



EUROPE

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

**Copenhague, 6–9 septembre 2004**

Point 7 de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC54/12

1<sup>er</sup> juin 2004

40230

ORIGINAL : ANGLAIS

**Action menée dans le prolongement des sessions précédentes  
du Comité régional de l'OMS pour l'Europe**

En accord avec le Comité permanent du Comité régional, il a été décidé d'ajouter un nouveau point à l'ordre du jour de la session de cette année du Comité régional. On examinera sous ce nouveau point l'action menée dans le prolongement de certaines questions d'importance majeure abordées par le Comité régional lors de précédentes sessions : la traduction concrète des résolutions ou la préparation des principales réunions et l'élaboration des grandes stratégies. Avec les points concernant les questions soulevées par le Comité exécutif et l'Assemblée mondiale de la santé et le rapport du directeur régional, ce nouveau point a pour objet de fournir au Comité régional une vue actualisée des activités qui se sont déroulées depuis sa dernière session.

Les sujets abordés dans ce document de fond donnent un aperçu de la situation en ce qui concerne a) la Stratégie de pays ; b) l'actualisation de la stratégie de la Santé pour tous ; c) le Rapport sur la santé en Europe ; d) les préparatifs de la Conférence ministérielle sur la santé mentale ; et e) la lutte contre la tuberculose.

Au cours de sa session le Comité régional accordera une attention particulière aux trois premiers sujets.

Cette nouvelle formule, qui n'a pour l'instant qu'un caractère expérimental, sera pérennisée si les participants au Comité régional la jugent intéressante et utile.



## Sommaire

|  | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| Mise en œuvre de la Stratégie de pays de l'an 2000 : rapport d'étape pour la période 2002–2003 .....   | 1           |
| Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous : rapport d'étape .....  | 3           |
| Premier pilier : les enseignements de la Santé pour tous .....   | 3           |
| Deuxième pilier : les valeurs de la Santé pour tous .....  | 5           |
| Troisième pilier : les instruments de mise en pratique des valeurs de la Santé pour tous.....  | 7           |
| <i>Le Rapport sur la santé en Europe 2005 – Du savoir à l'action (rapport d'étape) .....</i>   | <i>8</i>    |
| <i>Le Rapport sur la santé en Europe 2005 .....</i>  | <i>9</i>    |
| La démarche suivie .....   | 11          |
| Conclusion .....   | 11          |
| La Conférence ministérielle sur la santé mentale (janvier 2005) : rapport d'étape.....   | 11          |
| Manifestations précurseurs .....   | 12          |
| La conférence principale.....  | 12          |
| Invitations .....  | 12          |
| Déclaration et autres documents .....  | 13          |
| Lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS : rapport d'étape faisant suite<br>à la résolution EUR/RC52/R8, adoptée en 2002 ..... | 13          |
| Arrière plan .....   | 13          |
| Défis .....  | 15          |



## Mise en œuvre de la Stratégie de pays de l'an 2000 : rapport d'étape pour la période 2002–2003

1. Ce document succinct a pour but d'offrir une vue d'ensemble des progrès accomplis au cours de la période 2002–2003 dans la mise en œuvre de la stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, adoptée par le Comité régional à sa cinquantième session sous le titre « Adapter les services aux nouveaux besoins ». Cet exercice était prévu dans la résolution EUR/RC53/R2, du même objet.

2. Les principaux domaines dans lesquels les progrès ont été accomplis sont les suivants :

- **La coordination des activités entre les différents organes de l'OMS.** Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe n'a ménagé ni ses efforts ni ses ressources pour parvenir à un certain nombre de résultats tangibles répondant aux besoins de chaque pays. Les unités et programmes techniques du Bureau régional ont mis leurs efforts au service d'un plan de travail commun qui prend dûment en considération la situation du moment de chaque pays et sa capacité d'absorption. Les homologues nationaux soigneusement choisis dans chacun des États membres avec lesquels le Bureau a passé des accords de collaboration biennaux devraient fournir leur part à cet effort collectif. Autre signe encore d'une évolution positive, toutes les composantes de l'OMS (le Siège et d'autres bureaux régionaux) sont maintenant mobilisées en faveur des pays selon les mêmes règles administratives et fonctionnelles. Cette évolution a une incidence sensible sur la manière dont le travail est organisé et dont les services sont assurés à tous les États membres de la Région européenne. Elle se traduit aussi par une plus grande transparence quant aux résultats obtenus collectivement. Enfin, le dialogue avec les ministères de la Santé devient plus ciblé et toutes les parties prenantes se sentent davantage concernées.
- **La présence dans les pays, qui se trouve renforcée.** L'an dernier, le Bureau régional a mené à bien une opération de reconfiguration et de renforcement de sa présence dans les États membres avec lesquels il a conclu des accords de collaboration biennaux. Il a fallu pour cela prendre certaines dispositions afin de regrouper sous une seule et même structure administrative l'ensemble du personnel du Bureau régional travaillant pour un seul et même pays. Chaque fois que les ressources l'ont permis (et cela a été le cas en ce qui concerne l'Arménie, l'Ouzbékistan, la République de Moldova, le Tadjikistan et la Turquie), un directeur recruté au niveau international a été placé à la tête du bureau de l'OMS dans le pays. Dans d'autres cas, les chargés de liaison ont été investis de cette fonction, avec l'appui d'assistants administratifs plus compétents, ayant une connaissance approfondie des questions financières. Le cadre fonctionnel a été rendu plus flexible et des instruments de gestion ont été mis au point dans cette optique. Ainsi, les bureaux de l'OMS dans les pays sont maintenant mieux équipés pour aider les ministères de la Santé à poursuivre leur politique nationale de santé, le développement des services de santé et l'élaboration de leurs programmes de santé publique. Cette orientation sera maintenue pour les prochaines années.
- **La compétence du personnel au service des États membres.** Des efforts considérables ont été entrepris – et se poursuivent – pour affiner les compétences techniques du personnel de l'OMS dans les pays au moyen d'une formation bien cadrée. Cette initiative concerne aussi bien le personnel administratif que les spécialistes, y compris ceux qui sont attachés aux bureaux de l'OMS dans les pays ou bien à d'autres instances qui dépendent du Bureau régional (Barcelone, Copenhague). Les activités de formation reposent sur un certain nombre de modules fondamentaux qui sont mis à jour régulièrement. Un programme de formation continue devrait garantir que le personnel ait toujours les connaissances, les compétences et les dispositions d'esprit nécessaires pour répondre aux besoins actuels ou nouveaux des États membres. Pour l'essentiel, la formation est centrée sur les questions d'élaboration de la politique de santé et de services de santé, la gestion (y compris la gestion des ressources financières et celles des ressources humaines) et enfin la communication. Cette orientation sera maintenue pour les prochaines années.
- **Les stratégies spécifiques à chaque pays.** Dans le droit fil de la Stratégie de pays, le Bureau régional de l'Europe veille continuellement à adapter précisément son action aux besoins des pays. Pour la première fois, la collaboration du Bureau régional avec l'ensemble des États membres

d'Europe centrale et orientale, qui s'exerce en application d'accords de collaboration biennaux, est basée sur des stratégies spécifiques à chaque pays. Ces stratégies recouvrent les principales priorités stratégiques des quatre à six prochaines années et elles ont pour ambition d'orienter toutes les actions soutenues par l'OMS dans ces différents pays au cours des prochaines années. Elles se fondent scrupuleusement sur les bases factuelles dont on dispose et sur les conclusions des discussions qui ont été consacrées aux priorités stratégiques et aux besoins du ministère de la Santé de chaque État membre. Chaque stratégie doit être réévaluée tous les deux ans. Des stratégies comparables sont actuellement mises au point pour tous les États membres de la Région européenne, y compris ceux dans lesquels l'OMS n'a pas une présence matérialisée.

- **Les plans de travail par pays.** Chaque État membre avec lequel le Bureau régional a passé un accord de collaboration biennal bénéficie également d'un plan de travail détaillé pour la mise en œuvre de la stratégie qui le concerne au cours de l'exercice 2004–2005. Ce plan inclut des objectifs clairs en termes de résultats prévus. En regard de chacun de ces résultats les activités à mettre en œuvre dans le pays sont exposées de manière détaillée, avec l'échéancier qui s'y rapporte. Élément supplémentaire particulièrement important, le budget et le plan de travail du Bureau régional incorporent désormais tous les crédits disponibles (c'est-à-dire aussi bien ceux qui se rattachent au budget ordinaire de l'OMS que ceux qui proviennent d'autres sources) qui ont un lien avec les résultats prévus. Tous les programmes techniques du Bureau régional opèrent désormais de manière coordonnée. Le plan de travail est mis à jour tous les six mois ou encore chaque fois que les circonstances exceptionnelles le rendent nécessaire. Les plans de travail afférents à la collaboration avec les États membres appartenant à la partie occidentale de la Région européenne s'inspireront des mêmes principes.
- **La pertinence dans les questions traitées pour les États membres.** Dans le cadre de l'élaboration de l'échéancier stratégique du soutien offert par l'OMS au cours des prochaines années, la pertinence dans les questions traitées pour les États membres aura été le critère prépondérant. Depuis l'adoption de la Stratégie de pays, les activités sont devenues de plus en plus ciblées dans les 28 pays d'Europe centrale et orientale ayant conclu un accord de collaboration biennal. Les questions et les priorités définies dans les accords de collaboration biennaux et dans les plans de travail résultent d'un choix qui a procédé par : i) une analyse technique des données sanitaires propres au pays par des spécialistes du Bureau régional ; ii) une discussion avec le ministère de la Santé sur les priorités du pays et ses préférences. Cette approche a été complétée chaque fois que nécessaire par un soutien supplémentaire du Bureau régional à certains groupes de pays engagés dans un processus particulièrement important (par exemple, l'accession à l'Union européenne en mai 2004 de certains États membres en transition rapide ; le Pacte de stabilité dans les Balkans ; l'initiative de réforme du système de santé publique dans les nouveaux États indépendants (NEI), etc.). Des activités ont également été poursuivies de manière constante avec des pays d'Europe occidentale n'ayant pas conclu d'accords de collaboration biennaux avec le Bureau régional. Dans le programme des Forums du futur concernant ces pays (essentiellement des pays d'Europe de l'Ouest), on a étudié et discuté de questions complexes ou nouvelles qui correspondent aux préoccupations stratégiques des années à venir (par exemple : bioterrorisme ; éthique des systèmes de santé ; instruments de décision en matière de santé publique). Les pays d'Europe occidentale ont également bénéficié d'autres programmes du Bureau régional, notamment de ceux concernant tous les États membres de la Région européenne (comme la Convention-cadre pour la lutte antitabac) mais aussi de ceux liés à la perspective européenne de rapports globaux dans des domaines tels que la santé mentale et la violence. Le Bureau régional s'est également penché sur les besoins spécifiques de ces pays en matière de politiques de santé publique.
- **Les partenariats.** Une attention particulière a été accordée à la collaboration entre le Bureau régional de l'Europe et d'autres institutions internationales et nationales dans différents pays. Cette collaboration concerne non seulement les organes ou institutions du système des Nations Unies mais aussi d'autres partenaires importants. Un contact régulier est maintenu et des consultations sur des questions précises ont lieu avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Banque mondiale, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Commission européenne, le Conseil de l'Europe, les représentants de la société civile, etc. On s'efforce

actuellement de discuter d'activités de soutien conçues précisément pour le pays aussi bien que de la mise en œuvre de ces activités (au titre desquelles la Stratégie de pays et le plan d'action de l'OMS sont proposés en tant que première contribution). Des synergies sont recherchées avec toutes les parties prenantes ; elles peuvent revêtir la forme d'un financement conjoint ou d'initiatives spécifiques. Cette approche coordonnée est hautement appréciée par les ministères de la Santé, qui sont tenus informés de toutes les dispositions prises.

- **Une gestion plus transparente et plus lisible.** En dernier lieu, de nouvelles dispositions assurent la transparence et la lisibilité dans les relations entre les instances dirigeantes de l'OMS, les États membres de la Région européenne et les partenaires. En concertation avec les autres unités du Bureau régional, le Programme de soutien des activités dans les pays assure grâce aux technologies de communication un contact permanent avec les opérations en cours dans chaque pays, et un nouvel élan a été imprimé à cette activité ces derniers mois. Les activités menées dans chaque pays font désormais l'objet d'une évaluation régulière, dans le cadre de laquelle on utilise une série d'indicateurs de performance bien clairs. Des données d'évaluation axées sur les résultats et des données à caractère financier liées à chaque activité sont recueillies puis communiquées à toutes les parties intéressées. Les rapports par pays font l'objet du document EUR/RC54/Inf.Doc./2, qui présente de manière succincte les résultats obtenus et les lignes d'action suivies dans le cadre des programmes du Bureau régional au cours de l'exercice 2002–2003.

## Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous : rapport d'étape

3. Le processus d'actualisation de la politique européenne de la Santé pour tous (résolution EUR/RC/48/R5) a été engagé au début de 2003 et le document résultant doit être soumis au Comité régional à sa cinquante-cinquième session, en 2005. Le Comité permanent du Comité régional (CPCR) a été consulté à intervalles réguliers sur le travail nécessité par cette opération. À sa dixième session, il a examiné les progrès enregistrés dans le cadre de ces travaux et a approuvé l'approche, la méthode et le plan de travail proposés par le Bureau régional pour chacun des éléments constitutifs de cette actualisation, laquelle a été examinée par le Comité régional à sa cinquante-troisième session (point 6 c) de l'ordre du jour, EUR/RC53/8).

4. Depuis lors, le travail d'actualisation de la politique européenne de la Santé pour tous suit normalement son cours, conformément aux concepts, aux repères et aux échéances convenus avec le CPCR et le Comité régional. Une première ébauche de l'actualisation sera soumise aux États membres pour consultation et discussion avant la fin de 2004, de manière à ce qu'ils disposent d'un temps suffisant pour que leurs contributions puissent être intégrées dans le document final dont le Comité régional sera saisi en 2005.

5. L'actualisation repose sur trois piliers :

- premier pilier : les enseignements de la Santé pour tous ;
- deuxième pilier : les valeurs de la Santé pour tous ;
- troisième pilier : les instruments de mise en pratique des valeurs de la Santé pour tous.

6. Les progrès accomplis au regard de chacun de ces trois piliers depuis septembre 2003 sont présentés succinctement ci-après.

### Premier pilier : les enseignements de la Santé pour tous

7. L'une des composantes essentielles de l'actualisation réside dans l'analyse et la compréhension de la manière dont la politique-cadre de la Santé pour tous a été appliquée dans les différents pays au fil des ans. Pour de nombreux États membres de la Région européenne, la vision incarnée par le mouvement de la Santé pour tous aura été un moteur de la politique et des programmes nationaux de santé. La politique

de la Santé pour tous occupe toujours une place centrale dans les priorités nationales en matière de santé publique et au regard des objectifs à définir dans ce domaine. Cependant, à ce jour, il n'a été procédé à aucune analyse systématique de l'impact réel de la politique de la Santé pour tous dans les pays. Les connaissances dont on dispose concernant sa facilité d'utilisation et d'application ainsi que la nature et la portée de sa mise en œuvre sont lacunaires. De plus, il n'a pas été entrepris de comprendre de manière systématique la manière dont les objectifs de la Santé pour tous ont été utilisés dans la pratique par les décideurs au niveau national. C'est pourquoi le premier pilier de l'actualisation prévoit deux études fondamentales, menées l'une et l'autre par l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, à Bruxelles, qui ont pour but de combler ces lacunes en termes de savoir.

### ***Étude concernant l'adoption et l'utilisation de la politique de la Santé pour tous dans les États membres de la Région européenne***

8. Les objectifs de cette étude sont les suivants : procurer des points de comparaison sur l'adoption formelle de la Santé pour tous dans tous les États membres de la Région européenne ; évaluer la manière dont la Santé pour tous a servi la politique nationale dans un échantillon d'États membres ; illustrer son incidence sur l'élaboration de la politique à travers un certain nombre d'études de cas détaillées. L'échantillon de pays retenus reflète la grande diversité de la Région, et les recherches procèdent par des méthodes très variées – présentation cartographique ; étude des documents existants ; réalisation de monographies par pays et enfin entretiens.

9. Les premières constatations portent à croire que la Santé pour tous a eu – et a encore – un impact considérable sur la formulation des politiques de santé dans toute la Région européenne, aussi bien au niveau national qu'au niveau sous-national.

- Sur 52 États membres, 31 ont formulé une politique de santé qui est le reflet de la Santé pour tous, et dix ont élaboré des documents de politique allant dans ce sens.
- La plupart de ces documents se réfèrent explicitement soit à la Santé pour tous soit à la politique de la Santé pour tous pour la Région européenne (SANTE 21).
- Presque tous ces documents reprennent explicitement à leur compte les valeurs de la Santé pour tous.
- L'intérêt des États membres pour la formulation d'une politique de santé fondée sur la Santé pour tous ne se dément pas. Certains d'entre eux suivent une telle ligne depuis longtemps.
- On a pu constater qu'une politique de la Santé pour tous existe au niveau infranational dans 24 États membres.
- Les États membres formulent leur politique de la Santé pour tous en recourant à des moyens très divers : rapports, livres blancs, instruments courants de l'exécutif ou encore instruments législatifs.
- La Santé pour tous a fini par exercer son influence sur la politique sectorielle, même dans les cas où aucune politique globale de santé n'a été adoptée.

10. La Santé pour tous a eu un impact plus limité sur la mise en œuvre de la politique de santé. Il ressort de l'étude des documents existants et des monographies par pays que certains éléments des politiques de la Santé pour tous parviennent au stade de la mise en œuvre, mais que, sur ce dernier plan, les différences d'un État membre à l'autre sont considérables en termes de :

- propagation (programmes locaux, régionaux, nationaux) ;
- intensité (niveau exploratoire/intervention courante) ;
- « fertilisation croisée » avec d'autres programmes et projets.

11. Souvent, la formulation de la politique nationale de santé a été directement influencée par la Santé pour tous. Mais s'agissant de la mise en œuvre de la politique de santé, la Santé pour tous est souvent passée au deuxième plan, n'exerçant alors plus son influence que parmi d'autres facteurs. Il convient néanmoins de noter que la propagation ou la diffusion d'une politique est en général un processus lent,

qui prend plusieurs décennies. De ce point de vue, la Santé pour tous aura été un stimulus majeur dans le débat sur la politique de santé et dans la réorientation de cette politique dans de nombreux États membres.

### ***Étude de l'utilisation des buts comme un instrument par les décideurs dans les États membres***

12. Ce projet sur trois ans prévoit une évaluation de l'expérience acquise à travers la définition des buts nationaux en matière de santé, notamment sur la base des pratiques ayant fait leurs preuves et des effets des différentes stratégies politiques et méthodologiques mesurés en termes d'équité ou d'efficacité. La méthodologie prévoit une étude des documents existants, des études analytiques et six études monographiques. Les connaissances recueillies devraient se révéler utiles pour les décideurs soucieux d'améliorer des programmes assez anciens axés sur les buts et aussi pour ceux qui en sont au stade de la formulation de tels buts. Elles pourront également se révéler utiles pour les décideurs qui n'ont pas jusqu'à présent été associés à la définition de buts en matière de santé.

13. Cette recherche débouchera en premier lieu sur une base de données sur les buts qui sera accessible en ligne. Le site Web contient des fiches sur des documents de politique illustrant les buts en matière de santé de 41 pays. La base de données sera étendue progressivement aux buts propres à des secteurs, aux buts régionaux et aux buts concernant les États membres de l'OCDE n'appartenant pas à la Région européenne de l'OMS. Ces fiches se répartissent entre huit catégories :

- information générale ;
- statut du document ;
- orientation des valeurs ;
- information générale sur les buts (nombre ; données quantitatives, qualitatives ou combinées ; buts secondaires inclus ; indicateurs suggérés ; etc.) ;
- priorité en ce qui concerne les domaines, les questions, les buts et les objectifs ;
- recensement des domaines, des finalités, des questions, des buts ou des objectifs ;
- place réservée à la mise en œuvre dans le document ;
- participation de l'OMS à l'élaboration ou à la publication du document de politique en question.

### **Deuxième pilier : les valeurs de la Santé pour tous**

14. Un groupe de réflexion a été constitué avec pour mission de jeter un œil neuf sur les valeurs déterminantes de l'évolution de la santé dans le cadre du mouvement de la Santé pour tous. Ce groupe est constitué de personnes aux compétences très diverses – universitaires, dirigeants, conseillers en matière de santé publique venant de 11 pays, et représentants du Conseil de l'Europe et du Siège de l'OMS. Il a tenu trois réunions (mai 2003, novembre 2003 et avril 2004). Les participants se sont efforcés de déterminer lesquelles des valeurs fondamentales de la Santé pour tous restent pertinentes aujourd'hui pour la prise de décision et de quelle manière ces valeurs se rattachent à la politique de santé et à la santé publique. Le groupe de réflexion :

- a analysé les questions de terminologie et d'interprétation de ces valeurs, et les aspects légaux qui s'y attachent ;
- a analysé les incompatibilités que ces valeurs peuvent présenter entre elles lorsqu'elles sont « en concurrence » avec d'autres facteurs influant sur la prise de décision, et les compromis adoptés dans ce cadre ;
- a mis en relief des exemples de la façon dont ces valeurs trouvent leur expression dans la pratique dans les pays ;
- a élaboré un cadre de référence indiquant de quelle manière le système de valeurs adopté par le secteur de la santé dans les différents pays peut assurer que la gestion des questions de santé reste placée sous le signe de l'éthique ; et

- a proposé diverses modalités susceptibles de rendre ces valeurs plus fonctionnelles, faciles à appliquer et utiles.

15. Dans le cadre de l'actualisation de la Santé pour tous, les valeurs sont examinées dans un souci de continuité par rapport à la politique définie antérieurement en la matière et par rapport à la SANTE 21. Cette démarche s'accompagne d'une analyse en profondeur de la pertinence et de la facilité d'application des valeurs. Pour aborder cette question complexe, l'actualisation propose deux « voies d'abord ».

### *Le cadre juridique des droits de l'homme*

16. Étant une condition indispensable pour l'exercice des autres droits de l'homme, la santé est un droit de l'homme fondamental. L'actualisation de la Santé pour tous fait naître des liens entre les valeurs et l'éthique des systèmes de santé, et le cadre constitué par les traités et autres instruments internationaux en vigueur, du fait que le droit à la santé peut trouver son expression dans la réalité à travers un grand nombre de démarches complémentaires. De plus, d'autres droits de l'homme, d'autres normes et d'autres principes entrent en jeu en grand nombre dans les systèmes de santé et ont une part d'influence élevée dans la conception, le suivi, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et programmes de santé.

17. Tout État membre de la Région européenne de l'OMS a signé au moins un traité, une convention ou un autre instrument international relatif aux droits de l'homme. Il existe par conséquent un potentiel élevé de traduction de ces principes dans la réalité dans le secteur de la santé. Cela peut ouvrir de très larges perspectives, du fait que les décisions en matière de santé publique se déplacent sur le terrain des droits individuels reconnus au niveau international, ce qui peut faciliter la tâche des ministères de la Santé dans la conduite de la politique. Deux autres avantages apparaissent lorsque l'on invoque le droit à la santé et l'ensemble des droits de l'homme : ce ne sont plus seulement les patients mais l'ensemble de la population qui est concernée ; deuxièmement, cette approche facilite et impose même une démarche globale interdisciplinaire, du fait que, par de nombreux aspects, les politiques touchent directement à la santé et au bien-être.

### *Le cadre éthique*

18. Lorsque l'on interprète les valeurs d'un point de vue éthique, on constate qu'il n'y a pas de réponse définitive et bien nette s'agissant de leur signification ; cette signification varie largement selon les contextes dans lesquels ces valeurs sont appliquées. L'actualisation a fait ressortir le choix difficile que chaque pays peut être conduit à faire dans l'incertitude de la compréhension des valeurs. Le groupe de réflexion a passé en revue des sources de connaissances extrêmement diverses, très récentes et particulièrement affinées sur les valeurs et l'éthique des systèmes de santé. Les spécialistes de ce groupe ont eux-mêmes apporté d'abondants exemples de la manière dont les valeurs trouvent leur expression dans chaque pays au niveau des orientations. Sur cette base, le groupe a élaboré un schéma possible de conception et d'interprétation des valeurs. Ce schéma n'a pas la prétention d'être prescriptif, ni d'être exhaustif ou encore d'être au-dessus de toute critique. Simplement il a été conçu avec le souci de laisser une grande marge de manœuvre dans son application aux responsables des décisions au niveau national.

19. Trois valeurs fondamentales restent perçues comme étant essentielles pour parvenir au but ultime de toute politique de santé, qui est de réaliser le potentiel maximum de gains en terme de santé.

- **L'équité** : dans le contexte de l'actualisation de la Santé pour tous, on conçoit l'équité comme le fait d'offrir à toutes les catégories de la population d'un pays des chances raisonnables et égales de réaliser pleinement leur potentiel de santé propre.
- **La solidarité** : cette valeur essentielle est interprétée dans le contexte de la répartition des ressources et de l'égalité des chances ; elle se conçoit comme étant la responsabilité sociale collective de tous les membres d'une société de s'entraider.
- **La participation** : que ce soit à un niveau collectif ou individuel, la participation se réfère à l'implication directe des personnes dans tous les processus et toutes les activités qui touchent à la santé publique.

20. **Une direction et une gestion éthique basées sur des valeurs** se conçoivent, dans le contexte de l'actualisation de la Santé pour tous, comme le fait de lier les valeurs et l'action. De plus en plus, la notion de fonctionnement éthique est perçue comme faisant partie intégrante du fonctionnement général des systèmes de santé ; c'est-à-dire que l'adhésion à des valeurs devient un élément important de la mise en pratique de la politique de santé. La mesure dans laquelle la direction et la gestion sont éthiques est largement déterminée par des facteurs inhérents à la santé publique mais aussi par des facteurs qui lui sont extérieurs. Par le fait, des décideurs peuvent juger utile de pouvoir déterminer si – et, dans l'affirmative, dans quelle mesure – les décisions prises et appliquées dans leur pays sont conformes à certaines valeurs fondamentales attachées à la santé publique et communes à l'ensemble de la société. L'actualisation révèle combien il peut être à la fois important et bénéfique de pouvoir remettre en question une politique, un programme ou encore des mesures concrètes par référence à un cadre éthique.

### Troisième pilier : les instruments de mise en pratique des valeurs de la Santé pour tous

21. Ce pilier de l'actualisation concerne les instruments à utiliser par les ministères de la Santé au stade de la définition de leur politique et de leurs programmes de santé publique. Une « boîte à outils » est utile dans ce contexte dans la mesure où l'on veut mettre à la portée des décideurs non seulement un ensemble de principes et de valeurs, mais aussi des moyens efficaces de mettre ceux-ci en pratique. Ces instruments reflètent les réalités de ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, caractérisé par des inégalités sociales, économiques, géographiques et culturelles dans l'accès aux soins de santé qui sont devenues peu à peu le principal défi. De plus, il peut être largement fait usage de ces outils à des moments où la maîtrise des coûts de la santé devient un souci majeur et où, dans le même temps, ni la répartition équitable des prestations ni leur qualité ne doivent être compromises. Dans cette optique, il est essentiel que les décideurs disposent d'une certaine assistance pour pouvoir définir une politique de santé plus équitable, basée sur des bases factuelles et sur une évaluation continue des effets des mesures prises dans ce domaine.

22. Ce pilier est donc centré sur des outils susceptibles de concourir à une politique de santé publique qui :

- s'inspire des valeurs de la Santé pour tous, qui sont des valeurs auxquelles la communauté internationale se rallie : équité, solidarité, responsabilité des individus et des collectivités, bonne direction et bonne gestion, respect des droits de l'homme ;
- tient compte des interactions mutuelles entre santé et développement ;
- tire le meilleur parti possible d'une compréhension approfondie des problèmes de santé et de leurs causes multiples ;
- implique une compréhension globale et interdisciplinaire de la santé, prend en considération le point de vue de toutes parties prenantes, à savoir aussi bien celle du secteur de la santé que des autres secteurs (économie et finances, développement, social, éducation, etc.) ;
- recourt à des mesures dont l'efficacité a été démontrée, que se soit au sein du système de santé ou dans tous autres secteurs ;
- permet que les décisions soient prises sur la base de la rationalité plutôt que sur celle de l'intuition, grâce à une utilisation plus intensive et plus fine des données et des bases factuelles les plus récentes et les plus probantes ;
- prend en considération les attentes et les besoins de la population ;
- ménage toute une série d'options pour l'évaluation des programmes et des mesures, de même que pour l'amélioration de la qualité sur la base de normes et de valeurs auxquelles souscrivent toute les parties prenantes : les professionnels, les administrateurs, les patients et les usagers.

23. Les instruments proposés sous ce pilier ont été analysés en termes de qualité et de pertinence. Les bons instruments sont ceux qui ont été soigneusement évalués, sont faciles à employer suivant l'expérience nationale et internationale, sont disponibles et ne coûtent pas trop cher. Les décideurs, eux-mêmes, choisiront les instruments les mieux adaptés au contexte national. On se bornera, sous ce pilier de

l'actualisation, à mettre en relief le potentiel de chaque instrument, sans passer sous silence ni ses limites ni la complexité de son utilisation. S'inscrivant dans la politique-cadre de la Santé pour tous, ces instruments sont également destinés à aider les ministères de la Santé à suivre une ligne de direction et d'action éthique.

24. Les instruments retenus à ce jour dans le cadre du troisième pilier de l'actualisation sont regroupés en trois catégories, en fonction de leur finalité.

- **Soutenir et améliorer le cadre éthique :**
  - traités, pactes et autres instruments internationaux ayant force de loi ratifiés par les pays ;
  - définition des priorités, par exemple stratégie issue des objectifs du Millénaire pour le développement, dont la priorité centrale est la lutte contre la pauvreté ;
  - prise en considération des besoins et des attentes des administrés.
- **Baser la politique sur l'observation, la connaissance et la compétence technique :**
  - observation et suivi de la santé et de ses déterminants à travers une collecte et une analyse permanente de données ;
  - évaluation des risques sanitaires, préparation aux situations de crise et systèmes d'alerte ;
  - évaluation de la performance globale des systèmes de santé ;
  - évaluation de la qualité des cadres de vie et des infrastructures sanitaires grâce à des systèmes rationnels.
- **Affiner la prise de décisions :**
  - analyse du contexte régional, national ou local ;
  - évaluation de l'impact sanitaire (évaluation des conséquences des choix de société sur la santé) ;
  - utilisation rationnelle des connaissances scientifiques (politique de santé s'appuyant sur des bases factuelles).

25. L'actualisation de la politique de la Santé pour tous donnera lieu à un document reposant sur le travail accompli au regard des trois piliers décrits ci-dessus. Un chapitre supplémentaire apportera quelques indications utiles pour la mise en pratique de la politique actualisée de la Santé pour tous. Normalement, un document provisoire devrait être disponible avant la fin de 2004, pour que les États membres puissent le consulter, la version finale devant être soumise au Comité régional à sa cinquante-cinquième session, en 2005.

## **Le Rapport sur la santé en Europe 2005 – Du savoir à l'action (rapport d'étape)**

26. Ce rapport d'étape a pour but d'informer le Comité régional sur les mesures prises en application de la résolution EUR/RC51/R3, dans laquelle le directeur régional était prié de concourir à ce que le Bureau régional développe un service basé sur la connaissance et publie tous les trois ans un rapport sur la santé en Europe selon des modalités compatibles avec le *Rapport sur la santé dans le monde*.

27. Pour faire droit à cette résolution, le Bureau régional de l'Europe a procédé à une rationalisation de ses fonctions concernant l'information sanitaire et les bases factuelles. Cette rationalisation se traduit par deux changements majeurs :

- i) désormais, c'est une démarche reposant sur des bases factuelles qui est à la base des activités de tous les programmes techniques ; et
- ii) le Bureau régional exploite un système intégré de bases de données (par exemple : la base de données de la Santé pour tous et les bases de données sur les maladies infectieuses, le tabac et

l'alcool), tirant parti des données recueillies par les États membres et par d'autres institutions internationales.

28. Pour que l'OMS, à travers son personnel, puisse asseoir ses conseils et ses recommandations sur les informations et bases factuelles les mieux choisies, le Bureau a élaboré une politique précise, mis au point des modules de formation et créé toute une série de possibilités de partage de l'information. Dans ce processus, les programmes du Bureau régional relatifs à l'information et aux bases factuelles ont bénéficié du Comité consultatif européen de la recherche en santé (CCERS) et d'autres groupes d'experts. Par suite, le Bureau a fait sienne la définition fonctionnelle suivante d'une base factuelle :

*« Produit de la recherche et d'autres sources de savoir  
susceptible de constituer une base utile à la prise de décisions  
en matière de santé publique et de soins de santé »*

29. Le Réseau des bases factuelles en santé (HEN) est une illustration de l'application de cette nouvelle définition. Ce réseau assure un service d'information pratique à l'usage des décideurs dans le domaine de la santé publique et des soins de santé.

30. Le Bureau régional de l'Europe a instauré une coopération encore plus étroite avec l'unité s'occupant au Siège des bases factuelles et de l'information à l'appui des politiques (EIP/HQ). Il entretient aussi une collaboration directe avec le projet concernant la charge mondiale de morbidité. Grâce à cela, on dispose pour la première fois d'estimations par pays de la charge de morbidité pour l'ensemble de la Région européenne. Ces estimations prennent en considération toutes les composantes de la population et donnent des renseignements spécifiques en ce qui concerne les enfants. Cette information nouvelle aide les décideurs à déterminer les priorités et à élaborer des plans d'action efficaces.

31. Les éléments que l'on vient d'exposer ainsi que les fonctions renforcées d'information de base sur la santé constituent également un apport appréciable pour la préparation du *Rapport sur la santé en Europe 2005*.

### **Le Rapport sur la santé en Europe 2005**

32. La préparation du prochain rapport sur la santé en Europe, qui doit paraître en mai 2005, a commencé en 2003. Ce rapport comportera trois parties.

33. **La première partie** consiste en un tour d'horizon de la situation concernant la santé publique. On y expose les tendances passées et actuelles dans la Région, les principales causes de la charge de morbidité et les principaux facteurs de risque. Une large place est accordée aux déterminants socio-économiques de la santé. On y insiste particulièrement sur l'interaction entre santé et développement par le fait que l'on utilise l'indice de développement humain du PNUD. Cette démarche novatrice répond aux circonstances nouvelles qui caractérisent la Région, où les différences traditionnelles entre l'Est et l'Ouest sur le plan des attentes peuvent désormais être perçues comme un fossé en terme de développement. Le Rapport 2005 suggère d'envisager cette situation sous l'angle du progrès vers le développement, le message implicite étant que tout pays se trouve confronté continuellement à des ajustements et à des réformes. Les États membres doivent tous faire face aux mêmes problèmes, encore que se soit à des degrés divers. Les inégalités entre catégories économiques et sociales au regard de la santé, l'influence du comportement sur la santé et la recherche constante de gains en termes de coûts/efficacité sont des questions universelles, comme l'est aussi la nécessité de traduire les connaissances nouvelles en une action effective.

34. Les valeurs de l'indice de développement humain dans la Région ont servi à définir quatre groupes de taille sensiblement égale représentant chacun environ 20 % des 52 pays. Ces quintiles sont en principe plus homogènes que les regroupements géopolitiques de pays utilisés dans les éditions antérieures du *Rapport sur la santé en Europe*.

35. Le Rapport 2005 accorde une attention particulière à la prévention des maladies et à la promotion de la santé. Les tendances positives de la situation sanitaire en termes de prévention effective font apparaître que les valeurs moyennes concernant chacun des groupements de pays se sont améliorées au cours des années 1990 pour ce qui est de certains indicateurs mais non de tous. On constate également des exemples de stagnation voire de retour en arrière. Deux conclusions claires peuvent être tirées :

- i) il existe une marge considérable d'amélioration de la situation sanitaire dans tous les pays, à condition de tirer un meilleur parti des bases factuelles et des connaissances dont on dispose ; et
- ii) aucun pays ne se distingue comme étant le meilleur ou au contraire le pire sur tous les plans. Au contraire, chaque pays connaît certains problèmes, pour lesquels il peut tirer parti de l'expérience positive des autres et, inversement, peut proposer dans certains domaines son expérience en exemple à d'autres.

36. Une analyse de la situation sanitaire est la base de toute comparaison des forces et des défis que la Région peut connaître en terme de santé publique, le but étant de parvenir à une mise en commun des connaissances et un partage de l'expérience et des ressources à une échelle internationale. Des programmes de santé publique exhaustifs, adaptés précisément aux caractéristiques et aux besoins de chaque État membre sont nécessaires pour faire face aux défis de plus en plus lourds du monde moderne sur le plan de la santé. Le *Rapport sur la santé en Europe 2005* met en exergue les principales interventions connues pour être efficaces en matière de santé publique.

37. Le rapport traite aussi de la question de la capacité et des infrastructures nécessaires pour une dispensation efficace des services et des soins. Les questions fondamentales que les pouvoirs publics doivent se poser ont été soulignées, dans le but d'aider les décideurs à cerner les solutions les plus appropriées pour les populations concernées. Le ton général est incitatif plutôt que prescriptif.

38. Dans **la partie deux**, on examine de plus près la classe d'âge des 0 à 18 ans. L'attention se porte non pas sur la simple survie des personnes mais sur leur santé et leur épanouissement. On y traite des nourrissons, des enfants en bas âge et d'âge plus élevé et des adolescents. On aborde les facteurs indirects de morbidité et de mortalité tels que la pauvreté relative et l'échec scolaire. On aborde aussi la nécessité d'une intervention multisectorielle étendue, axée sur les causes mêmes des problèmes de santé.

39. Les enfants sont notre investissement dans l'avenir, ce qui justifie l'accent mis sur la santé de l'enfant et de l'adolescent. De plus, les jeunes sont véritablement au centre d'un certain nombre d'initiatives du Bureau régional, telles que la Stratégie européenne pour la santé de l'enfant et de l'adolescent, qui sera présentée à la cinquante-cinquième session du Comité régional, la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui s'est tenue en juin 2004, et enfin la Conférence ministérielle sur la santé mentale, prévue pour janvier 2005.

40. L'importance particulière accordée à cette classe d'âge s'explique aussi par une tendance nouvelle consistant à centrer davantage l'information sur elle et à adapter les méthodes existantes de collecte de données et d'information de manière à obtenir un tableau rendant mieux compte de la situation sanitaire des jeunes. À l'heure actuelle, l'information est relativement fragmentaire et, dans de nombreux pays, elle est du ressort d'institutions différentes. Cela constitue un obstacle à l'efficacité.

41. Malgré certaines périodes de dégradation au début et au milieu des années 1990 dans les parties centrale et orientale de la Région européenne de l'OMS, les principaux indicateurs font apparaître une amélioration générale de la situation sanitaire des enfants. Malgré tout, dans chaque État membre, il existe encore une grande marge d'amélioration possible.

42. **La partie trois** se termine par une analyse du système de santé publique et de ce que l'efficacité dans ce domaine exige pour la prochaine décennie. L'information sanitaire, une prise de décision reposant sur des bases factuelles et le suivi et l'évaluation des programmes sont abordés ici. L'évaluation des effets sur la santé et les technologies propres au secteur de la santé sont abordées. On traite enfin de la nécessité

de renforcer les dispositions existantes tendant à ce que les préoccupations de santé publique soient prises en considération dans les autres domaines, et aussi l'importance du renforcement de la transparence.

### La démarche suivie

43. Un comité de rédaction a été constitué en 2003. Ce comité supervise l'élaboration du rapport et exerce un œil critique sur sa structure et ses principaux messages.

44. Le Bureau régional a procédé à une campagne spéciale de collecte de données afin de soutenir la tendance à une attention plus grande pour les jeunes. On a recouru à ce titre à des données provenant de sources très dispersées dans les pays de la Région, l'idée étant de parvenir à une base de données plus intégrée et plus étendue. Tous les États membres ont été invités à désigner des centres de coordination et à recueillir des données suivant une méthode commune. Quarante-deux États membres collaborent actuellement avec le Bureau régional dans ce cadre. En mars 2004, 25 pays avaient fourni les données nécessaires. Ces éléments seront utilisés dans le cadre du *Rapport sur la santé en Europe 2005* pour fournir des données par rapport à 8 ou 10 indicateurs clés. Tous les résultats seront rendus accessibles sur le site Web du Bureau régional sous forme de produits distincts.

45. L'élaboration du rapport a été jusqu'à ce jour un exercice interactif, dans lequel toutes les divisions et les programmes concernés du Bureau régional se sont impliqués. De plus, au Siège, le groupe organique Bases factuelles et information à l'appui des politiques (EIP) a fourni des estimations spécifiques de la charge de morbidité pour chacun des États membres de la Région européenne de l'OMS.

46. Le projet de rapport sera disponible pour la cinquante-quatrième session du Comité régional, dans sa forme brute et en anglais seulement. Le document sera revu après le Comité régional avant d'être soumis à un examen critique collégial lors d'une réunion qui se tiendra plus tard dans l'année.

### Conclusion

47. Un rapport sur la santé en Europe d'un genre nouveau est en train de voir le jour qui :

- répond à une résolution du Comité régional ;
- aborde des questions qui requièrent une attention politique dans tous les pays ;
- prévoit une interaction formelle avec les pays pour la validation de l'information ;
- recherche une maximisation des synergies à la fois au sein de l'Organisation et avec d'autres organisations internationales.

### La Conférence ministérielle sur la santé mentale (janvier 2005) : rapport d'étape

48. L'organisation de cette manifestation a commencé en 2002. Le Bureau régional s'emploie actuellement à :

- assurer les manifestations précurseurs ;
- finaliser l'organisation de la manifestation principale et de son programme ;
- établir les documents de fond, les documents concernant les résultats de la conférence et d'autres documents ;
- planifier l'envoi des invitations aux gouvernements après la session du Comité régional de septembre 2004.

## Manifestations précurseurs

49. Les manifestations précurseurs consistent en des réunions d'experts dans le cadre desquelles on ébauche en s'appuyant sur des bases factuelles des conclusions et des recommandations relatives aux questions devant être abordées par la conférence. Participent à ces réunions des experts désignés par les homologues nationaux et des membres des groupes de travail compétents. Au total, il est prévu sept réunions de ce type :

| Période             | Lieu       | Thème  | Organisateurs                                    |
|---------------------|------------|--|--|
| 5–7 février 2003    | Copenhague | Droits de l'homme, stigmatisation et exclusion       | Conseil de l'Europe, OMS                         |
| 27–29 mars 2003     | Athènes    | Prévention de la stigmatisation                      | Union européenne (UE),<br>Gouvernement grec, OMS |
| 11 et 12 mars 2004  | Bruxelles  | Prévention du suicide                                | Gouvernement belge, OMS                          |
| 3–5 juin 2004       | Moscou     | Stress sociétal                                      | OMS, Gouvernement de la<br>Fédération de Russie  |
| 30 juin 2004        | Paris      | Suivi et comparaisons en matière<br>de santé mentale | UE, Gouvernement français,<br>OMS                |
| 20 et 21 sept. 2004 | Luxembourg | Santé mentale chez les enfants et<br>les adolescents | UE, Gouvernement du<br>Luxembourg, OMS           |
| 4 et 5 oct. 2004    | Tallinn    | Vie professionnelle et santé mentale                 | OMS, Gouvernement de l'Estonie                   |

## La conférence principale

50. Les préparatifs concernant les lieux où se tiendra la conférence, l'accueil des participants et toutes les autres dispositions d'ordre pratique ont été menés à bonne fin ; un protocole d'accord a été signé avec l'organisme hôte, qui est le ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Finlande.

51. Le comité directeur de la conférence a tenu sept réunions depuis 2002. Les principales subdivisions du programme de la conférence ont été finalisées et les invitations ont été adressées aux participants qui pourraient faire une allocution en plénière. Pratiquement tous les intéressés ont déjà donné une réponse, qui est positive. Il a été demandé aux présidents des groupes de travail et à d'autres experts d'intervenir dans des réunions parallèles, dont l'organisation suit son cours.

52. Une attention particulière a été accordée à la participation d'organisations non gouvernementales (ONG) telles que celles qui représentent des usagers ou encore les familles. Il a été proposé qu'un représentant des usagers fasse une allocution les premiers jours. Un autre représentant des usagers devrait intervenir en plénière à propos des services de santé mentale. De plus, des présentations par les ONG sont prévues dans le cadre de diverses réunions parallèles. Le Gouvernement finlandais a prévu la veille de l'ouverture de la conférence (le mardi) une réunion entre les représentants des ONG du pays d'accueil et ceux des ONG des autres pays d'Europe.

53. Les ministres devraient tous être arrivés au plus tard le vendredi, de manière à participer à une table ronde et adopter et signer la Déclaration. Un dîner ministériel aura lieu le vendredi soir. On espère que certains ministres et hauts fonctionnaires resteront pour la séance du samedi matin, qui sera consacrée à la mise en œuvre des conclusions de la Conférence.

## Invitations

54. Une première annonce signalant l'importance de l'événement a été diffusée l'an dernier et une deuxième va l'être au cours de la prochaine quinzaine.

55. Les invitations formelles aux gouvernements seront envoyées après la session de septembre prochain du Comité régional, conformément au protocole suivi par l'OMS. Dans la lettre d'invitation aux

ministres de la Santé, le secrétariat recommandera que la délégation de chaque État membre comprenne un représentant de la société civile.

56. On procède actuellement à un tour d'horizon des organisations non gouvernementales en Europe et un parrainage est envisagé pour l'invitation d'une vingtaine de représentants d'ONG.

### Déclaration et autres documents

57. Il sera demandé aux ministres d'adopter et de signer la Déclaration le vendredi après-midi. Le secrétariat s'emploie à établir un texte court et concis, renvoyant aux résolutions antérieures, faisant état des progrès, faisant la synthèse des problèmes et définissant les attentes que les États membres, la société civile et le directeur régional nourrissent par rapport à un plan d'action. Les thèmes devant être abordés sont les suivants :

- les droits de l'homme ;
- la parité des services de santé mentale ;
- la stigmatisation et discrimination (par rapport au logement, aux prestations sociales, à l'emploi, à la législation) ;
- le stress, le suicide, l'utilisation dévoyée de certaines substances et sa prévention ;
- l'accès à l'information ;
- l'accès aux soins dans des cadres moins contraignants (soins primaires, dispensaires, autres) ;
- les interventions fondées sur des bases factuelles ;
- l'organisation des réformes et capacité de recherche.

58. Pour parvenir à un accord politique sur la déclaration, il est prévu que les représentants officiels des États membres se rencontreront avant la Conférence pour discuter en détail de la déclaration et du plan d'action.

59. Le calendrier est ainsi fixé :

- Version initiale du rapport convenue au niveau interne : fin juin 2004
- Livrée à la traduction : 1<sup>er</sup> août 2004
- Envoyée aux gouvernements : fin août 2004
- Réunion préalable à la conférence : fin octobre 2004

60. Un document de fond est en préparation, sous la direction du docteur Itzhak Levav ; ce document sera prêt à être diffusé en septembre. Il décrira la diversité et le contexte social de la santé mentale en Europe et fournira des informations de fond en rapport avec les thèmes inscrits à l'ordre du jour de la Conférence. Il sera communiqué à tous les délégués.

## Lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS : rapport d'étape faisant suite à la résolution EUR/RC52/R8, adoptée en 2002

### Arrière plan

61. À sa cinquante-deuxième session, le Comité régional avait reconnu que la tuberculose échappait à tout contrôle dans beaucoup de pays d'Europe centrale et orientale et dans la Communauté des nouveaux États indépendants (NEI). Il avait également constaté que c'est dans les pays d'Europe ayant fait l'objet d'une enquête que le nombre de cas de tuberculose à bacilles multirésistants était le plus élevé du monde et que les chiffres étaient inconnus en ce qui concerne la plupart des NEI. La cinquante-deuxième session

avait adopté une résolution appelant à « Amplifier l'action contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS », résolution approuvant notamment le « plan d'extension pour 2002–2006 de la stratégie DOTS, pour faire barrage à la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS ». Le plan en question vise à accélérer l'extension de la Stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) dans la Région, de manière à parvenir en 2005 aux objectifs mondiaux définis par l'Assemblée mondiale de la santé (c'est-à-dire de dépister 70 % des cas de tuberculose estimés infectieux et d'en traiter avec succès 85 %).

62. La situation concernant la tuberculose dans la Région reste préoccupante. D'après le rapport de l'OMS le plus récent, la Région avait enregistré 374 000 nouveaux cas en 2002, chiffre le plus élevé des vingt dernières années (231 608 en 1991, et 368 136 en 2001). Cette situation concerne essentiellement les NEI et la Roumanie. Cependant, l'immigration croissante à partir de ces pays à forte prévalence de tuberculose se traduit en Europe occidentale par un surcroît de cas dépistés chez des immigrants rapporté à la population du pays d'accueil. Le taux élevé de cas de tuberculose à bacilles multirésistants est l'un des obstacles majeurs à un endiguement effectif de la tuberculose. Il faudrait en outre une réforme d'ensemble du secteur de la santé avec une implication étroite des soins de santé primaires dans la lutte contre la tuberculose. Autres obstacles enfin, l'augmentation rapide des cas de tuberculose s'ajoutant à une séropositivité et enfin un engagement encore insuffisant envers la stratégie DOTS.

63. Dans la lutte contre la tuberculose à l'échelle de la Région, la priorité est à l'extension de la stratégie DOTS. Désormais quarante et un des 52 États membres y ont recours (contre 34 en 2001). Sur ces 41 pays, 24 ont mis en œuvre cette stratégie à l'échelle nationale. Deux autres pays (le Bélarus et la Croatie) ont annoncé qu'ils entendent eux aussi suivre cette stratégie. En moyenne, 40 % de la population de la Région européenne (17 % en 2001) a aujourd'hui accès à des services prévus dans le cadre de cette stratégie. Quinze pays se sont dotés d'un plan quinquennal d'extension de la stratégie DOTS et 24 sont actuellement dotés d'un mécanisme national de coordination. En Fédération de Russie, le renforcement de la Commission de coordination interinstitutions de la lutte contre la tuberculose et du groupe de travail de haut niveau sur la tuberculose, combiné à l'adoption d'un décret ministériel (prikaz n° 109), marque une évolution positive dans le sens de la lutte contre la tuberculose.

64. Il est crucial de renforcer l'efficacité des laboratoires pour améliorer le dépistage de la tuberculose si l'on veut que les objectifs mondiaux soient atteints. Une collaboration s'est déjà instaurée avec des partenaires afin de renforcer l'assistance technique offerte aux États membres dans ce domaine particulièrement important.

65. Pour garantir un approvisionnement ininterrompu en médicaments de bonne qualité pour toutes les formes de tuberculose, 10 des 19 pays de la Région admis à en bénéficier ont d'ores et déjà sollicité la Facilité mondiale d'accès aux médicaments antituberculeux et 9 d'entre eux ont reçu une réponse positive. Par ailleurs, 13 pays ont également demandé un soutien dans le domaine de la tuberculose au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 6 d'entre eux ayant reçu une réponse positive. L'assistance technique nécessaire à la formulation des demandes d'aide au Fonds a été assurée grâce à une subvention de la German Agency for Technical Cooperation (GTZ) et de l'Agence canadienne de développement international (ACDI).

66. Face à l'épidémie de tuberculose à bacilles multirésistants que connaît la Région, une surveillance de ce phénomène de résistance a été instaurée dans cinq pays : la Fédération de Russie (région d'Orel), Israël, Lituanie, Ouzbékistan (Karakalpakstan), Pologne et Turkménistan (région de la mer d'Aral), en plus des projets déjà en cours en Estonie, en Fédération de Russie toujours, dans la région de Tomsk, et en Lettonie. Des projets pilotes DOTS-Plus ont été renforcés en Estonie, dans trois régions de la Fédération de Russie et en Lettonie et de nouveaux projets ont été lancés dans la région d'Ivanovo, en Fédération de Russie, et en Ouzbékistan, dans le Karakalpakstan, en collaboration avec le Green Light Committee.

67. Beaucoup de pays de la Région ont renforcé leurs moyens nationaux de sensibilisation du public et de gestion des programmes et ont amélioré leur système de surveillance de la tuberculose au niveau régional et au niveau national. Chacun des 52 États membres fournit un rapport annuel sur la surveillance

de la tuberculose à l'OMS et au Centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance de la tuberculose en Europe (EuroTB). La précision et le respect des délais prescrits pour la déclaration se sont révélés excellents pour près de 80 % des pays.

68. Ces résultats ont été enregistrés grâce à un certain nombre de facteurs : le renforcement de la collaboration avec les États membres, en particulier avec les ministères de la Santé et les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ; le renforcement du partenariat et de la coordination à travers la mise en place d'un groupe consultatif technique pour la Région européenne de l'OMS et la Commission de coordination régionale interinstitutions sur la tuberculose, et leurs réunions annuelles ordinaires. Un partenariat régional pour faire barrage à la tuberculose s'est récemment mis en place. Depuis 2003, la collaboration a été renforcée avec les partenaires techniques et financiers tels que l'Agence américaine pour le développement international (USAID), German Agency for Technical Cooperation (GTZ), le German credit institute for reconstruction (KfW), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la Banque mondiale, la Fondation royale des Pays-Bas pour la tuberculose (KNCV), le projet Hope, les Gouvernements autrichien, français et suédois et d'autres instances. De plus, la mise en place et le renforcement du programme de lutte contre la tuberculose au Bureau régional ainsi que dans les bureaux sous-régionaux et de pays de l'Asie centrale, des Balkans, du Caucase, de la Fédération de Russie et de l'Ukraine ont constitué un atout considérable dans la Région.

## Défis

69. Bien que l'on constate des progrès très nets sur le plan de la lutte contre la tuberculose dans la Région, il conviendrait d'accélérer rapidement le rythme d'extension de la stratégie DOTS (y compris en ce qui concerne les formes de tuberculose à bacilles multirésistants et les cas concomitant à une séropositivité) si l'on veut que ce progrès de la thérapeutique soit profitable aux personnes atteintes et si l'on veut que les objectifs mondiaux d'ici 2005 soient atteints. Selon les chiffres les plus récents, le taux de dépistage des cas de tuberculose dans la Région serait de 40 % et le taux de succès des traitements de 78 %. Les tendances actuelles permettent de penser que le taux de guérison – mais non celui du dépistage – aura atteint l'objectif mondial d'ici 2005 dans la plupart des pays d'Europe. Par conséquent, l'extension de la stratégie DOTS est une priorité absolue pour les gouvernements s'ils veulent parvenir à une couverture géographique intégrale en ce qui concerne la tuberculose conformément aux objectifs de développement du Millénaire (voir la mortalité par cette cause divisée par deux en 2015 et la courbe de l'incidence s'inverser). Les activités de prévention et de lutte contre la tuberculose dans certains pays n'ont toujours pas été consolidées. Les points d'achoppement les plus importants sont par exemple les carences du système de surveillance ; la faiblesse des moyens de laboratoire pour le dépistage des cas ; l'absence de concertation avec l'administration pénitentiaire, l'armée, le secteur privé et les services de santé ; l'inertie du public ; l'insuffisance des activités d'information, d'éducation et de communication vis-à-vis de la population ; la proportion élevée de défauts de traitement et de mortalité chez les malades ; et enfin l'incidence élevée des formes de tuberculose à bacilles multirésistants. L'insuffisance de crédits et l'absence de plans d'action de lutte contre la tuberculose, combinées à l'absence de mécanismes de coordination, constituent dans certains pays des obstacles déterminant par rapport aux résultats souhaités.

70. Un engagement politique plus ferme en faveur de la stratégie DOTS est nécessaire dans certains pays de la Région si l'on veut parvenir à des progrès aussi rapides que souhaités. Dans certains pays de la Région, l'engagement politique déclaré n'a toujours pas trouvé son expression dans l'action ni dans l'affectation des crédits nécessaires. Les États membres sont appelés à s'investir davantage au niveau national dans des stratégies rationnelles de lutte contre la tuberculose et des facteurs sociaux qui l'accompagnent. Les pays qui y ont droit devraient faire appel à la Facilité mondiale pour obtenir une aide à leur action à la fois contre la tuberculose et contre le VIH/sida. L'OMS et ses partenaires devraient devenir une source importante d'assistance technique et de coordination. La viabilité à long terme de la lutte contre la tuberculose dépend essentiellement d'une mobilisation de nouveaux partenaires qui permettra de porter les efforts et les ressources au meilleur niveau possible.