VIH constitue toujours un défi pour la santé publique dans la Région. Cette évolution est due dans une large mesure au nombre élevé et croissant de nouveaux cas en Europe orientale et en Asie centrale, où, souvent, les groupes de population les plus exposés au risque d'infection par le VIH ne bénéficient pas des services complets contre le VIH dont ils ont besoin. Plus de 142 000 nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués en 2014, le chiffre le plus élevé jamais notifié en un an : 77 % de ces cas ont été signalés dans l'est de la Région¹ (43,2 pour 100 000 habitants), la Fédération de Russie représentant près de 80 % des cas, 19 % dans l'Ouest (6,4 pour 100 000 habitants) et 3 % dans le Centre (2,6 pour 100 000 habitants) (2).

3. L'épidémie se concentre au sein des populations qui courent un risque plus élevé d'infection au VIH : les consommateurs de drogues par injection, les hommes ayant des

¹ Les pays sont regroupés de la même façon que dans les rapports annuels conjoints de l'OMS et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) sur le VIH/sida en Europe, qui sont fondés sur des considérations épidémiologiques. La partie orientale de la Région (« l'Est ») comprend : l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Bélarus, l'Estonie, la Fédération de Russie, la Géorgie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Lettonie, la Lituanie, l'Ouzbékistan, la République de Moldova, le Tadjikistan, le Turkménistan et l'Ukraine. La partie centrale de la Région (« le Centre ») comprend : l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, Chypre, la Croatie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Hongrie, le Monténégro, la Pologne, la République tchèque, la Roumanie, la Serbie, la Slovaquie, la Slovénie et la Turquie. La partie occidentale de la Région (« l'Ouest ») comprend : l'Allemagne, Andorre, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Luxembourg, Malte, Monaco, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, Saint-Marin, la Suède et la Suisse.

rapports homosexuels, les travailleurs du sexe, les détenus et les migrants – ainsi que leurs partenaires sexuels, avec des variations considérables en termes de caractéristiques et de tendances au sein de la Région européenne. La transmission du VIH liée aux rapports hétérosexuels est le principal mode de transmission signalé dans l'Est, bien que de nouvelles bases factuelles indiquent qu'une proportion importante des hommes notifiés comme ayant été infectés de cette manière pourraient en réalité avoir eu des rapports avec des hommes ou consommer des drogues par injection (3). La transmission par la consommation de drogues injectables demeure faible en Europe occidentale et centrale et diminue dans la plupart des pays de la partie orientale de la Région. Elle reste cependant le principal mode de transmission du VIH dans la Fédération de Russie, et représente près de la moitié des nouveaux cas de VIH diagnostiqués dans l'Est et dont le mode de transmission est connu². La transmission du VIH par les rapports sexuels entre hommes prédomine en Europe occidentale et centrale, et est en hausse dans l'ensemble de la Région.

4. En 2014, les migrants³ représentaient 31 % des cas nouvellement diagnostiqués d'infection à VIH dans la Région ; 22 % d'entre eux étaient des non-Européens (personnes en provenance de pays extraeuropéens) et 9 % des migrants européens (en provenance d'un pays d'Europe autre que celui où la notification a été effectuée). Entre 2005 et 2014, les nouveaux cas diagnostiqués parmi les migrants non européens ont diminué de 41 % tandis qu'ils ont augmenté de 48 % chez les migrants européens (2).

5. Dans certains pays, jusqu'à la moitié des personnes vivant avec le VIH ignorent qu'elles ont contracté l'infection. Parmi celles qui ont été diagnostiquées, le stade tardif du diagnostic constitue toujours un problème. En 2014, 48 % des personnes nouvellement diagnostiquées avaient un nombre de cellules CD4 < 350 par mm³ de sang, avec des disparités importantes entre les pays (de 27 % à 77 %) et dans les modes de transmission, sans changement depuis 2010.

6. Le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral (TAR) dans la Région a continué d'augmenter pour atteindre environ 1 million en 2015, une tendance qui a été observée dans l'ensemble des États membres. Cette hausse était particulièrement évidente dans l'Est, où le nombre de patients suivant un TAR a augmenté de 187 %, pour passer de 112 100 en 2010 à 321 800 en 2015 (4). Dans la partie occidentale de la Région, la couverture du traitement antirétroviral⁴ était élevée, et avoisinait les 75 %. Toutefois, dans la partie orientale, seulement 21 % des personnes vivant avec le VIH bénéficiaient d'un TAR en 2015, un pourcentage bien en deçà de la moyenne mondiale de 46 % (5).

7. En raison notamment des facteurs décrits ci-dessus, le nombre annuel de cas de sida diagnostiqués a augmenté de 49 % en 2014 par rapport à 2010, alors que le nombre estimé de décès liés à cette maladie a augmenté de 24 % entre 2010 et 2015 dans la partie orientale de la Région.

² Dans les cas pour lesquels le mode de transmission présumé a été notifié.

³ Pourcentage de personnes originaires d'un pays autre que le pays de notification.

⁴ Équivaut au pourcentage de personnes vivant avec le VIH (cas diagnostiqués et non diagnostiqués, sans tenir compte de la numération des cellules CD4) et suivant un TAR.

8. La charge de co-infections chez les personnes vivant avec le VIH reste élevée dans la Région européenne, 8 % des cas de tuberculose signalés étant séropositifs en 2014, un pourcentage qui s'accroît dans l'Est alors qu'il diminue dans l'Ouest (6). Le nombre total de personnes séropositives et co-infectées par la tuberculose a augmenté de 43 % dans la Région entre 2005 et 2014. Alors qu'en 2014, la tuberculose était toujours la maladie qui révélait le plus souvent un sida dans la partie orientale de la Région (2), les décès imputables à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ont diminué de 34 % entre 2004 et 2013. Parmi les personnes vivant avec le VIH et co-infectées par le virus de l'hépatite C, dont le nombre est estimé à 2,3 millions dans le monde, 27 % vivent en Europe orientale et en Asie centrale. On estime que 83 % des personnes séropositives et consommatrices de drogues par injection sont co-infectées par l'hépatite C à l'Est, de même que 70 % à l'Ouest et au Centre (7).

Progrès accomplis et défis à relever

9. En 2011, les États membres ont adopté le premier Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 comme un appel à la mise en œuvre d'une action urgente afin de relever le défi posé par le VIH à la santé publique dans la Région européenne. Le plan d'action poursuivait trois grands objectifs régionaux :

- stopper le VIH et commencer à inverser la tendance en Europe d'ici 2015 ;
- garantir l'accès universel à un programme complet de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH d'ici 2015 ;
- contribuer à la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) n° 6 et d'autres OMD. Si le troisième objectif a été en partie atteint (8), les deux premiers doivent encore être réalisés.

Orientation stratégique n° 1 : optimisation de la prévention, du diagnostic, du traitement et des résultats obtenus dans le cadre des soins dispensés contre le VIH

10. Ces quatre dernières années, le Bureau régional a collaboré avec les États membres aux fins de révision, d'adaptation et d'adoption des politiques et pratiques nationales conformément aux recommandations de l'OMS et en mettant l'accent sur le dépistage du VIH, les soins et traitements complets, y compris le dépistage et le traitement des co-infections, les services pour l'atténuation des effets nocifs et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

11. Les services de dépistage du VIH sont de plus en plus répandus et accessibles à un coût abordable dans la Région européenne, que ce soit dans les établissements de santé ou dans la communauté ; cependant, les services de dépistage de proximité et le recours au dépistage rapide restent limités dans l'Est. La qualité et les normes éthiques de ces services sont variables et certains pays ne respectent pas les normes de consentement volontaire et éclairé, de confidentialité et/ou de lien rapide avec un traitement, des soins et un soutien appropriés.

12. Le pourcentage de dépistage des populations clés à haut risque d'infection par le VIH est resté inférieur à l'objectif européen de 90 % en 2015, les taux moyens oscillant entre 40 et 60 % en 2014 : dans la Région, les taux les plus bas ont été observés chez les

hommes ayant des rapports homosexuels (chez les consommateurs de drogues par injection en Europe orientale et en Asie centrale), tandis que les taux le plus élevés ont été relevés chez les travailleurs du sexe (chez les consommateurs de drogues par injection en Europe occidentale et centrale) (8). Et cela, malgré la hausse du nombre global de personnes dépistées, ce qui confirme que les stratégies de dépistage du VIH ne ciblent pas suffisamment ces populations.

13. Le Bureau régional a aidé les États membres à élargir l'accès aux services de dépistage de haute qualité, fondés sur des bases factuelles et sur les droits humains, par la diffusion et la traduction des *Consolidated guidelines on HIV testing services* [Principes directeurs consolidés en matière de services de dépistage du VIH] (9), la publication d'une politique-cadre régionale sur le VIH et intitulée *Scaling up HIV testing and counselling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support* [Intensifier les services de conseil et le dépistage du VIH dans la Région européenne comme composante essentielle des efforts visant à assurer l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien face au VIH] (10), l'appui apporté à plusieurs initiatives paneuropéennes en matière de dépistage du VIH ainsi que des conférences sur ce sujet et la fourniture d'une assistance technique aux États membres.

14. L'objectif régional du plan d'action visant à réduire de 50 % le nombre de nouvelles infections à VIH liées à la consommation de drogues par injection a été atteint dans huit pays selon les données de surveillance des cas (2010-2014), tandis que neuf pays ont enregistré une baisse comprise entre 40 et 50 %. Seize autres pays ont enregistré ≤ 2 cas par an durant cette période.

15. La plupart des pays d'Europe ont mis en œuvre les interventions recommandées en vue de prévenir et de traiter le VIH chez les consommateurs de drogues par injection (11). Si ces initiatives ont permis d'enregistrer de faibles niveaux de transmission du VIH par injection de drogues dans certaines régions d'Europe, la couverture et la disponibilité de certaines mesures sont limitées voire indisponibles dans plusieurs pays : le traitement de substitution aux opiacés n'était pas accessible dans cinq pays, et quatre pays ne disposaient pas de programmes d'échange de seringues.

16. En 2014, plus de 745 000 personnes bénéficiaient d'un traitement de substitution aux opiacés dans 46 pays. Cependant, seules 3 % d'entre elles vivaient dans l'Est, soit une augmentation de 50 % par rapport à 2010 – malgré la charge élevée de consommation de drogues dans cette partie de la Région. La couverture pour les personnes ayant besoin d'une telle thérapie oscillait entre moins de 1 % et 81 % d'un pays à l'autre, mais elle est restée inférieure à 5 % dans tous les pays de l'Est, sauf trois.

17. Le Bureau régional a aidé, en collaboration avec ses partenaires, les États membres à prévenir de nouvelles infections chez les consommateurs de drogues par injection :

- en organisant des ateliers et en publiant des recommandations sur la mise en œuvre et l'intensification du traitement de substitution aux opiacés ;
- en tenant une consultation technique régionale sur la prévention du VIH chez les usagers de drogue par injection en Asie centrale ;

- en désignant un nouveau centre collaborateur de l’OMS pour la réduction des effets nocifs⁵, afin de développer les capacités et de fournir une assistance technique en vue de promouvoir des stratégies hautement qualitatives et fondées sur des bases factuelles en matière de consommation de drogues ;
- en effectuant des recherches sur l’amélioration de l’accès des consommateurs de drogues par injection aux services de réduction des risques, de traitement et de soins, et en recensant les barrières structurelles ainsi que les facteurs de risques environnementaux.

18. L’objectif régional du plan d’action visant à réduire de 50 % le nombre de nouvelles infections à VIH contractées par transmission sexuelle n’a été atteint que par deux pays, tandis que huit autres ont enregistré une baisse de 20 % ou plus entre 2010 et 2014. Le pourcentage d’utilisation du préservatif était variable d’une population clé à l’autre. En 2014, c’est chez les travailleurs du sexe qu’il était le plus élevé (90 %), tandis qu’il était plus faible chez les hommes ayant des rapports homosexuels (72 % dans l’Est et 60 % à l’Ouest et au Centre) et au plus bas chez les consommateurs de drogues par injection (42 % à l’Est et 47 % à l’Ouest et au Centre) (8).

19. Le Bureau régional a aidé les États membres à prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle et les infections sexuellement transmissibles (IST) en traduisant et en diffusant des principes directeurs consolidés en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins contre le VIH pour les populations clés (12), des notes d’orientation sur la prophylaxie préexposition du VIH, des lignes directrices de l’OMS relatives à la prévention et au traitement de l’infection à VIH et des autres IST chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes et chez les personnes transgenres (13), et des recommandations sur le diagnostic en laboratoire des IST, ainsi qu’en fournissant une assistance technique aux États membres.

20. Des progrès notables et durables ont été réalisés en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant. La double élimination de la transmission du VIH de la mère à l’enfant et de la syphilis congénitale reste une priorité régionale. Plusieurs pays se préparent officiellement à valider cette élimination sur la base des critères de validation mondiaux de l’OMS (14).

21. La Région européenne a conservé une couverture élevée en matière de médicaments antirétroviraux dispensés aux femmes enceintes qui vivent avec le VIH (92 %) afin de prévenir la transmission de la mère à l’enfant (76-95 %), en matière de diagnostic rapide chez le nourrisson (70 % en 2014) et en matière de dépistage et de services de conseil pour les femmes enceintes (75 % en 2013). Concernant la prévention de la transmission de la mère à l’enfant, la plupart des pays d’Europe orientale sont passés à l’« option B+ »⁶ recommandée par l’OMS. Malgré les progrès réalisés, il reste des obstacles à l’élimination de la transmission de la mère à l’enfant du VIH et de la syphilis congénitale chez certaines populations clés.

⁵ Institut de santé publique, Faculté de médecine, Université de Vilnius, Lituanie.

⁶ L’option B+ désigne la stratégie selon laquelle toutes les femmes enceintes ou allaitantes qui vivent avec le VIH bénéficient d’un TAR, quel que soit leur nombre de cellules CD4 ou leur état clinique, à la fois pour leur propre santé et pour prévenir la transmission verticale du VIH, et en vue de procurer d’autres effets positifs en matière de prévention du VIH.

22. Le Bureau régional a aidé les États membres qui tentent d'éliminer la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale :

- en promouvant les recommandations de l'OMS et en facilitant l'intégration de la prévention du VIH et de la syphilis dans les services de santé maternelle et infantile ;
- en mettant en place deux consultations régionales pour examiner les progrès réalisés et soutenir le renforcement des capacités en vue de valider la double élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, et en menant plusieurs missions de pays en collaboration avec des partenaires⁷.

23. Les États membres ont réalisé des progrès en matière de dispensation d'un traitement et de soins contre le VIH aux personnes infectées par ce virus. Un nombre croissant de personnes démarrent un TAR et le poursuivent. Cependant, cette augmentation est inégalement répartie sur le plan mondial et régional, puisque seules 21% des personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un TAR dans l'Est.

24. Les États membres mettent en œuvre les Lignes directrices unifiées de l'OMS sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH (15) : sept pays du Centre et de l'Est ont modifié leur critère national de démarrage d'un TAR afin de « traiter tout le monde » indépendamment du stade de la maladie, ou ont l'intention de prendre cette mesure en 2016, et sept ont utilisé le critère d'un nombre de cellules CD4 inférieur à 500 par mm³. La majorité des personnes suivant un TAR dans l'est de la Région ont bénéficié d'un schéma de première intention recommandé par l'OMS, l'emploi d'associations fixes d'antirétroviraux était largement répandu, et les tests de mesure de la charge virale et du nombre de cellules CD4 étaient disponibles, bien que certains éprouvent des difficultés dans le suivi systématique de la charge virale chez l'ensemble des patients.

25. Le Bureau régional a aidé les États membres à assurer un accès universel aux traitements et aux soins pour les personnes vivant avec le VIH :

- en traduisant et en diffusant les principes directeurs et les recommandations de l'OMS, et en organisant des consultations techniques régionales afin d'appuyer leur mise en œuvre ;
- en désignant un nouveau centre collaborateur pour le VIH et l'hépatite virale⁸ afin d'aider le Bureau régional à fournir une assistance technique aux pays ;
- en fournissant une assistance technique aux pays éligibles à un financement par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme afin de préparer des notes de synthèse, d'évaluer les programmes nationaux de lutte contre le VIH, et de remédier à des problèmes spécifiques concernant l'optimisation des TAR, l'élaboration de plans de développement des TAR,

⁷ ONUSIDA, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Centres des États-Unis pour la prévention et la lutte contre les maladies, centres collaborateurs de l'OMS, société civile, monde universitaire et autres.

⁸ Centre for Health and Infectious Disease Research, Department of Infectious Diseases, Université de Copenhague, Danemark.

l'adaptation des politiques nationales pour tenir compte des nouvelles recommandations de l'OMS et l'actualisation des orientations normatives.

26. Bien que seuls 0,2 % des nouveaux cas d'infection à VIH aient été contractés dans des établissements de soins de santé en 2014, on a observé une hausse des nouveaux cas d'infections nosocomiales dans la partie orientale de la Région. Alors que tous les États membres soumettent l'ensemble des dons de sang à des tests de dépistage du VIH dont la qualité est assurée, les flambées épidémiques de VIH apparaissant en milieu hospitalier doivent être mieux prévenues et maîtrisées.

Orientation stratégique n° 2 : amélioration plus générale des résultats sanitaires grâce aux interventions anti-VIH

27. Certains progrès ont été accomplis concernant l'intégration de la prestation de services de santé pour le VIH, la tuberculose, l'hépatite, les infections sexuellement transmissibles, la toxicomanie et d'autres affections. En 2014, par exemple, 89 % des patients signalés comme tuberculeux ont subi un dépistage du VIH, et 59 % des patients tuberculeux séropositifs ont bénéficié d'un TAR. À l'Est, quelques pays ont également intégré l'administration d'un traitement de substitution aux opiacés dans les établissements où est dispensé un TAR et intégré cette thérapie dans des cliniques spécialisées dans le traitement de la tuberculose. Tous les pays supportant un lourd fardeau en matière de VIH et de tuberculose ont mis en œuvre le programme de politiques en 12 points sur les activités menées en collaboration pour ces deux maladies.

28. Cependant, d'importantes améliorations demeurent nécessaires pour assurer des soins complets basés sur la personne et augmenter la rétention dans les soins. Bien que le dépistage de l'hépatite virale soit recommandé dans le cadre global des soins contre le VIH, seul un tiers environ des personnes qui, à l'Est, sont en traitement contre l'infection à VIH ont fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite B et C en 2014, une situation qui n'a guère évolué depuis 2010.

29. Le Bureau régional a soutenu les activités de collaboration et l'intégration des programmes :

- en soutenant la prestation de services antituberculeux intégrés pour les consommateurs de drogues par la publication d'un guide en collaboration avec l'Eurasian Harm Reduction Network et la Commission européenne ;
- en encourageant le double dépistage du VIH et de l'hépatite, notamment par l'intermédiaire de la semaine européenne de dépistage du VIH et de l'hépatite, et l'intégration des services de lutte contre ces deux affections au travers de l'élaboration de plans d'action interdépendants concernant la riposte du secteur de la santé en matière de VIH et d'hépatite virale ;
- en publiant des articles et des documents traitant des éléments entravant ou facilitant le traitement du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose, et en renforçant les liens entre services de santé carcérale et services de santé publique.

Orientation stratégique n° 3 : édification de systèmes solides et durables

30. À différents degrés, les États membres ont progressé dans l'édification de systèmes de santé solides et durables. La grande majorité des pays a déclaré disposer

d'une stratégie multisectorielle de lutte contre l'infection à VIH et la plupart des pays du Centre et de l'Est possédaient un organisme de coordination national multisectoriel officiellement agréé contre le sida.

31. Plusieurs pays ont ouvert de nouveaux sites de TAR dans des zones reculées ou des services décentralisés pour toucher les populations clés, dont les migrants, grâce à des cliniques mobiles.

32. La dépendance vis-à-vis des donateurs et l'insuffisance de financement national durable pour la lutte contre le VIH restent problématiques dans l'Est, où de nombreux pays ont bénéficié du soutien du Fonds mondial. Cependant, les pouvoirs publics jouent un rôle plus prééminent : six pays ont multiplié par deux leurs dépenses publiques nationales en matière de VIH entre 2009 et 2014 (8), et quatre assument désormais pleinement la responsabilité du financement de leurs programmes de TAR. Le financement des programmes de prévention à l'intention des populations clés, y compris les programmes de réduction des risques, reste fortement tributaire des financements du Fonds mondial.

33. Comme par le passé, les ruptures de stock d'antirétroviraux ont été une préoccupation dans l'est de la Région, bien que le nombre d'établissements ayant signalé une rupture ait été faible et ait diminué (cinq ruptures de stock d'au moins un médicament antirétroviral requis ont été signalées en 2012, et deux en 2014).

34. Le Bureau régional a directement contribué au déploiement de systèmes solides et durables. Il a :

- promu et fourni une assistance technique en vue de décentraliser les services de traitement et de soins contre le VIH ;
- soutenu un projet pour l'amélioration qualitative de la prévention du VIH en Europe avec le Centre fédéral allemand d'éducation à la santé et AIDS Action Europe ;
- renforcé les capacités en matière de ressources humaines en mettant au point une formation en ligne sur la gestion clinique du VIH, en anglais et en russe, en collaboration avec le centre collaborateur de l'OMS pour le VIH et l'hépatite virale et l'European AIDS Clinical Society.

35. Le Bureau régional a continué à renforcer les systèmes d'information stratégiques pour la surveillance, le suivi et l'évaluation du VIH en Europe. Il a :

- coordonné la surveillance au niveau européen avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, ce qui a principalement permis le recueil annuel de données et la publication de rapports de surveillance : en 2014, 50 États membres (94 %) ont présenté des données ;
- organisé avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies des réunions biennales concernant les réseaux de surveillance du VIH pour tous les États membres de la Région européenne l'OMS ;

- contribué au Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida dans le cadre d'un processus interagences conjoint⁹ avec des indicateurs harmonisés, et à la publication de rapports d'avancement réguliers concernant la riposte du secteur de la santé au VIH ;
- traduit et diffusé les *Lignes directrices unifiées de l'OMS sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé (16)* afin de soutenir le recueil et l'analyse par ordre de priorité des informations stratégiques concernant le VIH, en vue d'orienter la riposte du secteur de la santé¹⁰ ;
- soutenu l'élaboration d'estimations nationales concernant le VIH dans le cadre d'ateliers organisés avec l'ONUSIDA et en collaboration avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies ;
- fourni une assistance technique et un renforcement des capacités dans le domaine des systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation du VIH, notamment par l'intermédiaire du centre collaborateur de l'OMS pour les informations stratégiques sur le VIH de Zagreb (Croatie).

Orientation stratégique n° 4 : réduction de la vulnérabilité et levée des barrières structurelles à l'accès aux services

36. La plupart des États membres ont fait des progrès dans la lutte contre la vulnérabilité : par exemple, en protégeant ou en reflétant explicitement les droits humains dans les politiques ou stratégies nationales de lutte contre le VIH, en mettant en œuvre des programmes visant à combattre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, et en associant la société civile à la formulation de politiques nationales. Les progrès réalisés ont cependant été variables au sein de la Région et c'est dans la partie orientale qu'ils ont été le moins perceptibles.

37. Un tiers des pays ont signalé que certaines de leurs législations ou politiques entravaient l'efficacité de la prévention, du traitement, des soins et du soutien face au VIH pour les populations clés et autres groupes vulnérables.

38. Le Bureau régional a soutenu les travaux de plusieurs réseaux régionaux de la société civile¹¹ en leur fournissant une assistance technique et financière, en procédant à l'échange d'informations et en les associant à des consultations techniques et à des processus régionaux et nationaux.

39. Les organisations de la société civile participent de plus en plus souvent à la prestation de services de prévention ainsi qu'au dépistage rapide du VIH dans la communauté et à l'aiguillage vers les services de soins, mais leur soutien dans ces domaines pourrait être nettement plus important dans bien des contextes. La part du

⁹ Avec l'ONUSIDA, l'UNICEF et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

¹⁰ Les cibles mondiales 90-90-90 fixées pour 2020 : 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 90 % des personnes infectées par le VIH et dépistées reçoivent un TAR et 90 % des personnes recevant un TAR parviennent à un état de suppression virale. Ceci équivaut à une cible de 81 % de personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un TAR.

¹¹ Par exemple l'Eurasian Harm Reduction Network, l'Eurasian Coalition on Male Health, l'International Treatment Preparedness Coalition in eastern Europe and central Asia, l'Eastern Partnership Civil Society Forum, l'European AIDS Treatment Group, AIDS Action Europe et l'Union des personnes vivant avec le VIH/sida en Europe orientale et Asie centrale.

budget national de lutte contre le VIH consacrée à des activités menées par la société civile a été variable au sein de la Région : elle a été plus élevée dans l'Ouest, plus faible dans le Centre et au plus bas à l'Est.

40. Le Bureau régional a aidé les pays à réduire la vulnérabilité et à lever les barrières structurelles :

- en plaidant contre les législations, politiques et pratiques qui constituent des obstacles à l'accès à la prévention et au traitement, et qui ont pour effet de marginaliser et de criminaliser des populations clés ;
- en soutenant le développement et la mise en œuvre de politiques et de pratiques qui encouragent l'accompagnement social des groupes vulnérables afin de renforcer la rétention sous TAR, et de limiter autant que possible le nombre de patients perdus de vue dans le cadre du continuum des soins du VIH ;
- en participant à une étude systématique pour déterminer et synthétiser les estimations de la prévalence et les facteurs de risque chez les consommateurs de drogues par injection. Dans le cadre de cette étude, il a été constaté que le contact avec des organes répressifs et avec l'environnement judiciaire est associé à un risque d'infection à VIH ;
- en assurant une assistance technique et une action de sensibilisation afin de développer le dépistage de proximité du VIH et le recours au dépistage rapide, et en s'opposant au dépistage obligatoire.

La voie à suivre

41. L'ensemble des États membres soutient la vision de l'élimination du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de la Stratégie multisectorielle 2016-2021 de l'ONUSIDA (17), qui met l'accent sur l'importance de réaliser des progrès au travers d'une accélération des mesures avant 2021.

42. Parmi les principaux défis à relever pour atteindre les cibles 90-90-90, il convient de mentionner le nombre élevé de personnes infectées par le VIH et non diagnostiquées, ou diagnostiquées tardivement ; la faible couverture du TAR ; et le suivi inadéquat des résultats thérapeutiques dans l'Est.

43. Il est essentiel de développer des services complets de prévention et de dépistage du VIH conformes aux recommandations de l'OMS, et ciblant des populations clés qui courent un risque plus élevé d'infection au VIH, en particulier les consommateurs de drogues par injection et les hommes ayant des rapports homosexuels. La couverture du traitement de substitution des opiacés et des programmes d'échange de seringues devrait encore être élargie, particulièrement à l'Est. Les personnes non infectées, mais courant un risque important, doivent se voir proposer une prophylaxie préexposition orale afin de prévenir l'infection.

44. Il importe particulièrement de mettre un terme à la stigmatisation et à la discrimination sociales et juridiques concernant les hommes ayant des rapports homosexuels, les consommateurs de drogues par injection et les travailleurs du sexe

dans la mesure où elles entravent les efforts de prévention et de traitement dans de nombreux contextes, en particulier dans l'Est.

45. Il conviendrait de lever les obstacles structurels à l'accès à des services intégrés de lutte contre le VIH et les comorbidités (tuberculose, hépatite, toxicomanie, IST) et de développer les services de proximité permettant d'atteindre les populations clés.

46. Une gouvernance, un leadership politique et des partenariats solides entre la société civile, les acteurs étatiques et le secteur privé sont essentiels pour assurer une riposte efficace, et permettre que les programmes de lutte contre le VIH mis en œuvre par les pays bénéficient d'un financement durable au niveau national.

47. Les divers aspects économiques, politiques, organisationnels, sociaux ainsi que les autres enjeux influant sur la lutte contre le VIH dans de nombreux pays doivent être pris en compte lors de la formulation de stratégies visant à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030.

48. Des interventions novatrices sont essentielles pour réduire le taux de nouvelles infections, augmenter le nombre de personnes suivant un traitement contre le VIH et parvenant à une suppression virale, et réduire le nombre de décès liés au sida. Dans la Région européenne, l'épidémie de VIH évolue actuellement plus rapidement que les programmes mis en place pour la combattre. Des changements sont nécessaires si l'on veut atteindre les objectifs mondiaux et régionaux en la matière.

Plan d'action pour la riposte du secteur de la santé au VIH dans la Région européenne de l'OMS.

49. En mai 2016, la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé a adopté, dans sa résolution WHA69.22 (5), une nouvelle stratégie mondiale du secteur de la santé concernant le VIH pour la période 2016-2021, alignée sur des cadres stratégiques plus généraux, tels que les objectifs de développement durable et la Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021 (17).

50. Un nouveau projet de plan d'action pour la riposte du secteur de la santé au VIH dans la Région européenne de l'OMS (document EUR/RC66/9) a été élaboré en vue de replacer la riposte internationale dans le contexte épidémiologique, social et politique spécifique de la Région européenne.

51. Ce plan d'action préconise la prise de mesures urgentes par les États membres pour contrer l'épidémie croissante de VIH dans la Région européenne ; il est présenté au Comité régional de l'Europe pour examen en sa soixante-sixième session de septembre 2016.

Références¹²

1. European action plan for HIV/AIDS 2012–2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-action-plan-for-hivaids-20122015>).
2. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2014. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/publications/2015/ecdc-who-report-hivaids-surveillance-in-europe-2014>).
3. Čakalo JI, Božičević I, Vitek CR, Mandel JS, Salyuk TO, Rutherford GW. Misclassification of men with reported HIV infection in Ukraine. *AIDS Behav.* 2015;19(10):1938–40 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26070886>).
4. Global AIDS update 2016. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Global-AIDS-update-2016>).
5. Stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida, 2016-2021. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (A69/31 ; <http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/fr/>).
6. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2016. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1452).
7. Platt L, Easterbrook P, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2016; 2016 Feb 24: pii: S1473-3099(15)00485-5. doi:10.1016/S1473-3099(15)00485-5 [E-pub ahead of print].
8. Comment le sida a tout changé. OMD 6 : 15 ans, 15 leçons d'espoir de la riposte au sida. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2015 (http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse).
9. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>).
10. Scaling up HIV testing and counseling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care

¹² Toutes les références électroniques ont été consultées le 25 juillet 2016 (en anglais) et le 28 juillet 2016 (en français).

and support. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_testing_counseling/en/).

11. World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Office on Drugs and Crime. WHO, UNAIDS, UNODC technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users: 2012 revision. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/).
12. Lignes directrices unifiées relatives à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins de l'infection à VIH pour les populations clés. Note d'orientation. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/keypopulations/fr/>).
13. Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/fr/).
14. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/emtct-validation-guidance/en/>).
15. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>).
16. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/fr/>).
17. Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021: Accélérer la riposte pour mettre fin au sida. Genève: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18).

B. Rapport de situation sur l'engagement renouvelé envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole et de la prévention du syndrome de rubéole congénitale d'ici 2015 et le soutien durable en faveur de la préservation du statut « exempt de poliomyélite » dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC60/R12).

Introduction et généralités

1. Le présent rapport constitue une synthèse des progrès accomplis en vue d'atteindre l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole, ainsi que la cible spécifique fixée à cet égard pour 2015 dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC60/R12). Au cours de ces cinq dernières années, des avancées spectaculaires ont été réalisées afin d'atteindre cet objectif régional. La transmission de la rougeole et de la rubéole a été interrompue dans un certain nombre d'États membres par la mise en place de rigoureux programmes d'administration systématique d'un vaccin associé rougeole-rubéole à deux doses aux enfants. Toutefois, en dépit de ces efforts, la Commission régionale de vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole a conclu, lors de sa réunion d'octobre 2015, que l'objectif d'une élimination de la rougeole et de la rubéole pour 2015 dans la Région européenne de l'OMS n'avait pas été atteint.

2. En 2005, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a approuvé, en sa cinquante-cinquième session (CR55), la résolution EUR/RC55/R7 sur le renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS (1) à la date butoir de 2010.

3. En 2008, dans son rapport de suivi sur les stratégies sanitaires relatives aux enfants et aux adolescents (y compris la vaccination) adressé au CR58, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a fait état des progrès accomplis en vue d'éliminer la rougeole et la rubéole dans la Région européenne (2).

4. En 2010, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la résolution EUR/RC60/R12 (3) qui repousse la date butoir pour les deux objectifs d'élimination de 2010 à 2015, et exhorte les États membres à renouveler leur engagement et à veiller à ce que les moyens disponibles soient dégagés afin d'accélérer les interventions menées pour éliminer la rougeole et la rubéole et de prévenir le syndrome de rubéole congénitale (SRC), tout en continuant à appliquer les stratégies actuelles pour maintenir la Région exempte de poliomyélite.

5. L'engagement du Bureau régional envers la nécessité d'une action renouvelée s'est traduit par l'élaboration du Programme de mesures accélérées : 2013-2015 (4) en vue d'éliminer la rougeole et la rubéole dans la Région, en améliorant et en affinant l'aide apportée par l'OMS aux pays en vue d'atteindre ces objectifs. Ce programme est le fruit d'un processus consultatif et inclusif réalisé dans le cadre du Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020 (5) de la Décennie de la vaccination, qui a été adopté en mai 2012 par la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé.

6. En janvier 2012, le Bureau régional de l'Europe a instauré la Commission régionale européenne de vérification (CRV) de l'élimination de la rougeole et de la rubéole. La CRV est un organe d'experts indépendants investi de la mission de vérifier l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région européenne. Depuis sa première réunion de 2012, elle a organisé trois autres réunions en vue de déterminer la situation en matière d'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région. La CRV a publié des rapports de situation pour 2010-2012 (6), 2013 (7) et 2014 (8). La situation d'un pays en matière d'élimination est établie sur la base de rapports et d'autres documents préparés et présentés par le Comité national de vérification. Ces rapports contiennent des informations sur l'épidémiologie de la rougeole et de la rubéole, la couverture vaccinale, les programmes de vaccination, la surveillance de la performance et l'épidémiologie moléculaire, ainsi que des données supplémentaires à l'appui de la déclaration des Comités nationaux de vérification relative à la situation en matière d'élimination de la rougeole et de la rubéole pour une période déterminée. Le Bureau régional fait office de secrétariat pour la CRV.

7. En 2014, et à la suite d'un vaste processus de consultation avec les pays et les partenaires, un plan d'action européen pour les vaccins a été élaboré en complément au Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020, dans le but d'interpréter et d'adapter ce dernier au niveau régional en harmonie avec Santé 2020 et d'autres stratégies et politiques de santé régionales clés. Le Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020 (9) a été adopté à l'unanimité en septembre 2014, lors du CR64. Les pays ont ainsi renouvelé leur engagement envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole (objectif n° 2 du plan d'action) à travers les actions et les objectifs stratégiques définis dans ce cadre, et affirmé leur volonté politique d'atteindre ce but.

Les travaux et les progrès accomplis en vue de l'élimination

8. On entend par « élimination » l'interruption d'une maladie endémique dans une zone géographique donnée pendant au moins 12 mois, en présence d'un système de surveillance performant, et grâce à de hauts niveaux d'immunité de la population atteints par des activités de vaccination systématiques et supplémentaires durables et de haute qualité. La vérification de l'élimination s'effectue après avoir maintenu et attesté l'interruption de la transmission endémique de la rougeole ou de la rubéole pendant 36 mois.

9. Le Bureau régional de l'Europe a intensifié son aide aux pays afin qu'ils atteignent l'objectif d'élimination. En plus de l'élaboration du Programme de mesures accélérées en vue d'éliminer la rougeole et la rubéole, il surveille régulièrement la situation concernant ces maladies et apporte une assistance aux pays en fonction des priorités. Il a fourni un soutien technique directement à plusieurs pays dans le cadre de missions spécifiques, et contribué à la mise en œuvre de programmes de vaccination adaptés, à l'élaboration d'un matériel de communication et à la réalisation d'activités de vaccination supplémentaires.

10. En 2014, le Bureau régional de l'Europe a élaboré le Cadre pour le processus de vérification dans la Région européenne de l'OMS (10), qui explique en détail les mesures à prendre pour attester et vérifier l'élimination de la rougeole et de la rubéole et ainsi aider les États membres à réaliser l'objectif d'élimination. Les rapports de

situation annuels soumis par les Comités nationaux de vérification sont ensuite examinés et la situation en matière d'élimination est évaluée par la CRV.

11. Lors de sa dernière réunion tenue en octobre 2015, la CRV a recommandé aux autorités nationales de santé publique et aux Comités nationaux de vérification des États membres confrontés à une transmission endémique de la rougeole et/ou de la rubéole de reconformer leur engagement envers l'objectif régional et à parvenir à l'élimination dès que possible. Elle a aussi vivement conseillé que tous les Comités nationaux de vérification appliquent les recommandations spécifiques formulées par la CRV à l'adresse de chaque État membre, et que les autorités sanitaires des trois pays (Albanie, Monaco et Saint-Marin) n'ayant pas soumis de rapports de situation annuels établissent un Comité national de vérification et rédigent de tels rapports.

12. Le Groupe consultatif technique d'experts en matière de vaccination (ETAGE) a organisé une réunion extraordinaire consacrée à la rougeole et à la rubéole en janvier 2015 à Copenhague (Danemark). Il a approuvé une proposition de la CRV de changer le processus de vérification. La modification suggérée prévoyait notamment de regrouper les États membres en fonction des progrès réalisés par ces derniers en matière d'élimination, et de vérifier l'élimination au niveau des pays. Ces changements, notamment la délivrance de certificats d'élimination aux pays qui ont interrompu la transmission indigène de la rougeole et de la rubéole pendant plus de 36 mois, présentent les avantages suivants :

- l'appui aux programmes peut se concentrer sur les besoins les plus pressants ;
- le système de « feu rouge » servant à évaluer les progrès réalisés met en évidence les risques ;
- de simples messages peuvent être envoyés aux États membres et aux partenaires pour mettre en évidence les progrès accomplis, les pays les plus performants et les besoins les plus urgents ;
- le classement encourage les États membres à maintenir ou à améliorer leur situation ;
- la vérification de l'élimination au niveau national permettra de promouvoir et de mettre en avant les progrès réalisés au niveau national.

Analyse de la situation

13. En 2015, le nombre de cas de rougeole notifiés est passé à 30 762 par rapport à 16 156 l'année précédente. Cette hausse s'explique, dans certains États membres, par les flambées épidémiques qui se sont déclarées en 2014 et se sont poursuivies en 2015, ainsi que par l'intensification de la transmission de la rougeole dans d'autres pays (11, 12).

14. Sur les 10 630 cas pour lesquels on disposait de données sur l'âge, 43 % concernaient des adultes âgés de 20 ans et plus, une tendance similaire à celle observée ces dernières années.

15. En outre, 88 % du nombre total de cas signalés en 2015 (n = 27 085) sont survenus dans quatre pays : le Kirghizistan (17 779 ; 58 %), la Bosnie-Herzégovine

(4 583 ; 15 %), l'Allemagne (2 383 ; 8 %) et le Kazakhstan (2 340 ; 8 %). Le Kirghizistan a également affiché la plus forte incidence de rougeole de la Région (2 993,1 pour 1 million d'habitants).

16. La rubéole est toujours signalée dans moins de pays que la rougeole. Le nombre de cas notifiés dans la Région pour 2015 ($n = 2\,368$) est inférieur de 64 % à celui notifié pour 2014 ($n = 6\,607$). Cette situation s'explique par la baisse de 66 % des cas de rubéole signalés en Pologne (de 5 899 cas en 2014 à 2 029 cas en 2015). Bien que la plupart des cas concernent des enfants, la maladie a également été observée chez des adolescents et de jeunes adultes en raison principalement de l'introduction relativement récente du vaccin universel contre la rubéole dans le programme de vaccination.

17. Depuis 2013, des activités de vaccination supplémentaires ont été menées notamment en Azerbaïdjan, en Géorgie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, au Royaume-Uni et en Turquie, pour réagir aux importantes flambées épidémiques de rougeole.

18. La CRV a évalué la situation de 50 pays en matière d'élimination de la rougeole et de la rubéole en 2010-2014, et apporté les conclusions suivantes :

- a) en ce qui concerne la rougeole, 21 pays ont éliminé la maladie, 2 ont interrompu la transmission pendant ≥ 24 mois et 9 l'ont interrompue pendant ≥ 12 mois. La maladie reste endémique dans 18 pays ;
- b) en ce qui concerne la rubéole, 20 pays ont éliminé la maladie, 3 ont interrompu la transmission pendant ≥ 24 mois et 9 l'ont interrompue pendant ≥ 12 mois. La maladie reste endémique dans 18 pays ;
- c) aucune conclusion n'a pu être établie pour 3 États membres en raison de l'absence de rapports de situation annuels.

19. Sur les 72 laboratoires de référence de l'OMS pour la rougeole et la rubéole dans la Région européenne, 71 sont accrédités. Les États membres ont inclus des données de laboratoires publics, privés ou commerciaux non membres du réseau de laboratoires de l'OMS dans leurs rapports de surveillance et d'autres rapports pertinents, notamment ceux de la Commission de vérification nationale. Malgré la compétence avérée d'un grand nombre de laboratoires, le manque d'informations sur ces établissements reste très préoccupant dans plusieurs États membres.

20. En dehors de quelques exceptions, tous les pays soumettent désormais des informations sur la séquence génomique des cas de rougeole à la base de données de la Measles Nucleotide Surveillance (MeaSN) (13). Parmi les géotypes prédominants signalés en 2014, il convient de mentionner plusieurs lignées D8, considérées comme le géotype dominant dans la Région européenne ; des lignées B3, fréquemment associées aux importations en provenance de pays d'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ; et des isolats D4 à l'incidence relativement peu élevée. En revanche, peu de pays soumettent des informations sur la séquence génomique des cas de rubéole sur le site Web de la Rubella Nucleotide Surveillance (RubeNS) (14). Les géotypes de rubéole observés en 2014 sont notamment 2B et 1E.

Les défis

21. Plusieurs pays hésitent à mettre en œuvre des campagnes visant à combler l'insuffisance immunitaire étant donné la réticence des autorités sanitaires et du grand public face à la vaccination de masse, ainsi que l'absence des ressources financières nécessaires, d'un engagement politique et de stocks de vaccins sûrs.

22. Un grand nombre d'États membres éprouvent des difficultés à déterminer et à combler les importantes insuffisances immunitaires de la population tout en conservant un haut niveau de couverture vaccinale systématique. Dans les pays où les flambées épidémiques affectent principalement les groupes plus âgés, l'absence de politiques et de capacités techniques pour répondre systématiquement aux besoins des adultes en matière de vaccination pose des défis supplémentaires.

23. Les composantes épidémiologiques et de laboratoire relatives à la surveillance ne sont pas optimales dans de nombreux pays. En outre, des retards sont encore observés dans la communication de rapports au niveau régional, et les données ne sont pas toujours complètes. Il est par conséquent difficile de procéder à une évaluation correcte de la situation de la rougeole et de la rubéole dans la Région européenne, de recenser à temps les flambées épidémiques et d'apporter l'éventuelle aide nécessaire pour y faire face.

24. Comme tous les pays ne luttent pas efficacement contre les flambées épidémiques, la période de transmission s'étend sur une période de plus d'un an dans certains cas. La recherche active des cas et des contacts doit aussi être améliorée. La mise en œuvre d'interventions ponctuelles et adéquates en cas de flambée épidémique est cruciale pour limiter la durée de transmission de ces maladies.

25. Bien que la majorité des parents et des agents de santé soient favorables à la vaccination, un nombre croissant de personnes font preuve d'un manque de vigilance à cet égard. Elles tardent souvent à faire vacciner leurs enfants, ou estiment que la vaccination contre des maladies ne représentant aucune menace pour la santé de leurs enfants n'est somme toute pas nécessaire. L'efficacité des programmes de vaccination dans la Région européenne et la très forte réduction de l'incidence des maladies à prévention vaccinale ainsi observée sont à l'origine de cet effet paradoxal. Il importe par conséquent de fournir constamment aux agents de santé et au grand public des informations sur la vaccination qui soient de qualité et fondées sur des bases factuelles en vue d'améliorer leur compréhension des bienfaits et des risques qui y sont associés. Afin de garantir une attitude positive vis-à-vis de la vaccination moyennant la sensibilisation et la communication, on s'appuiera sur des sources scientifiques solides et l'avis des experts, avec le soutien de personnalités publiques et de défenseurs de la vaccination bien informés.

La voie à suivre

26. L'élimination de la rougeole et de la rubéole est un objectif essentiel du Plan d'action européen pour les vaccins et un volet important des efforts déployés au niveau mondial pour améliorer la santé et lutter contre les inégalités (objectifs de développement durable n°3 et n° 10). Pour éliminer ces maladies, il faudra surtout

obtenir un engagement politique, atteindre un haut niveau de couverture vaccinale, combler les lacunes en matière d'immunité et assurer une surveillance de haute qualité, basée sur l'identification des cas.

27. L'adoption au niveau national des stratégies auxquelles se sont engagés les États membres en 2010 reste d'actualité et mérite une attention soutenue :

- a) mettre en place et maintenir une couverture très étendue (≥ 95 %) avec deux doses de vaccin contre la rougeole et au moins une dose de vaccin contre la rubéole dans le cadre de services de vaccination systématique et de haute qualité ;
- b) permettre à tous les groupes de population à risque et sensibles à la rougeole et/ou à la rubéole de se faire vacciner, notamment dans le cadre d'activités de vaccination supplémentaires ;
- c) renforcer les systèmes de surveillance par une enquête rigoureuse sur les cas et la confirmation en laboratoire des flambées et des cas sporadiques suspects ; plus précisément, le dépistage rapide, la réalisation d'enquêtes et la mise en œuvre d'interventions de lutte intégrée contre les flambées épidémiques, ainsi que l'amélioration de la surveillance de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale en accroissant le niveau de communication de données sur les séquences génétiques de la rubéole ;
- d) diffuser plus largement, auprès des professionnels de santé et du public, des informations de qualité et fondées sur des bases factuelles relatives aux bienfaits d'une vaccination contre la rougeole et la rubéole, et aux risques qui y sont associés.

28. L'évaluation de la situation en matière d'élimination et le classement des États membres permettent au Bureau régional de l'Europe et à ses partenaires d'affiner et d'adapter le soutien aux pays qui en ont le plus besoin. Depuis janvier 2015, le Bureau régional élabore des plans de mobilisation annuelle mettant en lumière les activités et les priorités spécifiques aux pays, et précisant les étapes à franchir afin d'évaluer les progrès accomplis au niveau national.

29. Les autorités nationales doivent améliorer la communication sur la vaccination auprès du public et consentir des investissements à cet égard, tout en plaidant en faveur du renforcement des programmes de vaccination. Ces efforts englobent les activités et initiatives suivantes :

- a) stimuler la demande d'activités de vaccination systématiques et supplémentaires ;
- b) répondre adéquatement aux préoccupations quant à l'innocuité des vaccins et aux crises ;
- c) développer les capacités de communication en cas de flambée épidémique ;
- d) renforcer les plates-formes de sensibilisation au moyen des médias sociaux et traditionnels.

30. Les obstacles à la demande de vaccins sont complexes et dépendent du contexte. Il s'agit de déterminants sociaux, culturels et d'autres déterminants comportementaux. Les programmes doivent par conséquent observer et évaluer plus fréquemment les attitudes, les connaissances et le comportement du grand public et de ses sous-groupes, afin de mettre au point et d'adapter leurs interventions. Triompher de l'hostilité face à la vaccination et des inquiétudes soulevées par les questions de sécurité dépendra en particulier de la faculté de surmonter ces obstacles.

31. La Semaine européenne de la vaccination et les plates-formes et structures établies dans ce contexte, notamment le forum mis en ligne en avril 2015 et intitulé « Immunize Europe » (15), doivent continuer de faire l'objet d'une promotion aux niveaux régional et national. Cette campagne continue de jouer un rôle efficace dans l'accroissement de la couverture vaccinale en sensibilisant à l'importance de la vaccination chez les parents, les aidants/soignants, les professionnels de santé, les responsables politiques, les décideurs et les médias.

Conclusions

32. Il ressort clairement du processus de vérification que de nombreux États membres de la Région européenne ont pu éliminer la rougeole et la rubéole, que la transmission a été interrompue dans une certaine mesure dans plusieurs pays, et que les maladies sont toujours endémiques ailleurs.

33. L'incidence de la rougeole et de la rubéole diminue depuis 2013 dans la Région européenne, et le nombre de pays ayant interrompu la transmission indigène n'a jamais été aussi élevé. Il est également encourageant de remarquer que le sentiment d'urgence face à l'élimination des deux maladies s'est traduit, en 2014 et en 2015, par des interventions de lutte contre les flambées épidémiques, le renforcement de la résilience et de l'état de préparation des pays, et la prise de mesures efficaces afin de combler les insuffisances immunitaires.

34. L'élimination de la rougeole et de la rubéole se profile à l'horizon. La mise en place d'un processus de vérification plus précis, promouvant l'élimination au niveau du pays, de même que les efforts accrus déployés par les autorités sanitaires ainsi que les agences et les partenaires chargés de les épauler, offrent à la Région européenne une véritable occasion de parvenir à l'élimination de la rougeole et la rubéole.

Références¹

1. Résolution EUR/RC55/R7. Renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2005 (EUR/RC55/R7 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-fifth-session/resolutions/eurrc55r7>).

¹ Toutes les références électroniques ont été consultées le 25 juillet 2016 (en anglais) et le 28 juillet 2016 (en français).

2. Rapport sur la cinquante-huitième session du Comité régional de l'Europe. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2008 (EUR/RC58/REC/1 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-eighth-session/documentation/report-of-the-fifty-eighth-session>).
3. Résolution EUR/RC60/R12. Engagement renouvelé envers l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale d'ici 2015 et soutien durable en faveur de la préservation du statut « exempt de poliomyélite » dans la Région européenne de l'OMS. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2010 (EUR/RC61/R12 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixtieth-session/resolutions/eurrc60r12>).
4. Package for accelerated action: 2013–2015. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Measles and rubella elimination 2015; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2013/measles-and-rubella-elimination-2015.-package-for-accelerated-action-2013-2015>).
5. Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013 (www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/).
6. Second meeting of the European Regional Verification Commission for measles and rubella elimination: summary report. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2014/second-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination>).
7. Third meeting of the European Regional Verification Commission for measles and rubella elimination: summary report. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2015/third-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-rvc>).
8. Fourth meeting of the European Regional Verification Commission for measles and rubella elimination: summary report. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2016/4th-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-rvc-2016>).
9. European vaccine action plan 2015–2020. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020>).
10. Eliminating measles and rubella: framework for the verification process in the WHO European Region. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2014

(<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2014/eliminating-measles-and-rubella.-framework-for-the-verification-process-in-the-who-european-region>).

11. WHO EpiBrief No. 1/2015. A report on the epidemiology of selected vaccine-preventable diseases in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/who-epibrief-and-who-epidata/who-epibrief/who-epibrief,-no.-12015>).
12. WHO EpiBrief No. 1/2016. A report on the epidemiology of selected vaccine-preventable diseases in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/who-epibrief-and-who-epidata/who-epibrief/who-epibrief,-no.-12016>).
13. MeaNs: Measles Nucleotide Surveillance [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (www.who-measles.org).
14. RubeNS: Rubella Nucleotide Surveillance [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who-rubella.org>).
15. Immunize Europe Forum: a new online resource for the immunization community [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.immunize-europe.org>).

C. Rapport de situation final sur l'élimination du paludisme dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC52/R10)

Introduction et généralités

1. L'impression selon laquelle les pays de la Région européenne de l'OMS sont exempts de paludisme s'est modifiée rapidement au cours de ces dernières décennies. Au début des années 1990, le réservoir résiduel d'infection du paludisme, les problèmes politiques et socioéconomiques, la migration massive de populations et les vastes projets de développement, ainsi que l'abandon quasi effectif des activités de prévention et de lutte antipaludiques, ont créé des conditions favorables à la transmission de la maladie. Par conséquent, d'importantes épidémies se sont déclarées en Asie centrale, dans les pays du Caucase et en Turquie, et en 1995, quelque 90 712 cas de paludisme ont été officiellement signalés dans la Région européenne. Des épidémies massives et explosives ont été observées durant cette période en Azerbaïdjan, au Tadjikistan et en Turquie, tandis que l'Arménie, le Kirghizistan et le Turkménistan ont été confrontés à des flambées à plus petite échelle.

2. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe s'est engagé à mettre en œuvre une riposte vigoureuse face à la charge du paludisme et, en 1999, a formulé une stratégie régionale « Faire reculer le paludisme » (1) dans les pays de la Région européenne touchés par cette maladie. Celle-ci visait à limiter autant que possible l'impact du paludisme sur la santé des populations avec les moyens financiers et les ressources humaines disponibles, et avec les technologies et outils existants. Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- a) prévenir la mortalité due au paludisme ;
- b) réduire de moitié l'incidence du paludisme ;
- c) endiguer les épidémies de paludisme ;
- d) maintenir le statut « exempt de paludisme » dans les pays où cette maladie a été éradiquée.

3. En 2002, le Comité régional de l'Europe a approuvé, en sa cinquante-deuxième session, la résolution EUR/RC52/R10 sur l'amplification de l'action contre le paludisme dans la Région européenne de l'OMS (2), dans laquelle il est demandé aux États membres de la Région confrontés à la résurgence du paludisme de prendre toutes les mesures possibles en vue de conforter les résultats obtenus et de réduire davantage la charge de morbidité due au paludisme.

4. En 2005, la résurgence du paludisme a été endiguée, et l'incidence de la maladie a été réduite à un niveau tel que l'objectif d'interruption de la transmission est devenu possible dans la Région. Afin de soutenir les nouveaux efforts visant l'élimination du paludisme, la Déclaration de Tachkent, intitulée « The move from malaria control to elimination » (3) [Passer de la lutte contre le paludisme à son élimination], a été adoptée par tous les pays la Région européenne de l'OMS touchés par cette maladie.

5. La Déclaration de Tachkent a fourni le fondement politique de la nouvelle stratégie lancée par le Bureau régional : Passer de la lutte contre le paludisme à son élimination dans la Région européenne de l'OMS 2006-2015. Celle-ci visait à interrompre la transmission de *Plasmodium falciparum* en Asie centrale d'ici 2010, et à éliminer la maladie dans la Région européenne d'ici 2015 (4).

6. En 2006, suite aux mesures prises lors des précédentes sessions du Comité régional de l'Europe (document EUR/RC56/12) (5), le Bureau régional a fait état des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution EUR/RC52/R10, et informé le Comité régional de l'adoption de la Déclaration de Tachkent et de la nouvelle stratégie régionale.

7. En 2012, le Comité régional a approuvé Santé 2020, la politique européenne pour la santé et le bien-être (résolution EUR/RC62/R4) (6), un cadre politique fondé sur des valeurs et des bases factuelles pour la santé et le bien-être de la Région européenne de l'OMS. Le document comporte parmi ses objectifs essentiels l'élimination du paludisme dans la Région d'ici 2015 (7).

8. En 2014, eu égard à l'application réussie de la stratégie régionale : Passer de la lutte contre le paludisme à son élimination dans la Région européenne de l'OMS 2006-2015, et afin de répondre aux besoins des pays ainsi débarrassés de cette maladie, le Bureau régional a élaboré le Cadre régional pour la prévention de la réintroduction du paludisme et la certification de son élimination 2014-2020 (8). Celui-ci doit aider les responsables des politiques de santé et des programmes de lutte antipaludique à planifier, à organiser et à mettre en œuvre des mesures visant à prévenir la réintroduction du paludisme et à assurer la certification de son élimination.

9. Le Turkménistan et l'Arménie ont achevé leur processus de certification de l'OMS, et ont été déclarés exempts de paludisme en 2010 (9) et en 2011 (10), respectivement. En 2014, ce processus a été lancé au Kirghizistan. En 2016, l'Ouzbékistan a officiellement demandé l'assistance technique du Bureau régional en vue de se préparer à la certification.

10. En 2015, la Région européenne a été la première Région de l'OMS à pouvoir interrompre la transmission indigène du paludisme : le nombre de cas indigènes est passé de 90 712 en 1995 à 0 cas en 2015.

Mesures prises et progrès réalisés

11. Au cours de cette dernière décennie, le Bureau régional a fourni une assistance technique à tous les pays concernés en vue d'élaborer et de réexaminer les stratégies nationales de lutte et d'élimination du paludisme, ainsi que les directives nationales relatives à la surveillance, au contrôle vectoriel, au diagnostic et au traitement du paludisme, à la préparation aux épidémies et à la recherche opérationnelle.

12. Les visites effectuées régulièrement par les consultants et les membres du personnel de l'OMS dans les États membres ont joué un rôle important dans l'évaluation et la surveillance de la situation en matière de paludisme. Les recommandations ainsi formulées ont aidé, le cas échéant, à réorienter les programmes nationaux.

13. Afin de promouvoir un échange de données d'expérience sur l'élimination du paludisme entre les pays et entre les Régions (notamment entre les Régions européenne et de la Méditerranée orientale), des réunions des responsables régionaux du programme de lutte antipaludique ont été organisées à Achgabat (Turkménistan) en 2007 (11) et à Douchanbé (Tadjikistan) en 2015.

14. Le Bureau régional a rédigé et publié un certain nombre de documents d'orientation, tels que les Directives pratiques sur la surveillance du paludisme dans les pays de la Région européenne devant faire face à une réémergence du paludisme (2006), les Lignes directrices sur les mesures de lutte antivectorielle (2006, 2007, 2008), les Directives pratiques sur l'élimination du paludisme dans les pays de la Région européenne de l'OMS (2010), le Cadre opérationnel sur la lutte antivectorielle intégrée (2012), le Module de formation pour les entomologistes sur les vecteurs du paludisme et la lutte antivectorielle (2012). Tous ces documents doivent aider les professionnels de santé des pays de la Région touchés par le paludisme dans le domaine de la planification, de l'organisation, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes nationaux d'élimination, et dans la préparation de la certification de l'élimination du paludisme.

15. Le Bureau régional a accordé une attention particulière au renforcement des capacités du personnel des programmes nationaux de lutte antipaludique. Plusieurs activités de formation sur les différents aspects de la lutte antipaludique et l'élimination de la maladie ont été réalisées ces dernières années dans les pays : la surveillance du paludisme (Moscou, Fédération de Russie, 2012, 2013, 2014) ; la lutte antivectorielle (Almaty, Kazakhstan, 2012 et Douchanbé, Tadjikistan, 2014) ; l'élimination du paludisme (Bakou, Azerbaïdjan, 2013) ; et la prévention de la réintroduction du paludisme (Achgabat, Turkménistan, 2013 et Batumi, Géorgie, 2015).

16. Dans le contexte de l'élimination du paludisme, la priorité est notamment accordée aux situations présentant un risque de propagation de la maladie entre les pays et régions. Les principaux objectifs de cette collaboration transfrontalière sont les suivants :

- a) établir les modalités opérationnelles en vue de l'échange régulier d'informations sur le paludisme, en particulier dans les zones frontalières ;
- b) synchroniser les plans d'action pour la mise en œuvre coordonnée des activités d'élimination du paludisme dans les zones frontalières ;
- c) assurer la notification rapide de tout changement de la situation épidémiologique liée au paludisme dans les zones frontalières ;
- d) coordonner la mobilisation des ressources supplémentaires pour soutenir les efforts d'élimination du paludisme dans les pays ;
- e) prendre des mesures pour mieux sensibiliser aux succès des programmes d'élimination du paludisme.

17. Face au problème rencontré pour l'élimination du paludisme dans les zones frontalières, le Bureau régional a engagé une collaboration transfrontalière aux niveaux

régional et inter-régional, notamment avec la Région de la Méditerranée occidentale, et encadré cette collaboration. Plusieurs réunions ont été organisées sur ce sujet à Douchanbé (Tadjikistan, 2006), à Antalya (Turquie, 2009), à Bakou (Azerbaïdjan, 2009), et à Bichkek (Kirghizistan, 2010).

18. Des déclarations conjointes sur la collaboration transfrontalière ont été signées entre l'Azerbaïdjan et la Géorgie (2009) (12), le Turkménistan et l'Afghanistan (2009) (13), le Tadjikistan et l'Afghanistan (2010) (14), ainsi qu'entre le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan et le Tadjikistan (2010) (15). Les modalités pratiques ainsi que des plans conjoints pour l'élimination et la prévention de la réintroduction du paludisme dans les zones frontalières ont été examinés et élaborés au cours des réunions opérationnelles organisées avec les pays participants.

19. La collaboration transfrontalière entre l'Azerbaïdjan et la Géorgie sur l'élimination du paludisme, ainsi que les réalisations et l'impact de cette initiative, font figure de cas exemplaire dans le *Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde* (16).

20. Une réunion de coordination inter-pays a été organisée à Douchanbé (Tadjikistan) les 24 et 25 mai 2016 en vue de convenir d'une stratégie et de dispositifs de mise en œuvre pour une meilleure coordination des initiatives d'élimination et de prévention de la réintroduction du paludisme et de la lutte contre la leishmaniose en Afghanistan et au Tadjikistan, notamment dans les régions frontalières. Les responsables des programmes nationaux et des programmes des provinces frontalières des deux pays ont assisté à cette réunion. À la suite d'intenses discussions, un plan conjoint de collaboration transfrontalière entre l'Afghanistan et le Tadjikistan a été mis au point et approuvé.

21. En 2010, un projet intitulé « Demonstrating and Scaling up Sustainable Alternatives to DDT for the control of vector-borne diseases in Southern Caucasus (Georgia) and Central Asia (Kyrgyzstan and Tajikistan), 2010-2014 » [Démontrer et intensifier les solutions de remplacement viables au DDT¹ pour la lutte contre les maladies à transmission vectorielle dans le Caucase du Sud (Géorgie) et en Asie centrale (Kirghizistan et Tadjikistan), 2010-2014] a été financé et mis en œuvre par le Fonds pour l'environnement mondial, le Programme des Nations Unies pour l'environnement, la Croix verte internationale, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Milieucontact international ainsi que des gouvernements nationaux. Il se fonde sur la nécessité de réduire la dépendance des pays à l'égard des insecticides persistants dans le secteur de la santé publique, et d'introduire et de promouvoir les solutions de remplacement à la lutte antivectorielle de manière intégrée, afin de maintenir le statut « exempt de paludisme » et d'empêcher le rétablissement du paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle. Les messages clés suivants s'inspirent des résultats des études pilotes menées sur le terrain eu égard à l'utilisation de différentes méthodes de lutte antivectorielle.

- Le recours à la fois à des alternatives non chimiques au DDT pour la lutte antivectorielle et à d'autres insecticides persistants appliqués de manière intégrée a presque le même effet entomologique qu'une pulvérisation à effet rémanent à l'intérieur des habitations. Cette solution peut s'adapter aux conditions écologiques et épidémiologiques locales, être écologiquement saine et assurer une

¹ DDT = dichlorodiphényltrichloroéthane (insecticide synthétique).

rentabilité et une durabilité maximales tout en évitant les éventuels problèmes de développement de la résistance aux insecticides.

- Les avantages et les bienfaits des alternatives non chimiques appliquées d'une manière intégrée dans la lutte antivectorielle ont pu ainsi être très largement attestés. Ces éléments de preuve peuvent faciliter la prise de décisions et garantir que le déblocage de moyens en faveur de ces mesures bénéficie d'un soutien et d'une priorité.

22. Le Bureau régional a fourni une assistance technique aux États membres pour élaborer des propositions à soumettre au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et pour les concrétiser. L'Azerbaïdjan, la Géorgie, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan et le Tadjikistan se sont vu octroyer un financement du Fonds mondial pour la lutte antipaludique, et en ont garanti une exécution efficace.

23. Afin d'actualiser les connaissances scientifiques sur le paludisme, le Bureau régional de l'Europe a lancé un programme régional de recherche opérationnelle sur l'entomologie du paludisme et la lutte antivectorielle. Celui-ci a été mené à bien grâce à l'aide d'institutions de recherche et de partenaires dans les pays concernés d'Asie centrale et du Caucase du Sud. Les objectifs de la recherche sont étroitement liés à la situation et aux problèmes spécifiques d'un pays donné ou d'un groupe de pays limitrophes. L'identification et la répartition géographique des moustiques Anopheles, la prévalence des espèces apparentées et leur rôle dans la transmission du paludisme, ainsi que la taxonomie, la biologie et l'écologie des vecteurs de la maladie revêtent un intérêt particulier dans la Région.

24. Pour aider les responsables des politiques de santé et des programmes de lutte antipaludique à planifier, à organiser et à mettre en œuvre des interventions visant à prévenir la réintroduction du paludisme et à certifier son élimination, le Cadre régional pour la prévention de la réintroduction du paludisme et la certification de son élimination 2014-2020 a été élaboré et mis à la disposition des États membres. Ce document explique les principaux enjeux liés à la résurgence potentielle du paludisme après son élimination, les buts et les objectifs des programmes antipaludiques, les principales approches et interventions visant à prévenir la réintroduction de la maladie, ainsi que les aspects scientifiques, opérationnels, organisationnels et méthodologiques du processus de certification des pays débarrassés du paludisme.

Les défis

25. Bien que la Région européenne de l'OMS soit parvenue à interrompre la transmission indigène du paludisme, ce succès reste fragile. Les enseignements tirés du passé révèlent que la Région est toujours sous la menace constante de la réintroduction du paludisme.

26. La résurgence inattendue du paludisme en Grèce en 2010, directement liée à l'afflux de migrants, en constitue un exemple flagrant. Après avoir intensifié les efforts de lutte antipaludique, la transmission de cette maladie a été interrompue en Grèce à la fin 2013, et aucun cas indigène n'a été signalé dans ce pays en 2014. En outre, de nombreux États membres de la Région européenne, et en particulier le Tadjikistan et la Turquie, sont exposés à un risque accru de réintroduction du paludisme en raison de

l'afflux de réfugiés et de populations en provenance de pays tels l'Afghanistan et la République arabe syrienne.

27. En raison de la persistance de ces risques, un engagement politique soutenu, un haut niveau de vigilance et un investissement dans le renforcement des systèmes de santé sont nécessaires pour assurer l'endiguement rapide de toute résurgence.

La voie à suivre

28. Le Bureau régional de l'Europe continuera de collaborer avec les États membres en vue de les aider à prévenir la réintroduction du paludisme, à conserver leur statut « exempt de paludisme », et à obtenir la certification OMS de l'élimination de la maladie.

29. Une consultation de haut niveau sur la prévention de la réintroduction du paludisme dans la Région européenne de l'OMS a été organisée à Achgabat (Turkménistan) les 21 et 22 juillet 2016 en vue de réaffirmer l'engagement des États membres envers le maintien du statut « exempt de paludisme » et la prévention de la réintroduction de cette maladie.

Références²

1. Strategy to roll back malaria in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/pre-2009/strategy-to-roll-back-malaria-in-the-who-european-region>).
2. Résolution EUR/RC52/R10. Amplifier l'action contre le paludisme dans la Région européenne de l'OMS. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2002 (<http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-second-session/resolutions/eurrc52r10>).
3. 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/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/pre-2009/tashkent-declaration-the-move-from-malaria-control-to-elimination>).
4. 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/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/pre-2009/regional-strategy-from-malaria-control-to-elimination-in-the-who-european-region-2006-2015>).
5. Suite donnée aux questions examinées lors des sessions précédentes du Comité régional de l'Europe (EUR/RC56/12). Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour

² Toutes les références électroniques ont été consultées le 25 juillet 2016 (en anglais) et le 28 juillet 2016 (en français).

l'Europe ; 2006 (<http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-sixth-session/documentation/eurrc5612>).

6. Résolution EUR/RC62/R4. Santé 2020 – le cadre politique européen de la santé et du bien-être. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (<http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/resolutions-and-decisions/eurrc62r4-health-2020-the-european-policy-framework-for-health-and-well-being>).
7. 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/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc629-health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>).
8. Ejov M, Davidyants V, Zvantsov A. Regional framework for prevention of malaria reintroduction and certification of malaria elimination 2014–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/regional-framework-for-prevention-of-malaria-reintroduction-and-certification-of-malaria-elimination-20142020-2014>).
9. Turkménistan : exempt de paludisme [actualité en ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 27 octobre 2010 (<http://www.euro.who.int/fr/countries/turkmenistan/news/news/2010/10/turkmenistan-free-of-malaria>).
10. Arménie : exempte de paludisme. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 14 octobre 2011 (<http://www.euro.who.int/fr/countries/armenia/news/news/2011/10/armenia-free-of-malaria>).
11. WHO meeting on progress achieved with malaria elimination in the WHO European Region (Turkmenistan, November 2007) [website]. Copenhague : WHO Regional Office for Europe; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/pre-2009/who-meeting-on-progress-achieved-with-malaria-elimination-in-the-who-european-region-turkmenistan,-november-2007>).
12. Joint statement on cooperation between the Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan and the Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia on malaria elimination. Baku: 19 March 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/163531/AZE_GEO_Joint-Statement-ENG.pdf?ua=1).
13. Joint statement on cross-border cooperation on malaria in Turkmenistan and Afghanistan [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Ashgabat) 20 November 2009 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable>).

diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/activities/turkmenistan-and-afghanistan-reaffirm-cooperation-on-malaria).

14. Joint statement on cross-border cooperation on malaria in Tajikistan and Afghanistan. Kurgan-Tube, 13 October 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/163523/11-13-October-2010_Joint-statement-ENG.pdf?ua=1).
15. Joint statement on cross-border cooperation on malaria in Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan and Uzbekistan. Bishkek: 2 November 2010 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/activities/cross-border-meeting-on-malaria-elimination-between-kyrgyzstan,-kazakhstan,-tajikistan-and-uzbekistan/joint-statement-on-cross-border-cooperation-on-malaria-in-kazakhstan,-kyrgyzstan,-tajikistan-and-uzbekistan>).
16. Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 (http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/fr/).

Annexe C1. Définitions à l'intention des programmes d'élimination du paludisme

1. On entend par élimination du paludisme l'interruption de la transmission locale du paludisme par les moustiques. L'élimination des vecteurs de la maladie ou l'absence totale de cas notifiés de paludisme dans un pays donné ne sont cependant pas exigées. Des cas de paludisme importés continueront en effet d'être détectés en raison des voyages à l'étranger. Ils peuvent à l'occasion entraîner l'apparition de cas introduits où l'infection constitue en fait une première génération transmise localement à la suite d'un cas importé (1).

2. Lors de la phase d'élimination, toutes les infections paludéennes sont importantes, car elles peuvent induire la transmission de la maladie. Par conséquent, tous les cas identifiés de parasitémie (gamétocytémie uniquement) sont considérés comme des « cas de paludisme », en présence ou en absence de symptômes cliniques (2).

3. Définitions des cas de paludisme à l'intention des programmes d'élimination (2) :

Autochtones : un cas localement acquis à la suite d'une transmission par des moustiques, c'est-à-dire un cas indigène ou introduit (ou « transmis localement »).

Importés : un cas dont l'origine peut remonter à une région impaludée connue en dehors du pays où le cas a été diagnostiqué.

Indigènes : tout cas contracté localement (c'est-à-dire à l'intérieur des frontières nationales), sans preuve solide d'un lien direct avec un cas importé. Il s'agit notamment des premières crises tardives de paludisme à *P. vivax* en raison de parasites acquis localement après une longue période d'incubation.

Induits : un cas dont l'origine peut remonter à une transfusion de sang ou d'autres formes d'inoculation parentérale, mais pas à une transmission normale par un moustique.

Introduits : un cas contracté localement, avec de solides preuves épidémiologiques établissant un lien direct avec un cas importé connu (première génération d'un cas importé : le moustique a été infecté par un cas classé comme importé).

4. Les pays n'ayant enregistré aucun cas de paludisme transmis localement pendant trois années consécutives, et en mesure de prouver cette absence par leur système de surveillance, peuvent introduire une demande de certification de l'élimination du paludisme auprès de l'OMS. Un examen des documents nationaux et des visites sur les derniers sites de transmission seront ensuite effectués afin d'attester de la crédibilité de l'absence de transmission du paludisme. Il doit également être établi que le système national de surveillance est capable de détecter toute transmission locale éventuelle, et qu'un programme financé de prévention de la réintroduction du paludisme est en place (2).

5. Le service de santé publique doit faire preuve de vigilance en vertu du programme de prévention de la réintroduction de la transmission. Il doit surveiller la survenue de

tout cas de paludisme dans les régions où cette maladie n'a jamais sévi ou a été éliminée, et appliquer les mesures qui s'imposent. Au cours de la phase de prévention de la réintroduction, les intenses opérations de surveillance nécessaires pour éliminer la transmission seront réduites et remplacées par la vigilance (2).

6. On entend par rétablissement de la transmission la présence renouvelée d'une incidence constante et mesurable de cas et de la transmission par les moustiques dans une région donnée pendant plusieurs années consécutives. L'incidence d'au moins trois infections introduites et/ou indigènes de paludisme sur le même site géographique, pendant deux années consécutives pour *P. falciparum* et trois années consécutives pour *P. vivax*, est notamment indicatrice du rétablissement potentiel de la transmission (2).

Références de l'annexe C1¹

1. Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241596084/en/>).
2. Surveillance épidémiologique en vue de l'élimination du paludisme : manuel opérationnel. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2012 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241503334/fr/>).

¹ Toutes les références électroniques ont été consultées le 25 juillet 2016 (en anglais) et le 28 juillet 2016 (en français).

Catégorie 2. Maladies non transmissibles

D. Rapport de situation final sur le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 (résolution EUR/RC61/R3)

Introduction et généralités

1. En 2006, la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) a été mise au point et approuvée par les États membres de la Région européenne de l'OMS. En 2011, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a élaboré le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 qui a été approuvé par la résolution EUR/RC61/R3 en la soixante et unième session du Comité régional de l'Europe. L'objectif de ce plan d'action est de promouvoir l'action des États membres pour parvenir aux cibles définies aux niveaux mondial et régional pour la réduction de la mortalité prématurée due aux principales maladies non transmissibles.

2. Le présent document propose un aperçu des progrès accomplis par rapport au Plan d'action et en vue de la concrétisation, dans la Région européenne de l'OMS, des cibles fixées aux niveaux mondial et régional pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles au cours de la période 2012-2016.

Principales évolutions politiques et stratégiques

3. Les maladies non transmissibles sont désormais considérées comme une grave menace pour la santé publique partout dans le monde. En 2013, elles étaient responsables de 86 % de la mortalité totale dans la Région européenne. Les principales maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, qui font, à ce titre, l'objet d'interventions renforcées. Ces maladies ont d'importantes conséquences sur le développement humain et sanitaire car elles constituent les premières causes de mortalité prématurée chez les personnes dans la classe d'âge la plus productive (à savoir les 30 à 69 ans) et comptent pour 67 % de l'ensemble des décès dans ce groupe de population. Preuve de l'importance et de la visibilité accrues qui leur sont accordées, elles figurent désormais dans les programmes nationaux pour le développement et la santé à titre de déterminants de la santé.

4. Ce gain de visibilité, conjugué aux nouvelles connaissances sur les déterminants et aux données relatives aux interventions efficaces, a incité le Bureau régional de l'Europe à mettre au point la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) (1), adoptée par le Comité régional en sa cinquante-sixième session de 2006 (résolution EUR/RC56/R2). Le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 (2), approuvée en 2011 lors de la soixante et unième session du Comité régional, a en outre permis de renforcer ces efforts.

5. Les gouvernements du monde entier se sont réunis aux Nations Unies en 2011, et ont présenté une déclaration politique visant à combattre les maladies non transmissibles (3). Par conséquent, l'OMS a été chargée d'élaborer le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 (4) et son cadre mondial de suivi (5). Ce dernier comprend neuf cibles fixées à l'échelle mondiale à atteindre d'ici 2025, avec l'impact sanitaire, les facteurs de risque et les ripostes des systèmes de santé. Le cadre comporte 25 indicateurs pour évaluer les progrès accomplis.

6. En 2014, les Nations Unies ont organisé une réunion de haut niveau afin de réaffirmer les promesses des États membres relatives aux cibles du cadre mondial de suivi. Quatre engagements assortis d'échéance et conformes au plan d'action européen ont été pris pour accélérer le travail sur les plans de la gouvernance, de la surveillance et du suivi, de l'action sur les facteurs de risque et les déterminants, et du renforcement des systèmes de santé afin d'améliorer les soins de santé et la gestion (6).

7. En 2010, le Bureau régional de l'Europe a élaboré un nouveau cadre politique de la santé, Santé 2020, pour la Région européenne. Ses objectifs sont de réduire la mortalité prématurée et les inégalités en matière de santé, d'améliorer la santé et le bien-être et de renforcer les systèmes de santé afin d'accroître l'accès universel aux soins. En faisant figurer les maladies non transmissibles au rang de ses cibles, Santé 2020 joue un rôle moteur dans les actions menées en faveur de la prévention et de la lutte contre ces maladies dans la Région (7).

8. En 2015, les Nations Unies se sont défini un nouveau mandat, le Programme de développement durable à l'horizon 2030, ainsi que 17 objectifs de développement durable. L'un de ceux-ci en particulier vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être. Il est assorti d'un ensemble de cibles visant à renforcer la dynamique engagée en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles (8).

État d'avancement et réalisations

9. Le plan d'action vise principalement la réduction de la charge prématurée et évitable des maladies non transmissibles. Pour ce faire, deux objectifs doivent être atteints : mener une action coordonnée sur les facteurs de risque et leurs déterminants dans les différents secteurs et renforcer les systèmes de santé pour améliorer la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre celles-ci. Le plan d'action définit quatre domaines d'action prioritaires, cinq interventions prioritaires et deux ensembles d'interventions à l'appui.

Évolution de la mortalité prématurée et de la charge de morbidité

10. La cible numéro 1 du cadre mondial de suivi vise une réduction relative de 25 % du taux de mortalité prématurée due aux principales maladies non transmissibles chez les 30-69 ans d'ici 2025. Dans la Région européenne, on observe une diminution de 24,6 %, soit presque 1,5 % par an, entre 1995 et 2010. Si les conditions ne changent pas, les prévisions indiquent que cette baisse pourrait atteindre 40,4 % d'ici 2025. On constate par ailleurs une convergence des pays dans le sens d'une amélioration, avec des progrès plus rapides dans les pays aux taux de mortalité les plus élevés, hommes et femmes confondus.

11. Malgré cette situation encourageante, les probabilités de décéder d'une maladie non transmissible font toujours l'objet d'importantes disparités entre les pays, variant de 9 à 27 %, soit 3 fois plus. Des chiffres deux fois plus élevés chez les hommes (23 %) que chez les femmes (12 %) montrent également d'importantes disparités entre les sexes. Bien que les femmes européennes vivent huit ans de plus que les hommes, elles passent une plus grande part de leur vie en mauvaise santé, principalement à cause des maladies non transmissibles. Cela implique d'adapter les interventions aux situations locales en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

12. L'importance relative des causes des maladies non transmissibles détermine les priorités d'action. Les maladies cardiovasculaires représentent aujourd'hui la principale cause de mortalité prématurée et évitable dans la Région européenne. Elles concourent en effet à 50 % des décès, suivies du cancer (43 %), des maladies respiratoires chroniques (6 %) et du diabète (6%). Plus on va vers l'est de la Région, plus le taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires est important, jusqu'à atteindre des niveaux proches de ceux du cancer. Cela laisse penser que, compte tenu des différences dans les causes de décès, des progrès plus rapides pourraient être réalisés dans certains pays en situation de crise, alors que la diminution de la mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires risque de s'avérer problématique.

13. Comme pour les maladies cardiovasculaires, les caractéristiques du cancer varient selon les types de cancer et les facteurs de risque. Le cancer du poumon représente toujours la première cause de décès chez les hommes, mais son incidence diminue lentement dans la plupart des pays, coïncidant avec une plus faible prévalence du tabagisme ; cette situation contraste avec celle observée chez les femmes. De même, la mortalité liée au cancer du sein – le plus fréquent chez la femme – a diminué plus rapidement, quoique son incidence reste élevée. Cela implique un meilleur taux de survie, et donne à penser que le diagnostic précoce et l'amélioration des traitements et de la prise en charge ont permis d'obtenir de meilleurs résultats pour certaines causes de cancer à différents niveaux des systèmes de soins.

Gouvernance en matière de maladies non transmissibles : politiques, planification et suivi

14. L'une des difficultés de la lutte contre les maladies non transmissibles provient du fait que leurs déterminants socioéconomiques ne relèvent pas du seul domaine de la santé. De même, les programmes de santé étaient auparavant élaborés en fonction de chaque maladie, et ce n'est que récemment qu'ils prennent en compte l'existence de critères communs entre les principaux facteurs de risque.

15. En 2015, 45 pays de la Région européenne de l'OMS ont indiqué disposer d'un plan d'action national intégré pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, contre 34 en 2010. En outre, 17 États membres collaborent actuellement avec le Bureau régional afin de renouveler leurs plans contre ces maladies ou de préparer des plans de mise en œuvre. Par ailleurs, conformément aux engagements pris par les Nations Unies, 24 pays ont fixé des cibles nationales, mais des travaux supplémentaires sont encore nécessaires.

16. Les États membres sont conscients du lien entre les maladies non transmissibles et le développement et se sont engagés à ce titre à faire de ces maladies une priorité de

leurs plans nationaux multisectoriels de développement. Depuis 2014, tous les pays dotés d'un Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement couvrant une période s'achevant en 2019 ou 2020, y font figurer les maladies non transmissibles.

Renforcer la surveillance des maladies non transmissibles

17. Les données de surveillance et de suivi sont essentielles pour prendre des mesures ciblées, mesurer les progrès accomplis et responsabiliser les différents secteurs.

18. D'après l'enquête mondiale de l'OMS 2015 sur les capacités de lutte des pays contre les maladies non transmissibles, 41 pays européens disposent apparemment de systèmes de statistiques de l'état civil permettant de suivre l'évolution de la mortalité prématurée liée à ces maladies ainsi que les inégalités ventilées en fonction de l'âge et du sexe, mais ils sont moins nombreux à pouvoir aussi évaluer les autres questions d'équité. Le taux d'enregistrement des décès est élevé (> 80 %) et seuls quelques pays doivent encore s'améliorer sur ce plan. Actuellement, les préoccupations portent principalement sur la fiabilité des données et le respect des échéances.

19. Par ailleurs, 49 pays de la Région ont indiqué utiliser un registre des cas de cancer, essentiel pour suivre l'incidence, mais seuls 29 de ces registres sont basés sur la population avec des fonctionnalités qui varient fortement, allant du simple enregistrement des cas, avec peu d'informations sur les étapes histologiques, jusqu'au suivi complet. Le Bureau régional fournit un appui technique afin d'améliorer les registres, les systèmes d'information et les capacités du personnel.

20. Pour répondre aux besoins de surveillance, de nouveaux outils sont actuellement mis en œuvre dans la Région européenne et incluent différentes populations (par exemple, l'Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile en Europe de l'OMS (COSI), l'enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) et l'enquête sur les facteurs de risque intégrés fondée sur l'approche STEPwise de l'OMS (STEPS)), différents facteurs de risque (par exemple, l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes (GATS), le Système d'information européen de l'OMS sur l'alcool et la santé (EISAH), la base de données européenne sur la nutrition, l'obésité et l'activité physique (NOPA) et l'approche STEPS) ainsi que la réponse des systèmes de santé (l'approche STEPS, l'outil d'évaluation de la disponibilité et de la préparation des services (SARA) et le programme « Better NCD Outcomes: opportunities and challenges for Health Systems »). La plupart des pays utilisent l'approche STEPS et d'autres enquêtes similaires intégrant les facteurs de risque des maladies non transmissibles, ce qui permet une meilleure surveillance.

21. D'autres systèmes moins classiques, mais toutefois prometteurs, sont actuellement envisagés. Fondés sur des approches de type « Big data » (par exemple, les dossiers médicaux électroniques, les médias sociaux, les pistes numériques et les technologies et dispositifs mobiles d'information), ils pourraient servir d'outils complémentaires pour certains aspects de surveillance (par exemple, la mise en œuvre et l'acceptation des politiques, la biométrie et d'autres indicateurs) lorsque les données n'ont pas été recueillies à large échelle ou en temps quasi-réel.

Interventions prioritaires : promouvoir une consommation saine afin de réduire les facteurs de risque dans la population

22. La mise en œuvre du plan d'action a mis en exergue l'importance de réduire, dans la population, les effets des grands facteurs de risque des maladies non transmissibles, en particulier l'usage nocif de l'alcool, la consommation de tabac, la mauvaise alimentation et l'obésité (9).

Consommation nocive d'alcool

23. Selon des estimations de l'OMS, dans la Région européenne, 13,3 % de la mortalité est imputable à la consommation d'alcool, avec des chiffres allant de 2 à 35 % en fonction des pays. La cible 2 du cadre mondial de suivi cherche à parvenir à une réduction relative d'au moins 10 % de l'usage nocif de l'alcool d'ici 2025.

24. En 2014, la consommation d'alcool par adulte était estimée à 10,68 litres d'alcool pur dans les pays de la Région, soit une diminution de 3,9 % par rapport à 2010. La prévalence de la consommation excessive d'alcool (> 60 g) était de 11 %, avec un taux deux fois plus élevé chez les hommes (15,8 %) que chez les femmes (6,3 %). La hausse de la consommation chez les adolescents est également une source de préoccupation : d'après l'enquête HBSC 2013-2014 (10), 3 à 32 % des garçons âgés de 15 ans ont indiqué consommer de l'alcool au moins une fois par semaine, contre 2 à 29 % des filles du même âge. Par ailleurs, l'OMS estime que 30 % des 15-19 ans étaient des consommateurs excessifs d'alcool en 2010 (11). Globalement, ces chiffres montrent qu'il faut mieux cibler les efforts pour réduire les niveaux élevés de consommation d'alcool observés dans la Région (12,13).

25. Le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (2012-2020) (14) propose des options politiques pour atteindre les cibles du cadre mondial de suivi. À cet égard, des mesures plus strictes ont été mises en place afin de limiter l'accès à l'alcool. Le nombre de pays dont le taux légal d'alcoolémie au volant est de 0,5 g/L a augmenté. En outre, 46 États membres pratiquent désormais les contrôles d'alcoolémie aléatoires, contre 27 en 2010. Les législations fixant la limite d'âge pour l'achat de boissons alcoolisées à emporter et visant à empêcher la production illégale d'alcool se sont également multipliées et renforcées.

26. Le nombre de pays ayant adopté des politiques de marketing en vue de réduire la consommation d'alcool ou son accessibilité financière, et appliquant une réglementation juridiquement contraignante en matière de publicité pour l'alcool, est passé de 42 à 47, tandis que le nombre de ceux exigeant des mises en garde sanitaires dans la publicité pour l'alcool a également augmenté. Davantage de pays ont ajusté la fiscalité des boissons alcoolisées en fonction de l'inflation, et mené des activités nationales de sensibilisation.

27. Ces données montrent la nécessité de poursuivre et de renforcer les efforts engagés pour réduire l'usage nocif de l'alcool grâce à des stratégies d'intervention reposant sur des bases factuelles au niveau de la population.

Réduire la consommation de tabac

28. La Région européenne possède la prévalence la plus élevée du tabagisme chez l'adulte en général (28 %) et l'une des plus élevées chez l'adolescent. La cible 5 du cadre mondial de suivi vise une réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus, d'ici 2025.

29. En 2013, l'OMS a estimé que 38 % des hommes et 19 % des femmes âgés de 15 ans ou plus consommaient du tabac dans la Région, l'écart de prévalence entre les hommes et les femmes s'étant désormais réduit dans de nombreux pays. À l'horizon 2025, les prévisions indiquent que la prévalence sera de 31 % chez les hommes et de 16 % chez les femmes, soit une réduction relative de 22 et 25 %, ce qui montre que la Région doit intensifier la lutte antitabac.

30. La consommation de tabac chez l'adolescent progresse également et, dans certains pays, la prévalence est identique à celle relevée chez l'adulte. L'enquête HBSC 2013-2014 (10) indique que la consommation hebdomadaire de tabac a baissé chez les garçons de 15 ans tandis qu'elle est restée identique chez les filles. Dans le même temps, la moitié d'entre elles a indiqué avoir fumé pour la première fois à l'âge de 13 ans ou moins. Cette tendance reflète le même déséquilibre entre les sexes que chez les adultes et traduit la nécessité de cibler la population féminine afin de réduire son taux de tabagisme toujours plus élevé.

31. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et son Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac (15) sont les principaux moteurs de la lutte contre l'épidémie de tabagisme et de puissants outils juridiques. Cinquante pays de la Région européenne ont adopté la Convention et en sont devenues parties, y compris s'agissant de ses directives pour l'application, options stratégiques et décisions. La mise en œuvre de la Convention-cadre est peu satisfaisante : par exemple, 25 pays ont mis en place une fiscalité afin de limiter l'accès aux produits du tabac, 9 ont interdit la consommation de tabac dans les lieux publics et seuls 7 proposent des programmes de sevrage tabagique. Afin de reconfirmer leur engagement à cet égard, les ministres de la Santé de la Région européenne ont souscrit, en 2015, à une feuille de route reprenant des mesures pour une vie sans tabac (16).

Réduire l'obésité

32. Chez les adultes âgés de 18 ans ou plus, la surcharge pondérale est responsable d'environ 35 % des cardiopathies ischémiques, de 55 % des cas d'hypertension et de quelque 80 % des cas de diabète de type 2.

33. La prévalence du surpoids et de l'obésité augmente chaque année dans la population européenne, rendant plus difficile d'atteindre la cible 7 du cadre mondial de suivi, à savoir l'arrêt de l'augmentation du diabète et de l'obésité. L'OMS a estimé qu'en 2014, 59 % de la population adulte de la Région européenne était en surpoids, soit une hausse de 3,5 % par rapport à 2010. De manière générale, en 2014, les hommes étaient un peu plus touchés par le surpoids que les femmes (62,6 % contre 54,9 %), mais les femmes étaient plus souvent obèses. Les prévisions pour 2030 indiquent que la prévalence dépassera les 50 % dans la plupart des pays, avec comme conséquences un

risque plus élevé de morbidité et d'incapacité ainsi qu'une pression accrue sur les systèmes de santé et la société.

34. L'Initiative COSI montre qu'un tiers des enfants âgés de 6 à 9 ans sont en surpoids ou obèses. Par ailleurs, dans l'enquête HBSC 2013-2014, 15 à 39 % des garçons de 11 ans indiquaient être en surpoids ou obèses contre 9 à 32 % des filles du même âge.

35. Reconnaissant que ces évolutions sont déterminées par de nombreux facteurs différents et dépendent des étapes de la vie, les gouvernements ont réaffirmé leur engagement à lutter contre l'obésité, et ont pris des mesures après l'adoption du Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle (2015-2020) (17) (résolution EUR/RC64/R7) et de la Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 (18) (résolution EUR/RC65/R3) lors des soixante-quatrième et soixante-cinquième sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Europe de 2014 et 2015, respectivement.

36. Des options stratégiques spécifiques ont été adoptées selon les recommandations du Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle. Par exemple, 27 pays ont élaboré des politiques en matière de commercialisation des produits alimentaires, dont des restrictions plus sévères sur la commercialisation des aliments destinés aux enfants riches en graisses saturées, en sucres libres ou en sel. En outre, 26 pays ont mis au point des politiques visant à limiter la teneur en graisses des aliments grâce à la reformulation. D'autres pays ont commencé à encourager l'étiquetage clair et compréhensible à l'avant des emballages ou ont introduit des critères stricts sur la qualité nutritionnelle des aliments servis à l'école.

Interventions prioritaires : évaluation et gestion du risque cardiométabolique et dépistage précoce du cancer

Politiques, principes directeurs et protocoles en matière d'évaluation et de prise en charge des maladies non transmissibles

37. Les pays de la Région européenne se sont investis dans l'élaboration, l'accroissement et le renforcement des politiques, stratégies ou plans de lutte contre les maladies non transmissibles, ou dans l'actualisation et la mise en œuvre de ceux-ci. Par conséquent, le nombre de pays dotés de politiques intégrées spécifiques de lutte contre les maladies non transmissibles est passé de 45 en 2015 à 34 en 2010, même si tous ne les appliquent pas pleinement. Les pays ont également indiqué avoir élaboré des politiques spécifiques par maladie, celles contre le cancer étant les plus fréquentes (46 pays), tandis que 38 possèdent ce type de politique pour les maladies cardiovasculaires, 33 pour le diabète, et 17 seulement pour les maladies respiratoires chroniques.

38. Trente-quatre États membres ont signalé se servir de principes directeurs et protocoles nationaux fondés sur des bases factuelles pour l'évaluation du risque et pour la mise en œuvre d'interventions comportementales et pharmacologiques. Ces outils sont essentiels pour améliorer le rapport coût-efficacité de la gestion des soins de santé, mais un tiers des pays devait encore les approuver. Par ailleurs, des outils spécifiques

sont disponibles dans 43 pays en matière de cancer, dans 38 pays en matière de maladies cardiovasculaires et dans 24 pays en matière de diabète.

Évaluation et gestion des facteurs de risque cardiométabolique

39. L'évaluation et la gestion des facteurs de risque cardiométabolique des maladies non transmissibles et la détection précoce au stade préclinique sont essentiels pour limiter le risque d'événements cardiovasculaires, diabétiques ou cancéreux et leur évolution vers des formes graves, des incapacités ou vers la mort. Dans la Région, les efforts ont été orientés vers la mise en œuvre du dépistage précoce des maladies, l'évaluation intégrée des risques, le traitement et la gestion, en privilégiant les approches fondées sur les soins de santé primaires.

40. La cible 6 du cadre mondial de suivi vise une baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou la limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale, d'ici 2025. Dans la Région européenne, selon les estimations, la prévalence de l'hypertension artérielle a baissé de 7 % entre 2010 et 2014 (25,1 % contre 23,3 %), avec des chiffres allant du simple au double entre les pays (fourchette allant de 15,2 à 31,7 %) et entre les hommes et les femmes. De récentes enquêtes STEPS ont révélé qu'entre 22 et 80 % des personnes présentant une hypertension artérielle ne suivaient aucun traitement pour la réguler.

41. Une concentration sanguine élevée de sucre constitue un facteur de risque important pour le diabète et les maladies cardiovasculaires, et, conjointement à l'obésité, nécessite un suivi en vertu de l'application de la cible 7 du cadre mondial de suivi. En 2008, la prévalence d'hyperglycémie dans la Région était estimée à 9,4 %, chiffre proche de celui de la moyenne mondiale. On a observé des différences entre les pays européens, les taux variant de 5,1 % pour le plus bas, jusqu'à 12,2 % pour le plus élevé. La prévalence était de 10,2 % chez l'homme et de 8,7 % chez la femme, une tendance observée à l'échelle des pays également.

42. L'association de ces facteurs de risque biologiques avec d'autres facteurs de risque augmente de façon synergique le risque d'événements cardiovasculaires. Ce constat fut à l'origine de l'élaboration et de l'utilisation d'un barème d'évaluation du risque élevé de maladies cardiovasculaires, en fonction notamment des différents profils d'exposition aux niveaux régional ou national et de la situation culturelle et socioéconomique. L'OMS contribue actuellement à la mise au point de grilles d'évaluation par pays et à leur application dans les États membres.

43. La cible 8 du cadre mondial de suivi vise à ce qu'au moins 50 % des personnes remplissant les critères bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux. Les enquêtes STEPS ont montré qu'environ un adulte sur cinq de la tranche 40-64 ans présentait un risque élevé. Néanmoins, 50 % ou plus de ces personnes bénéficiaient d'une chimiothérapie ou de conseils, démontrant l'utilité de l'évaluation du risque et des interventions selon les besoins.

44. Afin d'améliorer la gestion globale des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et des maladies elles-mêmes dans différents contextes, l'OMS a élaboré un ensemble d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles

(« PEN »), principalement axées sur la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles, notamment le suivi et l'évaluation. En commençant par des analyses de situation et l'identification des problèmes et des priorités d'intervention, leur mise en œuvre est actuellement en cours dans plusieurs pays de la Région, afin d'améliorer le diagnostic et le traitement au niveau des soins de santé primaires et de parvenir à une meilleure prise en charge.

45. Dans la Région européenne de l'OMS, la mortalité imputable au cancer diminue moins rapidement que celle imputable aux maladies cardiovasculaires. Toutefois, dans de nombreux pays, de nouveaux cas sont fréquemment diagnostiqués à un stade avancé, ce qui démontre une détection précoce insuffisante. Dans l'enquête 2015 sur les capacités de lutte des pays contre les maladies non transmissibles, 40 pays ont indiqué être dotés de politiques, notamment en matière de diagnostic précoce du cancer, de traitement et de soins ; des médicaments essentiels étaient disponibles au niveau des soins de santé primaires (par exemple, morphine orale) dans 40 pays et des soins communautaires pour les personnes souffrant de cancer à un stade avancé étaient disponibles dans 34 pays. Également, des programmes de dépistage du cancer du sein et du col étaient disponibles dans 47 pays, des programmes de dépistage du cancer du côlon dans 37 pays mais deux tiers ou moins étaient basés sur la population.

46. La cible 9 du cadre mondial de suivi vise la disponibilité et l'accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles. Outre le dépistage du cancer, la vaccination contre l'hépatite B en prévention du cancer du foie est largement répandue dans la Région, avec des taux de couverture > 85 % chez les enfants d'un an dans la plupart des pays. Des programmes de vaccination contre le papillomavirus humain sont disponibles dans 30 pays pour prévenir le cancer du col de l'utérus.

Renforcer les systèmes de santé pour lutter contre les maladies non transmissibles

47. Pour atteindre les cibles du cadre mondial de suivi et les engagements pris par les Nations Unies, il est essentiel de renforcer les systèmes de santé pour combattre les maladies non transmissibles et leurs déterminants tout au long de la vie grâce aux soins de santé primaires centrés sur la personne et la couverture sanitaire universelle.

48. Pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et améliorer l'efficacité des systèmes de santé, il convient de discerner certains obstacles et de proposer des solutions pour les surmonter. De même, il importe d'identifier les opportunités à cet égard et de les mettre en œuvre. L'OMS a établi un système d'évaluation des pays comportant des outils de notation et qui permet de mesurer les principaux obstacles et de formuler une liste de priorités et de recommandations d'améliorations, en fonction du contexte. À ce jour, 14 pays de la Région européenne ont mené de telles évaluations et mettent actuellement en œuvre des politiques particulières et novatrices.

Interventions à l'appui

Améliorer l'environnement et le milieu

49. Les expositions environnementales et sur le lieu de travail concourent à une part importante de la charge des maladies non transmissibles. S'intéresser à l'environnement socioéconomique et au milieu dans lesquels les personnes grandissent, jouent, vivent et vieillissent contribue à définir des approches communes pour lutter contre les principaux facteurs de risque et déterminants des maladies non transmissibles.

50. La cible 3 du cadre mondial de suivi vise une réduction relative de 10 % au moins de la prévalence de l'activité physique insuffisante, d'ici 2025. En 2010, dans les pays de la Région européenne, on estime que la prévalence de la sédentarité chez l'adulte va de 10,1 à 38,6 % au maximum chez l'homme, et de 11,7 à 47,2 % chez la femme. La Région affiche également des taux en baisse chez les enfants plus âgés et les adolescents entre 11 et 17 ans avec des taux par pays allant de 65,6 à 91,0 % chez les garçons et de 79,6 à 91,2 % chez les filles.

51. En changeant les environnements physiques, il est possible de promouvoir l'activité physique dans la vie quotidienne grâce à des moyens de transport actifs (par exemple, trajets à vélo ou à pied) et en augmentant le temps consacré aux activités de loisir. L'activité physique est également influencée par les environnements urbains et les politiques relatives aux transports, susceptibles de promouvoir le vélo et la marche par le développement d'infrastructures sûres, tout en favorisant l'aménagement d'espaces verts accessibles pour les activités physiques de loisirs ainsi qu'un changement des comportements. La Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 comporte différentes politiques prioritaires.

Les défis

52. Voici une liste d'enjeux, actuels ou émergents, présentés dans un ordre aléatoire.

- Des inégalités à la fois durables et profondes existent entre les pays concernant la mortalité prématurée, les principaux facteurs de risque et les déterminants, en particulier pour les maladies cardiovasculaires chez l'homme. Il convient d'y accorder une attention plus large et de prendre des mesures énergiques, ce qui pourrait aider de nombreux pays à atteindre les cibles de lutte contre les maladies non transmissibles.
- La diminution plus limitée de la mortalité imputable au cancer, englobant notamment les principales causes évitables et la différence hommes-femmes, ainsi que la réalisation insuffisante du diagnostic précoce, indiquent qu'il est nécessaire d'améliorer les informations figurant dans les registres du cancer, tout comme le diagnostic précoce et les traitements.
- Plusieurs facteurs de risque demeurent élevés et varient peu dans de nombreux pays, en dépit de la reconnaissance de leur importance. Il est essentiel d'adopter des politiques spécifiques pour accélérer la mise en œuvre des « meilleures options » (interventions à fort impact d'un bon rapport coût-efficacité afin d'améliorer la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles).

- Améliorer, grâce à l'implication de différents domaines techniques de l'OMS, les capacités des systèmes de santé, en particulier le diagnostic précoce, les soins et le suivi qualitatif des résultats est une initiative fructueuse qui doit se poursuivre.
- Le suivi et la surveillance accrus des maladies non transmissibles et des indicateurs des systèmes de santé seront indispensables pour évaluer les progrès accomplis dans des domaines spécifiques des stratégies européenne et mondiale pour la prévention et la lutte contre ces maladies. Jusqu'à aujourd'hui, une attention particulière était portée sur la réduction de la mortalité prématurée, mais d'autres résultats mériteraient à l'avenir d'être considérés comme des cibles et des indicateurs de progrès : la diminution de l'incapacité, l'espérance de vie en bonne santé et l'amélioration du bien-être.
- La qualité de l'air et le changement climatique sont des déterminants bien connus. Ils ont un lien étroit avec les maladies non transmissibles, en particulier les maladies cardiovasculaires et respiratoires chroniques, et exercent un impact important sur les populations. La pollution de l'air affecte de plus en plus les personnes vivant en ville et près des grandes autoroutes. Il sera nécessaire de suivre le rôle de la densité des réseaux de transport et celui de la qualité de l'air sur la santé. Néanmoins, il faut également améliorer la précision et la fiabilité de la mesure des maladies respiratoires chroniques dans la population ainsi que l'évaluation et la gestion des systèmes de santé, dans la Région européenne.

53. Au vu du programme actuel sur les maladies non transmissibles, dont la mise en œuvre n'est pas terminée, et des nouvelles demandes pour rationaliser et renforcer l'action, le nouveau Plan d'action proposé pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS 2016-2025 pourrait permettre de résoudre certains de ces problèmes et d'autres problèmes émergents.

Références¹

1. Améliorer la santé. Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/gaining-health.-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases>).
2. Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : Copenhague ; 2012 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2012/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>).
3. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. New York : Nations Unies ; 2011 (http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/fr/).

¹ Toutes les références électroniques ont été consultées le 25 juillet 2016 (en anglais) et le 28 juillet 2016 (en français).

4. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>).
5. Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013 (A66/8; http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/fr/).
6. Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A/RES/68/300. Document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. New York: United Nations; 2014 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/300&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r68_resolutions_table_en.htm&Lang=F).
7. Progrès accomplis sur la voie de la réalisation des cibles de Santé 2020. In : Rapport sur la santé en Europe 2015 : les cibles et au-delà – atteindre les nouvelles frontières des bases factuelles. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2015 (<http://www.euro.who.int/fr/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015>).
8. Health in 2015: from MDGs to SDGs. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/#>).
9. Noncommunicable diseases progress monitor 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/>).
10. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal-gender-and-socioeconomic-differences-in-young-peoples-health-and-well-being-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study-international-report-from-the-20132014-survey>).
11. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>).
12. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/).
13. Poznyak V, Fleischmann A, Rekve D, Rylett M, Rehm J, Gmel G. The World Health Organization's global monitoring system on alcohol and health. *Alcohol Res Health*. 2013; 35:244–9 (<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr352/244-249.htm>).

14. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>).
15. Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2003 (http://www.who.int/fctc/text_download/fr/).
16. Résolution EUR/RC65/R4. Feuille de route reprenant les mesures en vue d’une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025 : dire adieu pour toujours au tabac. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2015 (<http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/resolutions-and-decisions/eurrc65r4-roadmap-of-actions-to-strengthen-the-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-in-the-european-region-20152025>).
17. Résolution EUR/RC64/R7. Plan d’action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2014 (<http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/resolutions/eurrc64r7-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>).
18. Résolution EUR/RC65/R3. Stratégie sur l’activité physique pour la Région européenne de l’OMS 2016-2025. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2015 (<http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/resolutions-and-decisions/eurrc65r3-physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>).

E. Rapport final sur la mise en œuvre de la Déclaration et du Plan d'action européens sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille (résolution EUR/RC61/R5)

Contexte et introduction

1. La Déclaration européenne sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille¹ a été adoptée lors de la conférence à haut niveau « Une meilleure santé, une meilleure vie : les enfants et les jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille », qui s'est tenue à Bucarest (Roumanie) en novembre 2010. Cette déclaration, qui comprend un plan d'action, a été approuvée dans la résolution EUR/RC61/R5 par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en sa soixante et unième session, en septembre 2011. Le présent rapport résume les progrès réalisés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en vue de la concrétisation des objectifs de cette déclaration grâce aux cinq actions énumérées dans la résolution EUR/RC61/R5.

2. La proportion d'enfants susceptibles de souffrir de déficience intellectuelle oscille entre 1 et 3 %. Dans la Région européenne de l'OMS, au moins 300 000 enfants vivent dans des conditions de ségrégation en établissements résidentiels. Il est difficile d'établir avec certitude le nombre précis d'enfants atteints de déficiences intellectuelles dans ces institutions, car souvent celles-ci hébergent également des enfants souffrant d'autres types de handicap (physique et/ou sensoriel) ainsi que des enfants abandonnés ou placés dans des établissements d'accueil pour des raisons sociales. On estime cependant qu'au moins 80 % des enfants placés en institutions souffrent dans une certaine mesure d'un retard de développement ou d'une déficience intellectuelle. Le placement à long terme en institution peut amplifier une déficience intellectuelle existante ou entraîner de graves retards de développement chez les enfants qui ne souffraient d'aucun handicap intellectuel au départ.

3. La conférence de haut niveau a été organisée pour sensibiliser davantage à ce problème, à savoir le nombre important d'enfants souffrant de déficiences intellectuelles et vivant en institution, et soumettre à l'approbation des pays participants les objectifs et les mesures qui permettraient d'améliorer l'autonomie, l'intégration et les opportunités de ces enfants, conformément à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant.

4. Dix domaines prioritaires en vue de mesures permettant aux jeunes souffrant de déficiences intellectuelles et à leur famille de mener une vie saine et complète ont été répertoriés dans la déclaration et mis en évidence dans la résolution EUR/RC61/R5 :

- protéger les enfants et les jeunes atteints de déficiences intellectuelles de tous préjudice et maltraitance ;
- permettre aux enfants et aux jeunes de grandir au sein de leur famille ;

¹ Document EUR/51298/17/6.

- dispenser des soins de proximité plutôt qu'en établissement ;
- déterminer les besoins de chaque enfant et de chaque jeune ;
- veiller à la coordination et à la pérennité de soins de santé mentale et physique de qualité ;
- protéger la santé et le bien-être des aidants familiaux ;
- habiliter les enfants et les jeunes atteints de déficiences intellectuelles à contribuer à la prise de décisions en ce qui concerne leur existence ;
- renforcer les capacités et susciter l'engagement du personnel ;
- collecter des informations essentielles sur les besoins et les services et assurer la qualité des services ;
- investir de manière à permettre l'égalité des chances et l'obtention des meilleurs résultats.

5. Dans la résolution EUR/RC61/R5, il est demandé à la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe de « s'assurer que la priorité et les ressources adéquates sont accordées aux activités et aux programmes afin de satisfaire aux exigences de la Déclaration et du Plan d'action, conformément au mandat de l'OMS, et de la manière suivante :

- a) en exerçant un leadership en ce qui concerne le rôle et le fonctionnement des systèmes de santé, conformément à toutes les normes et politiques européennes et mondiales dans ce domaine, afin de répondre aux besoins des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et de leur famille ;
- b) en fournissant un soutien technique aux États membres afin de promouvoir la qualité dans la prestation de services et d'établir des capacités durables ;
- c) en soutenant les initiatives de recherche qui aboutiront à des politiques et des pratiques éthiques et fondées sur des bases factuelles ;
- d) en surveillant la situation sanitaire des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et de leur famille, et en évaluant les progrès accomplis dans la mise en œuvre de cette Déclaration et de ce Plan d'action ;
- e) en s'engageant dans un partenariat avec l'UNICEF, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe ainsi que d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales, quand l'action conjointe peut faciliter la mise en œuvre... »

6. Ce rapport présente les progrès accomplis par le Bureau régional en vue d'atteindre ces cinq objectifs pour 2020.

Réalisations, progrès et défis

Exercer un leadership en ce qui concerne le rôle et le fonctionnement des systèmes de santé, conformément à toutes les normes et politiques européennes et mondiales dans ce domaine, afin de répondre aux besoins des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et de leur famille

7. Dans le cadre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et de Santé 2020, la santé des enfants atteints de déficiences intellectuelles est liée aux inégalités. Il s'agit d'un problème intersectoriel influencé par un large éventail de politiques à l'échelle des pouvoirs publics. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, par l'intégration des travaux des programmes contribuant à la réalisation de cet objectif, a témoigné d'un leadership eu égard au rôle et au fonctionnement des systèmes de santé adaptés aux besoins des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et de leur famille.

8. Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020², adoptée dans la résolution EUR/RC64/R6 lors de la soixante-quatrième session du Comité régional, en septembre 2014, aborde le thème des déficiences et troubles mentaux chez les jeunes et est fondée sur le principe de l'adoption d'une démarche « parcours de vie » inspirée de bases factuelles et fondée sur des droits, avec des partenariats solides et une collaboration intersectorielle. Cette stratégie est extrêmement pertinente pour l'élaboration de politiques permettant aux enfants et adolescents de la Région européenne de réaliser pleinement leur potentiel en matière de santé, de développement et de bien-être.

9. Le plan d'action intitulé « Investir dans l'enfance : le plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020 »³, également adopté dans la résolution EUR/RC64/R6, est tout aussi important pour répondre aux besoins des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles. Étroitement aligné sur la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents, le plan d'action précise que les enfants souffrant d'incapacités ou de problèmes de comportement ainsi que ceux placés en institution, tels que les orphelinats, peuvent être exposés à un risque accru de maltraitance. Les objectifs de ce plan d'action viennent compléter les actions prioritaires de l'initiative « Une meilleure santé, une meilleure vie ». Les travaux conjoints de mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action, y compris la surveillance, sont en cours.

10. En mai 2014, la Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA67.8, qui invite instamment les États membres à accorder la place qui leur revient aux besoins particuliers des personnes atteintes de troubles du spectre autistique et d'autres troubles du développement, et prie l'OMS de collaborer avec les États Membres et les organismes partenaires pour fournir un appui. Aux termes de la Déclaration, l'autisme relève spécifiquement des déficiences intellectuelles, étant donné qu'environ 75 % des personnes atteintes de ce trouble du développement présentent une incapacité intellectuelle, et bon nombre d'entre elles sont placées dans les mêmes

² Document EUR/RC64/12.

³ Document EUR/RC64/13.

institutions. Au prochain stade de la mise en œuvre, l'OMS se penchera sur les problématiques de l'urgence d'une évaluation des besoins et de la mise en œuvre d'interventions spécialisées fondées sur des bases factuelles.

Fournir un soutien technique aux États membres afin de promouvoir la qualité dans la prestation de services et d'établir des capacités durables

11. Le Bureau régional de l'Europe a soutenu l'élaboration de stratégies sanitaires et la prestation de services moyennant l'analyse de l'efficacité des systèmes nationaux de santé mentale. La plupart de ces initiatives sont réalisées dans le cadre des accords de collaboration biennaux (ACB) conclus avec les États membres, parfois à la demande spéciale de ministères. Le programme national de santé mentale a participé à 24 ACB en 2012-2013 et à 26 ACB en 2014-2015/2016-2017 ; la plupart de ces accords requièrent un soutien pour les politiques de désinstitutionalisation et l'élaboration de services de proximité. Plusieurs pays (l'Albanie, l'Arménie, la Bulgarie, la Géorgie, la Hongrie, le Kirghizistan, la République de Moldova, la République tchèque, la Roumanie, le Tadjikistan, le Turkménistan, la Turquie et l'Ukraine) ont prié le Bureau régional de réaliser une évaluation du pays, y compris concernant la situation dans les établissements spécialisés, et de formuler des recommandations.

12. Certains États membres ont accompli des progrès. Le nombre de places en institutions a considérablement diminué en Bulgarie, en République de Moldova et en Roumanie. Tous les pays demandeurs d'aide étaient engagés dans un programme de réformes. Plusieurs défis cohérents et réguliers ont d'ailleurs été recensés à cet égard. La diminution du nombre de lits témoigne d'un transfert des responsabilités des autorités nationales aux autorités locales, qui ne sont pas toujours en mesure de faire face aux incidences budgétaires. Les services de proximité sont généralement inadaptés et le personnel insuffisamment préparé. La stigmatisation et les discriminations continuent à entraver la pleine intégration dans la communauté locale.

13. En Turquie, le Bureau régional a été invité à mettre en œuvre un grand projet sur la promotion de personnes handicapées, en particulier de celles souffrant d'incapacité mentale (déficiences intellectuelles et troubles mentaux de longue durée). Ce projet, cofinancé par la Commission européenne, a démarré en 2011, et la première phase s'est achevée en 2014. Ce projet portait notamment sur les jeunes. Le Bureau régional a assuré la coordination de l'élaboration de services destinés aux personnes handicapées grâce à une collaboration efficace entre les ministères, les institutions, les autorités locales, les universités, les agences des Nations Unies, les organisations non gouvernementales, la société civile, les responsables communautaires et le secteur privé. Grâce à ce projet, le gouvernement turc a pu réduire le nombre d'établissements, et créer quelque 75 centres communautaires et plus de 40 Maisons de l'espoir (petites résidences pour personnes handicapées) partout dans le pays.

Soutenir les initiatives de recherche qui aboutiront à des politiques et des pratiques éthiques et fondées sur des bases factuelles

14. Certaines activités de recherche ont été entreprises en partenariat avec l'OMS. En 2014, la Fondation Lumos a réalisé le projet « Turning Words into Action » [Traduire les paroles en actes]. Ce projet pilote, financé par la Commission européenne, visait à trouver les moyens de mettre en œuvre les mesures énoncées dans la Déclaration

européenne sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille. La Commission européenne a pleinement souscrit à la déclaration et à ses priorités. Elle a aussi reconnu que la désinstitutionalisation et les droits des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles constituaient des motifs de préoccupation. Des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles, leurs parents, des responsables politiques et des professionnels de la santé et de l'éducation ont participé à ce projet. Ce dernier a été mené en Bulgarie, en République tchèque et en Serbie. Ces pays ont été choisis en raison des défis auxquels ils sont confrontés eu égard au nombre d'enfants placés en institution, et aux importantes différences en termes de culture et de développement économique. En outre, avant le lancement de ce projet, aucun de ces trois pays ne disposait d'une structure permettant aux enfants atteints de déficiences intellectuelles de participer d'une manière significative au processus de formulation des politiques.

15. Ce projet a permis de conclure que la contribution des enfants atteints de déficiences intellectuelles à l'élaboration des politiques et des activités qui les concernent est indispensable, tout comme l'engagement de toutes les parties concernées à comprendre les besoins et capacités de ces enfants, et à s'y adapter. Un environnement social favorable, n'excluant personne, et une volonté politique ferme sont essentiels pour qu'un processus décisionnel participatif fasse durablement partie intégrante des sociétés.

Surveiller la situation sanitaire des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et de leur famille, et en évaluant les progrès accomplis dans la mise en œuvre de cette déclaration et de ce plan d'action

16. L'OMS a l'intention d'effectuer un nouveau bilan de la situation des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille en 2016-2017, dans le cadre de l'enquête entreprise en 2015 auprès des institutions accueillant des adultes souffrant d'incapacité mentale dans la Région européenne de l'OMS. Bien que ce projet porte sur le nombre et la qualité des institutions pour adultes souffrant de déficiences intellectuelles et de troubles mentaux de longue durée, le réseau mis en place grâce à cette initiative peut également fournir des informations sur les établissements pour jeunes en vertu de la résolution EUR/RC61/R5. Le Bureau régional fournira les ressources indispensables pour la réalisation du projet.

S'engager dans un partenariat avec l'UNICEF, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe ainsi que d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales, quand l'action conjointe peut faciliter la mise en œuvre

17. Après l'organisation conjointe d'une conférence de haut niveau à Bucarest en 2010, un partenariat étroit a été maintenu avec l'UNICEF. Les deux parties se réunissent régulièrement avec des représentants de la Commission européenne pour évaluer les progrès accomplis en matière de désinstitutionalisation. Le Bureau régional conseille la Commission européenne sur la situation dans les pays de l'Union européenne. Il a en outre apporté son soutien aux États membres ayant introduit une demande de ressources auprès de cet organe.

18. Le Bureau régional entretient également des contacts réguliers avec le représentant européen du Comité des droits de l'homme des Nations Unies sur les questions relatives aux droits et au placement en institution. Il a participé à des réunions du Conseil de l'Europe sur le handicap.

19. Le Bureau régional continue de s'engager dans des partenariats avec des organisations non gouvernementales et des centres spécialisés actifs dans ce domaine, comme la Fondation Lumos. La Mental Health Foundation et le Picker Institute (Royaume-Uni) ont apporté leur soutien à des évaluations de la qualité et à la formation professionnelle. Plusieurs centres collaborateurs de l'OMS (notamment ceux de Vérone et de Trieste en Italie, la Queen Mary University de Londres au Royaume-Uni, ainsi que le Centre Serbsky de Moscou et l'Institut de recherche psychoneurologique Bekhterev de Saint-Pétersbourg en Fédération de Russie) ont apporté leur appui aux évaluations d'institutions. Le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est a examiné les progrès accomplis en vue de réduire le nombre d'institutions et de renforcer la capacité communautaire.

20. Le Bureau régional a organisé une réunion d'associations professionnelles européennes actives dans ce domaine, et convenu d'une déclaration d'intention en vue de relever les défis communs en matière de prestation de services et de développement professionnel. Il a été enfin décidé de procéder à une enquête sur la main-d'œuvre européenne, qui sera coordonnée par le Bureau régional.

Catégorie 3 : Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie

F. Rapport intermédiaire sur la mise en œuvre de la Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020 (résolution EUR/RC62/R6)

Contexte et introduction

1. En septembre 2012, lors de sa soixante-deuxième session, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la stratégie et le plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020 (document EUR/RC62/10 Rev.1). Cette stratégie/plan d'action définit 4 domaines d'action prioritaires, 5 interventions prioritaires et 3 interventions auxiliaires pour la promotion du vieillissement en bonne santé – un aspect de plus en plus important de la santé et du bien-être – dans le contexte du vieillissement rapide de la population de la Région européenne de l'OMS. Ce rapport intermédiaire décrit brièvement les progrès réalisés en vue de la mise en œuvre de cette stratégie/plan d'action pour examen par le CR66, comme demandé dans la résolution EUR/RC62/R6.

2. Le vieillissement en bonne santé est une thématique interdivisionnelle faisant intervenir plusieurs programmes au sein du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Au niveau national, les politiques favorisant le vieillissement en bonne santé sont souvent de nature intersectorielle ; elles requièrent une collaboration entre divers secteurs des pouvoirs publics pour instaurer des partenariats et des coalitions avec de multiples intervenants. De ce point de vue, les travaux en rapport avec le vieillissement en bonne santé dans la Région européenne correspondent à des aspects fondamentaux du projet de Santé 2020.

3. Étant donné que la population de toute la Région européenne avance de plus en plus en âge, le vieillissement actif et en bonne santé reste l'une des préoccupations prioritaires des pays européens. Depuis l'adoption de la stratégie/plan d'action, la plupart des États membres ont pris des mesures pour promouvoir un vieillissement actif et en bonne santé, que ce soit sous la forme de politiques indépendantes ou dans le cadre d'une stratégie ou d'un plan d'action national pour le vieillissement, en amendement des politiques existantes ou en prenant de nouvelles initiatives. Un nombre croissant d'États membres (huit à ce jour) ont requis l'appui du Bureau régional pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques concernant le vieillissement en bonne santé, par le biais d'accords de collaboration biennaux.

4. Depuis 2012, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe fournit un appui aux États membres, de la manière suivante :

- en entreprenant une étude de la situation nationale (par exemple, en ex-République yougoslave de Macédoine) ;
- en élaborant de grands plans nationaux pour un vieillissement actif et en bonne santé (Slovénie) ;

- en aidant à élaborer des politiques dans des domaines précis, dans le contexte de réformes stratégiques globales, en particulier par la mise en place ou la réforme des systèmes de soins de longue durée (République de Moldova, République tchèque, Slovaquie, Slovénie et Turquie) et par une meilleure coordination/intégration des services aux personnes âgées (Serbie).
5. Un autre aspect important des travaux du Bureau régional a été d'actualiser et de développer le cadre et les instruments de l'OMS pour des environnements « seniors admis », dont l'usage est aujourd'hui très répandu dans les États membres de la Région européenne, et ce à divers niveaux des pouvoirs publics.

Les domaines prioritaires stratégiques où agir et les interventions prioritaires

6. Le vieillissement en bonne santé tout au long de la vie est essentiel pour atteindre les objectifs de Santé 2020 : la progression récente de l'espérance de vie dans les États membres de la Région européenne est partiellement le résultat d'une meilleure santé et d'une diminution de la mortalité dans les groupes d'âge plus avancé, comme l'atteste la base de données sur la charge mondiale de morbidité (1). Dès lors, les stratégies et politiques pour un vieillissement en bonne santé tout au long de la vie ont figuré en bonne place à l'ordre du jour de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020, qui s'est tenue à Minsk (Biélorus) en octobre 2015.

7. Afin de remédier aux disparités importantes et croissantes dans le domaine de la santé et du bien-être des personnes âgées, que ce soit entre ou dans les États membres, il est capital de consacrer plus d'investissements au vieillissement en bonne santé tout au long de la vie. Ces inégalités sont le thème de deux nouvelles publications :

- La lutte contre les inégalités entre seniors d'Europe dans le domaine de la santé, telle qu'elle est présentée dans le rapport final de l'étude des déterminants sociaux et de la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS (2) et les travaux actuels du Bureau régional sur les environnements « seniors admis » ;
- Un rapport sur la santé et la qualité de vie des habitants âgés de la région de Pomurje, qui expose les bases factuelles pour les politiques fournies par une étude sur les disparités en matière de santé existant entre seniors de la zone rurale de Pomurje (Slovénie).

8. Dans le cadre du vieillissement en bonne santé, la dimension homme-femme est abordée de diverses manières, notamment en améliorant le soutien des pouvoirs publics en matière de soins de longue durée fournis par des aidants familiaux et en assurant une meilleure couverture en santé et une meilleure qualité des soins fournis aux personnes âgées souffrant de déficiences fonctionnelles. Les femmes prédominent dans ces deux groupes. Ce sont là quelques-uns des aspects traités dans *Beyond the mortality advantage: investigating women's health in Europe* (Au-delà des avantages en matière de mortalité : étude sur la santé des femmes en Europe) (3), un rapport publié par le Bureau régional en 2016.

9. *Ageing and sexual health* (Vieillesse et santé sexuelle), 77^e numéro d'*Entre Nous*, le magazine européen de la santé sexuelle et reproductive, publié en anglais (4), aborde un large éventail d'aspects du vieillissement et de la santé sexuelle, depuis certains problèmes médicaux précis jusqu'au thème plus général de l'évolution de la société, qui admet que la sexualité et la santé sexuelle font partie intégrante de la santé et du bien-être chez les aînés. Dans plusieurs articles de ce numéro, on analyse comment la progression de l'espérance de vie peut se traduire par une meilleure santé et plus de bien-être, y compris dans le domaine de la santé sexuelle au sein des groupes plus âgés, et on aborde les aspects les plus intimes du vieillissement en bonne santé.

10. Depuis 2012, un certain nombre d'aspects fondamentaux de la santé publique sur lesquels portent les interventions prioritaires et auxiliaires de la stratégie/plan d'action pour vieillir en bonne santé ont été intégrés dans de nouveaux plans d'action à l'échelon régional, notamment le Plan d'action européen sur la santé mentale 2013-2020 (document EUR/RC63/11), le Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 (document EUR/RC64/14), la Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 (document EUR/RC65/9) et le Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS (document EUR/RC66/11), présenté pour examen lors de la soixante-sixième session du Comité régional.

11. Par ailleurs, dans la Région européenne, on prend de plus en plus conscience du fait qu'il faut accorder plus d'attention aux besoins de certains groupes de personnes âgées potentiellement vulnérables. Des recommandations concernant les politiques du vieillissement en bonne santé chez les populations roms ont été évoquées lors d'un atelier de deux jours organisé à Pécs (Hongrie) en 2014, qui a débouché sur l'adoption de la Déclaration de Pécs sur le vieillissement en bonne santé des communautés roms. La conclusion des participants à cet atelier a été que, comme c'est à la vieillesse que les inégalités en matière de santé entre Roms et non-Roms sont les plus criantes, le vieillissement en bonne santé de la population rom âgée doit faire l'objet de plus d'attention dans la recherche et dans les politiques, notamment afin de remédier aux problèmes spécifiques auxquels les membres plus âgés de la communauté rom font face pour accéder à des services de santé et à une aide sociale adaptés aux seniors.

12. *Prisons and health* (La santé en prison) (5), publié par le Bureau régional de l'Europe en 2014, comporte un chapitre sur les bases factuelles pour les politiques de santé visant à améliorer la situation des personnes âgées au sein des populations incarcérées. Ces personnes représentent un groupe vulnérable de plus en plus important, notamment celles qui souffrent de démence, qui courent un risque élevé que leurs besoins spécifiques ne reçoivent pas l'attention nécessaire.

13. Quoique des stratégies pour la prévention des chutes soient incluses dans la plupart des plans d'action nationaux et soient prises en considération dans l'agencement d'espaces urbains accessibles et dans les normes d'habitation, elles restent une pierre d'achoppement, non seulement pour les environnements favorables au vieillissement en bonne santé, mais aussi pour une amélioration de la qualité des soins dispensés dans les établissements de soins sanitaires et sociaux. En Lituanie, il a été question, dans le cadre d'un dialogue sur les politiques, d'une démarche globale pour la prévention des chutes, afin de favoriser la mise en œuvre de la stratégie nationale sur le vieillissement en bonne santé.

14. En ce qui concerne les normes de qualité applicables aux soins de longue durée, des progrès ont été enregistrés dans plusieurs pays, notamment grâce aux projets de pouvoirs publics locaux visant à créer des « résidences-santé » pour personnes âgées. Toutefois, il apparaît qu'on pourrait en faire plus, par exemple pour éviter les chutes dans les établissements spécialisés ou en adaptant mieux l'environnement bâti.

15. Au Bureau régional, les travaux en cours sur la qualité des soins de longue durée font l'objet d'une collaboration interdivisionnelle entre la Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie et la Division des systèmes de santé et de la santé publique, et s'inscrivent dans le Cadre d'action intitulé « Renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne dans la Région européenne de l'OMS : un cadre d'action pour la prestation de services de santé intégrés » (document EUR/RC66/15). Il s'agit de l'une des facettes des travaux du Bureau régional en matière de systèmes de santé centrés sur la personne et de systèmes de soins de longue durée.

16. L'un des fruits de ces travaux a été la mise en place, en novembre 2015, d'un parcours du patient pour les personnes souffrant de démence en Serbie, afin d'améliorer la qualité autant que la coordination des soins, et, in fine, la qualité de vie des personnes âgées. Ce type de parcours constitue un guide pour le patient ; il met l'accent sur la prévention, la maîtrise et la gestion des maladies, et facilite la trajectoire du patient dans le secteur de la santé, en lien avec d'autres secteurs.

17. En République tchèque, une étude a été menée sur l'avenir des soins de longue durée. On y analysait la manière actuelle de dispenser des soins, en abordant les aspects économiques des soins de longue durée. Cette étude a fourni le point de départ d'un dialogue national sur les politiques, consacré à la future réforme des soins de longue durée. Un état des lieux initial pour faciliter des dialogues similaires et des débats sur des réformes sont en cours en Slovaquie et en Turquie.

18. Le Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020 (document EUR/RC64/15) fait la promotion d'une démarche « parcours de vie » en matière de vaccination. Pour la saison hivernale 2015, une campagne spéciale de sensibilisation a été lancée concernant la vaccination contre la grippe pour les personnes âgées. Il faut une meilleure prise de conscience des avantages de la vaccination des personnes âgées afin d'inverser la tendance récente, à savoir un recul des taux de vaccination contre la grippe (observé là où des données sont disponibles).

19. Publié conjointement par l'OMS, le Programme des Nations Unies pour le développement et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, le *Rapport de situation sur la prévention de la violence dans le monde 2014 (6)* et ses profils de pays attestent de la prise de conscience et de l'engagement politique croissants en faveur de la lutte contre la maltraitance des aînés dans la Région européenne. Ce rapport fournit des bases factuelles fondées sur une étude mondiale consacrée à la prévention des violences et des traumatismes, qui représente également un instrument utile pour l'observation future des progrès enregistrés dans ce domaine d'action en Europe.

20. Le nombre de villes et de communautés qui se fondent sur les recommandations de l'OMS relatives aux villes et aux environnements amis des aînés pour organiser leurs activités visant à instaurer des environnements plus favorables aux aînés continue de grimper. Depuis 2012, ce mouvement a bénéficié de davantage de soutien direct des

pouvoirs publics, et ce à un niveau plus élevé – y compris à l'échelle nationale – dans plusieurs pays, comme la Finlande, la France, l'Irlande et le Royaume-Uni. Il y a eu une prise de conscience de l'importance capitale des mesures prises localement pour gérer les aspects liés à la promotion de l'activité physique chez les personnes âgées et pour remédier à la solitude et à l'isolement.

21. Durant la phase V (2009-2013) du Réseau européen des Villes-santé, l'élaboration de politiques favorables aux aînés a été l'une des thématiques les plus fréquemment abordées au niveau municipal. Elle est restée un domaine prioritaire, étant donné que les villes se sont montrées intéressées à poursuivre leur collaboration avec le Bureau régional au cours de la phase VI (2014-2018). Douze villes environ ont uni leurs efforts pour travailler avec le Bureau régional grâce au « groupe de travail pour le vieillissement en bonne santé », en vue de promouvoir l'apprentissage mutuel et d'aider le Bureau régional à mettre au point des outils pour des environnements favorables aux aînés, outils qui pourront être utilisés par d'autres villes et communautés.

22. De plus, la thématique du vieillissement en bonne santé est régulièrement abordée au cours des réunions annuelles du Réseau européen des Villes-santé, où un large éventail de sujets sont couverts, depuis les aspects stratégiques tels que la participation sociale, l'activité physique, l'environnement bâti avec une prise en compte des aînés, jusqu'à la gouvernance à de multiples échelons, au suivi, aux indicateurs et aux évaluations rapides de l'état d'avancement de la mise en œuvre.

23. Les travaux menés par le Bureau régional avec les villes et communautés d'Europe au sein du Réseau européen des Villes-santé et du Réseau mondial des villes et des communautés amies des aînés ont apporté une contribution essentielle à la publication *Age-friendly environments in Europe (7)* (Environnements favorables aux aînés en Europe), fruit d'un projet commun et d'une collaboration entre le Bureau régional et la Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion de la Commission européenne. Ce projet commun, pour lequel le Bureau régional a collaboré avec la Commission européenne et d'autres partenaires de 2013 à 2016, constituait l'un des axes de l'engagement du Bureau régional à mener une action conjointe au sein du Partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé.

24. Au cours de la présidence irlandaise du Conseil de l'Union européenne (UE), le Sommet de l'UE sur le vieillissement actif et en bonne santé s'est tenu à Dublin (Irlande) en juin 2013. On y a discuté des moyens de mettre en œuvre des politiques en faveur d'environnements favorables aux aînés grâce à un mouvement international de villes et d'autres autorités locales, en puisant inspiration et conseils dans les publications de l'OMS sur les villes amies des aînés. Cette rencontre a débouché sur l'adoption, par les villes et les autorités régionales, de la Déclaration de Dublin relative aux villes et communautés amies des aînés en Europe 2013, qui reconnaît le rôle du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et de ses cadres stratégiques fondamentaux pour l'évolution future du mouvement des environnements favorables en Europe.

25. L'encadrement des politiques à l'échelon national a été axé sur les aspects de la réforme des soins de longue durée, des soins palliatifs, de la qualité et de l'équité dans l'accès aux services de santé et services de soins de longue durée, ainsi que de la prestation de services de santé intégrés – autant de thèmes qui contribuent au domaine stratégique n° 3 (Des systèmes de santé et de soins de longue durée centrés sur la

personne et adaptés à des populations vieillissantes) de la stratégie/plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe. Cette opération a été facilitée par les travaux entrepris de manière conjointe par la Division des maladies non transmissibles et du cycle de vie et la Division des systèmes de santé et de la santé publique.

26. En Slovénie, le Bureau régional est intervenu depuis le début dans les débats sur l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale détaillée pour le vieillissement actif et en bonne santé. Ce projet est financé conjointement par la Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion de la Commission européenne, le ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances et le ministère de la Santé.

27. Ces dernières années, les investissements dans les soins de longue durée ont augmenté dans les pays de la Région européenne, que ce soit par le biais de politiques explicitement axées sur les soins de longue durée ou d'un poste des dépenses globales consacrées à la santé et aux politiques sociales. Les dépenses dédiées aux soins de longue durée sont l'un des volets des dépenses de santé qui connaissent la croissance la plus rapide, et la crise financière de 2008 a moins entravé cette croissance que celle des dépenses de santé dans leur ensemble.

28. De même, les mesures axées spécifiquement sur une amélioration des soins et une meilleure intégration pour les personnes souffrant de démence se multiplient. Les déclarations formulées par les États membres au cours de la Première Conférence ministérielle de l'OMS sur une intervention globale contre la démence, organisée par l'OMS avec le soutien du ministère de la Santé du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), démontrent que la Région européenne s'engage résolument en faveur de ces politiques en général. Le Bureau régional participera à l'initiative Joint Action on Dementia (Ensemble contre la démence) de la Commission européenne.

29. Le cadre de suivi et d'évaluation des environnements favorables aux aînés en Europe élaboré par l'OMS est un outil précieux pour aider les autorités locales à renforcer les bases factuelles et la recherche sur le vieillissement en bonne santé. Il rassemble tout un éventail d'études et d'expériences pratiques tirées du mouvement des villes et communautés amies des aînés, qui est en expansion rapide. Mais comme il ressort du *World report on ageing and health* (8) (Rapport mondial sur le vieillissement et la santé), les connaissances demeurent très lacunaires en ce qui concerne l'évolution et les mécanismes sous-jacents en matière de vieillissement en bonne santé et de vie indépendante. Ces lacunes doivent être comblées pour encadrer le processus d'élaboration des politiques, ce qui requiert une collaboration étroite avec des partenaires tels que la Commission européenne, la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies (CEE-ONU) et la Banque mondiale.

Perspectives pour 2017-2020

30. Dans les quatre prochaines années, les travaux s'axeront sur les questions relatives aux personnels de santé pour les populations vieillissantes et sur un nouveau renforcement de la collaboration avec des organisations internationales (en particulier la Commission européenne, l'OCDE, la CEE-ONU, le FNUAP et la Banque mondiale)

autour du vieillissement en bonne santé et des indicateurs, et entre les trois niveaux de l'OMS. Il s'agira notamment d'une collaboration sur l'indice de vieillissement actif CEE-ONU/Commission européenne, et dans le cadre CEE-ONU de suivi de la stratégie régionale de mise en œuvre pour le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement et ses rapports de 2017.

31. Le *World report on ageing and health* (8) ainsi que la nouvelle stratégie et le nouveau plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé de l'OMS (9), auxquels le Bureau régional a apporté sa contribution, aideront à renforcer la cohérence et la pertinence des travaux sur le vieillissement en bonne santé menés avec les États membres.

32. L'affinement des cibles et des indicateurs aux niveaux mondial et régional dans le courant de 2016 facilitera le suivi de la mise en œuvre de la stratégie/plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe de 2017 à 2020. La stratégie et le plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé mettent l'accent sur la nécessité d'instaurer des systèmes de soins de longue durée dans tous les pays, ce qui correspond aussi aux projets du Bureau régional, qui se propose d'intensifier les travaux dans ce domaine, en collaboration avec les États membres.

Références¹

1. Global Burden of Disease (GBD) [online database] Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd/en/).
2. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (updated reprint) (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>).
3. Beyond the mortality advantage: investigating women's health in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2015/beyond-the-mortality-advantage.-investigating-womens-health-in-europe>).
4. Ageing and sexual health. *Entre Nous*. 2013;77;1–31. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/entre-nous/entre-nous/ageing-and-sexual-health.-entre-nous-no.-77,-2013>).
5. Prisons and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>).
6. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (published jointly with United Nations Office on Drugs and

¹ Toutes les références électroniques ont été consultées le 25 juillet 2016 (en anglais) et le 28 juillet 2016 (en français).

Crime and United Nations Development Programme (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en/).

7. Age-friendly environments in Europe (AFEEE) [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/activities/age-friendly-environments-in-europe-afee>).
8. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>).
9. Vieillir en bonne santé: stratégie et plan d'action de l'OMS (projet) Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (Document A69/17 de l'Assemblée mondiale de la santé, <http://www.who.int/ageing/global-strategy/fr/>).

G. Rapport de situation final sur les progrès réalisés pour la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC57/R2)

Contexte et introduction

1. L'adoption de la Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire (résolution A/RES/55/2 de l'Assemblée générale) en septembre 2000 et la définition des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont représenté une avancée majeure en proposant un cadre pour la promotion du développement inclusif. Cependant, l'application de ce cadre s'est avérée complexe. Les enseignements tirés à cet égard ont d'ailleurs inspiré le processus d'élaboration du programme de développement pour l'après-2015 et du document final « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 », ainsi que les négociations engagées à cette fin.

2. Depuis l'adoption des OMD, la santé, en tant que composante essentielle du bien-être humain, s'est considérablement améliorée dans la Région européenne de l'OMS, mais pas partout et pas pour tout le monde. En effet, les inégalités de santé persistent d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays. Le développement rapide des maladies non transmissibles, des handicaps et des troubles mentaux, ainsi que les risques pour l'hygiène de l'environnement et les incertitudes financières, ont accentué les pressions exercées sur les systèmes de santé et de protection sociale. On en tient pour preuve les difficultés rencontrées par de nombreux pays de la partie orientale de la Région européenne dans la réalisation des OMD liés à la santé.

3. Beaucoup reste à faire pour préserver les bienfaits sanitaires réalisés jusqu'à présent, et pour garantir le meilleur état de santé possible en tant que droit fondamental de tout être humain, quels que soient le pays et les populations.

4. Il importe par conséquent de poursuivre les initiatives inachevées dans le cadre des OMD, de relever les défis posés par les maladies non transmissibles, la santé mentale et la santé sexuelle et reproductive, et de garantir la couverture universelle en santé. Santé 2020, et le tout récent Programme de développement durable à l'horizon 2030, offrent un excellent cadre stratégique pour améliorer la santé, réduire les inégalités à cet égard, et renforcer le leadership et la gouvernance participative pour la santé dans la Région européenne.

5. Ce rapport résume les progrès réalisés en vue d'atteindre les OMD liés à la santé ainsi que plusieurs cibles spécifiques dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC57/R2).

État d'avancement et réalisations

Objectif n° 4 : réduire la mortalité infantile

6. Un bon départ dans la vie rend plus faciles la protection et la promotion de la santé aux stades ultérieurs de l'existence. L'amélioration de la santé infantile et

maternelle constitue donc une priorité du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, comme le confirme de nouveau la stratégie intitulée « Investir dans l’enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 » (document EUR/RC64/12), adoptée lors de la soixante-quatrième session du Comité régional de l’Europe, dans sa résolution EUR/RC64/R6 de septembre 2014.

7. Dans la stratégie, on cherche à recueillir des données sur les enfants et les adolescents plus âgés, et à étudier les influences de l’environnement sur la santé de l’enfant à tous les âges, y compris avant la naissance. Cette stratégie tente d’instaurer une vision dans laquelle les enfants sont visibles et font l’objet d’attention, entourés de parents aimants, allaités exclusivement au sein pendant les premiers mois et scolarisés de manière à pouvoir devenir des membres à part entière de la société.

8. Bien que la Région européenne ait accompli des progrès importants dans la réduction de la mortalité des nourrissons et des enfants de moins cinq ans, les disparités persistent. La moyenne régionale des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passée de 32 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 11 pour 1 000 naissances vivantes en 2015 (estimation modélisée), le taux de diminution annuel étant de 4,2 % (1). Ceci correspond à une réduction de près des deux tiers, ce qui permet d’atteindre l’objectif de 2015. La moyenne régionale des taux de mortalité des nourrissons est passée de 26 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 10 pour 1 000 naissances vivantes en 2015 (modélisée). En 2015, 26 pays avaient atteint la cible 4.A des OMD (réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans).

9. La prématurité, le faible poids à la naissance, les anomalies congénitales, l’asphyxie ou le traumatisme à la naissance ainsi que les infections néonatales figurent parmi les principales causes de mortalité néonatale. Les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, les maladies non transmissibles et les traumatismes comptent quant à eux parmi les principales causes de mortalité post-néonatale dans la Région européenne.

10. Le Bureau régional apporte son soutien au renforcement des capacités des responsables politiques, des gestionnaires de la santé et des prestataires de soins de santé en vue d’améliorer la qualité des soins. Les outils fondés sur des bases factuelles élaborés par l’OMS et ses partenaires sont adaptés au contexte national, et utilisés pour l’évaluation et l’amélioration de la qualité des services de santé infantile dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé primaires. Un soutien est également fourni à la reformulation des programmes pédagogiques des prestataires de soins de santé. L’Organisation collabore également avec d’autres agences des Nations Unies et ses partenaires à l’élaboration d’outils de renforcement des capacités en vue d’aplanir les inégalités dans la réalisation des objectifs 4 et 5, en particulier en ce qui concerne la population rom.

11. La vaccination a permis de réduire de manière considérable la mortalité infantile dans la Région européenne au cours de ces dernières décennies. Il s’agit là d’une tâche prioritaire réalisée conformément à Santé 2020 et au Plan d’action européen pour les vaccins 2015-2020.

12. De formidables progrès ont été réalisés grâce à la mise au point et à l'introduction de nouveaux vaccins et à l'élargissement de la portée des programmes de vaccination pour faire baisser la mortalité et la morbidité. On n'a jamais vacciné autant de personnes qu'aujourd'hui. L'accès aux vaccins et leur administration à des personnes de tous les groupes d'âge se développent également. De nouveaux vaccins de plus en plus sophistiqués ont été déployés au cours de ces dix dernières années, avec le soutien de l'OMS, notamment le vaccin conjugué contre le pneumocoque (34 pays) et ceux contre l'infection au rotavirus (15 pays) et au papillomavirus humain (42 pays). Il s'agit là d'une avancée importante sur la voie de la réalisation de l'objectif n° 4.

13. Cependant, alors que les programmes nationaux de vaccination sont généralement efficaces et que la couverture vaccinale systématique est élevée dans les pays, la Région européenne a subi des flambées de maladies à prévention vaccinale au cours de ces quatre dernières années. Alors que débute l'année 2016, la Région n'a pu respecter le délai fixé à 2015 pour l'élimination de la rougeole et la rubéole, mais la dynamique est bien présente grâce à l'expression d'un engagement renouvelé à cet égard, et l'interruption de la transmission indigène des deux maladies dans la majorité des pays.

Objectif n° 5 : améliorer la santé maternelle

14. La moyenne régionale des taux de mortalité maternelle est passée de 44 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 16 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 (2). Malgré ces progrès, la baisse moyenne de 4% reste en deçà des 5,5 % nécessaires pour réaliser la cible 5.A des OMD (réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle). Elle est d'ailleurs encore moins importante (3 %) dans les pays d'Asie centrale et dans le Caucase. Les taux moyens de mortalité maternelle dans les pays de l'Union européenne (UE) restent faibles. Cependant, l'analyse des données relatives à différents groupes sociaux met en exergue la diversité existant à cet égard au sein des pays, et des interventions ciblées ont été ainsi mises au point.

15. Les données fiables et comparables sur la prévalence de l'utilisation de méthodes contraceptives, la non-satisfaction des besoins en matière de planification familiale et le taux de natalité chez les adolescentes (indicateurs de la cible 5.B des OMD) font défaut dans de nombreux pays. Les taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes et efficaces sont particulièrement peu élevés dans de nombreux pays d'Europe orientale et d'Asie centrale. L'utilisation limitée de contraceptifs en Europe orientale, ainsi que la forte dépendance à l'égard de méthodes affichant des taux d'échec relativement importants chez les utilisateurs, expliquent les taux d'avortement élevés et soutenus après une période de forte baisse à la fin des années 1990 et au début des années 2000. Dans certains pays, les obstacles à l'avortement médicalisé favorisent les pratiques dangereuses, entraînant la morbidité, voire la mortalité maternelles.

16. Le Bureau régional de l'Europe soutient l'intégration de la santé reproductive, maternelle et infantile aux politiques nationales dans le cadre des systèmes de santé, et met l'accent sur l'équité en matière d'accès à des services de qualité. La Stratégie pour la santé et le bien-être de la femme dans la Région européenne de l'OMS (document EUR/RC66/14) ainsi que le Plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive : mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 en Europe – ne laisser personne de côté (document EUR/RC66/13), sont présentés pour examen aux États membres lors de la soixante-sixième session du Comité régional de l'Europe.

17. Par ailleurs, l'Organisation, avec d'autres agences des Nations Unies et ses partenaires, œuvre à l'élaboration d'outils de renforcement des capacités en vue d'aplanir les inégalités dans la réalisation des objectifs 4 et 5, en particulier en ce qui concerne la population rom.

Objectif n° 6 : combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

VIH/sida

18. Plus de 142 000 nouveaux diagnostics d'infection à VIH ont été signalés dans la Région européenne en 2014, ce qui représente un taux de 16,4 pour 100 000 habitants et contribue à un total cumulatif de plus de 1,8 million de cas diagnostiqués depuis le début de la communication des données à ce sujet. Ces chiffres témoignent d'une progression de 76 % des nouveaux cas d'infection à VIH par rapport à 2005, année durant laquelle près de 81 000 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Cette tendance s'explique principalement par la hausse enregistrée en Europe orientale et en Asie centrale, où le nombre de nouveaux cas diagnostiqués a augmenté de 115 % au cours de ces dix dernières années. Le contraste est évident avec les autres Régions de l'OMS où le nombre de nouvelles infections à VIH est généralement en baisse. Sur les 142 000 nouveaux cas diagnostiqués en 2014, 77 % ont été signalés en Europe orientale et en Asie centrale.

19. Un nombre total de 16 037 nouveaux diagnostics de sida a été rapporté en 2014, soit un taux de 2,3 cas pour 100 000 habitants, ceux-ci étant d'ailleurs beaucoup plus nombreux en Europe orientale et en Asie centrale (11 890 cas) qu'en Europe occidentale et centrale (4 147 cas). La majorité des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale ont signalé une augmentation soutenue des nouveaux cas diagnostiqués de sida, soit une hausse de 141 % en 2014 par rapport à 2005. En Europe occidentale, ce nombre a diminué de 63 %.

20. Si les méthodes de dépistage du VIH à base communautaire sont de plus en plus acceptées et pratiquées dans la partie occidentale de la Région européenne, elles restent un défi dans la partie orientale. L'augmentation globale du nombre de personnes testées dans la Région n'est pas indicatrice d'une meilleure couverture des populations ayant le plus besoin d'être soumises à un test de dépistage dans de nombreux contextes, étant donné que les taux moyens de dépistage du VIH chez les consommateurs de drogues par injection, les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports homosexuels oscillent entre 40 et 60 %, soit bien en deçà de la cible européenne de 90 % fixée pour 2015. En outre, le dépistage tardif continue de poser problème : la proportion de cas d'infection à VIH diagnostiqués tardivement¹ était de 48 % en 2014. Cette situation a des conséquences négatives sur l'efficacité du traitement, l'incidence du sida, la mortalité et la transmission du VIH à la population.

21. Les pays de la Région européenne ont réalisé des progrès dans l'administration de traitements et de soins chez les patients infectés par le VIH. Le traitement antirétroviral est largement disponible dans la partie occidentale de la Région, avec une couverture moyenne estimée à environ 75 % à la fin de 2015, et est désormais plus accessible en Europe orientale et en Asie centrale : 210 000 personnes supplémentaires ont bénéficié

¹ Numération des CD4 inférieure à 350 par ml de sang au diagnostic.

de ce traitement en 2015 par rapport à 2010, soit une augmentation de 187 % en seulement quatre ans (de 112 100 à 321 800). Comparé à 2005, ce chiffre a été multiplié par vingt, étant donné que seules 15 600 personnes suivaient ce traitement cette année-là. Or, si l'on considère qu'environ 1,5 million de personnes vivent avec le VIH (cas diagnostiqués ou non) en Europe orientale et en Asie centrale, la proportion de patients recevant un traitement antirétroviral n'était que de 21% à la fin de 2015.

22. La réduction de la transmission mère-enfant du VIH constitue l'une des réussites de la Région européenne dans la lutte contre l'épidémie de VIH/sida. Ce mode de transmission représentait moins de 1 % des nouveaux cas en 2014, le nombre d'enfants ainsi infectés ayant baissé de 11 % entre 2005 et 2014. Il est à noter que 74 % des cas de transmission mère-enfant ont été rapportés dans la partie orientale de la Région européenne en 2014. Les pays européens affichent toujours le niveau le plus élevé au monde de couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes infectées par le VIH (une proportion estimée à 75-95%) dans les pays à revenus faible et intermédiaire à la fin de 2014).

23. D'excellents progrès ont également été accomplis en vue de procéder à la double élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale dans la Région européenne. Trois États membres, à savoir l'Arménie, le Bélarus et la République de Moldova, ont réussi à faire valider l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et/ou de la syphilis congénitale, et plusieurs autres pays se préparent à la validation sur la base des critères établis au niveau mondial par l'OMS. Deux consultations techniques régionales réalisées en collaboration avec les Nations Unies et d'autres partenaires importants à Astana (Kazakhstan) en 2015, ainsi que plusieurs missions d'évaluation de la préparation à la validation ont accéléré le processus devant aboutir à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale et à sa validation dans la Région.

24. Beaucoup reste à faire pour stopper le VIH/sida et inverser la tendance, et les activités dans ce domaine se poursuivront dans le cadre des efforts menés à l'échelle régionale en vue de réaliser l'objectif de développement durable n° 3 (Bonne santé et bien-être), dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 adopté récemment. Une aide et une assistance technique continueront d'être apportées aux États membres afin qu'ils adoptent des politiques fondées sur des bases factuelles pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, en particulier chez les populations clés, et qu'ils mettent en œuvre des interventions et des programmes de réduction des risques pour la prévention de la transmission sexuelle dans le cadre des plans nationaux de lutte contre le VIH. En collaboration avec les États membres et les partenaires, le Bureau régional a élaboré un nouveau plan d'action pour la riposte du secteur de la santé au VIH dans la Région européenne de l'OMS. Celui-ci est présenté pour examen à la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe de septembre 2016. Ce Plan d'action sert de guide afin de transformer la riposte du secteur de la santé de la manière requise pour inverser l'évolution de l'épidémie de VIH dans la Région, et plaide en faveur d'une intensification de la riposte contre le VIH en donnant la priorité aux actions rapides, à haut impact et fondées sur des bases factuelles. L'engagement politique des États membres est indispensable pour une mise en œuvre réussie de ce Plan d'action.

Paludisme

25. La Déclaration de Tachkent « Passer de la lutte contre le paludisme à son élimination » (2005) (3), approuvée par dix pays touchés par le paludisme dans la Région européenne, a constitué une étape importante du processus d'élimination de cette maladie en Europe. La déclaration a ouvert la voie à une nouvelle stratégie régionale pour la période 2006-2015, qui a aidé les pays européens concernés par le paludisme à réduire à zéro le nombre de cas indigènes.

26. La Région européenne est la première Région au monde à être parvenue à interrompre la transmission indigène du paludisme. Le nombre de cas de paludisme indigène est en effet passé de 90 712 en 1995 à zéro cas en 2015, conformément à l'objectif de la Déclaration de Tachkent d'éliminer le paludisme de la Région d'ici à 2015. Le Turkménistan a été déclaré exempt de cette maladie en 2010, l'Arménie en 2011 et le Kazakhstan en 2012. Au Kirghizistan, l'élimination du paludisme devrait faire l'objet d'une certification à la fin de 2016. La transmission indigène de la maladie a également été interrompue en Azerbaïdjan, en Géorgie, en Ouzbékistan, au Tadjikistan et en Turquie.

27. Ces progrès ont été réalisés grâce à la fois à une forte volonté politique, au dépistage et à la surveillance accrus des cas de paludisme, à l'adoption de stratégies intégrées de lutte contre les moustiques avec la participation communautaire, à la collaboration transfrontalière, et à la communication aux personnes à risque. Les principaux partenaires ont apporté un financement majeur aux activités d'élimination du paludisme dans les pays européens.

28. Le Cadre régional pour la prévention de la réintroduction du paludisme et la certification de son élimination 2014-2020 (4) a été élaboré et publié. Il évoque les principaux moyens d'éviter la résurgence du paludisme dans les pays où il a déjà été éliminé, ainsi que les aspects méthodologiques du processus de certification des pays exempts de paludisme.

29. Bien qu'aucun cas indigène n'ait été signalé en 2015, il est toujours possible que des cas se déclarent en 2016 après une longue période d'incubation.

30. Les progrès réalisés dans ce domaine sont encore fragiles. Les enseignements tirés du passé mettent en évidence la menace continue de la réintroduction du paludisme. Il importe par conséquent de maintenir la détermination politique, un haut niveau de vigilance et l'investissement dans le renforcement des systèmes de santé, pour assurer l'endigement rapide de la maladie en cas de résurgence.

Tuberculose

31. L'objectif de stopper la prévalence de la tuberculose ainsi que la mortalité associée à cette maladie, et d'inverser la tendance, n'a été atteint que partiellement dans la Région européenne. En 2014, l'incidence et la prévalence de la tuberculose ont été estimées, respectivement, à 37 et 48 cas pour 100 000 habitants (5). L'incidence de cette maladie a diminué depuis 2005 à un taux moyen de 5,2 % par an, soit le déclin le plus rapide observé au niveau mondial. Si la prévalence a été réduite de 28,4 % comparée à l'objectif de réduction de 50 % par rapport à la valeur de référence de 1990, elle a

néanmoins diminué de plus de moitié depuis 2000. En 2014, la mortalité due à la tuberculose a été estimée à 3,7 décès pour 100 000 habitants, soit une baisse de 20 % par rapport à 1990 et de plus de la moitié depuis 2000.

32. Au cours de ces cinq dernières années, plus de 1 million de patients atteints de tuberculose (dont 53 000 souffrant de tuberculose multirésistante (MR)) ont pu être guéris, environ 200 000 cas de tuberculose-MR ont été évités, et plus de 2,6 millions de vies ont été sauvées (6). Or, malgré la diminution constante de la charge de morbidité et l'énorme impact des interventions concertées menées au niveau européen, la Région européenne n'a pu pleinement réaliser les cibles de l'objectif n° 6.

33. Dans la Région européenne, la charge de tuberculose varie largement entre les pays et au sein de chacun d'eux, allant de deux cas pour 100 000 habitants dans certains États membres à plus de 150 cas pour 100 000 dans d'autres. D'importants écarts sont même observés au sein des pays, les taux de tuberculose dépassant d'ailleurs les 100 cas pour 100 000 habitants dans certains districts et capitales d'Europe occidentale. La majeure partie de la charge de morbidité est supportée par les 18 pays hautement prioritaires. On y observe en effet 83 % des nouveaux cas de tuberculose, 92 % de la mortalité due à cette maladie, 88 % des patients tuberculeux co-infectés par le VIH et 99 % de tous les cas de tuberculose-MR.

34. En 2014, la moitié environ des 73 000 cas estimés de tuberculose-MR ont pu être dépistés. La prévalence de la tuberculose-MR parmi les nouveaux cas de tuberculose était de 18,4 % dans la Région européenne, tandis que la prévalence parmi les cas précédemment traités était de 46,2 %. Bien que la co-infection tuberculose-VIH ne soit pas aussi répandue que dans d'autres Régions de l'OMS, la Région européenne est la seule Région où une prévalence croissante du VIH a été observée chez les patients tuberculeux, le pourcentage passant de 2,8 % en 2007 à 8,0 % en 2014.

35. En 2013, la Région européenne a atteint la couverture universelle en ce qui concerne le traitement antituberculeux de première et de deuxième intentions. Toutefois, le taux de réussite thérapeutique (nouveaux cas et rechute) est resté constamment faible au cours de ces dix dernières années. En 2014, il était de 76 %, soit bien en-deçà de l'objectif de 85 %. Si le taux de réussite thérapeutique chez les patients atteints de tuberculose-MR a également accusé un recul, une augmentation a été observée pour la première fois en 2014 par rapport à 2013, où il est passé de 46 à 49 %.

36. Le Bureau régional continue de fournir une assistance technique aux États membres en vue de procéder au suivi et à l'évaluation des interventions nationales, et d'améliorer la gestion des médicaments antituberculeux, la lutte contre les infections, les réseaux de laboratoires, la co-infection tuberculose-VIH, la sensibilisation et la communication, la surveillance et les mesures de lutte, la prise en charge clinique, l'enregistrement et l'établissement de rapports, la collaboration intersectorielle, l'action sur les déterminants sociaux de la tuberculose et les approches centrées sur la personne afin de parvenir à l'accès universel aux soins antituberculeux conformément à Santé 2020.

37. L'année 2015 a marqué l'échéance du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS. Afin de poursuivre les avancées dans ce domaine et de relever

les défis posés à la prévention et aux soins de la tuberculose et de la tuberculose-MR et UR, le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe a élaboré le nouveau Plan d’action contre la tuberculose pour la Région européenne de l’OMS 2016-2020. Le nouveau plan d’action, approuvé par les États membres lors de la soixante-cinquième session du Comité régional de septembre 2015, s’inspire des enseignements tirés de la mise en œuvre des sept domaines d’intervention du plan d’action consolidé susmentionné, conformément à la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose et Santé 2020, la politique européenne pour la santé et le bien-être (7).

Maladies tropicales négligées

38. L’activité du Bureau régional dans ce domaine se concentre principalement sur les maladies nouvelles et réémergentes à transmission vectorielle, telles que la maladie à virus Zika, la dengue et le chikungunya, ainsi que la leishmaniose et la géohelminthiase.

39. *Aedes albopictus*, le vecteur de la dengue, s’est rapidement propagé dans plus de 25 pays de la Région européenne. La menace de flambées épidémiques de cette maladie frappe de nouveau l’Europe, après 55 ans d’absence. La transmission locale du virus a été signalée en Croatie et en France en 2010, et des cas importés ont été détectés dans plusieurs autres pays européens. En 2012, une flambée de dengue s’est déclarée sur l’île de Madère (Portugal). Elle a donné lieu à plus de 2 200 cas et à l’importation de cas dans 17 autres pays européens. Le Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle, adopté lors de la soixante-troisième session du Comité régional dans sa résolution EUR/RC63/R6, est utilisé comme cadre d’action à l’appui des États membres.

40. À ce jour, aucune transmission du virus Zika par des moustiques n’a été signalée dans la Région européenne. Le rapport d’évaluation intérimaire du risque de maladie à virus Zika dans la Région, publié par le Bureau régional, souligne que le niveau global de probabilité d’une transmission locale du virus Zika, et le risque d’une flambée épidémique de grande ampleur par la suite, sont en général faibles à modérés dans la Région, mais ce risque varie d’un pays à l’autre. Plusieurs pays du bassin méditerranéen présentent une probabilité modérée de transmission locale du virus de Zika en raison de la présence de populations d’*Aedes albopictus*. En outre, *Aedes aegypti* s’est établi dans trois zones géographiques qui, par conséquent, présentent une probabilité plus élevée de transmission locale du virus de Zika (île de Madère (Portugal), zones côtières de la mer Noire en Géorgie et en Fédération de Russie).

41. La leishmaniose est une maladie négligée au sujet de laquelle on dispose de statistiques incomplètes et dont la charge est sous-estimée ou indéterminée dans la plupart des pays de la Région européenne. Selon les dernières estimations de l’OMS à ce sujet, l’incidence de la leishmaniose viscérale et cutanée dans la Région représenterait moins de 2 % de la charge mondiale de cette maladie. Le Cadre stratégique de la lutte contre la leishmaniose dans la Région européenne de l’OMS 2014-2020 a été élaboré et publié en 2014. Il énonce les objectifs à atteindre dans la Région d’ici 2020, et recommande notamment des approches stratégiques et des interventions prioritaires dans les domaines suivants : gestion des programmes, dépistage et prise en charge des cas, surveillance de la maladie, lutte contre les hôtes réservoirs, lutte antivectorielle intégrée, gestion environnementale et protection

individuelle, préparation et interventions en cas d'épidémie, recherche opérationnelle, renforcement des capacités, participation communautaire et éducation sanitaire, coopération transfrontalière, collaboration intersectorielle, action en partenariat, et suivi et évaluation.

42. Les géohelminthes, communément appelés « vers intestinaux », sont à l'origine des infections parasitaires les plus courantes dans le monde, et touchent les communautés les plus démunies. Les géohelminthiases induisent de nombreux symptômes susceptibles d'affecter les capacités de travail et d'apprentissage des individus et de nuire à la croissance et au développement physiques et intellectuels. L'OMS estime que plus de 4 millions d'enfants dans la Région européenne ont besoin d'une chimiothérapie préventive (1 % de la charge mondiale). Un cadre stratégique pour la prévention et la lutte contre les géohelminthiases dans la Région a été élaboré en vue de protéger tous les enfants de la Région européenne de l'impact négatif des géohelminthiases. Ce projet de cadre devrait être finalisé et publié en juillet 2016.

Cible 7.C : réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base

43. En 2015, la majorité de la population de la Région européenne avait accès à des sources d'eau potable (98,5 %) et à des services d'assainissement (93,1 %) de base, tels que définis par le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (8). Toutefois, ces chiffres occultent d'importantes lacunes et disparités dans la Région, entre les pays et au sein de chacun d'eux, entre les zones urbaines et rurales et entre les groupes à revenus faible et élevé.

44. La Région européenne n'a pas réussi à atteindre la cible fixée en matière d'assainissement. En effet, plus de 62 millions de personnes n'ont toujours pas accès à des toilettes en bon état de marche et à des moyens sûrs d'éliminer les matières fécales d'origine humaine. Près de 1,7 million de personnes dans 11 pays pratiquent la défécation en plein air : leurs excréments sont éliminés dans les champs, les forêts, les buissons, les plans d'eau, les plages ou d'autres espaces ouverts, voire jetés avec les déchets solides. Les personnes dépourvues d'accès à des installations sanitaires adéquates ne peuvent donc vivre dans un environnement sain et sont privés du droit humain à un assainissement approprié.

45. La Région européenne a atteint la cible fixée en matière d'eau potable. Or, quelque 14 millions de personnes n'ont pas accès à une source d'eau potable de base, et 62 millions vivent toujours dans des habitations non raccordées à l'eau potable courante. Plus de 4 millions doivent encore utiliser l'eau de surface (rivières, barrages, canaux, ruisseaux, lacs, étangs ou canaux d'irrigation) comme principale source d'eau, ce qui pose des risques graves pour la santé.

46. Il existe d'importantes inégalités en matière d'accès aux services d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement, les habitants des zones rurales et les pauvres étant d'ailleurs les plus défavorisés à cet égard. Sur dix personnes privées d'accès à une source d'eau potable de base, sept vivent en fait en zone rurale. Dans le Caucase et en Asie centrale, par exemple, 19 % de la population rurale vivent dans des habitations sans accès à une source d'eau potable de base, contre seulement 2 % de la

population urbaine Plus important encore, 62 % de la population rurale vit dans des habitations dépourvues d'accès à l'eau courante, alors que seulement 10 % des citoyens connaissent le même problème.

47. Les données sur l'accès aux services, tels que l'eau et l'assainissement, peuvent cependant occulter une certaine réalité de la prestation de ces services en termes de qualité, de quantité, de fonctionnalité, de fiabilité, de continuité et d'accessibilité financière. Selon les estimations, dans les pays à revenus faible et intermédiaire de la Région européenne, 10 décès par jour dus à la diarrhée sont imputables à des conditions inadéquates d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène (9). Davantage d'attention doit par conséquent être accordée à l'augmentation de la sécurité et de la durabilité des services. En ce qui concerne l'accès aux sources d'approvisionnement en eau et aux installations d'assainissement, une amélioration importante de la situation sanitaire devrait être réalisée en passant de services « de base » à des modèles « systématiquement gérés ». Le Bureau régional encourage les États membres à intensifier les approches systématiques de gestion des risques dans la politique comme dans la pratique, notamment la planification de la gestion de la sécurité sanitaire de l'eau et de l'assainissement approprié.

48. Le Protocole sur l'eau et la santé, auquel la Déclaration de Parme 2010 sur l'environnement et la santé fait référence comme le principal instrument stratégique et multilatéral visant à élaborer des politiques intégrées dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de la santé dans la Région européenne, a été ratifié à ce jour par 26 pays de la Région, couvrant ainsi 60 % de sa population. Dans le cadre du Protocole, le Bureau régional, en collaboration avec ses partenaires, aide les États membres à fixer des objectifs de politique nationale sur la lutte contre les maladies d'origine hydrique, le renforcement de la gestion sécuritaire des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, la mise en place de systèmes de surveillance efficaces et la réduction des inégalités persistantes en matière d'accès aux services d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Les dispositions et principes du Protocole s'alignent parfaitement sur les objectifs de développement durable (ODD) du Programme de développement durable à l'horizon 2030 relatifs à l'eau, à l'assainissement et à la santé, et jouent un rôle fondamental dans la transposition et l'intégration des engagements pris au niveau mondial dans le Programme 2030, notamment les objectifs 3 et 6, dans les cibles et les actions nationales.

Références²

1. Levels & trends in child mortality: report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund; 2015 (<http://childmortality.org/index.php?r=site/index>).
2. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division; WHO, 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>).

² Toutes les références électroniques ont été consultées le 25 juillet 2016 (en anglais) et le 28 juillet 2016 (en français).

3. 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/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/pre-2009/tashkent-declaration-the-move-from-malaria-control-to-elimination>).
4. Regional framework for prevention of malaria reintroduction and certification of malaria elimination 2014–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/2014/regional-framework-for-prevention-of-malaria-reintroduction-and-certification-of-malaria-elimination-20142020-2014>).
5. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2016/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-in-europe-2016>).
6. Towards the end of tuberculosis in the WHO European Region: people at the centre of care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2015/towards-the-end-of-tuberculosis-in-the-who-european-region-2015>).
7. Moments forts de la quatrième journée : le Comité régional adopte le nouveau plan d'action sur la tuberculose et clôt sa soixante-cinquième session [actualité en ligne]. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 17 septembre 2015 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/news/news/2015/09/day-4-highlights-rc65-adopts-new-tuberculosis-action-plan-and-closes>).
8. United Nations Children's Fund and the World Health Organization. Progress on sanitation and drinking water – 2015 update and MDG assessment. New York: United Nations Childrens Fund; 2015 (<http://childmortality.org/index.php?r=site/index>).
9. Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene: exposures and impacts in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/preventing-diarrhoea/en/).

Catégorie 5 : Préparation, surveillance et intervention

H. Rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC61/R6)

Contexte et introduction

Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques

1. Lors de la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe en septembre 2011, l'ensemble des 53 États membres de la Région européenne ont adopté la résolution EUR/RC61/R6 et le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques (document EUR/RC61/14). Ce dernier vise sept objectifs stratégiques qui portent intégralement sur les facteurs complexes liés à la résistance bactérienne :

- a) renforcer la coordination nationale multisectorielle en vue d'endiguer la résistance aux antibiotiques ;
- b) renforcer la surveillance de la résistance aux antibiotiques ;
- c) promouvoir des stratégies pour l'utilisation rationnelle des antibiotiques et renforcer la surveillance nationale de leur consommation ;
- d) renforcer la lutte anti-infectieuse et la surveillance de la résistance aux antibiotiques dans les services et établissements de soins de santé ;
- e) prévenir et lutter contre le développement et la propagation de la résistance aux antibiotiques dans les secteurs vétérinaire et agricole ;
- f) promouvoir l'innovation et la recherche sur les nouveaux médicaments et les nouvelles technologies ;
- g) améliorer la sensibilisation, la sécurité des patients et les partenariats.

2. Pour promouvoir la mise en œuvre du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques, la résolution EUR/RC61/R6 exhorte les États membres à prendre les mesures suivantes :

- a) assurer l'engagement politique et les ressources pour mettre en œuvre le plan d'action stratégique ;
- b) analyser la situation nationale en matière de résistance aux antimicrobiens et d'utilisation des antibiotiques dans le cadre d'une approche intégrée englobant la communauté, les services et établissements de soins de santé et la production alimentaire et animale ;

- c) soutenir la mise en place de systèmes nationaux de surveillance et de suivi de la résistance aux antibiotiques et de la consommation de ces médicaments ;
- d) mettre en œuvre et formaliser des mécanismes nationaux de coordination intersectorielle et globale ;
- e) examiner et assurer le respect des recommandations nationales pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de santé ;
- f) développer la coopération avec l'industrie pharmaceutique, les universités et les autres secteurs concernés en vue d'aborder la recherche et le développement de nouveaux antibiotiques et d'outils de diagnostic afin d'endiguer la résistance à ces médicaments ;
- g) de soutenir les campagnes nationales de sensibilisation aux causes de la résistance aux antibiotiques.

3. La résolution EUR/RC61/R6 prie la directrice régionale de continuer à jouer un rôle pilote, de fournir des outils, des conseils et un soutien technique aux États membres, et d'aider ces derniers à évaluer leur situation actuelle en ce qui concerne la résistance aux antibiotiques, la consommation d'antibiotiques, ainsi que leur capacité à élaborer et à mettre en œuvre des plans d'action nationaux.

Action mondiale sur la résistance aux antibiotiques

4. En mai 2014, la Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA67.25 sur la résistance aux antimicrobiens, priant le directeur général d'établir un projet de plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, y compris la résistance aux antibiotiques, et de soumettre ce projet à la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

5. Lors de l'élaboration du plan d'action mondial, le secrétariat a mené des consultations intenses et approfondies avec le Groupe consultatif stratégique et technique sur la résistance aux antimicrobiens, des organismes internationaux tels que l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), les États membres et d'autres parties prenantes concernées. Les travaux du secrétariat ont également été facilités grâce à des conférences techniques et politiques de haut niveau accueillies par la Norvège, les Pays-Bas et la Suède, et portant sur :

- a) l'importance du principe « Un monde, une santé » (La Haye (Pays-Bas), les 25 et 26 juin 2014) ;
- b) l'usage responsable des antibiotiques (Oslo (Norvège), les 13 et 14 novembre 2014) ;
- c) le renforcement des capacités mondiales de surveillance, systèmes et normes (Stockholm (Suède), les 2 et 3 décembre 2014).

6. Deux rapports importants ont été publiés dans le cadre des activités sur la résistance aux antimicrobiens réalisées aux trois niveaux de l'Organisation par le secrétariat : *Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014* [Résistance aux antimicrobiens : rapport mondial sur la surveillance 2014] (avril 2014) et *Analyse mondiale de la situation dans les pays : réponse à la résistance aux antimicrobiens* (avril 2015). Ces rapports présentent un aperçu du niveau actuel des capacités mondiales en matière d'intervention face à la menace de la résistance aux antimicrobiens, et des besoins qui doivent être pris en compte dans le plan d'action mondial.

7. En mai 2015, la soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé, dans la résolution WHA68.7, a approuvé le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens (document A68/20). Le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, en ce compris la résistance aux antibiotiques – l'axe de résistance aux médicaments requérant les mesures les plus urgentes – énonce cinq objectifs stratégiques :

- a) améliorer la sensibilisation à la résistance aux antimicrobiens et la compréhension du phénomène ;
- b) renforcer les connaissances par la surveillance et la recherche ;
- c) réduire l'incidence des infections ;
- d) optimiser l'usage des agents antimicrobiens ;
- e) assurer des investissements durables pour combattre la résistance aux antimicrobiens.

8. Ce plan d'action mondial prie instamment les États membres de mettre en place, avant la Soixante-dixième Assemblée mondiale de la santé de mai 2017, des plans d'action complets sur la résistance aux antimicrobiens conformément audit plan. Ceux-ci doivent respecter les principes suivants :

- a) la participation de la société dans son ensemble, notamment l'adoption d'une approche « Un monde, une santé » ;
- b) la priorité à la prévention ;
- c) l'accès ;
- d) la durabilité ;
- e) la définition de cibles progressives pour la mise en œuvre.

Mesures prises et progrès réalisés

Mise en œuvre du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques

9. Quoique le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques, adopté en 2011, précède de quatre ans le plan d'action mondial, ses objectifs sont parfaitement alignés sur ceux du plan d'action mondial. Dès lors, la mise en œuvre actuelle du Plan d'action stratégique européen prépare les États membres de la Région à mettre en œuvre le plan d'action mondial. Les efforts déployés par le Bureau régional et ses partenaires ont servi à aiguiller les activités et les initiatives menées pour élaborer et mettre en œuvre le plan d'action mondial, et ont constitué une source d'inspiration dans cette entreprise.

10. Au Bureau régional, l'application du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques est coordonnée entre plusieurs programmes techniques ayant leurs réseaux de partenaires techniques respectifs, afin que veiller à ce que des progrès soient accomplis dans la réalisation des sept objectifs stratégiques. Des missions et des ateliers conjoints sont organisés pour apporter un soutien complet aux États membres.

11. Du 24 au 27 février 2015, le Bureau régional a organisé un atelier multipays sur la résistance aux antimicrobiens, principalement consacré à l'échange de données d'expériences et de méthodologies relatives à l'usage rationnel des antibiotiques et à la gestion des antimicrobiens en milieu hospitalier, ainsi qu'à la surveillance de la résistance aux antimicrobiens, à l'usage de ces médicaments, et à la sensibilisation aux problèmes de résistance. L'atelier a suscité une large participation : 75 représentants de 17 pays (Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, Serbie, Tadjikistan, Turquie et Ukraine), 29 experts internationaux représentant 17 organisations dans 10 pays, ainsi que des membres du personnel de l'OMS et des consultants ont en effet assisté à cet événement. Celui-ci faisait suite aux ateliers organisés à Bilthoven (Pays-Bas, 2013) et à Tbilissi (Géorgie, 2014).

12. Afin de répondre à la demande croissante d'assistance technique formulée par les États membres eu égard à la coordination nationale en matière de résistance aux antimicrobiens, à la surveillance et aux diagnostics de laboratoire, le Bureau régional de l'Europe et ses partenaires ont organisé, en juin et septembre 2015, des cours de formation des formateurs en vue de préparer des experts techniques à la réalisation de tâches et de missions dans ce domaine. Cette initiative a permis de renforcer la capacité du Bureau régional et d'apporter une aide adaptée aux États membres dans la mise en œuvre du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques, tout en assurant l'adoption des approches et normes communément admises.

13. Ce rapport met en lumière les activités et réalisations récentes du Bureau régional et de ses partenaires en vue d'atteindre les sept objectifs stratégiques du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques. Il aborde également le soutien apporté par le Bureau régional dans le cadre du processus d'élaboration et de mise en œuvre du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens.

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

14. Le Bureau régional a entrepris d'analyser la capacité actuelle à relever les défis posés par la résistance aux antimicrobiens dans les États membres, en se concentrant sur tous les domaines énoncés dans le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques. À cette fin, des équipes composées de membres du personnel de l'OMS ainsi que d'experts externes de l'Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM) et de l'European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) se sont rendus dans les États membres pour examiner la situation actuelle en matière de lutte contre la résistance aux antimicrobiens avec les points focaux désignés et d'autres acteurs nationaux des secteurs de la santé humaine et vétérinaire. Ils ont notamment visité des laboratoires et des services de soins de santé.

15. Entre 2013 et 2016, des analyses de situation ont été effectuées dans les pays suivants : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan et Ukraine.

16. Des réunions ont été organisées avec les parties prenantes lors des missions de suivi réalisées dans les pays pour présenter le concept de coordination intersectorielle dans le domaine de la résistance aux antimicrobiens. Il s'agissait également de faciliter la mise en place d'un mécanisme de coordination intersectorielle, l'instauration de réseaux nationaux et l'élaboration de plans d'action nationaux dans ce domaine en sensibilisant des groupes d'acteurs concernés, notamment à l'adoption d'une approche « Un monde, une santé ». Afin de faciliter ce processus, le Siège de l'OMS, en étroite collaboration avec les bureaux régionaux, a mis au point un ensemble d'outils et de modèles. Ces derniers ont été diffusés auprès de sept États membres (Albanie, Bélarus, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova et Tadjikistan) lors de l'Atelier régional sur l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action nationaux sur la résistance aux antimicrobiens, organisé conjointement avec la FAO et l'OIE à Istanbul (Turquie), du 15 au 17 mars 2016.

17. À ce jour, 15 États membres et le Kosovo¹ ont formulé ce type de plan. Depuis l'adoption du plan d'action stratégique européen en 2011, plusieurs autres pays comme l'Albanie, l'Arménie, le Bélarus, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Fédération de Russie, la Géorgie, le Kirghizistan, le Monténégro, l'Ouzbékistan, la République de Moldova, le Tadjikistan, le Turkménistan et la Turquie, ont élaboré ou sont en train de formaliser un mécanisme de coordination intersectorielle et un plan d'action national. Le secrétariat fournit un appui technique ainsi que l'accès aux experts pour la formulation et le développement de plans nationaux et des structures de gouvernance y afférentes.

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

18. La surveillance de la résistance aux antibiotiques est considérée comme la pierre angulaire du plan d'action stratégique européen et du plan d'action mondial. De

¹ Kosovo (conformément à la résolution 1244 du Conseil de sécurité (1999)).

nombreux pays de la Région non membres de l'Union européenne (UE) ne collectent pas et ne diffusent pas systématiquement des données sur la résistance aux antibiotiques. Par conséquent, le Bureau régional, conjointement avec le RIVM et l'ESCMID, ont créé en 2012 le réseau CAESAR (Surveillance de la résistance aux antimicrobiens en Asie centrale et en Europe orientale) pour aider les pays à mettre en place et/ou à renforcer les capacités nationales de surveillance de la résistance antimicrobienne. Ces efforts contribueront également aux activités menées dans le cadre du tout nouveau Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens, lancé en octobre 2015 à Copenhague (Danemark), en vue d'adopter une approche normalisée pour la collecte, l'analyse et la diffusion des données au niveau mondial.

19. Le réseau CAESAR se concentre sur les pays non membres du Réseau européen de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (EARS-Net), d'ailleurs hébergé par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Il complète au niveau régional les activités de surveillance menées dans l'UE, en étroite collaboration avec l'ECDC et moyennant une méthodologie compatible. À l'heure actuelle, l'Albanie, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Bélarus, la Bosnie-Herzégovine, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Fédération de Russie, la Géorgie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, le Monténégro, l'Ouzbékistan, la République de Moldova, la Serbie, la Suisse, le Tadjikistan, le Turkménistan, la Turquie et l'Ukraine, ainsi que le Kosovo¹, collaborent au réseau CAESAR à divers stades de développement et de participation.

20. Depuis 2013, le secrétariat et ses partenaires tiennent chaque année une réunion du réseau CAESAR lors de la Conférence européenne sur la microbiologie clinique et les maladies infectieuses organisée par l'ESCMID. À cette occasion, tous les points focaux pour la résistance aux antimicrobiens des pays participant au réseau sont invités à examiner les tendances dans ce domaine, les progrès accomplis par le réseau, les résultats de l'assurance qualité externe ainsi que les défis liés à la surveillance de la résistance aux antimicrobiens. En 2015, le Bélarus, la Bosnie-Herzégovine, l'ex-République yougoslave de Macédoine, le Monténégro, la Serbie et la Turquie ont organisé, avec l'aide financière du secrétariat, des réunions nationales sur la surveillance de la résistance aux antimicrobiens en vue d'établir ou de renforcer leur réseau national de systèmes de surveillance.

21. Le secrétariat a publié le premier rapport annuel du réseau CAESAR à l'occasion de la première Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques (novembre 2015), s'appuyant sur des données du Bélarus, de l'ex-République yougoslave de Macédoine, de la Serbie, de la Suisse et de la Turquie. Depuis lors, la Fédération de Russie, ainsi que le Kosovo¹, ont soumis des données à la base de données CAESAR. Le deuxième rapport annuel du réseau sera publié à l'occasion de la Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques organisée en novembre 2016 sur la base de données collectées pendant trois ans. En outre, il présentera un aperçu des progrès accomplis par les pays dans la mise en place de leurs système national de surveillance de la résistance aux antimicrobiens.

22. Les efforts déployés par le réseau CAESAR afin d'améliorer la qualité des laboratoires portent notamment sur les initiatives suivantes : évaluations annuelles externes de la qualité (depuis 2013), publication du manuel de surveillance CAESAR (2015), cours de formation sur la gestion de la qualité des laboratoires, et réunions et ateliers nationaux en vue de mettre en place des laboratoires de référence pour la

résistance aux antimicrobiens et de les renforcer afin qu'ils puissent exécuter leurs tâches.

23. En 2015, 13 pays ou régions, avec au total 250 laboratoires, ont participé à l'évaluation externe de la qualité des tests de sensibilité aux antimicrobiens du réseau CAESAR. En septembre 2015, le secrétariat a organisé un cours de formation sur la gestion de la qualité des laboratoires à l'intention des représentants de laboratoires nationaux de référence pour la résistance aux antimicrobiens d'Arménie, de Fédération de Russie, de Géorgie, de République de Moldova, du Tadjikistan et de Turquie, ainsi que de mentors potentiels susceptibles d'apporter un soutien pour le suivi à cet égard.

24. Le secrétariat a organisé des réunions et ateliers nationaux en Albanie, en Arménie, au Bélarus, en Géorgie, au Monténégro, en Ouzbékistan, en République de Moldova et au Tadjikistan en vue de mettre en place des laboratoires de référence pour la résistance aux antimicrobiens et de les renforcer afin qu'ils puissent exécuter leurs tâches, notamment la mise en œuvre des directives internationales en matière de tests de sensibilité aux antimicrobiens et de contrôle de la qualité dans les laboratoires.

25. En avril 2015, un projet pilote d'étude de démonstration de principe sur les diagnostics systématiques de la résistance aux antimicrobiens a été lancé en Géorgie. À ce titre, l'étude de démonstration de principe a été conçue pour que les États membres puissent adopter des pratiques durables d'échantillonnage systématique en vue d'améliorer le traitement des patients (gérance des antibiotiques) et de permettre la surveillance nationale de la résistance aux antimicrobiens. En novembre 2015, le secrétariat et ses partenaires ont organisé une réunion multipays en vue d'introduire les notions d'étude de démonstration de principes et d'en commencer les préparatifs.

26. Le Bureau régional et ses partenaires continueront à s'employer à associer tous les pays restants, dans la mesure où la mise en place d'un réseau de surveillance harmonisé et coordonné dans tous les États membres de la Région européenne est essentielle afin de protéger la santé face à l'émergence des menaces transfrontalières posées par la résistance aux antimicrobiens.

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

27. Les efforts se sont poursuivis afin de consolider la collecte de données sur la consommation d'antimicrobiens dans les États membres de la Région européenne. Dix-huit pays non membres de l'UE (Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, Serbie, Suisse, Tadjikistan, Turquie et Ukraine) ainsi que le Kosovo¹ ont fourni des données pour 2012, 2013 et 2014. Celles-ci sont actuellement analysées par le secrétariat.

28. Le secrétariat apporte son soutien au réseau AMC (consommation des médicaments antimicrobiens) par l'organisation régulière de réunions nationales, et dans le cadre de réunions du réseau à l'intention de tous les pays participants. L'une de ces réunions s'est tenue à Copenhague (Danemark) en novembre 2015 ; la prochaine réunion est prévue pour septembre 2016. Les débats portent principalement sur les facteurs nationaux spécifiques susceptibles d'expliquer l'évolution et les tendances

observées en matière d'usage des antimicrobiens. Le secrétariat s'emploie à aider les pays à effectuer, dans la mesure du possible, des analyses plus approfondies des données ventilées par classe et type de médicaments, et par lieu d'administration, au lieu de s'en tenir aux estimations de la consommation totale des agents antimicrobiens.

29. Pour assurer la durabilité du réseau AMC au fil du temps, un petit groupe de direction composé de responsables du Bureau régional, d'experts externes et de membres des pays participants (selon un système de rotation) a été institué en vue d'orienter les activités et la planification du programme du réseau. Il importe particulièrement d'assurer la visibilité du travail accompli par le réseau pour en garantir sa viabilité et augmenter l'utilisation de données au niveau national. Le secrétariat apporte son appui à la publication des résultats des analyses des données de consommation des antimicrobiens dans des revues évaluées par les pairs. En outre, il collabore avec les pays pour faciliter l'organisation d'ateliers de diffusion des données au niveau national, auprès des décideurs et des intervenants intéressés.

30. La collecte de données sur l'usage des médicaments antimicrobiens constitue également l'un des principaux engagements pris dans le Plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens. Les activités réalisées dans la Région européenne par le réseau AMC sont une source d'inspiration pour les modèles mondiaux de collecte de données. Le secrétariat a participé à des réunions organisées par le Siège de l'OMS en vue d'examiner les outils de collecte de données, de présenter les résultats des travaux menés par le réseau AMC et de procéder à un échange de données d'expérience avec d'autres bureaux régionaux de l'OMS sur la mise en place de réseaux régionaux durables.

31. Les estimations quantitatives de la consommation des médicaments antimicrobiens sont essentielles. Cependant, les données sont interprétées sur la base d'informations spécifiques aux pays (marché pharmaceutique et accès aux médicaments). En outre, des études qualitatives sont nécessaires afin d'expliquer les raisons qui incitent les professionnels de santé à recommander certains antimicrobiens, et d'élucider la compréhension, par les consommateurs et les patients, du rôle de ces médicaments dans la prise en charge de leur santé. Le secrétariat a facilité la collaboration entre des chercheurs de l'Université de Copenhague et plusieurs points focaux nationaux pour le réseau AMC qui, en recourant à des entretiens, tentent de mieux comprendre quelle utilisation les médecins, les pharmaciens et les patients réservent aux antimicrobiens. Il est prévu que cette initiative soit étendue à d'autres pays participant au réseau AMC.

32. Le secrétariat continue d'aider les États membres dans leurs activités relatives à l'usage responsable des antimicrobiens. Les éléments de preuve fournis par le réseau AMC et d'autres études sous-tendent la mise en œuvre d'interventions visant à améliorer l'usage responsable de ces agents.

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

33. La « priorité à la prévention » constitue l'un des principes directeurs du plan d'action mondial. L'usage des antimicrobiens occulte souvent l'insuffisance de la

prévention et de la lutte anti-infectieuses. Des analyses de la situation nationale menées dans la Région européenne ont mis en évidence le besoin particulièrement urgent d'appliquer les principes de prévention et de lutte contre les infections dans les services et établissements de soins de santé. Le secrétariat, en vue de soutenir l'élaboration de plans d'action nationaux de lutte contre la résistance aux antimicrobiens, encourage activement la prise en compte des mesures de prévention et de lutte contre les infections (notamment la promotion de la vaccination), formulant des recommandations spécifiques à cet égard et participant à des activités de suivi (multinationales et adaptées au niveau national).

34. Le Bureau régional fournit un appui financier et technique à l'organisation d'ateliers visant le renforcement des capacités dans le domaine de la microbiologie clinique et de la gestion des antibiotiques, avec la participation de spécialistes des maladies infectieuses, des soins intensifs et d'autres disciplines médicales pertinentes. Les ateliers régionaux organisés à Tbilissi (Géorgie) en juillet 2014, à Copenhague (Danemark) en février 2015, et à Istanbul (Turquie) en octobre 2015 furent également l'occasion d'initier les cliniciens à la gérance des antibiotiques et aux bonnes pratiques cliniques.

35. Le secrétariat a aidé 50 cliniciens de l'ex-République yougoslave de Macédoine à obtenir des crédits de formation médicale continue dans le cadre d'un cours open source en ligne (mis au point par l'Université de Stanford, États-Unis) sur l'optimisation de la pratique des antibiotiques. Cette initiative a été suivie d'une réunion à l'Université de médecine de Skopje, où des représentants du secrétariat, accompagnés d'un expert externe sur la gérance des antibiotiques, ont assisté à la présentation des résultats de la formation en ligne. Le cours est actuellement évalué dans le but d'élaborer un matériel pédagogique ciblé à l'intention d'autres États membres en 2016.

36. À la demande du Conseil national estonien de la santé en vue d'améliorer la capacité des hôpitaux à lutter contre les maladies hautement infectieuses, notamment celles causées par les bactéries multirésistantes, le secrétariat a organisé un exercice de simulation en avril 2016. Il s'agissait d'étudier les pratiques actuelles, de définir les meilleures pratiques et de déterminer les possibilités d'améliorations dans ce domaine. Cette initiative a permis d'élaborer des stratégies de lutte contre les infections associées aux soins de santé et la résistance aux antimicrobiens au niveau des pays et des hôpitaux.

37. En l'absence d'un programme spécial sur la prévention et la lutte anti-infectieuses au Bureau régional, les activités de soutien dans ce domaine sont principalement réalisées en étroite collaboration avec le Siège de l'OMS et les experts du réseau GIPCN (Global Infection Prevention and Control Network). Cependant, étant donné les nombreuses demandes d'assistance technique formulées par les États membres, le Bureau régional devrait également renforcer ces capacités dans ce domaine.

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

38. Le secrétariat continue de plaider en faveur de l'adoption d'une approche « Un monde, une santé » pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens (notamment sa

pertinence pour la sécurité sanitaire des aliments), et mène des activités aux niveaux régional et national.

39. Un cours de formation de cinq jours a été organisé en juillet 2015 en Albanie dans le domaine du diagnostic en laboratoire de *Salmonella* et *Campylobacter* résistants aux antibiotiques et d'autres phénomènes de résistance connexes. Cette activité était financée par le Groupe consultatif de l'OMS sur la surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens (AGISAR), et s'adressait aux responsables des secteurs vétérinaire, agricole et de la santé publique.

40. Un cours de formation pratique de cinq jours (laboratoire et épidémiologie) a été organisé en novembre 2015 en Ouzbékistan en vue de renforcer les capacités des républiques d'Asie centrale en matière de lutte contre la résistance aux antimicrobiens sous l'angle de la sécurité sanitaire des aliments, notamment la surveillance coordonnée de la résistance aux antimicrobiens chez les agents pathogènes d'origine alimentaire *Salmonella* et *Campylobacter*. La priorité a été accordée à la coopération intersectorielle et à l'échange d'informations conformément à Santé 2020, le cadre politique européen sur la santé et le bien-être. Cette formation a réuni environ 40 professionnels du Kazakhstan, du Kirghizistan, de l'Ouzbékistan, du Tadjikistan et du Turkménistan, des microbiologistes et des épidémiologistes des secteurs vétérinaire, de la sécurité sanitaire des aliments et de la santé publique.

41. Des études sur l'incidence de *Salmonella* et de *Campylobacter* chez les humains et la volaille et leur résistance aux antimicrobiens ont été réalisées en Ouzbékistan (de janvier à mai 2015) et en Albanie (d'octobre 2015 à février 2016). Les résultats de ces activités font écho aux enquêtes réalisées dans l'UE à ce sujet, et confirment le rôle joué par la chaîne alimentaire de la volaille dans la transmission des souches résistantes de *Salmonella* et de *Campylobacter* chez les humains en Albanie et en Ouzbékistan. L'usage d'antibiotiques dans la production avicole influe également sur les profils de résistance.

42. Les conclusions de ces recherches menées en Albanie et en Ouzbékistan ont été présentées et examinées lors d'ateliers intersectoriels sur la sécurité sanitaire des aliments et l'approche « Un monde, une santé ». Un atelier national a été organisé à Tachkent (Ouzbékistan) en mai 2015 avec l'appui de l'OMS et de la FAO. Un autre s'est tenu à Tirana (Albanie) en avril 2016 pour l'Albanie et le Kosovo¹. Les deux ateliers ont été inaugurés par des représentants de haut niveau du ministère de la Santé et de l'Agriculture des pays respectifs, et ont réuni quelque 40 professionnels des secteurs agricole, vétérinaire et de la santé publique.

43. Des ateliers intersectoriels de deux jours sur la sécurité sanitaire des aliments ont été organisés en mai 2015 à Ankara (Turquie) et en octobre 2015 à Kyev (Ukraine). Des séances étaient d'ailleurs consacrées à la résistance aux antimicrobiens dans l'optique de l'approche « Un monde, une santé ». Ces événements ont réuni 50 à 100 spécialistes nationaux des secteurs agricole, vétérinaire et de la santé publique. Ils ont permis d'engager des débats et de stimuler la participation à cet égard. L'atelier d'Ankara a été organisé conjointement avec la FAO, et inauguré par des représentants de haut niveau des ministères de la Santé et de l'Alimentation, de l'Agriculture et de l'Élevage, et de l'Université Hacettepe. La Commission du Codex Alimentarius, l'ECDC et l'Autorité

européenne de sécurité des aliments (EFSA) ont également contribué à cet événement. L'atelier organisé à Kyev a été inauguré par le ministre ukrainien de la Santé.

44. Le secrétariat suit de près le projet de la Commission européenne intitulé « Surveillance européenne de la consommation d'antibiotiques à usage vétérinaire », coordonné par l'Agence européenne des médicaments (EMA) à l'intention des États membres de l'UE. Le Bureau régional a l'intention d'aider l'EMA à réaliser des enquêtes similaires dans des pays non membres de l'UE.

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

45. Le secrétariat est membre du conseil consultatif des parties prenantes de la Programmation conjointe européenne sur la résistance antimicrobienne, qui a lancé son programme stratégique de recherche en avril 2014.

46. Il suit continuellement l'évolution des nouvelles méthodes de diagnostic et activités de recherche pharmaceutique. La directrice régionale de l'Europe est également membre du jury du Prix Horizon pour un meilleur usage des antibiotiques. Celui-ci sera d'ailleurs décerné pour récompenser la mise au point d'un test rapide permettant d'identifier, sur le lieu des soins, les patients souffrant d'infections des voies respiratoires supérieures pouvant faire l'objet d'un traitement sûr sans le recours aux antibiotiques.

47. Le secrétariat poursuit sa collaboration avec des réseaux et des groupes non gouvernementaux, tels que ReAct et Antibiotic Action, afin de promouvoir l'innovation et l'élaboration de nouveaux modèles opérationnels dans le but de stimuler la recherche et de décourager la commercialisation agressive de nouveaux antibiotiques.

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

48. Depuis 2012, le Bureau régional a collaboré avec l'ECDC et la Commission européenne à l'occasion de la Journée européenne d'information sur les antibiotiques. Le secrétariat a accru le nombre de pays participants grâce à ses activités mettant en avant la Journée d'information, et à la préparation et à la distribution du matériel de promotion. En 2014, un nombre total de 44 États membres se sont joints à cette campagne dans la Région européenne.

49. La toute première Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques a été organisée en novembre 2015. La campagne menée par l'OMS a reçu beaucoup d'attention à l'échelle mondiale, et sensibilisé des millions de personnes. Dans la Région européenne, la Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques s'appuie sur la réussite de la Journée européenne d'information sur les antibiotiques, et la collaboration de longue date entre l'ECDC et le Bureau régional. Un nombre encore plus important de pays européens ont participé à la Semaine mondiale et à la Journée européenne de 2015, et le Bureau régional a pu apporter un soutien financier aux campagnes organisées en Arménie, en Bulgarie, en Estonie, en ex-République yougoslave de Macédoine, en Fédération de Russie, en Géorgie, au Kazakhstan, en Lituanie, au Monténégro, en Ouzbékistan, en Pologne, en République tchèque, en Serbie, en Slovaquie, au Tadjikistan, au Turkménistan et en Turquie.

50. Une enquête mondiale a été réalisée dans le cadre des préparatifs de la Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques. La Fédération de Russie et la Serbie étaient les deux États membres de la Région européenne qui ont participé à cette initiative. Selon les résultats de l'enquête, le problème de la résistance aux antimicrobiens n'est pas bien compris du grand public, et il existe également plusieurs mythes quant au moment et à la manière d'utiliser les antibiotiques. Il importe par conséquent de continuer à sensibiliser et à éduquer le public, les professionnels, les fabricants et les responsables politiques.

51. Il est généralement admis que la connaissance seule ne suffit pas à changer le comportement. Au vu du succès de la publication intitulée *Guide to Tailoring Immunization Programmes*² [Guide pour l'élaboration de programmes de vaccination adaptés], le secrétariat prépare actuellement, en collaboration avec le RIVM, un guide similaire pour adapter les programmes de lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Ce dernier permettra aux États membres d'identifier les principaux protagonistes, et d'élaborer des stratégies ciblées en vue de changer les comportements à cet égard (comme l'utilisation prudente des antibiotiques, la prévention et la lutte efficaces en matière d'infection). Le secrétariat collabore avec la Suède et le Royaume-Uni en vue d'expérimenter la méthodologie et envisage de publier le guide à la fin de 2016.

= = =

² The guide to tailoring immunization programmes (TIP): increasing coverage of infant and child vaccination in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/roma-health/publications/2013/guide-to-tailoring-immunization-programmes>).