

RAPPORT SUR LA SANTÉ EN EUROPE *2002*

RAPPORT SUR LA SANTÉ EN EUROPE 2002



EUROPE

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies ayant statut, sur le plan international, d'autorité directrice et coordinatrice en matière de questions sanitaires et de santé publique. Les textes fondateurs de l'OMS lui confèrent en particulier une mission d'information et de conseil dans le domaine de la santé humaine, mission dont elle s'acquitte notamment grâce à des publications. Celles-ci lui permettent de soutenir les stratégies sanitaires nationales et de traiter les questions les plus urgentes en matière de santé publique.

Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chaque bureau a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert. La Région européenne, peuplée d'environ 870 millions d'habitants, s'étend du Groenland au nord et de la Méditerranée au sud jusqu'au littoral Pacifique de la Fédération de Russie. Le programme européen de l'OMS est axé, d'une part, sur les problèmes propres aux sociétés industrielles et post-industrielles et, d'autre part, sur ceux que rencontrent les nouvelles démocraties d'Europe centrale et orientale et les pays issus de l'ex-URSS.

Dans le souci de permettre au plus grand nombre de bénéficier d'informations et de conseils fiables en matière de santé, l'OMS veille à assurer une large diffusion de ses publications à l'échelle internationale et encourage leur traduction et leur adaptation. Outils indispensables de la promotion et de la protection de la santé ainsi que de la prévention et de la lutte contre les maladies, les publications de l'OMS contribuent à la réalisation du principal objectif de l'Organisation, qui est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

RAPPORT
SUR LA SANTÉ
EN EUROPE
2002



Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Copenhague

EUROPE

OMS, Publications régionales
Série européenne, n° 97

ISBN 92 890 2365 1

ISSN 0250-8575

Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation visant à reproduire ou à traduire ses publications, en partie ou intégralement. Les demandes d'autorisation et de renseignements doivent être adressées au Service des publications, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark, qui fournira volontiers les informations les plus récentes sur tout changement apporté au texte, les nouvelles éditions envisagées et les réimpressions, ainsi que les traductions déjà disponibles.

© Organisation mondiale de la santé 2002

Les publications de l'Organisation mondiale de la santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du secrétariat de l'Organisation mondiale de la santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les noms des pays ou zones employés dans cette publication sont ceux qui étaient les leurs au moment où a été préparée l'édition originale de l'ouvrage.

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

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rapport sur la santé en Europe 2002

(OMS publications régionales. Série européenne ; n° 97)

1. Indicateurs état sanitaire 2. Étude évaluation 3. Facteur socioéconomique
4. Style vie 5. Hygiène environnement 6. Délivrance soins 7. Politique sanitaire
8. Réforme systèmes santé 9. Europe I. Série

ISBN 92 890 2365 1
ISSN 0250-8575

(Classification NLM : WA 900)

IMPRIMÉ AU DANEMARK

Table des matières

Remerciements	v
Avant-propos	1
Introduction	2
PREMIÈRE PARTIE – SITUATION SANITAIRE DANS LA RÉGION EUROPÉENNE DE L'OMS	7
Situation générale	8
Espérance de vie et mortalité	11
Espérance de vie en bonne santé	15
Charges de morbidité	18
<i>Maladies transmissibles</i>	19
<i>Maladies non transmissibles</i>	29
<i>Santé mentale</i>	42
<i>Accidents et blessures</i>	44
<i>Bibliographie</i>	45
La santé dans les différents groupes de population	49
<i>Santé des enfants</i>	49
<i>Santé des adolescents</i>	52
<i>Santé des femmes</i>	56
<i>Vieillesse et santé</i>	61
<i>Bibliographie</i>	63
DEUXIÈME PARTIE – LES GRANDS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	65
Déterminants socioéconomiques	66
<i>Santé et développement</i>	68
<i>Pauvreté</i>	70
<i>Facteurs psychosociaux</i>	71
<i>Emploi</i>	72
<i>Éducation</i>	73
<i>Sexe</i>	73
<i>Bibliographie</i>	74

Modes de vie	75
<i>Nutrition</i>	75
<i>Activité physique</i>	79
<i>Tabac</i>	81
<i>Alcool</i>	85
<i>Drogue</i>	87
<i>Bibliographie</i>	91
Environnement physique	93
<i>Qualité de l'air</i>	93
<i>Hygiène des aliments</i>	94
<i>Eau</i>	97
<i>Habitat</i>	98
<i>Travail</i>	99
<i>Transports</i>	101
<i>Rayonnements ionisants</i>	102
<i>Changements environnementaux à l'échelle mondiale</i>	102
<i>Bibliographie</i>	104
TROISIÈME PARTIE – SYSTÈMES DE SANTÉ :	
 POLITIQUES ET RÉFORMES	107
Financement	110
Prestation de services	114
<i>Soins de santé primaires</i>	115
<i>Hôpitaux</i>	116
<i>Qualité</i>	119
Production de ressources	121
<i>Produits pharmaceutiques</i>	123
Fonction de direction	126
Bibliographie	130
CONCLUSION	135
ANNEXE 1. Méthodes d'évaluation de la performance des systèmes de santé	138
ANNEXE 2. Tableaux statistiques	148

Remerciements

Le présent rapport a été en grande partie rédigé, révisé et coordonné par Anatoliy Nosikov et Jean-Paul Jardel. Anca Dumitrescu, Roberto Bertollini et Nata Menabde ont dirigé sa réalisation. Les principaux collaborateurs (énumérés ci-après par ordre alphabétique) étaient, sauf indication contraire, des fonctionnaires du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe lors de l'élaboration de ce rapport. Une assistance et des observations relatives aux différentes versions ont été obtenues de fonctionnaires du service Bases factuelles et information à l'appui des politiques du Siège de l'OMS à Genève.

Roger Aertgeerts
 Richard Alderslade
 Keith Baverstock
 Xavier Bonnefoy
 Assia Brandrup-Lukanow
 Luca Brusati
 Kees de Joncheere
 Antonio Duran
 Mikhail Ejov
 Lars Fallberg
 Ainna Fawcett-Henesy
 Bent Fenger
 Josep Figueras
 Emil Gabrielyan (Agence pour les technologies pharmaceutiques et médicales, Arménie)
 Brian Gaffney (Health Promotion Agency for Northern Ireland, Royaume-Uni)
 Bernardus Ganter
 Milagros Garcia-Barbero
 Cees Goos
 W. Philip T. James (International Obesity Task Force, Royaume-Uni)
 Marco Jermini
 Isuf Kalo
 Cecile Knai
 Rüdiger Krech
 Michal Krzyzanowski
 Joe Kutzin
 Ulrich Laukamm-Josten
 Philip Lazarov
 Peter Makara
 Viviana Mangiaterra
 Sir Michael Marmot (University of London, Royaume-Uni)
 José M. Martín-Moreno (Université de Valence et Agence espagnole pour l'évaluation des technologies de santé, Espagne)

Bettina Menne
 Haik Nikogosian
 Pekka Oja (Institut UKK, Finlande)
 Mikael Østergren
 Elaine Price
 Remigijus Prokhorskas
 Vivian Rasmussen
 Francesca Racioppi
 Nina Rehn
 Neville Rigby (International Obesity Task Force, Royaume-Uni)
 Anna Ritsatakis
 David Rivett
 Aileen Robertson
 Wolfgang Rutz
 Aushra Shatchkute
 Sylvie Stachenko
 Muthu Subramanian (Health and Health Care Assessment, Princeton, États-Unis)
 Thorkild I.A. Sørensen (Institut de médecine préventive, Danemark)
 Cristina Tirado
 Agis Tsouros
 Claude Vilain
 Steven Wassilak
 Manfred Wildner (Centre de recherche bavarois sur la santé publique, Université Ludwig-Maximilian, Allemagne)
 Isabel Yordi
 Risards Zaleskis
 Erio Ziglio
 Lorenzo Zucchi

Maquette : Tuuli Sauren
 Photos : Van Parys Media

Avant-propos


« Adapter les services aux nouveaux besoins » : cette formule résume la nouvelle stratégie que le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe entend mettre en œuvre dans le cadre de ses activités avec les pays. Nous avons le souci constant d’améliorer l’adéquation et la qualité des services que nous offrons aux États membres et à leurs habitants, en les aidant à élaborer et à renforcer leur politique sanitaire, leur système de santé et leurs programmes en matière de santé publique. Pour ma part, je suis intimement convaincu que l’un des rôles les plus importants du Bureau régional est de fournir des analyses et des informations de qualité, constamment mises à jour, qui puissent servir de fondement à l’élaboration des politiques.



Les gouvernements et les responsables de l’élaboration de ces politiques prennent de plus en plus conscience que l’accès aux connaissances améliore le processus décisionnel. En outre, les États membres comprennent de mieux en mieux qu’ils ont à affronter les mêmes défis et que les expériences vécues par les autres pays peuvent leur être utiles au plan national. Pour le Bureau régional, il s’agit donc d’exploiter les données et expériences existantes, de favoriser l’échange de ces informations et, à terme, de rendre ces données et ces indicateurs comparables entre pays.

Avec le présent *Rapport sur la santé en Europe*, le Bureau régional satisfait à son obligation de proposer aux États membres des informations essentielles en matière de santé publique. Ce rapport offre une vision large bien que concise de la situation sanitaire et des déterminants de la santé dans la Région et recense les domaines dans lesquels les États membres et les responsables de la santé publique en Europe doivent engager des actions. Il met l’accent sur des données concrètes précieuses pour les décideurs en santé publique. Cette publication a pour objet de présenter la synthèse des informations obtenues, réunies et validées au cours des travaux menés par le Bureau régional en coopération avec les États membres sur les sujets et questions déterminants en matière de santé publique en Europe, en conformité avec les valeurs et principes de l’OMS en tant qu’organisation unitaire.

L’utilité de cette publication se mesurera en fonction de l’intérêt que les États membres lui accorderont et de l’usage qu’ils en feront pour améliorer leur politique et leur système de santé.



Marc Danzón

Directeur régional de l’OMS pour l’Europe

Introduction

Où en est rendue la Région européenne de l'OMS sur la voie de la santé pour tous ?

C'est la question à laquelle le présent rapport tente de répondre, d'une part, en analysant et en évaluant la situation en Europe et, d'autre part, en mesurant le chemin parcouru vers le double objectif de l'Organisation, à savoir la santé des populations et la lutte contre les problèmes de santé, par les moyens suivants :

- réduction du surcroît de mortalité, de morbidité et d'incapacités, en particulier au sein des populations pauvres et marginalisées ;
- promotion de modes de vie sains et réduction des risques pour la santé humaine qui résultent de facteurs environnementaux, économiques, sociaux et comportementaux ;
- mise en place de systèmes de santé qui dans un souci d'équité favorisent une amélioration de la santé, répondent aux attentes légitimes des individus et soient financièrement justes ;
- création d'un cadre politique et institutionnel propice dans le secteur de la santé, en donnant une réelle dimension sanitaire aux politiques sociales, économiques et environnementales et aux politiques de développement.

À cet effet, la première section de ce rapport présente une évaluation comparative de la situation sanitaire et des tendances en termes d'espérance de vie, d'espérance de vie en bonne santé et de charge de morbidité, et fait le point sur les disparités de santé d'un groupe de population à l'autre et à l'intérieur de ces groupes. La deuxième section présente l'évolution des principaux déterminants de la santé, en soulignant l'importance des facteurs socioéconomiques. La troisième section concerne les systèmes de soins, dont le bon fonctionnement détermine la réalisation des objectifs d'amélioration de la santé publique, d'équité en matière d'accès aux soins et de financement solidaire. Cette troisième section comporte notamment une analyse des fonctions clés des systèmes de santé, qui permet de dégager les possibilités et les tendances observées dans la réforme des systèmes de santé et la mise en œuvre de la politique sanitaire.

Ce rapport, qui vise à résumer et à comparer les principales tendances observées sur le plan de la situation sanitaire, des déterminants de santé et des facteurs de risque, ainsi que la performance des systèmes de soins de santé dans les différents pays de la Région, s'inscrit dans le cadre récemment défini par l'OMS pour dresser le bilan de la santé des populations et fournir un indice de la performance des systèmes de santé, tel qu'il a été présenté en détail dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*. Il utilise des données quantitatives et qualitatives provenant de différentes sources (plus ou moins exactes, complètes et comparables), notamment sur des estimations relatives à l'espérance de vie en bonne santé et à la charge de morbidité utilisées dans ce *Rapport sur la santé dans le*

monde 2000, sur des données communiquées par les États membres, des publications d'organisations internationales, des publications scientifiques et des informations recueillies dans le cadre des programmes techniques de l'OMS. Dans l'attente d'une réflexion plus poussée sur les regroupements de pays, ceux-ci reposent sur la localisation géographique ou – critère de moins en moins pertinent – l'appartenance à des entités telles que l'Union européenne (UE), les pays d'Europe centrale et orientale (PECO) et les nouveaux États indépendants issus de l'ex-URSS (NEI)¹ (fig. 1).

Bien que, globalement, les niveaux de santé enregistrés dans la Région européenne figurent parmi les plus élevés du monde, le présent rapport souligne les principales inégalités entre les différents pays et à l'intérieur même de ces pays. La disparité la plus notable est l'écart qui se creuse entre les pays d'Europe occidentale et orientale du point de vue de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé, et en particulier la chute impressionnante de ces chiffres dans les NEI, essentiellement due à la mortalité prématurée des hommes adultes.

L'importance des inégalités en matière de situation sanitaire est due à une augmentation considérable de l'incidence de maladies transmissibles telles que l'infection à VIH et le sida et la tuberculose dans les pays d'Europe orientale (étroitement liée à la détérioration de la situation socioéconomique) et à la persistance du paludisme dans certaines zones du sud-est de la Région. Toutefois, ce sont surtout les maladies



Fig. 1 : États membres de la Région européenne de l'OMS inclus dans les moyennes sous-régionales : UE (jaune), PECO (rouge) et NEI (bleu)

¹ Les nouveaux États indépendants (NEI) sont les 15 pays qui ont accédé à l'indépendance après la dissolution de l'URSS, y compris trois pays Baltes (l'Estonie, la Lettonie et la Lituanie). Les PECO sont les 12 pays d'Europe centrale et orientale qui avaient précédemment des économies planifiées et ne faisaient pas partie de l'URSS. Lorsqu'il est question de l'Europe occidentale, on vise généralement les 15 pays de l'Union européenne et les pays développés à économie de marché qui ne font pas partie de l'UE.

cardiovasculaires, le cancer, le diabète sucré et d'autres maladies non transmissibles qui constituent l'essentiel de la charge de morbidité et creusent le plus le fossé entre les pays de l'est et de l'ouest de l'Europe en termes d'espérance de vie. La plupart de ces maladies sont associées à des facteurs de risque communs liés aux modes de vie et à l'environnement socioéconomique. Comme le montrent les résultats obtenus dans certains pays d'Europe occidentale, la prévention de ces maladies et la réduction de la mortalité prématurée peuvent faire l'objet d'améliorations importantes. Des efforts particuliers restent également à accomplir pour réduire la charge des troubles mentaux en augmentation constante, ainsi que l'incidence et les conséquences des blessures, notamment chez les enfants.

L'analyse comparative des données sanitaires entre plusieurs groupes de population révèle là encore, en dépit d'une amélioration globale, la persistance d'inégalités majeures sur le plan de la mortalité infanto-juvénile, des comportements à risque des adolescents, de la santé des femmes en général et des risques liés à la reproduction, de la santé des hommes d'âge mûr (pour lesquels on observe des inégalités considérables dans un même pays et d'importantes différences entre l'est et l'ouest), et enfin des chances de vieillissement en bonne santé.

Ce rapport souligne la relation entre les facteurs socioéconomiques et l'état de santé. La pauvreté, en particulier, est reconnue comme le déterminant le plus important des problèmes de santé. Comme l'a souligné la Commission Macroéconomie et santé, les investissements dans le domaine de la santé doivent d'ailleurs être considérés comme une action concrète en faveur du développement économique et de la réduction de la pauvreté. Le rapport passe également en revue les différents déterminants de santé liés aux modes de vie en soulignant les bienfaits d'une alimentation saine et de l'exercice physique, et fait le point sur les tendances inquiétantes des comportements à risque, notamment ceux liés au tabac, à l'alcool et aux drogues, en particulier chez les jeunes. Il résume enfin la situation et les tendances relatives aux principaux risques liés à l'environnement, dont la prévention requiert une coopération intersectorielle et internationale dans le contexte du développement durable.

Les systèmes et les services de santé connaissent actuellement des transformations majeures dans la Région européenne. Premièrement, les pays s'efforcent de trouver un équilibre entre viabilité et solidarité en matière de financement. La plupart des pays d'Europe occidentale parviennent à maintenir des niveaux relativement élevés de solidarité. Les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants sont également résolus à assurer la solidarité du financement, mais les problèmes liés à la viabilité économique des nouveaux mécanismes d'assurance ont souvent considérablement remis en question l'accessibilité, notamment économique, des services de soins. Deuxièmement, les gouvernements optent de plus en plus pour l'achat stratégique comme moyen d'allocation des ressources aux prestataires de soins dans

l'optique d'une amélioration de la santé, notamment par la séparation des fonctions de prestataire et d'acheteur, ainsi le passant du remboursement passif à l'achat actif, et par la sélection des prestataires en fonction de leur rapport coût/efficacité. Les mécanismes contractuels et la rémunération en fonction des performances sont désormais déterminants pour l'efficacité des achats. Troisièmement, les pays adoptent de nouvelles stratégies ou remanient en profondeur les stratégies existantes visant à améliorer les prestations en matière de services de santé. Quatrièmement, il apparaît clairement qu'une réforme des systèmes de santé repose en premier lieu sur une direction efficace. Ce rôle principalement joué par les pouvoirs publics, comprend l'élaboration de la politique de santé, la mise au point des réglementations appropriées et la collecte efficace des informations, mais ces tâches peuvent également être accomplies par d'autres entités, par exemple des associations professionnelles.

Les conclusions présentées dans ce rapport, en dépit de leurs limites, devraient permettre aux États membres d'évaluer les progrès qu'ils ont réalisés vers la Santé pour tous et de développer encore leurs propres capacités dans le domaine de la santé et de l'information sanitaire, en s'appuyant sur ce rapport pour mieux définir leur politique et mieux gérer leurs programmes de santé.

PREMIÈRE PARTIE

Situation sanitaire dans la Région européenne de l'OMS

Situation générale

Espérance de vie et
mortalité

Espérance de vie en
bonne santé

Charges de morbidité

La santé dans les
différents groupes
de population



Situation générale

La Région européenne de l'OMS comprend certains des pays les plus riches de la planète, mais aussi des pays extrêmement pauvres. Phénomène plus inquiétant, le nombre des pays les moins bien lotis a singulièrement augmenté depuis dix ans. En 2000 (ou l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles), le produit intérieur brut (PIB) par habitant était compris entre 255 dollars des États-Unis et plus de 42 000 dollars. Ce sont les PECO et les NEI qui ont connu la plus grave régression au cours de la dernière décennie écoulée. La pauvreté définie en fonction du revenu, qui ne concernait auparavant qu'une petite partie de la population (3,3% en 1987–1988), affecte désormais près de la moitié des habitants de certains pays. Dans les pays pour lesquels des données sont disponibles (annexe 2, tableau 1), 168 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté fixé à 4 dollars par jour, ce qui représente une moyenne de 46% de la population (fig. 2). Dans la plupart des pays les plus favorisés, la répartition des richesses est loin d'être équitable et des poches de pauvreté existent toujours. En Europe occidentale, environ 37 millions de personnes, c'est-à-dire près de 10% de la population totale, vivent sous le seuil de pauvreté, ce qui signifie qu'elles perçoivent moins de 50% du revenu médian. D'une façon générale, un nombre important et croissant d'individus au sein des sociétés européennes risquent de connaître la pauvreté à un moment ou à un autre de leur existence.

D'après le *Rapport sur le développement humain 2001*, l'inégalité des revenus dans les pays d'Europe occidentale (mesurée selon l'indice de Gini²) varie de niveaux bas en Autriche et au Danemark (23 à 25) à des niveaux relativement élevés au Portugal et au Royaume-Uni (35 à 36) (annexe 2, tableau 1 et fig. 3). Dans les années 90, cette inégalité s'est accentuée dans la plupart des pays d'Europe occidentale pour lesquels ces



Fig. 2 : Population vivant sous le seuil de pauvreté (pourcentage de la population disposant d'un revenu inférieur à 4 USD par jour)

² Voir définition annexe 2.

données sont disponibles. Avant la transition vers l'économie de marché, les PECO et les NEI étaient beaucoup plus proches les uns des autres en termes d'inégalité des revenus. Au cours de la période de transition, les changements ont apparemment été minimes dans les PECO, mais très importants dans les NEI, et particulièrement spectaculaires dans la Fédération de Russie.

Globalement, l'Europe a connu une situation économique contrastée, mais les années 90 ont été extrêmement difficiles pour de nombreuses personnes. Dans la plupart des pays d'Europe occidentale, ces années ont été marquées par une longue période de déclin économique, notamment pendant la première moitié de la décennie. Les taux de chômage sont passés d'environ 8% en 1990 à près de 12% en 1994, puis aux alentours de 10% en 1999. Ce chiffre représente 16 millions de chômeurs dans la partie occidentale de la Région européenne. L'un des phénomènes les plus inquiétants a été l'augmentation du chômage de longue durée. Au cours de la première moitié des années 90, les PECO et les NEI ont connu cinq années successives de déclin de l'activité économique. De 1989 à la fin de 1992, la baisse de la production prise dans sa totalité a dépassé les 30% ; de 1989 à 1993, cette baisse se situait probablement aux alentours de 40%. Depuis, certains de ces pays ont retrouvé des taux positifs de croissance du PIB. Toutefois, seuls quelques pays ont compensé le fléchissement global observé depuis 1990 et plusieurs NEI enregistrent toujours des taux très inférieurs à ceux de 1990. Le chômage a connu une augmentation spectaculaire, passant de presque zéro à des taux supérieurs à 14% dans les PECO et à 10% dans les NEI. Le PIB réel a quelque peu augmenté dans les PECO mais a chuté de manière significative dans les NEI, compte tenu du niveau initial relativement bas de 1990.



Fig. 3 : Inégalité des revenus (indice de Gini)

En outre, certains pays ont connu des situations d'urgence et des catastrophes (naturelles ou anthropiques, ou les deux à la fois), pour lesquels une assistance internationale à grande échelle a souvent dû être rapidement mise en place. Au cours des années 90 en particulier, la Région européenne a traversé un certain nombre de crises graves liées notamment à des conflits armés dans plusieurs États membres. L'éclatement violent de l'ex-Yougoslavie a constitué à cet égard l'exemple le plus affligeant : pendant les hostilités, plus de 200 000 personnes ont perdu la vie de 1992 à 1996, le nombre de blessés s'est compté par centaines de milliers et près de 4 millions d'individus ont dû quitter leur foyer. Les migrations internes et internationales qui en ont résulté ont posé d'importants problèmes de santé.

Toutes ces raisons expliquent, dans les années 90, le creusement du fossé entre les situations sanitaires des différents pays de la Région européenne, dont attestent les variations très larges des indicateurs de santé. Alors que l'espérance de vie a augmenté globalement dans les pays d'Europe occidentale et les PECO, elle a baissé dans la plupart des NEI. La situation en matière d'inégalités dans le domaine de la santé a changé dans l'ensemble de la Région. La répartition des États membres d'après des indicateurs tels que le PIB réel, l'espérance de vie et la mortalité infantile montre que le groupe autrefois soudé des PECO et des NEI est devenu plus hétérogène. Certains PECO ont été assimilés au groupe relativement compact des pays d'Europe occidentale ou s'en sont rapprochés, alors que plusieurs NEI restaient loin derrière.

Ce rapport tente d'évaluer le plus précisément possible la situation sanitaire en Europe. Il se fonde en cela sur les estimations relatives à l'espérance de vie, à l'espérance de vie en bonne santé et aux années de vie ajustées sur l'incapacité pour l'année 2000 publiées dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2001*. Il s'appuie également sur les chiffres

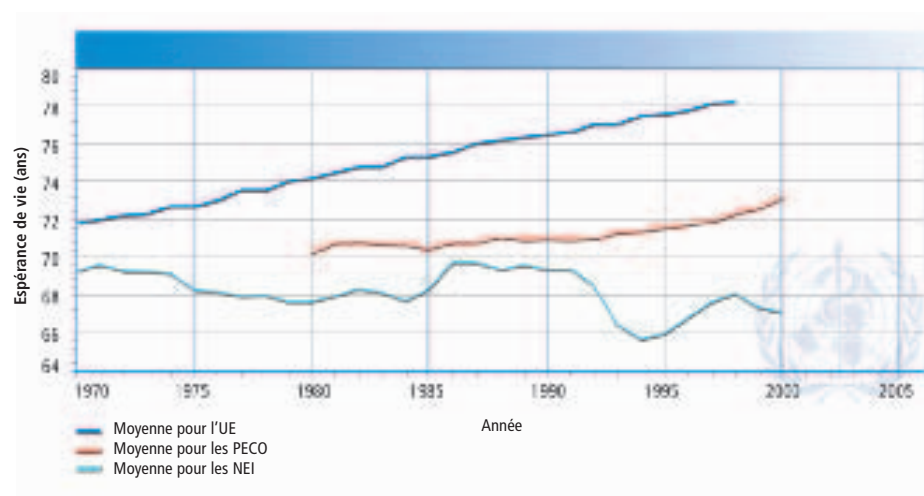


Fig. 4 : Espérance de vie à la naissance, 1970–2000

concernant la mortalité et la morbidité communiqués par les États membres et enregistrés dans la base de données du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, ainsi que sur des données provenant d’autres sources, le cas échéant.

Espérance de vie et mortalité

Les dernières décennies du XX^e siècle ont été marquées par une accentuation du gradient de mortalité est-ouest et de l’écart d’espérance de vie entre les personnes vivant dans les parties orientale et occidentale de la Région européenne de l’OMS (fig. 4). Tous les pays d’Europe occidentale ont bénéficié d’une augmentation constante de l’espérance de vie. Dans les pays de l’Union européenne, l’augmentation moyenne entre 1970 et 1998 a été de 6,4 années à la naissance, 4,9 années à 15 ans et 3,4 années à 65 ans. En 1970, l’espérance de vie à la naissance était en moyenne similaire dans la partie orientale de la Région, mais un écart est apparu entre les PECO et les pays de l’Union européenne, qui a atteint 5,5 ans en 1990 et 5,9 ans en 1998. L’écart entre les pays de l’Union européenne et les NEI est plus important encore (7,2 et 10,2 ans, respectivement) (fig. 5). L’espérance de vie dans les NEI a connu d’importantes fluctuations, notamment une chute sensible entre 1986 et 1994. Les chiffres les plus récents dénotent une nouvelle baisse, malgré une certaine amélioration dans la seconde moitié de la décennie 90. Les tendances sont similaires chez les hommes et chez les femmes, si ce n’est que ces dernières vivent plus longtemps. Cependant, l’écart d’espérance de vie entre les hommes et les femmes est beaucoup plus important dans les NEI (11,1 ans en moyenne) et les PECO (environ 7,6 ans) que dans l’Union européenne (environ 6,3 ans). Selon les informations les plus récentes, 27 pays de la Région ont déjà atteint une espérance de vie à la naissance supérieure à 75 ans, tandis que pour 11 pays, ce chiffre est toujours inférieur à 70 ans.

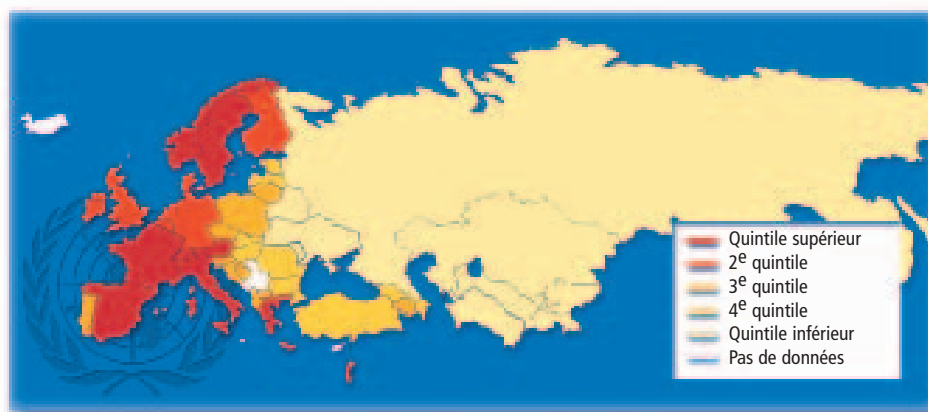


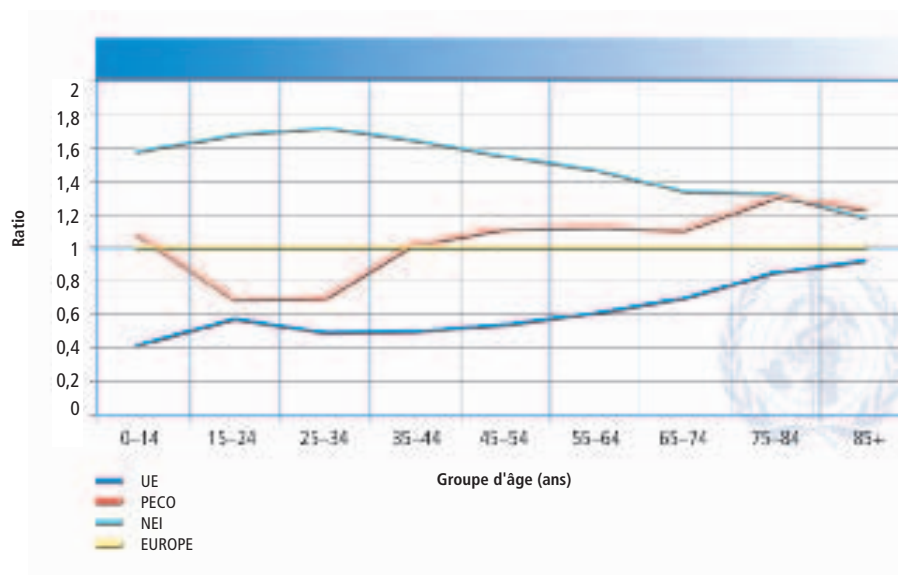
Fig. 5 : Espérance de vie à la naissance

Dans certains pays des Balkans, du Caucase et de l'Asie centrale, les chiffres de l'espérance de vie sont vraisemblablement surestimés. Ils ont été calculés sur la base des données relatives à la mortalité et à la population qui ont été soumises à l'OMS par les États membres, mais les statistiques de la mortalité n'ont pas été déclarées de façon satisfaisante. Pour évaluer cette marge, il convient de comparer les chiffres fournis avec les estimations d'espérance de vie effectuées à l'aide du système de courbe de survie type de l'OMS, qui permet de pallier les lacunes des statistiques (voir annexe 2, tableau 2).

Les données disponibles au niveau sous-national semblent indiquer que les disparités au sein des pays sont plus importantes dans la partie orientale de la Région. Par exemple, l'écart entre les chiffres les plus élevés et les plus bas pour l'espérance de vie entre comtés de Suède est d'environ deux ans, alors qu'entre districts (*oblasts*) de la Fédération de Russie, il n'atteint pas moins de 15 ans.

Une analyse de la mortalité par âge, sexe et cause du décès en Europe montre que les différences les plus importantes entre l'est et l'ouest se situent au niveau de la population d'âge mûr (fig. 6), notamment sur le plan de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et aux causes externes de décès (accidents, homicides et suicides) dans la population masculine. Avec l'âge, l'écart entre les parties orientale et occidentale de la Région diminue progressivement. La mortalité dans le groupe d'âge des 15 à 64 ans intervient pour 8,0 ans (61%) dans l'écart global est-ouest (13,25 ans) pour l'espérance de vie des hommes.

Fig. 6 : Ratio des taux de mortalité par âge par rapport à la moyenne européenne dans l'UE, les PECO et les NEI



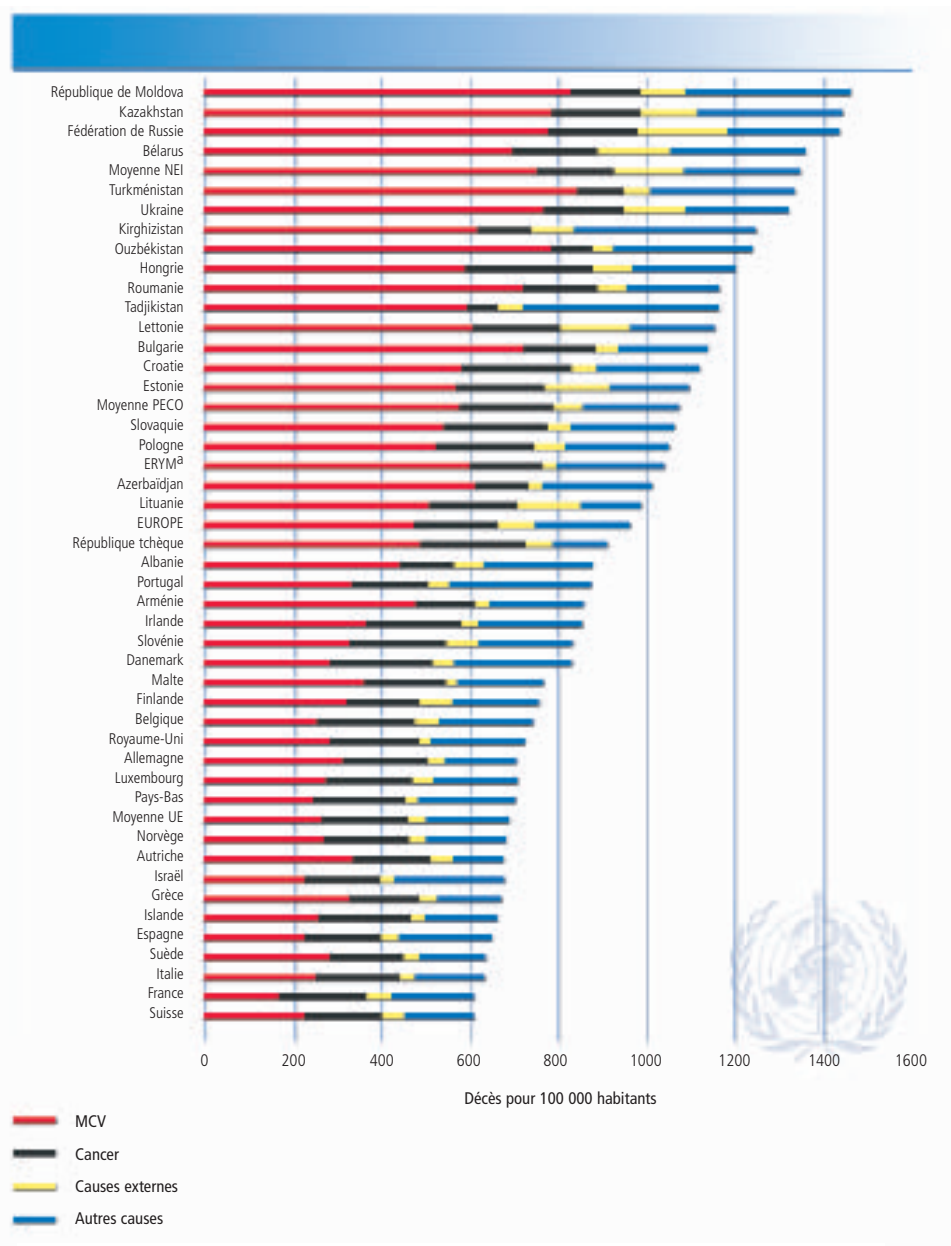
Les changements spectaculaires en matière de mortalité observés dans la Fédération de Russie et dans d'autres pays de la partie européenne de l'ex-URSS ont attiré l'attention de nombreux chercheurs et responsables politiques. L'ampleur de ces changements est pratiquement sans précédent (hors temps de guerre) et elle coïncide avec les profondes mutations socioéconomiques auxquelles sont soumis ces pays. Des études approfondies sur la mortalité démontrent que les habitudes en matière de consommation d'alcool a joué un rôle appréciable. L'analyse de l'évolution de la mortalité par cause et âge au cours de la période de baisse de l'espérance de vie qui a duré jusqu'en 1994 et la période d'amélioration qui a suivi (1995–1997) a montré que ces changements étaient principalement dus à des changements relatifs aux causes externes de décès et à une soudaine augmentation de l'incidence des maladies cardiovasculaires parmi les personnes d'âge mûr³. Dans certains PECO, l'espérance de vie a également connu des changements considérables dans les années 90. Il est donc difficile de dégager une évolution commune, mais l'espérance de vie globalement tendance à augmenter dans la plupart ces pays.

Comme l'espérance de vie et la mortalité totale, la mortalité due aux principales causes de décès varie considérablement d'un pays européen à l'autre (fig. 7). Les maladies cardiovasculaires sont en moyenne responsables de près de la moitié de la mortalité totale. Toutefois, les rapports entre les taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires et de mortalité totale standardisés sur l'âge varient d'environ 35% dans la partie occidentale de la Région à près de 60% dans certains pays d'Europe orientale. Le cancer est responsable de près de 20% de la mortalité globale en Europe, avec des taux qui vont d'environ 30% dans certains pays d'Europe occidentale à environ 10% dans la partie orientale de la Région. Les accidents et les autres causes externes de blessure et d'intoxication représentent environ 9% de la mortalité globale (en moyenne près de 6% en Europe occidentale et de 12% en Europe orientale). Les causes externes de décès jouent un rôle particulièrement important parmi les jeunes. Au-dessous de 65 ans, les causes externes sont responsables d'environ 20% de la mortalité globale, contre 31% pour les maladies cardiovasculaires et 23% pour le cancer.

Les indicateurs de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et au cancer témoignent que, sous certains aspects, la situation sanitaire est plus déterminée par des facteurs tels que les modes de vie et la situation socioéconomique que par la performance des services de santé. Les indicateurs de « mortalité évitable » permettent en revanche une meilleure estimation de la performance de ces services. Par « mortalité évitable », on entend les causes de décès qui, pour une grande partie, pourraient être

³ SHKOLNIKOV, V. ET AL. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet*, 357: 917–921 (2001).

évitables par des mesures rapides et efficaces, même si certaines de ces causes, par exemple le diabète et la tuberculose, sont liées aux principaux déterminants de santé, en particulier à la pauvreté. Les tendances révélées par ces indicateurs et leur répartition dans les pays d'Europe en général reflètent le même schéma est-ouest. La mortalité due à l'appendicite et au cancer du col de l'utérus est en moyenne deux à trois fois plus élevée dans le centre et l'est de la Région que dans les pays d'Europe occidentale (fig. 8).



Espérance de vie en bonne santé

La notion d’espérance de vie en bonne santé⁴, utilisée par l’OMS pour mesurer le niveau de la situation sanitaire, englobe tous les éléments relatifs à la santé d’une population et non pas uniquement la mortalité. Elle a permis, dans le cadre de l’analyse de la performance des systèmes de santé publiée dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, d’évaluer dans quelle mesure l’objectif d’amélioration des niveaux moyens de santé de la population avait été atteint. Certes, des outils de mesure composite similaires avaient déjà été mis en œuvre, mais l’utilisation universelle de l’espérance de vie en bonne santé, calculée de façon centralisée à l’aide d’une méthodologie standard faisant appel à des estimations des niveaux de santé cohérentes au sein de l’Organisation, constitue une avancée majeure. Cet indicateur est conçu de telle sorte qu’il permet de repérer, dans la situation sanitaire générale, les changements dans le temps et les disparités entre les pays. Néanmoins, les chiffres de l’espérance de vie en bonne santé se fondent sur des données autodéclarées et ne sont donc pas toujours comparables entre les pays, en raison de la disparité des instruments et des méthodes d’enquête, de l’inégalité des attentes et des normes en matière de santé, et des différences culturelles qui entrent en jeu dans la déclaration des données. Il peut donc s’avérer difficile d’obtenir, dans le cadre d’enquêtes sur la population, des mesures comparables à l’échelle internationale sur des indicateurs de santé autodéclarés, même si l’on a atteint des niveaux de fiabilité et de validité acceptables pour chaque population. Ainsi, les catégories de réponse (par exemple « léger », « moyen » ou « important ») proposées dans les autoquestionnaires peuvent faire l’objet d’interprétations différentes selon les populations concernées.

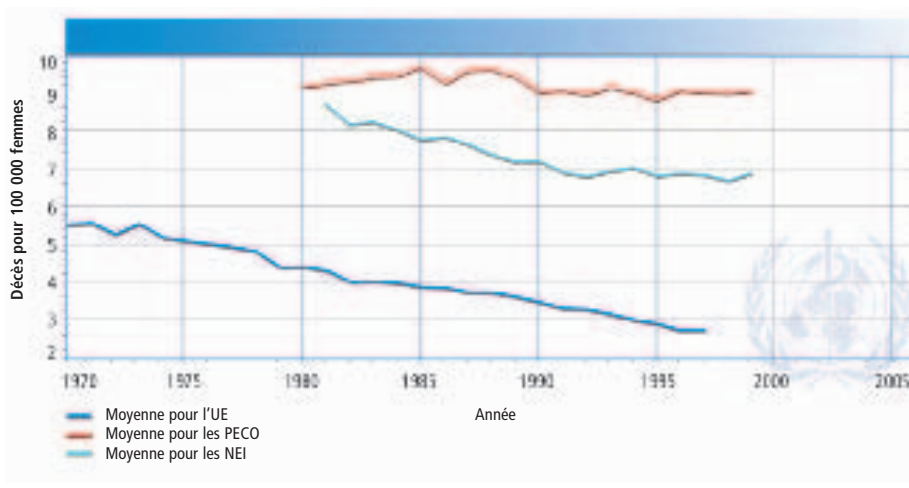


Fig. 8 : Mortalité due au cancer du col de l’utérus, 1970–1999

⁴ L’espérance de vie en bonne santé (qui remplace la notion d’« espérance de vie corrigée de l’incapacité ») tient compte à la fois de l’espérance de vie (une mesure composite de la mortalité) et d’une estimation des années passées en mauvaise santé, corrigées de la gravité de l’état de santé. Concrètement, elle correspond à la durée de la vie en parfaite santé, c’est-à-dire sans incapacité. (Voir également annexe 1 et annexe 2, tableau 2.)

Soucieuse de définir une base méthodologique et empirique plus apte à mesurer l'état de santé des populations, l'OMS a mis en place une stratégie de recueil des données en collaboration avec les États membres. Cette stratégie fait appel à un instrument normalisé et à de nouvelles méthodes statistiques permettant d'ajuster les valeurs autodéclarées en fonction d'échelles comparables. Les estimations en matière d'espérance de vie en bonne santé pour 2000 et pour tous les pays se fondent à la fois sur des données provenant d'enquêtes effectuées dans certains pays (avec le risque d'inexactitude inhérent aux erreurs d'échantillonnage et au biais) et sur des analyses relatives à la prévalence de l'invalidité effectuées dans le cadre du projet sur la charge mondiale de morbidité⁵, qui s'appuie sur un vaste ensemble de données épidémiologiques et démographiques plus ou moins précises. Les nouvelles méthodes utilisées dans l'enquête auprès des ménages effectuées par l'OMS dans plusieurs pays⁶ permettent de comparer plus facilement les données autodéclarées d'un pays à l'autre et représentent une avancée spectaculaire dans l'exploitation de ces données. Forte de ces progrès, l'OMS s'attache actuellement à mettre au point des techniques plus performantes de mesure de la situation sanitaire, dans l'optique d'une enquête sur la santé dans le monde qui sera effectuée en 2002.

En l'an 2000, à l'échelle mondiale, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance était comprise entre 39 ans pour les hommes et les femmes en Afrique et près de 66 ans pour la population féminine d'Europe occidentale. Au niveau régional, toujours en l'an 2000 et pour les individus âgés de 60 ans, ce chiffre variait entre 8,3 ans en Afrique et près de 16 ans pour les femmes vivant en Europe, en Amérique du Nord et dans la Région du Pacifique occidental de l'OMS. Dans la Région européenne de l'OMS (fig. 9), la même année, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance (hommes et femmes

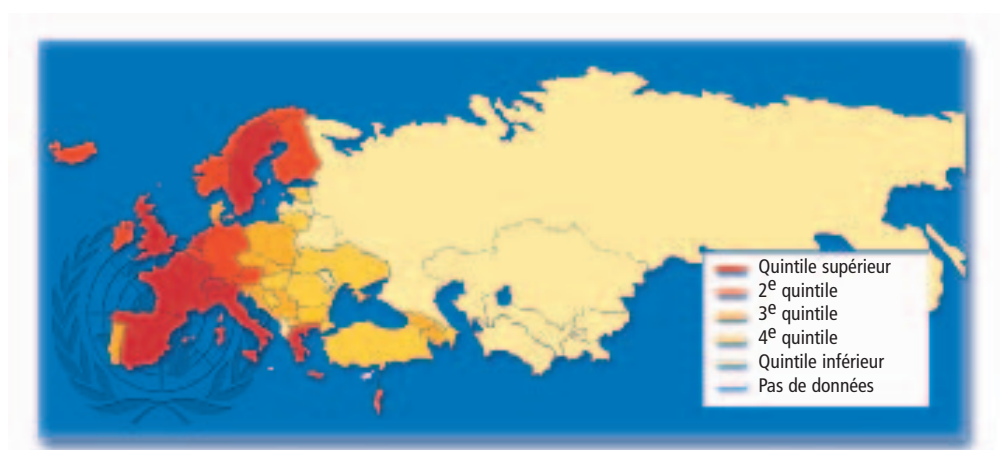


Fig. 9 : Espérance de vie corrigée de l'état de santé

⁵ MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D., ED. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1996.

⁶ ÜSTÜN, T.B. ET AL. *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000–2001*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (GPE Discussion Paper 37).

confondus) atteignait 62,9 ans, c'est-à-dire 9,0 ans de moins que l'espérance de vie à la naissance. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance pour les femmes est supérieure de 5,9 ans à celle des hommes. En comparaison, les femmes ont une espérance de vie à la naissance supérieure de près de 8,2 ans à celle des hommes. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance varie de 50,3 ans chez les hommes russes à 72,2 ans chez les femmes vivant dans les pays à faible mortalité d'Europe occidentale.

La plupart des pays industrialisés d'Europe occidentale, qui enregistrent une espérance de vie en bonne santé à la naissance d'environ 70 ans (68 ans pour les hommes et 72 ans pour les femmes), font partie du groupe de pays à la tête duquel figure le Japon, où les femmes jouissaient en l'an 2000 d'une espérance de vie en bonne santé à la naissance évaluée à 76,3 ans en moyenne. Cependant, le classement de ces pays est affecté d'une marge d'incertitude, qui s'élève en général à environ trois ans avec une probabilité de 95% pour les pays développés.

Dans la Fédération de Russie, l'espérance de vie en bonne santé est de 60,6 ans pour les femmes, c'est-à-dire inférieure de 5 ans à la moyenne européenne, mais seulement de 50,3 ans pour les hommes, à savoir 9,6 ans de moins que la moyenne européenne. Cet écart entre hommes et femmes est l'un des plus importants au monde et il reflète l'augmentation considérable de la mortalité des hommes adultes au début des années 90. De 1987 à 1994, le risque de décès prématuré s'est accru de 70% dans la population masculine russe. De 1994 à 1998, l'espérance de vie chez les hommes a augmenté, mais a rechuté de façon significative au cours des trois dernières années. Des taux similaires ont été observés dans d'autres pays de l'ex-URSS.

En général, lorsque l'espérance de vie est peu élevée, l'espérance de vie en bonne santé l'est également. Toutefois, on observe d'importantes variations pour un niveau donné d'espérance de vie. Par exemple, dans les pays dans lesquels l'espérance de vie est de 70 ans, l'espérance de vie en bonne santé varie de 57 à 61,5 ans, ce qui n'est pas négligeable. Si l'on distingue les hommes des femmes, l'écart varie de 57 à 65 ans pour une espérance de vie totale de 70 ans. Ces différences reflètent dans une certaine mesure l'impact des politiques de promotion de la santé et de prévention, ainsi que les niveaux de performance des systèmes de santé en général.

Charges de morbidité

Globalement, les niveaux de santé dans la Région européenne figurent parmi les plus élevés du monde. En 2000, on estimait à 153,1 millions le nombre d'années de vie en bonne santé (calculées en fonction du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité, ou DALY⁷) qui ont été perdues du fait de décès ou de nouveaux cas de maladie ou de blessure survenus au cours de cette année. Ce chiffre, qui représente environ 10,4% du total mondial (1472 millions de DALY), est nettement inférieur au pourcentage de la population mondiale vivant dans cette région (14,4%). Il convient toutefois de signaler d'importantes disparités au sein de la Région sur le plan de l'ampleur de la morbidité.

Sur l'ensemble de la Région, les cardiopathies ischémiques constituaient en l'an 2000 la principale cause de morbidité (décès prématurés et issues non fatales de nouveaux cas de maladie) et représentaient 15,5 millions de DALY et 10,1% de la charge globale due aux maladies et aux blessures. Les proportions pour les hommes (11,0%) et pour les femmes (9,0%) étaient similaires. En deuxième place (hommes et femmes confondus), venaient les maladies vasculaires cérébrales (10,4 millions ou 6,8% des DALY au niveau de la Région), avec un pourcentage nettement plus élevé chez les femmes (8,3%) que chez les hommes (5,6%). Le tableau 1 présente les dix principales causes de morbidité, hommes et femmes confondus. Outre les principales maladies vasculaires, les troubles liés à la consommation d'alcool et à la dépression, même s'ils ne font pas partie des principales causes de décès, représentent respectivement les troisième et quatrième causes de DALY perdues chez les hommes, suivies par le suicide et les accidents de la circulation, le cancer du poumon et les maladies pulmonaires chroniques. D'autres troubles tels que les infections des voies respiratoires basses, les intoxications, le déficit auditif, la cirrhose du foie, la maladie d'Alzheimer et autres démences représentent plus de 2% des DALY dans la population masculine. Chez les femmes, la dépression est la seconde cause et la maladie d'Alzheimer, la quatrième. D'autres pathologies telles que l'arthrose, le cancer du sein, le déficit auditif, les infections des voies respiratoires basses et le diabète sucré représentent plus de 2% des DALY.

Bien que les causes principales de la morbidité se répartissent de façon similaire dans les différentes sous-régions de l'Europe, l'ampleur de leurs effets est variable. Chez les hommes, par exemple, les cardiopathies ischémiques ont été à l'origine de 13% des DALY perdues en Europe orientale pendant l'année 2000, contre 9,1% en Europe

⁷ La notion de DALY (ou années de vie ajustées sur l'incapacité) correspond au nombre d'années de vie perdues du fait d'un décès prématuré et d'années vécues avec une incapacité caractérisée par une gravité et une durée déterminées. Une DALY équivaut donc à un an de vie en bonne santé perdu. L'utilisation de cette notion pour mesurer la charge de morbidité présente l'avantage de prendre en compte les pathologies mentales, la perte de l'audition et l'arthrose en tant que causes majeures de la charge de morbidité, même si ces affections n'entraînent généralement pas une mortalité importante.

occidentale et septentrionale. Les accidents de la circulation impliquant des hommes ont causé cette même année plus de DALY perdues dans l'est de l'Europe (1,3 million) que dans l'ouest et le nord (1,08 million), alors que la population masculine y était deux fois moins nombreuse. Enfin, dans certains pays de la Région européenne, des pathologies telles que les infections des voies respiratoires basses, les affections périnatales et les maladies diarrhéiques figurent toujours parmi les dix principales causes de la charge de morbidité, ce qui sous-entend que l'une des priorités en matière de santé publique est de renforcer la prévention des maladies transmissibles dans ces pays.

Cause	DALY (en milliers)	Pourcentage
Maladies cardiovasculaires	33 381	21,8
Troubles neuropsychiatriques	31 080	20,3
Blessures	22 707	14,8
Néoplasmes malins	17 642	11,5
Maladies de l'appareil digestif	7 087	4,6
Maladies infectieuses et parasitaires	6 823	4,4
Maladies respiratoires	6 416	4,2
Maladies de l'appareil locomoteur	5 304	3,5
Troubles des organes des sens	4 150	2,7
Infections respiratoires	3 891	2,5
Autres causes	14 631	9,5
Total des DALY	153 111	100,0

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001.

Tableau 1. Les dix principales causes de la charge de morbidité dans la Région européenne de l'OMS en DALY, estimations pour 2000

Maladies transmissibles

Dans la Région européenne, on peut observer approximativement deux schémas épidémiologiques de maladies transmissibles. Au cours des dernières décennies, les pays d'Europe occidentale ont connu une baisse constante ou une stabilisation de la morbidité et de la mortalité du fait de ces maladies. En revanche, elles ont parfois effectué un bond spectaculaire dans les pays d'Europe orientale pendant les années 90, même si des progrès ont été réalisés au cours des quatre dernières années. À l'intérieur de ce groupe, il convient de distinguer les PECO, qui dans leur majorité connaissent une situation relativement stable, et les NEI, dans lesquels les taux de morbidité et de mortalité dus à certaines maladies transmissibles, déjà élevés, sont en constante progression. Ces différences sont à mettre sur le compte de facteurs économiques, des dépenses en matière de santé publique et des infrastructures sanitaires.

Épidémie de tularémie au Kosovo

Une grave épidémie de tularémie s'est déclarée au Kosovo pendant la période de l'après-guerre, en 1999 et 2000. Au milieu de l'année 1999, à la suite de la crise politique et de la guerre qui avaient sévi pendant plus de dix ans, le pays était en proie à des déplacements massifs de population, à un effondrement des niveaux d'assainissement et d'hygiène et à un bouleversement de la situation socioéconomique et environnementale.

Lorsque les personnes déplacées ont pu rentrer chez elles, un paysage de désastre les attendait : maisons détruites ou saccagées, entrepôts de produits alimentaires désertés, puits endommagés et contaminés, récoltes abandonnées et champs en friche. Cette situation a entraîné une épizootie de tularémie chez les rongeurs qui, compte tenu de l'appauvrissement de la population, s'est rapidement propagée aux humains dans les zones rurales.

Des études épidémiologiques et environnementales ont été réalisées pour identifier les sources de l'infection, les modes de transmission et les facteurs de risque pour les ménages. L'état de groupes de malades et de groupes témoins a été contrôlé sur la base de tests en laboratoire. Au total, 327 cas sérologiquement confirmés de pharyngite à tularémie et d'adénite cervicale ont été relevés dans 21 communes sur 29. Une analyse appariée de 46 ménages malades et de 76 ménages témoins semblait indiquer que l'infection se transmettait par la nourriture ou l'eau contaminée et que la source de l'infection était les rongeurs, qui pullulaient lorsque les personnes déplacées ont réintégré leur domicile.

Cette épidémie est un exemple révélateur des risques qui se posent lorsqu'une maladie naturelle largement répandue entre en contact avec des individus vivant dans de mauvaises conditions du point de vue du logement, de l'hygiène, de la préparation des aliments et de l'assainissement, comme c'est le cas après une guerre, une catastrophe naturelle ou lorsque les revenus des ménages sont menacés.

Source : REINTJES, R. ET AL. Tularemia outbreak investigation in Kosovo: case control and environmental studies. Emerging infectious diseases, 8: 69-73 (2002).

Le rapport entre la pauvreté d'une part, et l'hygiène, l'alimentation, l'état immunologique et la prédisposition aux maladies d'autre part, a fait l'objet de nombreuses études. La pauvreté engendre des pathologies en raison de l'augmentation des risques liés à l'environnement, de la malnutrition, de l'insécurité alimentaire et de l'accès limité aux connaissances, aux informations et aux soins. La pauvreté, qu'elle se situe au niveau des revenus, des conditions de vie ou de l'instruction, constitue le plus grand déterminant de la charge de morbidité due aux maladies transmissibles. Elle va de pair avec des taux plus élevés de maladies infectieuses, notamment la tuberculose et l'infection à VIH. Dans certaines zones, la disponibilité de vaccins et de médicaments efficaces n'empêche pas la persistance de secteurs disposant d'une infrastructure sanitaire peu développée et dans lesquels le recours aux services de santé reste insuffisant. Dans ce contexte, il convient également de tenir compte de la résistance aux antimicrobiens, qui tend à devenir un problème majeur dans la lutte contre le paludisme, la tuberculose et les infections bactériennes en général. L'apparition et la propagation de cette résistance aux antimicrobiens compromettent de plus en plus la réussite de la prévention et du traitement des maladies infectieuses. Pour contrecarrer cette menace, l'OMS s'est donné pour but de convaincre les pouvoirs publics de prendre d'urgence des mesures, puis d'étayer ces mesures par des conseils techniques et pratiques émanant de spécialistes.

L'augmentation des flux commerciaux et des déplacements de population a favorisé la propagation des maladies infectieuses entre les pays et à l'intérieur de leurs frontières. Cette tendance inquiète de plus en plus les responsables politiques, car elle peut avoir un impact négatif sur la capacité de chaque pays à contrer ce type de menaces. Il apparaît donc nécessaire de se doter de moyens pour surveiller l'apparition des maladies infectieuses de façon systématique, rapide et efficace. Les systèmes de surveillance nationaux doivent être en mesure de recueillir, d'analyser et de diffuser des données récentes et pertinentes sur la dissémination des maladies infectieuses et les tendances observées dans ce domaine, de façon à permettre la prise de mesures adéquates. En cela, les dispositifs d'alerte avancée des réseaux de surveillance nationaux jouent un rôle déterminant pour éviter les interventions inutiles et les restrictions superflues quant aux déplacements des individus et aux échanges commerciaux.

Dans le domaine des maladies transmissibles, les priorités qui s'imposent à la Région européenne demeurent inchangées. Elles comprennent la prévention et la réduction des infections sexuellement transmissibles, notamment à VIH, les campagnes contre la tuberculose et le paludisme, l'éradication de la poliomyélite, l'élimination de la rougeole et l'amélioration des mesures prises pour surveiller et combattre les autres maladies transmissibles. L'amélioration des réseaux nationaux de surveillance et des capacités des laboratoires est une condition essentielle à la mise en œuvre des programmes spécialisés, notamment par le renforcement des systèmes d'alerte avancée pour la méningite purulente, les maladies d'origine alimentaire ou dues à la consommation d'eau contaminée, l'hépatite C, le choléra, la grippe et les maladies épidémiques émergentes.

Les événements récents ont clairement démontré que la communauté internationale se devait de traiter tout risque de dissémination délibérée d'agents biologiques comme une priorité sur le plan de la santé publique. L'OMS a donc recensé des zones critiques dans lesquelles il convenait de prendre des mesures telles que le renforcement des systèmes de surveillance et d'alerte avancée sur les conséquences sanitaires de la propagation naturelle ou l'utilisation délibérée d'agents biologiques. Dans la résolution WHA54.14, l'Assemblée mondiale de la santé a confirmé que le renforcement de la surveillance épidémiologique et biologique et de la lutte contre les maladies au niveau national constituait la meilleure défense contre la propagation à l'échelle internationale des maladies transmissibles.

Infections sexuellement transmissibles (IST), notamment VIH/sida

Environ 1,56 million d'individus seraient aujourd'hui atteints d'infection à VIH ou de sida dans la Région européenne de l'OMS. À eux seuls, les PECO et les républiques d'Asie centrale se partagent environ 1 million de cette population (contre 420 000 il n'y a encore que deux ans). Cette zone enregistre donc la plus forte augmentation des taux d'infection à VIH à l'échelle mondiale (fig. 10). Par exemple, le nombre cumulé de personnes atteintes d'infection à VIH ou de sida dans la Fédération de Russie

double chaque année depuis 1995. Malgré cette prolifération foudroyante, l'épidémie n'en est qu'à ses débuts : 75% des nouveaux cas d'infection à VIH apparaissent chez les toxicomanes par voie intraveineuse ; 77% sont des hommes et 84% ont moins de 30 ans. Ce mode de transmission du VIH associé aux épidémies d'IST qui se sont déclarées à la même période (fig. 11) constituent les germes potentiels d'épidémies massives d'infection à VIH par transmission sexuelle. D'ici quelques années, une épidémie majeure et généralisée d'infection à VIH et de sida risque de se produire. Face à cette situation, un renforcement considérable des mesures actuelles s'impose comme une urgence absolue, tant au niveau national qu'international.

Jusqu'à présent, les États membres n'ont pas réussi à faire face à ce problème par des politiques réellement appropriées. L'infection à VIH et le sida sont encore souvent perçus comme des problèmes médicaux et non pas comme des phénomènes requérant une attention et des mesures multisectorielles appropriées. La coopération entre les services médicaux n'est pas encore systématiquement établie. Dans de nombreux pays, il n'existe pas de coordination ni de coopération des différents services au sein des pouvoirs publics. Les interventions sont souvent effectuées de façon isolée et limitée, et les enseignements tirés de l'expérience ne sont pas partagés largement. Les budgets destinés aux thérapies antirétrovirales sont très difficilement inclus dans les programmes des services sanitaires et sociaux.

La stratégie de prévention et de soins concernant les infections sexuellement transmissibles, l'infection à VIH et le sida (IST/VIH/sida) actuellement mise en place par le Bureau régional tient compte de la situation évoquée plus haut. En tant que coparrain du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) dans la Région et parallèlement aux groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/sida au niveau national, le programme IST/VIH/sida établit les orientations suivantes : a) renforcement des systèmes de santé par l'élaboration de politiques, de stratégies et de plans destinés à pourvoir aux besoins en services de prévention et de

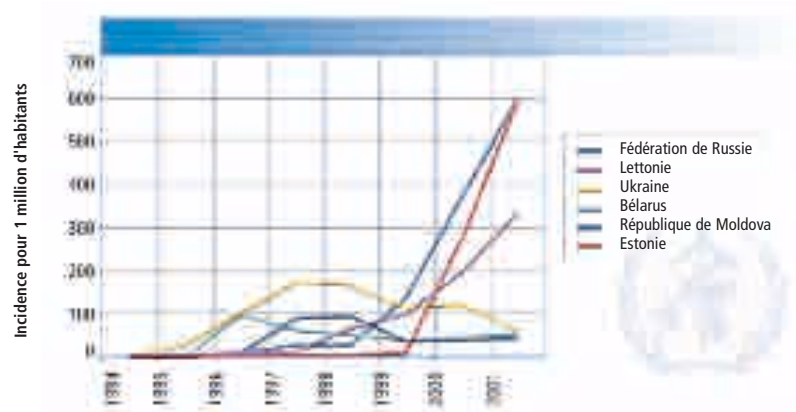


Fig. 10 : Incidence de l'infection à VIH dans les pays les plus touchés, 1994–2001

soins ; *b*) amélioration de la base de connaissances servant à l'élaboration d'interventions préventives et curatives ; *c*) amélioration de la surveillance et de l'évaluation des mesures prises par les pays face aux épidémies actuelles ; et *d*) coordination des mesures internationales et de la collecte de ressources pour la lutte contre les épidémies de maladies sexuellement transmissibles par le biais du groupe spécial régional sur les IST.

L'OMS recommande aux États membres de porter une attention particulière aux orientations suivantes, qui tirent parti des atouts qui lui confèrent un avantage par rapport aux autres institutions des Nations Unies : *a*) veiller à ce que la prévention et les soins en matière d'IST soient intégrés aux services chargés de l'hygiène de la reproduction, des soins de santé primaires, du VIH/sida, de la santé en milieu carcéral et aux autres services, dans le cadre des processus de réforme des systèmes de santé ; *b*) améliorer la surveillance épidémiologique des IST/VIH/sida et la surveillance comportementale des facteurs de risque favorisant la transmission du VIH ; *c*) améliorer les soins des patients atteints d'IST ou d'infection à VIH, en encourageant la consultation et le test volontaires et en favorisant la prévention de la transmission mère-enfant ; *d*) concentrer les informations, la formation et les soins sur des groupes vulnérables tels que les jeunes, les professionnels du sexe, les homosexuels masculins, les prisonniers et les toxicomanes par voie intraveineuse ; et *e*) prévenir la transmission du VIH dans les cadres de soins.

Tuberculose

En 1993, la tuberculose a été pour la première fois déclarée urgence mondiale par l'OMS. Malheureusement, cette maladie échappe actuellement à tout contrôle dans de nombreuses parties du globe et elle touche près du tiers de la population mondiale. Chaque année, 8 millions de nouveaux cas se déclarent et 2 millions de personnes meurent de tuberculose, alors que cette maladie n'est pas incurable.

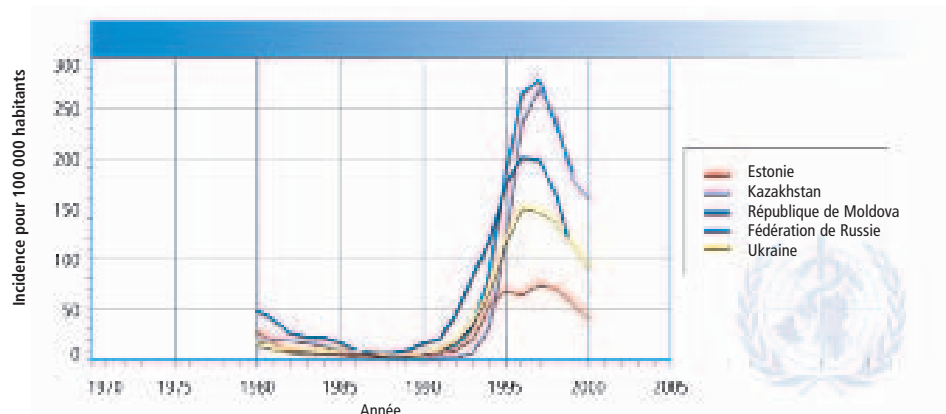


Fig. 11 : Incidence de la syphilis, 1980–2000

La tuberculose constitue également un grave problème dans la Région européenne de l'OMS : en l'an 2000, environ 370 000 nouveaux cas ont été détectés, contre 231 600 en 1991. La plupart de ces cas ont été enregistrés dans les PECO et les NEI, où la maladie progresse de façon spectaculaire (fig. 12). En outre, la tuberculose à bacilles multirésistants (dont le traitement est plus difficile et presque 100 fois plus onéreux) se propage dans la Région, avec des records mondiaux en Estonie, en Lettonie et dans la Fédération de Russie. Dans ces pays, 14%, 9% et 6–9%, respectivement, des nouveaux cas de tuberculose détectés entre 1996 et 1999 étaient des cas de tuberculoses à bacilles multirésistants. Cette maladie prend des proportions alarmantes dans les prisons de nombreux NEI. Une prison sibérienne signale une prévalence de 7% parmi les détenus. La tuberculose à bacilles multirésistants est très répandue dans l'univers carcéral. L'épidémie combinée de tuberculose et d'infection à VIH n'a pas encore envahi la Région, mais l'infection à VIH, qui se propage rapidement dans les NEI, pourrait bien attiser cette double épidémie. Le nombre de cas de comorbidité a augmenté ces dernières années : ils sont passés de quelques dizaines à 2106 en Ukraine et, dans la Fédération de Russie, 1658 nouveaux cas ont été enregistrés en l'an 2000.

En 1995, l'OMS a lancé des projets reposant sur la stratégie DOTS⁸ pilotes dans la Région européenne, en collaboration avec ses partenaires internationaux. Cette stratégie s'appuie sur l'association de deux atouts dont l'efficacité n'est plus à prouver :

- a) l'engagement des pouvoirs publics, notamment sur le plan du financement, faveur de mesures de lutte soutenues et complètes et
- b) des méthodes très efficaces, quoique peu onéreuses, de détection des cas et de chimiothérapie standardisée et contrôlée, dont les

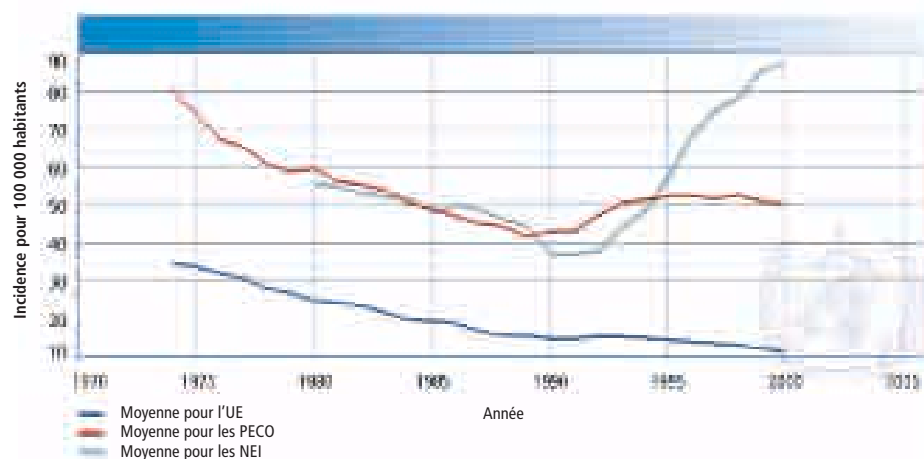


Fig. 12 : Incidence de la tuberculose, 1974–2000

⁸ DOTS : traitement de courte durée sous surveillance directe.

résultats doivent être régulièrement vérifiés et communiqués. D'après des études menées par la Banque mondiale, la stratégie DOTS est l'une des mesures sanitaires les plus efficaces économiquement qui aient été mises en place dans les pays à revenus bas ou intermédiaire. En 1997, une évaluation effectuée en Arménie sur le plan économique a confirmé que cette stratégie présentait un rapport coût/efficacité supérieur à celui de la stratégie de lutte contre la tuberculose utilisée auparavant. Une étude similaire menée dans l'*oblast* Ivanovo de la Fédération de Russie a indiqué que le coût par cas de tuberculose guéri à l'aide de la stratégie DOTS n'était que de 1626 dollars, contre 6293 dollars avec l'ancienne méthode.

De plus en plus de pays de la Région adoptent la stratégie DOTS. À l'heure actuelle, sur les 27 PECO et NEI, seuls 2 pays n'ont pas recours à cette stratégie, 3 sont en phase préparatoire, 5 sont en phase d'essai, 6 l'appliquent, avec des variantes, sur 10% à 90% de la population, et 11 l'utilisent sur l'ensemble de leur territoire (fig. 13). Des projets DOTS-Plus pilotes relatifs à la prise en charge de la tuberculose à bacilles multirésistants ont été mis en place en Estonie, en Lettonie et dans la Fédération de Russie. Néanmoins, ce ne sont que 17% de la population de la Région européenne, en moyenne, qui bénéficient de services mettant en pratique la stratégie DOTS. Dans la plupart des PECO et des NEI, elle commence à être appliquée même si elle couvre un pourcentage de la population encore faible, alors qu'elle n'a pas encore été adoptée dans la majorité des pays d'Europe occidentale. L'application judicieuse de la stratégie DOTS reste une priorité majeure, car elle est la seule politique capable de contrer la menace que représente la tuberculose dans la situation économique et sociale actuelle.

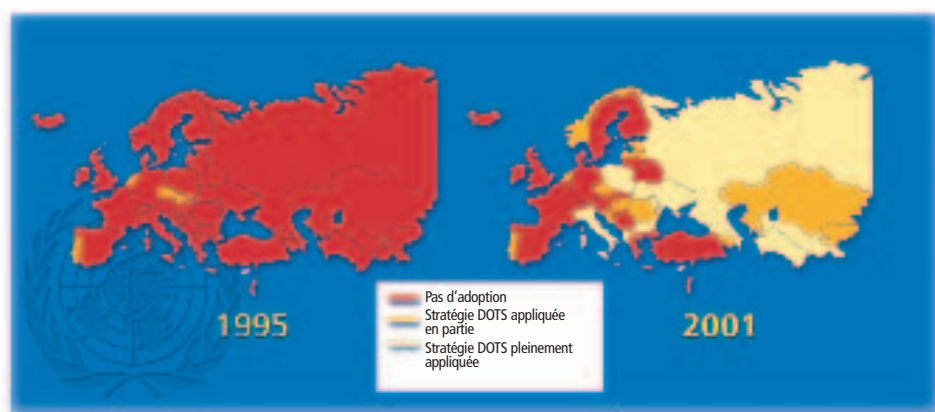


Fig. 13 : État de mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne, 1995 et 2001

En conclusion, il apparaît donc fondamental d'étendre l'application de la stratégie DOTS aux autres pays et aux autres zones de la Région. La situation critique liée à la tuberculose à bacilles multirésistants dans certains « points chauds » doit être prise en compte en tant qu'urgence internationale. Les conditions d'une lutte efficace restent principalement la réforme du secteur de la santé, la prévention et la réduction de la maladie en milieu carcéral, ainsi que la protection des professionnels de santé. Or dans la plupart des PECO et des NEI, les pouvoirs publics sont financièrement incapables de mettre en œuvre la stratégie DOTS sans aide extérieure. La lutte contre l'épidémie de tuberculose ne saurait donc se passer de l'assistance de la communauté internationale et des donateurs.

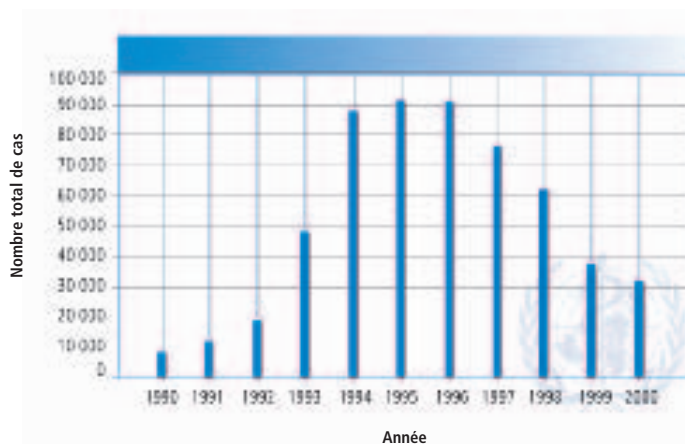
Paludisme

La situation relative au paludisme a commencé à se dégrader considérablement dans la Région européenne de l'OMS au début des années 90, en raison de l'instabilité politique et économique, de déplacements massifs de population et de projets de développement à grande échelle (fig. 14). En 1990, on a détecté au total 8884 cas de paludisme autochtone (c'est-à-dire transmis localement). La courbe des cas a atteint son paroxysme en 1995, avec 90 712 cas signalés, pour retomber en l'an 2000 à 31 923 cas. L'Azerbaïdjan, le Tadjikistan et la Turquie ont subi de graves épidémies, alors qu'en Arménie et au Turkménistan, ces épidémies ont été limitées. Le paludisme prend actuellement des proportions plus importantes en Géorgie et en Ouzbékistan. Des cas sporadiques de paludisme autochtone ont également été signalés au Bélarus, en Bulgarie, en Grèce, en Italie, au Kazakhstan, au Kirghizistan et en République de Moldova.

En dépit de la récente baisse sensible du nombre de cas de paludisme signalés dans la Région, la situation se complique actuellement en raison de la réapparition et de la propagation de *Plasmodium falciparum* au Tadjikistan, qui a enregistré 813 cas en l'an 2000.

L'incidence du paludisme reste élevée en Turquie, où la maladie est endémique dans des régions dont la population dépasse en tout 15 millions d'habitants.

Fig. 14 : Incidence du paludisme (nombre enregistré de cas transmis localement) dans la Région européenne, 1990–2000



Face à cette situation, un programme régional intitulé « Faire reculer le paludisme » a été mis au point et appliqué en 1999. Il a pour but de stopper la transmission de la maladie, en particulier du paludisme à *P. falciparum*, à l'horizon 2010. Ce programme aborde le problème du paludisme sous l'angle de la sensibilisation aux niveaux de la Région et des pays, en prônant le développement d'institutions, la collecte de ressources destinées à ce programme, l'amélioration des capacités de prise en charge de la maladie, la mise en place de moyens permettant d'intervenir rapidement face à des situations d'urgence, le renforcement des mécanismes de surveillance et de la recherche opérationnelle au niveau local, la mobilisation de la population et le développement de la collaboration intersectorielle.

Maladies à prévention vaccinale

L'épidémie de diphtérie qui a touché plusieurs pays au début des années 90 a pu être endiguée grâce aux mesures draconiennes entreprises entre 1994 et 1998 par les États membres concernés, en collaboration avec des partenaires internationaux (fig. 15). Après un pic de plus de 50 000 cas signalés en 1995, cette épidémie a progressivement diminué, pour retomber à 1603 cas en 1999.

Le faible coût du vaccin contre l'hépatite B a rendu possible la vaccination à grande échelle des nourrissons dans la Région et a permis de réduire le nombre de porteurs de l'infection. La prévalence de l'antigène d'enveloppe de l'hépatite B atteint un taux peu élevé dans la majeure partie des pays d'Europe occidentale et septentrionale (inférieur à 1%), moyen (de 1 à 5%) à élevé (supérieur à 5%) dans la plupart des régions des PECO et des NEI, mais élevé dans certaines républiques d'Asie centrale et du Caucase. En l'an 2000, 28 pays ont pratiqué une vaccination systématique contre l'hépatite B, et le taux de couverture au niveau de la Région était de 24% en 1999 (données déclarées par 26 pays), ce qui représente une nette augmentation par rapport aux 4% relevés en 1990 (données déclarées par 4 pays).

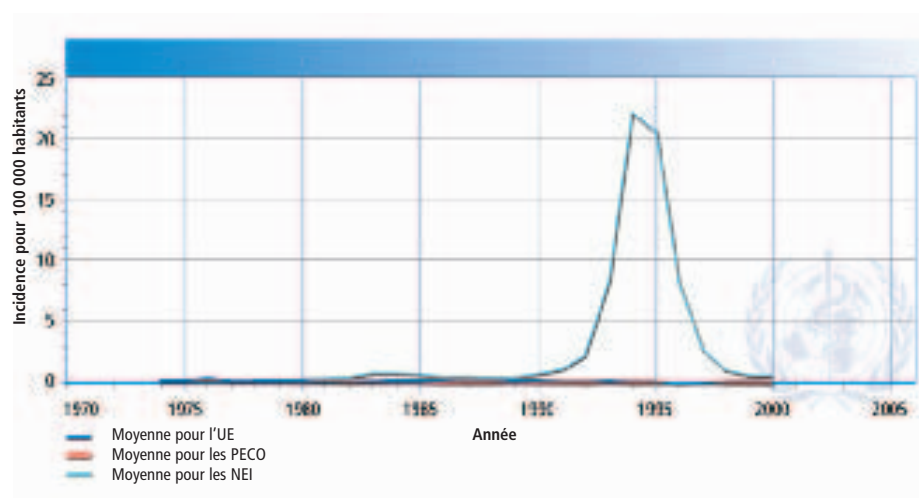


Fig. 15 : Incidence de la diphtérie, 1974–2000

Grâce aux campagnes interrégionales de vaccination de masse coordonnées sous le nom d'« Opération MECACAR », aucun cas de poliomyélite due à des souches autochtones de poliovirus sauvage n'a été signalé depuis novembre 1998. Trois cas, survenus en Bulgarie de mars à mai 2001 au sein d'une minorité à haut risque, étaient causés par une souche de poliovirus sauvage provenant d'Inde du Nord. Grâce à une détection rapide et à des campagnes de vaccination, il a été possible de venir rapidement à bout de cette maladie.

En 1999, en dépit d'une baisse de l'incidence, le nombre des cas de rougeole signalés était supérieur à 17 900 (fig. 16). D'une façon générale, la surveillance mise en place est limitée et peu de pays pratiquent la confirmation systématique en laboratoire. Cette situation ne facilite pas la double tâche de l'OMS qui consiste à évaluer la charge actuelle de la rougeole dans la Région tout en préparant les États membres à son élimination. L'un des objectifs de l'OMS en Europe est d'améliorer les services de vaccination et de fournir de nouveaux antigènes vaccinaux. Elle peut en cela compter sur l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (ou GAVI⁹, un vaste partenariat en faveur des systèmes de vaccination) pour encourager une meilleure utilisation des vaccins et le renforcement des programmes de vaccination nationale dans les 11 pays de la Région concernés. Les grandes orientations pour l'avenir sont l'exploitation élargie des vaccins insuffisamment utilisés, l'amélioration de la chaîne du froid et des systèmes logistiques et enfin, la généralisation de pratiques de vaccination sûres.

La flambée épidémique de poliomyélite qui s'est produite en Bulgarie a mis en lumière la nécessité d'établir une surveillance irréprochable et de maintenir des niveaux de vaccination élevés dans chacune des sous-populations de tous les États membres, et ce jusqu'à ce que l'éradication soit effective et confirmée au niveau mondial. En outre, les autorités de nombreux pays sont désormais disposées à renforcer la surveillance de la

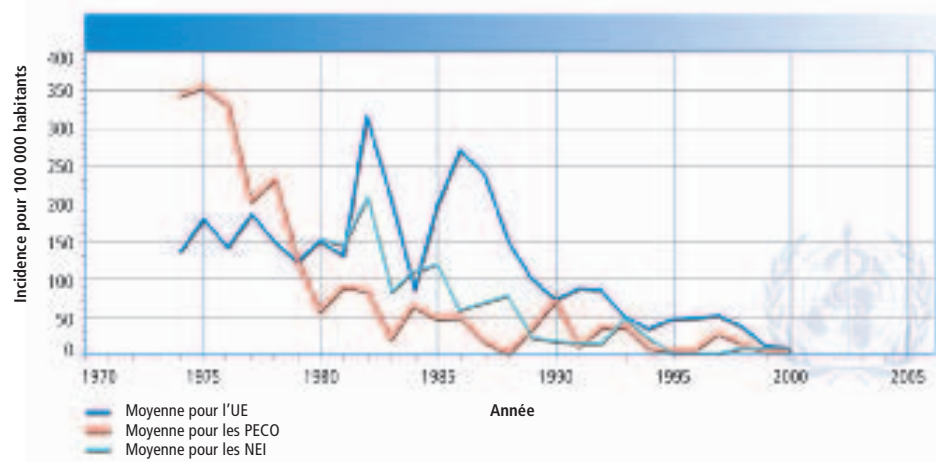


Fig. 16 : Incidence de la rougeole, 1974–2000

⁹ <http://www.vaccinealliance.org>, consulté le 21 mai 2002.

rougeole, dans l'optique de l'élimination de la maladie. Cet objectif ne pourra être atteint dans la Région que si l'on atteint des niveaux très élevés et soutenus de couverture vaccinale systématique avec une première dose de vaccin et que l'on réunit les conditions favorables à l'administration d'une seconde dose tout en renforçant la surveillance et en instaurant une confirmation en laboratoire. L'accélération de la lutte contre la rubéole et la rubéole congénitale sera incluse dans les programmes d'élimination de la rougeole.

La lutte contre les maladies à prévention vaccinale doit passer en priorité par l'obtention des ressources permettant la mise en application de stratégies appropriées dans les États membres en cours de transition économique, et par le soutien de la volonté politique dans certains pays d'Europe occidentale. Les États membres ont accompli des progrès significatifs vers l'objectif de services nationaux de vaccination autosuffisants et durables, dans le cadre de programmes largement reconnus comme étant à la fois économiques et efficaces. En 1999, le taux déclaré de couverture vaccinale était de 94% pour le DTC3 et de 90% pour le vaccin contre la rougeole.

Maladies non transmissibles

La notion de « maladies non transmissibles » recouvre un ensemble de maladies chroniques importantes sur le plan de la santé publique et représentant l'essentiel de la charge de morbidité, de l'invalidité et des décès prématurés dans la Région européenne de l'OMS. Ces maladies constituent près de 75% de la charge de morbidité exprimée en DALY en l'an 2000 : 21,8% pour les maladies cardiovasculaires, 11,5% pour les néoplasmes malins, 4,2% pour l'asthme et les maladies respiratoires chroniques, 3,5% pour la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose et 1,6% pour le diabète sucré. Les maladies non transmissibles devraient encore gagner du terrain et représenter plus de 80% de la morbidité en 2020. Leur progression est également l'un des facteurs le plus importants de l'écart qui se creuse entre les pays de la Région européenne, au sein même de ces pays et dans le monde, sur le plan de l'espérance de vie, de la mortalité et de la qualité de vie.

Cependant, les informations relatives à l'existence et à l'augmentation de la charge imputable aux maladies non transmissibles restent essentiellement fondées sur les chiffres de la mortalité, qui ne reflètent pas réellement leur impact sur la morbidité et l'invalidité au niveau des individus, des systèmes de santé et des sociétés en général. Les enquêtes menées sur les populations offrent peu de données comparables. Les sources d'informations sont donc limitées à des études effectuées dans certaines zones sous-nationales, telles que le projet MONICA (Surveillance des tendances des maladies cardiovasculaires) de l'OMS instaurant une surveillance des événements révélateurs de ces maladies. D'importants efforts sont entrepris pour renforcer les capacités en matière

de collecte des données et améliorer le stock de connaissances nécessaire à l'élaboration des politiques de santé dans les États membres. L'OMS soutient ces efforts, notamment par le biais de l'enquête mondiale sur la santé qui sera menée en 2002.

Les maladies non transmissibles les plus répandues, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives et le diabète, ont pour point commun des facteurs de risque évitables liés au mode de vie, tels que le tabagisme, un régime alimentaire déséquilibré, l'obésité et l'inactivité physique. Le stress psychosocial a également été identifié comme un élément important de l'augmentation de maladies chroniques, en particulier des maladies cardiovasculaires¹⁰. En outre, il est clair que l'apparition des maladies non transmissibles est influencée par le contexte socioéconomique¹¹. En effet, certaines maladies ne surviennent pas avec la même fréquence dans différents groupes sociaux d'un même pays ou de pays différents¹². L'augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles se fait particulièrement sentir dans les populations les plus défavorisées.

Certains pays procèdent à la collecte de données relatives aux facteurs de risque, mais des efforts restent à faire pour permettre la comparaison de ces données d'un pays à l'autre. Cette collecte de données s'effectue également à l'échelle internationale. Le programme CINDI¹³, par exemple, a permis d'instaurer une coopération dans le but d'aboutir à une normalisation de la collecte des données et des enquêtes sur les facteurs de risque. Des initiatives telles que l'enquête de surveillance de la situation sanitaire effectuée dans le cadre du programme CINDI¹⁴ et fondée sur la méthodologie FINBALT, ou encore le projet EUROHIS mis au point par l'OMS et l'Union européenne sur la définition de méthodes et d'instruments pour les enquêtes-santé par entrevue, ont également permis de définir un ensemble de normes et de protocoles pour la collecte des données sur les facteurs de risque et les comportements en matière de santé. Malheureusement, tous les pays de la Région européenne de l'OMS ne procèdent pas systématiquement à la collecte de données comparables sur les niveaux de facteurs de risque physiologiques, tels que les taux de tension artérielle ou de cholestérolémie. Des propositions ont été faites pour l'harmonisation des données dans le cadre d'un programme international de surveillance des facteurs de risque (projet EURALIM¹⁵).

¹⁰ HEMINGWAY, H. & MARMOT, M. Evidence-based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *British medical journal*, 318: 1460–1467 (1999).

¹¹ MARMOT, M. & BOBAK, M. International comparators and poverty and health in Europe. *British medical journal*, 321: 1124–1128 (2000).

¹² BANQUE MONDIALE. *Rapport sur le développement dans le monde 1993*. New York, Oxford University Press, 1993.

¹³ CINDI is a collaborative international effort to provide participating countries with a framework or approach for activities aimed at preventing or controlling risk factors common to NCDs. Experience gained in several national demonstration projects, such as the North Karelia Project in Finland, shows that such work can provide a powerful tool for the development of national policy.

¹⁴ <http://www.euro.who.int/Document/Chr/Cinheamonquest.pdf>, consulté le 29 mai 2002.

¹⁵ <http://www.epidemiology.ch/euraim>, consulté le 21 mai 2002.

Il existe désormais une base de connaissances et d'expériences sur les mesures pouvant être prises pour lutter contre les maladies non transmissibles. On sait que ces maladies peuvent en grande partie être évitées si l'on s'attaque aux principaux facteurs de risque et à leurs déterminants socioéconomiques au sein de la population. Plusieurs études ont prouvé que les modifications relatives aux facteurs de risque entraînaient une modification de la mortalité, comme cela a été le cas pour la mortalité par cardiopathie ischémique en Finlande¹⁶. Les mesures de prévention de ces maladies doivent mettre l'accent sur un programme intégré de lutte contre les facteurs de risque. Le développement et l'accessibilité des systèmes de soins sont également déterminants pour l'évolution des maladies non transmissibles. Cependant, il est important de souligner que les facteurs de risque, de même que la qualité et l'accessibilité des systèmes de santé, varient en fonction de facteurs socioéconomiques.

Prévenir et combattre les maladies non transmissibles est pour l'OMS un problème de santé majeur devant faire l'objet d'une réflexion globale au XXI^e siècle. La politique de la SANTÉ 21¹⁷ fournit un cadre pour l'allègement de la charge des maladies non transmissibles en soulignant la nécessité de s'attaquer aux déterminants de ces maladies et d'agir sur les facteurs de risque et les comportements en matière de santé. L'OMS, dans la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA51.18, s'est engagée à mettre au point une stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles et à superviser son application. De nombreux pays de la Région définissent ou ont défini des mesures allant dans le sens des objectifs de la stratégie mondiale de l'OMS : cartographie des nouvelles épidémies, réduction de l'exposition aux principaux facteurs de risque, renforcement des soins par la surveillance, la promotion de la santé, la prévention des maladies et des interventions efficaces.

En 2001¹⁸, l'OMS a procédé à une enquête destinée à évaluer, dans les six régions qu'elle distingue, les capacités nationales en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles sur le plan des politiques, des programmes et des infrastructures sanitaires. Les principales conclusions concernant la Région européenne sont les suivantes :

- Une politique appropriée a été mise en place dans 59% des pays et il existe des plans spécifiques relatifs aux maladies cardiovasculaires, au diabète et au cancer respectivement dans 50%, 54% et 62% des États membres.
- Environ 63% des pays déclarent disposer d'un service qui se consacre à la prévention des maladies non transmissibles, mais moins de 46% ont un poste budgétaire relatif à la lutte contre ces maladies.

¹⁶ VARTIAINEN, A. ET AL. *British medical journal*, 309: 23–27 (1994).

¹⁷ SANTÉ 21 : *La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 6).

¹⁸ *Assessment of national capacity for noncommunicable disease prevention and control. The report of a global survey*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (document WHO/MNC/01.2).

- Des centres nationaux de référence pour le diabète et le cancer existent dans 66% et 71% des pays, respectivement.
- L'action concrète de lutte contre les maladies non transmissibles ne peut être renforcée que si les pays accordent un degré de priorité plus important à ces maladies et améliorent leurs capacités en matière d'élaboration de politiques.
- La mise en place de systèmes de surveillance efficaces et la collecte de données fiables relatives aux principaux facteurs de risque constituent des conditions indispensables à l'élaboration des programmes, à la définition des priorités et à l'évaluation en matière de maladies non transmissibles. La prévalence du tabagisme et du diabète sont les indicateurs les plus fréquemment signalés de maladies non transmissibles dans respectivement 88% et 80% des pays. Des données concernant les habitudes alimentaires, l'hypertension, les mesures anthropométriques et l'activité physique ont été collectées dans environ 70% des pays. Seuls 44% des pays de la Région incluent les données relatives aux facteurs de risque dans leur système de statistiques sanitaires annuelles.
- Dans de nombreux pays, les professionnels de santé ne bénéficient pas encore d'une formation suffisante dans le domaine de la prévention et du traitement des maladies non transmissibles.
- Des programmes intégrés permettant de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles doivent être mis au point pour garantir la réussite de nombreuses initiatives. Face à l'étendue des facteurs de risque, il est indispensable d'envisager un travail en partenariat. Les résultats de l'enquête semblent indiquer que les organisations non gouvernementales (ONG) participent aux mesures de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles dans de nombreux pays de la Région. Leur action se concrétise principalement dans les domaines suivants : éducation (94%), prévention (98%), sensibilisation du public (89%) et prise en charge des patients (86%). Dans une moindre mesure (62%), les ONG sont impliquées dans l'élaboration des politiques en matière de maladies non transmissibles.

Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires (MCV) regroupent l'hypertension, les cardiopathies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les maladies vasculaires périphériques, l'insuffisance cardiaque, le rhumatisme cardiaque, les cardiopathies congénitales et les cardiomyopathies. D'après les estimations publiées dans le *Rapport sur la santé dans le monde* pour l'an 2000, ces maladies représentent la première cause de la charge de morbidité, exprimée en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS. Elles n'arrivent en seconde place, derrière les pathologies neuropsychiatriques, que dans les pays enregistrant de très faibles taux de mortalité chez les enfants et les adultes, à savoir les pays développés à économie de marché d'Europe occidentale et certains pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne.

Dans les pays de l'Union européenne, la mortalité cardiovasculaire (tous âges confondus) a pratiquement été réduite de moitié par rapport à 1970, avec un taux de 240 à 260 cas pour 100 000 habitants (fig. 17). En revanche, la moyenne actuellement enregistrée dans les NEI est environ trois fois supérieure (750 pour 100 000 habitants). Dans les groupes d'âge jeunes, la mortalité due aux MCV est responsable de plus de la moitié de l'écart est-ouest en matière d'espérance de vie. Les taux moyens de mortalité par maladies cardiovasculaires pour 100 000 habitants de moins de 65 ans étaient similaires (environ 100) en 1970 en Europe orientale et occidentale, mais ils se situent aujourd'hui à environ 50 en Europe occidentale, 120 dans les PECO et 230 dans les NEI. On observe la même tendance pour la mortalité prématurée due aux deux principales causes de décès dans ce groupe de maladies. Parmi les 25–64 ans, la mortalité due au fait des cardiopathies ischémiques et des accidents vasculaires cérébraux diminue régulièrement dans l'Union européenne, demeure relativement stable – avec une tendance à la baisse depuis le début des années 90 – dans les PECO et suit une constante progression dans les NEI, avec un pic en 1994 et une recrudescence au cours des dernières années. Les taux de mortalité sont environ trois fois supérieurs chez les hommes que chez les femmes en ce qui concerne les cardiopathies ischémiques et moins de deux fois supérieur pour les AVC. Cependant, la validité de ces chiffres à des fins de comparaison entre pays ou groupes de pays est limitée dans une certaine mesure par les différences entre les façons d'établir les causes de décès. Par exemple, comme il en a été question dans le dernier rapport sur la santé en Europe¹⁹, une partie de l'excédent de mortalité cardiovasculaire parmi les hommes dans certains pays d'Europe orientale pourrait en fait être attribuée à des intoxications alcooliques.

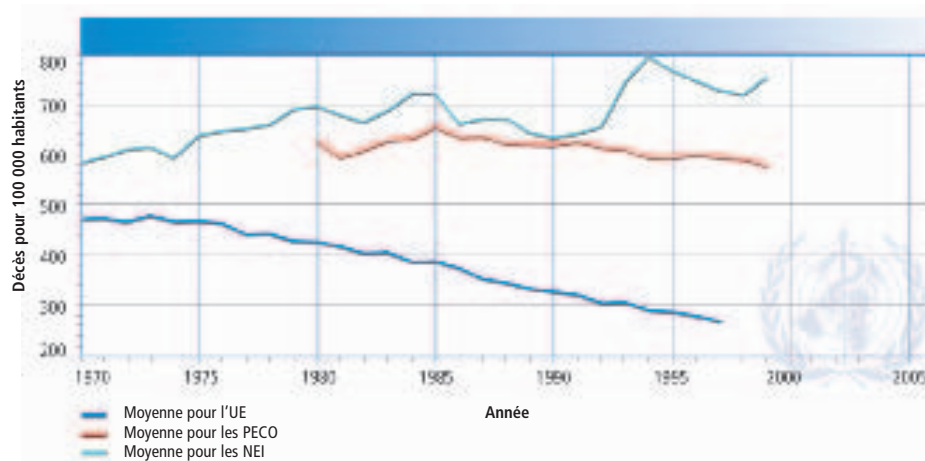


Fig. 17 : Mortalité due aux maladies cardiovasculaires, 1970–1999

¹⁹ *La santé en Europe 1997. Rapport sur la troisième évaluation des progrès accomplis vers la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS (1996–1997)*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 83).

Le projet de l'OMS baptisé MONICA²⁰ a permis un suivi des taux de maladies cardiovasculaires, des facteurs de risque et des soins coronariens dans des populations prédéterminées de 37 pays du milieu des années 80 au milieu des années 90, et donc d'obtenir un tableau précis des niveaux et tendances concernant ces maladies. On a pu constater que les taux de maladies cardiovasculaires suivaient des tendances similaires à celles des statistiques de mortalité, même si, dans de nombreux pays, ces statistiques tendaient à sous-estimer la part de la mortalité par MCV. Le projet MONICA prouve donc le bien-fondé de l'utilisation des données de mortalité pour la surveillance des tendances à long terme en matière de mortalité cardiovasculaire. La chute la plus spectaculaire des taux de MCV chez les hommes a été observée dans trois groupes de population d'Europe septentrionale : la Carélie du Nord et la ville de Kuopio en Finlande, et le nord de la Suède. À l'exception de la province espagnole de Catalogne, les régions dans lesquelles les populations masculines subissaient une augmentation notable des taux de MCV se situaient principalement en Europe centrale et orientale. C'est également dans cette partie de l'Europe que l'on observait une tendance à la hausse sensible chez les femmes, mais le schéma global des courbes présentait une logique moins nette. En moyenne, les baisses des taux de mortalité étaient dues pour un tiers à une prolongation de la survie et pour deux tiers à une diminution des taux de maladies cardiovasculaires, ce qui prouve bien l'importance de la prévention des cardiopathies et de l'amélioration des soins en cas d'accidents aigus.

D'après les résultats obtenus, les taux de maladies cardiovasculaires diminuent dans la plupart des centres MONICA et cette amélioration devrait pouvoir se confirmer et s'étendre à d'autres pays. D'une façon plus générale, les signes d'une évolution positive ont été enregistrés dans plusieurs pays d'Europe occidentale. Cette évolution est due, au moins en partie, à l'amélioration de la prévention primaire et secondaire ainsi qu'aux progrès réalisés dans le domaine des traitements chirurgicaux et non invasifs. Soucieuse d'affirmer une politique visant à accélérer ces tendances favorables, l'OMS s'est donné pour priorité de prévenir et de combattre les maladies cardiovasculaires.

Cancer

D'après les données officielles déclarées au Bureau régional, le cancer engendre près d'un cinquième de l'ensemble des décès, avec des taux qui vont de 30% dans certains pays d'Europe occidentale à environ 10% dans des pays de la partie orientale de la Région (fig. 18). Cette maladie explique également en grande partie le nombre d'années de vie perdues et le nombre d'années vécues avec une incapacité. Le taux moyen de mortalité par cancer parmi les personnes âgées de 0 à 64 ans est de 79 pour 100 000 habitants dans l'Union européenne, de 104 dans les PECO et de 99 dans les NEI. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, ce taux est respectivement de 1065, 1024 et 785, donc inférieur pour les PECO et surtout pour les NEI par rapport à

²⁰ <http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-27.html>, consulté le 7 mai 2002.

l'Union européenne, contrairement à la situation dans les groupes d'âge plus jeunes. Les taux de mortalité par cancer sont en baisse dans l'ensemble de la Région européenne. Dans la partie occidentale, ce taux se situe à un niveau inférieur d'environ 14% à celui de 1980. La plupart des PECO ont enregistré une augmentation jusqu'en 1990, suivie d'une stabilisation et même d'une tendance à la baisse depuis 1995. Dans les NEI, la diminution est plus nette, avec un schéma semblable à celui de l'Union européenne.

De tous les cancers, celui qui contribue le plus à la charge de morbidité est le cancer du poumon. Chez les hommes, les taux de cancer du poumon ont augmenté de façon constante dans les pays de l'Union européenne jusqu'au milieu des années 80, puis ont diminué après 1985. À partir de 1985, la mortalité a continué d'augmenter chez les hommes de plus de 65 ans vivant dans les PECO, mais a baissé parmi les groupes d'âge plus jeunes. Dans les NEI, la diminution des taux a touché tous les groupes d'âge. Cependant, il faut tenir compte d'un décalage de 5 à 15 ans entre l'est et l'ouest (en fonction du pays et de la cohorte de naissance) avant que les évolutions observées dans la prévalence du tabagisme et l'exposition antérieure au tabac se traduisent par des résultats positifs au niveau du cancer.

D'une façon générale, l'épidémie de mortalité chez les hommes semble avoir atteint son paroxysme et perdre du terrain. En revanche, chez les femmes, les tendances sont différentes et les perspectives relativement alarmantes. Dans l'Union européenne et les PECO, la tendance est toujours à la hausse dans tous les groupes d'âge et il faut s'attendre à ce que l'épidémie de mortalité s'accélère. Dans les NEI, si les tendances enregistrées diminuent, leur interprétation est plus difficile. En effet, la baisse de la mortalité par cancer dans les NEI s'explique par la modification des méthodes de collecte de données, l'augmentation de la mortalité du fait d'autres causes de décès, les effets de cohorte et l'amélioration des soins. On sait en particulier que les décès par cancer chez les personnes âgées, notamment dans les zones rurales, sont largement sous-

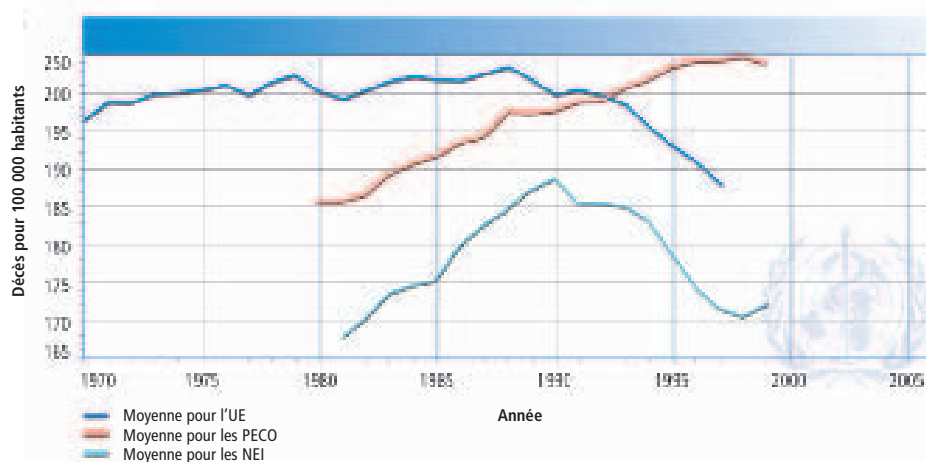


Fig. 18 : Mortalité due au cancer, 1970–1999

déclarés et que des changements importants sont intervenus dans les pratiques de codage au début des années 90²¹.

Pour compléter la description des schémas généraux de l'incidence du cancer (fig. 19) et de la mortalité dont il est responsable, on peut se référer aux données transversales très sérieuses provenant des registres des cancers qui sont de plus en plus répandus en Europe²². Le Réseau européen des registres des cancers comprend 166 registres répartis dans 40 pays. En 1995, ce réseau a fourni des estimations nationales de l'incidence et de la mortalité relatives au cancer dans 38 pays dont la population avait fait l'objet d'estimations et de projections par l'ONU. Les données déclarées au niveau national sont complétées par des données obtenues au niveau régional par le biais d'une méthode intégrant les données validées des registres des cancers. En matière de cancer, tous les pays peuvent ainsi disposer d'estimations de l'incidence et de la mortalité conformes à une méthodologie cohérente.

Dans ces 38 pays, on a constaté en 1995 que cinq cancers (poumon, côlon et rectum, sein, estomac et prostate) représentaient à eux seuls plus de cas et de décès que tous les autres cancers réunis (tableau 2). Pour chacun des sexes, plus de la moitié de la charge de morbidité était due à quatre cancers. Chez les hommes, il s'agissait du cancer du poumon, du cancer colorectal, du cancer de l'estomac et du cancer de la prostate. Le cancer de la vessie arrivait en cinquième position (7% des cas). Chez les femmes, les quatre principaux cancers étaient le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer de l'estomac et le cancer du poumon. Le cancer du col de l'utérus et de l'utérus occupaient

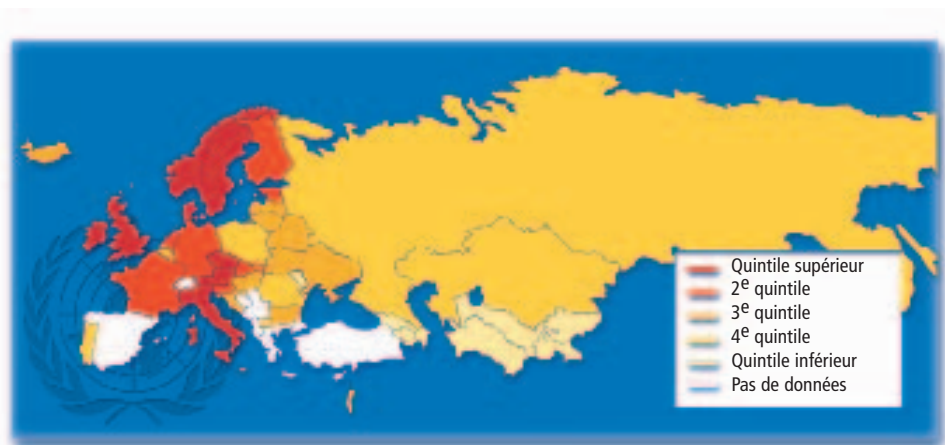


Fig. 19 : Incidence du cancer pour 100 000 habitants

21 SHKOLNIKOV, V.M. ET AL. Cancer mortality in Russia and Ukraine: validity, competing risks and cohort effects. *International journal of epidemiology*, 28: 19–29 (1999).

22 BRAY, F. ET AL. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. *European journal of cancer*, 38: 99–166 (2002).

tous deux le cinquième rang (6% chacun). L'incidence globale²³ chez les hommes était la plus élevée en Europe occidentale, suivie des PECO, avec des taux extrêmement élevés en Hongrie et en République tchèque. Chez les femmes, les taux les plus élevés étaient enregistrés en Europe septentrionale, en particulier au Danemark mais également en Islande.

Le nombre de décès témoigne à la fois de l'incidence et du taux de survie. Le cancer le plus meurtrier était sans conteste le cancer du poumon. Compte tenu du mauvais pronostic de cette maladie, le nombre absolu de décès était quasiment équivalent au chiffre absolu de l'incidence. Le cancer colorectal arrivait en seconde position, suivi du cancer de l'estomac qui, étant donné le faible taux de survie qui lui est associé, devançait le cancer du sein. La cause principale de décès dû au cancer chez les hommes était le cancer du poumon, tandis que chez les femmes, il s'agissait du cancer du sein.

Les grandes lignes qui se dégagent (en dépit de réserves relatives à la qualité et à la disponibilité des données, toujours sujettes à quelques réserves dans certaines parties de la Région) concordent avec les informations relatives aux modes d'exposition observés par le passé et aux interventions entreprises pour remédier à la situation. Cette impression générale ne doit toutefois pas masquer la diversité des tendances et des niveaux de fréquence par type de cancer, âge, sexe et situation géographique. La complexité de la situation ne fait que confirmer la nécessité de mesures de lutte contre le cancer adaptées au groupe de population ciblé, sur la base de données épidémiologiques suffisantes et d'une surveillance régulière.

D'une façon générale, le simple fait de mettre en œuvre les connaissances existantes suffirait à prévenir un quart de l'ensemble des cancers. Un tiers de ces maladies peut aujourd'hui être guéri par la technologie moderne et l'on peut raisonnablement espérer que ce taux passera à 50% au cours des 25 années à venir. Cependant, cela ne se fera pas sans une accessibilité élargie des compétences appropriées. Pour les malades incurables, l'atténuation réelle des symptômes, notamment de la douleur, doit être considérée comme un droit essentiel. Cet objectif ne pourra être atteint que par l'instauration de stratégies efficaces, une volonté politique, des actions de persuasion ingénieuses et de bonnes relations avec les médias, ainsi que par une collaboration aux niveaux international, professionnel et industriel.

La stratégie de l'OMS est d'améliorer la lutte contre le cancer par l'instauration de programmes nationaux qui tiennent compte de l'épidémiologie de la maladie, des normes éducatives, des ressources existantes et des conditions économiques relatives au système sanitaire dans chaque pays. Cette initiative a pour pivot le concept d'« échelle

²³ Les cancers de la peau sans présence de mélanome ne sont pas inclus dans les estimations relatives à tous les cancers.

des priorités », qui établit des priorités acceptées à l'échelle internationale pour la mise au point de programmes efficaces de lutte contre le cancer au niveau national²⁴.

Obésité

L'obésité est à la fois une maladie chronique évitable et un facteur de risque pour d'autres maladies. Les principales conséquences de cette pathologie sur la santé sont l'hypertension, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les troubles de la vésicule biliaire, les problèmes psychosociaux et certains types de cancer²⁵. Les risques liés à l'obésité s'accroissent proportionnellement à l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC²⁶), avec des risques relatifs amplifiés parmi les groupes d'âge jeunes et des chances avérées de réversibilité lors de la perte de poids. L'obésité et la surcharge pondérale constituent une épidémie paneuropéenne qui freine la prévention des maladies non transmissibles chroniques.

Dans de nombreux pays, plus de la moitié de la population adulte dépasse le seuil de surcharge pondérale et 20 à 30% des adultes sont considérés comme cliniquement obèses. Les données disponibles montrent d'importantes disparités dans les degrés d'obésité en Europe. En Allemagne, en Finlande et au Royaume-Uni, un adulte sur cinq est obèse, alors que dans les PECO et les NEI, on enregistre une prévalence de niveaux encore supérieurs. Les chiffres disponibles indiquent essentiellement une tendance à la hausse, même si les taux d'augmentation varient (tableau 3).

Tableau 2. Cinq principaux cancers en Europe (en pourcentage de l'ensemble des cancers, 1995)

Localisation du cancer	Deux sexes		Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès	Nouveaux cas	Décès
Poumon	14	20	22	29	6	9
Côlon et rectum	13	12	12	10	14	14
Sein	12	8	–	–	26	17
Estomac	8	9	9	10	7	9
Prostate	6	5	11	8	–	–
Total	53	54	54	57	53	49

²⁴ <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-72.html>, consulté le 8 mai 2002.

²⁵ Les cancers liés à l'obésité sont le cancer de l'intestin grêle, de la vésicule biliaire, du larynx, du parenchyme rénal, de la vessie, du col de l'utérus, de l'endomètre, de l'ovaire, du cerveau et du tissu conjonctif. L'association entre l'obésité et le risque de cancer du sein, de la prostate et du pancréas peut varier en fonction de l'âge. Les hommes obèses sont plus exposés à la mortalité par cancer du côlon, du rectum et de la prostate que les autres. Les femmes obèses sont plus exposées à la mortalité par cancer de la vésicule biliaire, du sein, de l'utérus, du col de l'utérus et de l'ovaire que les autres.

²⁶ Poids en kilos divisé par le carré de la taille en mètres.

L'obésité infantile est un problème qui a connu une croissance rapide. Dans de nombreux pays, un enfant sur cinq est désormais concerné par cette maladie. Au cours des dix dernières années, la surcharge pondérale et l'obésité ont augmenté de façon spectaculaire chez les garçons et les filles en Angleterre et en Écosse, avec des taux qui ont pratiquement doublé en dix ans, jusqu'en 1994. Les Pays-Bas ont enregistré un accroissement sensible du problème depuis 1980, alors que des études menées en Allemagne, en France, en Pologne et en Yougoslavie indiquent qu'environ un enfant sur cinq souffre actuellement d'obésité ou de surpoids.

Zones de déclaration MONICA	Années 80		Années 90	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Allemagne (Allemagne de l'est)	14,5	18,6	16,1	20,4
Allemagne (Augsbourg, zone rurale)	19,9	22,2	23,5	23,0
Allemagne (Augsbourg, zone urbaine)	17,6	15,5	17,3	20,8
Allemagne (Brême)	13,9	18,0	15,6	18,7
Belgique (Charleroi)	19,6	25,7	18,9	23,9
Belgique (Gand)	11,3	15,5	13,2	15,9
Danemark (Glostrup)	11,1	10,4	13,2	12,1
Fédération de Russie (Moscou)	13,6	32,1	8,3	22,2
Fédération de Russie (Novosibirsk)	13,6	45,5	16,7	34,8
Finlande (Carélie du Nord)	17,3	23,7	22,7	23,5
Finlande (Province de Kuopio)	17,8	19,2	23,7	25,9
Finlande (Turku/Loimaa)	18,7	16,6	22,4	19,2
France (Lille)	14,0	17,7	17,2	21,8
France (Strasbourg)	22,0	22,9	21,6	18,6
France (Toulouse)	9,2	10,5	12,6	10,1
Islande	11,6	13,7	17,0	18,4
Italie (Brianza)	10,9	15,2	13,5	17,8
Italie (Frioul)	15,6	18,7	17,1	18,8
Lituanie (Kaunas)	22,0	44,9	19,8	32,0
Pologne (Varsovie)	17,5	25,6	22,2	28,5
Pologne (Voiévodie de Tarnobrzeg)	12,8	31,9	14,9	36,3
République tchèque	21,8	32,5	23,4	30,2
Royaume-Uni (Belfast)	11,2	14,2	13,6	16,2
Royaume-Uni (Glasgow)	10,9	15,5	12,7	22,8
Suède (Göteborg)	7,8	9,0	13,0	10,4
Suède (Suède septentrionale)	11,4	14,2	14,3	13,8
Suisse (Tessin)	19,7	15,0	13,3	16,3
Suisse (Vaud/Fribourg)	13,4	13,2	16,1	10,1
Yougoslavie (Novi Sad)	17,5	29,4	20,3	31,8

Tableau 3. Pourcentages de personnes obèses âgées de 35 à 64 ans dans les zones MONICA de l'Europe pour lesquelles des données d'enquête sont disponibles, pour les périodes allant du début au milieu des années 80 et du début au milieu des années 90

L'obésité pourrait coûter à certains pays jusqu'à 7% de leur budget total de soins de santé. En Angleterre, les coûts directs ont été estimés à 500 millions de livres sterling et les coûts indirects à 2 milliards de livres. En Allemagne, des estimations récentes ont révélé des coûts encore supérieurs, de l'ordre de 20 milliards de marks, en valeur de 1995. En France, où l'obésité atteint un niveau inférieur, les coûts directs sont estimés entre 4,2 et 8,7 milliards de francs en valeur de 1992, c'est-à-dire jusqu'à 1,5% des coûts de santé totaux.

La définition de stratégies globales s'impose donc comme une nécessité pour lutter, au niveau de la population, contre le problème de l'obésité et de la surcharge pondérale chez les adultes et les enfants. Les pouvoirs publics se doivent de renforcer les actions en matière d'alimentation et d'activité physique et de promouvoir un engagement coordonné et intersectoriel à tous les niveaux. Les responsables de l'élaboration des politiques partent trop souvent du principe que la seule réponse au problème de l'obésité passe par une pédagogie personnalisée en matière de santé. Cette approche s'est manifestement soldée par un échec, comme l'indique l'intérêt considérable porté à la minceur, à l'alimentation diététique et autres méthodes de perte de poids, associé à la montée en flèche des taux de surpoids et d'obésité. L'Europe doit mettre en œuvre des politiques plus larges et plus cohérentes pour contrer les forces favorables à cette obésité, qui concerne désormais une proportion impressionnante de la population.

Diabète sucré

Le nombre de personnes atteintes de diabète sucré augmente rapidement dans la plupart des pays. Cette maladie concerne environ 22,5 millions d'adultes dans la Région européenne. Dans la population diabétique, entre 5 et 15% souffrent de diabète de type 1, affection qui frappe essentiellement les enfants et les adolescents et requiert l'injection d'insuline plusieurs fois par jour jusqu'à la fin de la vie. Le reste de cette population a un diabète de type 2, qui apparaît généralement chez les adultes d'âge mûr. Cependant, il est clair que le diabète, notamment de type 2, est diagnostiqué plus fréquemment et de façon plus précoce. Il n'est plus considéré comme une « maladie de personne âgée », mais comme une pathologie qui se déclenche dans la première moitié de la vie. Le taux élevé de glycémie associé à cette maladie s'accompagne habituellement d'hypertension et de troubles de la cholestérolémie.

Le diabète demeure une cause importante de mortalité périnatale dans de nombreux pays, la cause la plus courante de cécité dans le groupe d'âge le plus productif, l'une des causes majeures d'insuffisance rénale et la cause la plus courante d'amputation des membres inférieurs. Généralement, les diabétiques sont 3 à 4 fois plus exposés que le reste de la population au risque de décès prématuré du fait d'une maladie cardiovasculaire. Le coût supporté par le système de santé est énorme : une étude récemment menée en Suède a permis d'estimer le coût du diabète à près de 8% du

budget total de la santé, ce coût correspondant en grande partie au traitement des complications. La mortalité due au diabète est présentée par la figure 20.

Des études ont démontré que l’apparition du diabète de type 2 pouvait être évitée ou retardée lorsque les personnes à risque modifiaient leurs habitudes en matière d’alimentation et d’activité physique. Dans le cas du diabète de type 2 déjà diagnostiqué, une importante étude²⁷ a prouvé que le traitement de cette pathologie et de ses symptômes pouvait aboutir à de bons résultats et qu’il était possible d’enrayer ou de retarder l’apparition de complications graves. D’autres études ont également permis de mesurer l’impact positif de programmes ciblés sur le diabète et ses complications et ont démontré que les efforts en matière de prévention avaient un bon rapport coût/efficacité.

Cette situation place les systèmes de santé des États membres face à la nécessité de créer des programmes de sensibilisation visant le public, les responsables politiques et les professionnels de santé. En outre, il apparaît essentiel de renforcer les programmes de promotion de modes de vie sains et les programmes relatifs au diabète pour contrer la tendance croissante à la suralimentation et à la sédentarité. Le programme d’action de la Déclaration de Saint-Vincent, organisé sous l’égide du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, de la section européenne de la Fédération internationale du diabète et de l’Association européenne pour l’étude du diabète²⁸ figure parmi les programmes les plus efficaces à cet égard.

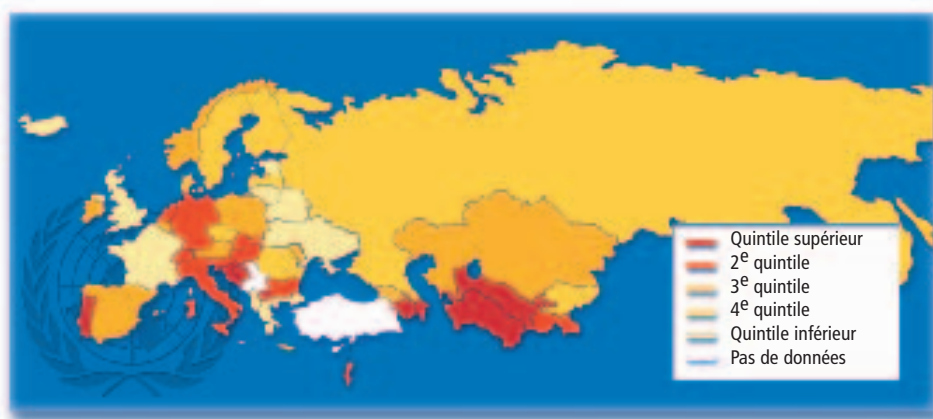


Fig. 20 : Décès dus au diabète pour 100 000 habitants

²⁷ UK Prospective Diabetes Study (<http://www.dtu.ox.ac.uk/index.html?maindoc=/ukpds>, consulté le 29 mai 2002).

²⁸ <http://qct.who.dk/diabetes/dm.htm>, consulté le 8 mai 2002.

Santé mentale

L'incidence des problèmes de santé mentale est actuellement en progression sensible. Selon les estimations du Programme sur la charge mondiale de la morbidité^{29,30}, les troubles mentaux et neurologiques figurent parmi les principales causes de maladie et d'incapacité. Les troubles neuropsychiatriques représentent 11,5% de la charge mondiale de morbidité. Sur les dix principales causes d'incapacité, cinq correspondent à des pathologies mentales : dépression grave unipolaire, dépendance alcoolique, dépression bipolaire, schizophrénie et troubles obsessionnels compulsifs. À elle seule, la dépression représente 4,1% du total, se plaçant ainsi en quatrième position parmi les causes de la charge de morbidité. On s'attend à ce qu'elle devienne la deuxième cause d'années de vie ajustées sur l'incapacité perdues d'ici 2020, après les cardiopathies ischémiques. À l'échelle planétaire, les pathologies mentales sont responsables d'une charge de morbidité supérieure à celle du cancer et, dans certains pays européens, la mortalité par suicide est désormais plus importante que celle due aux accidents de la circulation. Cette charge s'alourdit encore si l'on prend en compte l'association avec d'autres problèmes, tels que la dépression et les maladies cardiovasculaires.

L'ampleur de la charge de morbidité représentée par les troubles mentaux, qui vont du stress à la psychose grave, en passant par la dépression et la névrose, est généralement sous-estimée. Dans la Région européenne, la proportion de la population souffrant de troubles mentaux graves, telle qu'elle est enregistrée et communiquée par les pays, varie de moins de 1% à 6%, la plupart des pays se situant dans une fourchette allant de 1 à 3%. La prévalence de certains états comme l'anxiété varie d'un pays à l'autre, peut-être en raison de différences culturelles, tandis que les chiffres relatifs à d'autres pathologies telles que la schizophrénie sont similaires (environ 1 à 2%). Cependant, des troubles moins graves, souvent non enregistrés, sont beaucoup plus courants. Dans leur grande majorité, les troubles mentaux mineurs sont traités dans le cadre de vie normal des patients ou dans des structures de soins primaires, une faible proportion étant traitée dans des services spécialisés. Les études démontrent que les affections d'ordre mental représentent jusqu'à 30% des consultations auprès des médecins généralistes en Europe.

La dépression a des effets invalidants considérables et entraîne en outre une mortalité accrue. Les taux de mortalité due au suicide et aux blessures de son propre fait varient de 11 à 36 pour 100 000 habitants dans les pays européens. Si ces chiffres baissent lentement en moyenne dans l'Union européenne et dans les PECO, les NEI, en revanche, ont enregistré une augmentation dans les années 90, après une forte baisse

²⁹ MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D., ED. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1996.

³⁰ Les troubles mentaux peuvent se définir comme un ensemble de symptômes ou de comportements révélateurs d'un dysfonctionnement cérébral, qui sont associés dans la plupart des cas à une détresse et une perturbation des fonctions personnelles.

dans la période 1984–1986. Dans une proportion des cas pouvant atteindre jusqu'à 60%, la dépression peut être guérie grâce à une association appropriée d'antidépresseurs et de psychothérapie. La psychothérapie cognitive, en particulier, semble donner des résultats probants. Des études menées dans les pays nordiques ont montré que les taux de suicide diminuaient de 20 à 30% lorsque les médecins généralistes étaient formés au diagnostic et au traitement de la dépression.

Les causes et les effets des troubles mentaux varient en fonction de facteurs sociaux et économiques. En Europe orientale, il existe un lien entre les problèmes de santé mentale et la baisse de l'espérance de vie au cours de la décennie écoulée, qui doit être mise en rapport avec les changements économiques et sociaux survenus dans la même période. Certaines données indiquent en particulier l'existence d'un rapport entre une situation défavorisée sur le plan socioéconomique et la prévalence de la dépression.

Dans la Région européenne, la santé mentale est caractérisée par trois facteurs principaux. Premièrement, les niveaux des déterminants de la santé sur les plans économique, psychosocial et environnemental ont une influence considérable sur le bien-être des personnes et les prestations en matière de services de santé mentale. Deuxièmement, compte tenu de la stigmatisation dont font l'objet les troubles mentaux, de nombreux patients sont maintenus dans des établissements psychiatriques, avec toutes les conséquences que cela implique sur le plan de l'organisation de l'intervention, de l'humanisation des services et de la réintégration du patient dans la société. Troisièmement, les pathologies liées au stress et à la vulnérabilité, telles que la dépression, le suicide, l'alcoolisme, la violence ou les comportements dangereux, continuent d'avoir des incidences très importantes sur la morbidité et la mortalité prématurée, en particulier dans la partie orientale de la Région. Il convient également d'établir une distinction par sexe, l'espérance de vie diminuant chez les hommes alors que les femmes semblent mieux réagir au stress et aux changements sociaux. Dans d'autres pays, on observe des différences hommes-femmes dans les populations à haut risque, telles que les adolescents, les personnes célibataires et les femmes subissant une pression sociale.

La qualité des soins de santé mentale varie considérablement dans les différents pays de la Région. De nombreux pays d'Europe consacrent moins de 3% de leur budget sanitaire à la santé mentale, alors que les conséquences des maladies mentales peuvent représenter entre un tiers et la moitié des coûts de santé. De très grands hôpitaux psychiatriques prenant en charge jusqu'à 50% de l'ensemble des patients existent encore dans les pays de la partie orientale de la Région, tandis que les pays d'Europe occidentale donnent la préférence aux traitements dans le cadre de vie normal du patient. Cependant, ce dernier modèle s'est également heurté à des problèmes, tels que le manque d'accessibilité des professionnels et les réticences de la collectivité face aux personnes atteintes de troubles mentaux.

L'importance qu'accorde l'OMS à la santé mentale s'est manifestée par le biais d'un certain nombre de manifestations au cours de l'année 2001. Le thème choisi pour la Journée mondiale de la santé a été « Non à l'exclusion, oui aux soins ». Les débats organisés dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé ont eu trait à tous les aspects de la maladie mentale. Le *Rapport mondial de la santé 2001* a fourni un bilan complet des problèmes de santé mentale et des facteurs qui en sont responsables, en donnant un aperçu des mesures nécessaires en matière de prévention de ces maladies, de traitement et soins aux malades mentaux et de promotion et protection de la santé mentale. En particulier, les préjugés à l'égard de la maladie mentale constituent l'un des principaux obstacles à la prévention et au traitement précoces, ainsi qu'à la réintégration des personnes mentalement vulnérables au sein de la société.

Accidents et blessures

Les blessures volontaires et involontaires constituent un grave problème auquel de nombreux pays n'accordent qu'une importance relative. La violence et les blessures de son propre fait sont des phénomènes extrêmement préoccupants du point de vue de la santé publique en raison de leur part croissante dans la charge mondiale de morbidité.

Les accidents, les autres causes de traumatisme et les intoxications sont à l'origine d'environ un dixième de la mortalité totale (environ 6% et 12% en moyenne, respectivement, dans les parties occidentale et orientale de la Région européenne). Les causes externes de décès sont les principales causes de mortalité dans les groupes d'âge jeunes et représentent par conséquent une proportion importante des décès prématurés. En moyenne, le taux comparatif de mortalité due à des causes externes en 1999 était inférieur à 40 pour 100 000 habitants dans l'Union européenne (soit une réduction de plus de 30% par rapport à 1980). De 1980 à 1992, les PECO ont enregistré un taux de mortalité moyen pour les causes externes de décès d'environ 80 pour 100 000, mais ce taux a baissé régulièrement, pour atteindre 65 pour 100 000 en 1999. Dans les NEI, on a assisté en moyenne à une baisse considérable, puisque le taux a été ramené de 140 pour 100 000 en 1980 à 92 pour 100 000 en 1987, mais ce taux a fortement augmenté par la suite, pour atteindre 188 pour 100 000 en 1994 (fig. 21). Depuis lors, la situation s'est améliorée, mais le chiffre moyen se situe toujours au-dessus du niveau de 1980.

Les décès chez les enfants âgés de 1 à 14 ans sont pour 30 à 40% causés par des blessures subies lors d'accidents de la circulation, par d'autres causes externes telles que les intoxications, les noyades, les incendies et les chutes, et par la violence. Les taux varient d'un pays à l'autre, avec des moyennes de 33% dans les pays de l'UE, 40% dans les PECO et 33% dans les NEI. Les blessures sont non seulement responsables de décès, mais aussi d'une charge importante d'incapacité et de souffrance chez les enfants.

Plusieurs pays d'Europe occidentale sont parvenus à réduire la mortalité du fait de blessures chez les enfants de 0 à 14 ans. Par exemple, des expériences menées au Royaume-Uni³¹ ont prouvé l'importance de mesures telles que les programmes locaux de sûreté urbaine, la réduction de la vitesse au volant, l'utilisation de sièges pour jeunes enfants dans les voitures, l'amélioration de la conception des appareils électroménagers et les interventions au niveau des populations locales pour éviter les types de blessures les plus courantes et leurs causes.

Bibliographie

Aids epidemic update: December 2000. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (UNAIDS/00.44E; WHO/CDS/CSR/EDC/2000.9).

ALPERT, J.S. Coronary heart disease: where have we been and where are we going? *Lancet*, 353: 1540–1541 (1999).

BERGSTROM, A. ET AL. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *International journal of cancer*, 91: 421–430 (2001).

CHINN, S. & RONA, R.J. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children, 1974–94. *British medical journal*, 322: 24–26 (2001).

CINDI dietary guide. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document EUR/00/5018028).

COLE, T.J. ET AL. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British medical journal*, 320: 1240–1243 (2000).

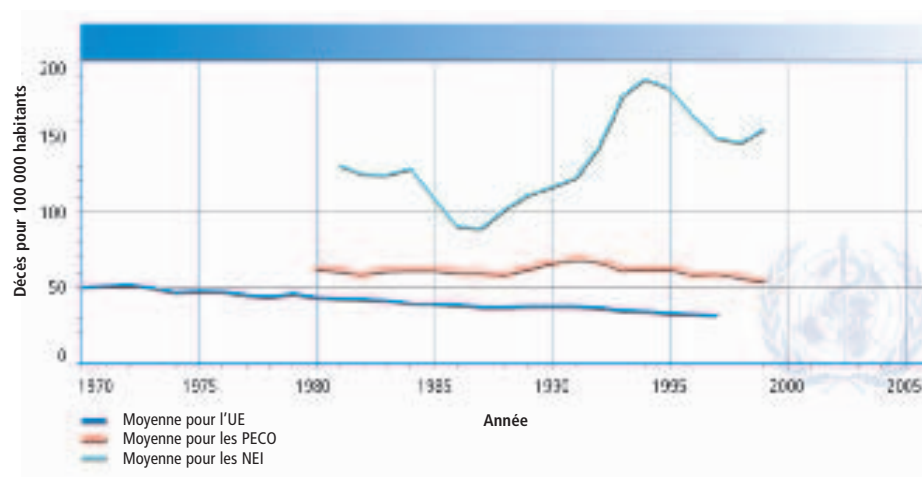


Fig. 21 : Mortalité due aux causes externes, 1970–1999

³¹ CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, UNITED KINGDOM. Unintentional injuries in young people. *Effective health care bulletin*, 2: 1–16 (1996).

DE GUERRA MACEDO, C. & MELGAARD, B. The legacies of polio eradication. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 283–284 (2000).

Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997 (F-serien No. 24).

DETOURNAY, B. ET AL. Obesity morbidity and health care costs in France: an analysis of the 1991–1992 Medical Care Household Survey. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 24: 151–155 (2000).

Diabetes atlas 2000. Bruxelles, Fédération du diabète internationale, 2000.

DYE, C. ET AL. Consensus statement. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. WHO Global Surveillance and Monitoring Project. *Journal of the American Medical Association*, 282: 677–686 (1999).

EHTISHAM, S. ET AL. Type 2 diabetes mellitus in UK children – an emerging problem. *Diabetic medicine*, 17: 867–871 (2000).

ESPINAL, M. & RAVIGLIONE, M., ED. *Coordination of DOTS-plus pilot projects for the management of MDR-TB: proceedings of a meeting*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (document WHO/CDS/CPC/TB/99.262).

ESPINAL, M. ET AL. *Anti-Tuberculosis drug resistance in the world. Report No. 2. Prevalence and trends*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (document WHO/CDC/TB/2000.278).

EUCAN: cancer incidence, mortality and prevalence in the European Union. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1999 (CD-ROM).

European Regional Consultation on the Introduction of Second-Generation HIV Surveillance Guidelines. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2001 (document EUR/01/5026722).

FAGOT-CAMPAGNA, A. Emergence of type 2 diabetes mellitus in children: epidemiological evidence. *Journal of pediatric endocrinology & metabolism*, 13 (Suppl 6): 1395–1402 (2000).

FREDRIKS, A.M. ET AL. Body index measurements in 1996–97 compared with 1980. *Archives of disease in childhood*, 82: 107–112 (2000).

GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunization (<http://www.vaccinealliance.com>, consulté le 8 mai 2002).

Global tuberculosis control: WHO report. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (document WHO/CDS/TB/2000.275).

La santé en Europe 1997. Rapport sur la troisième évaluation des progrès accomplis vers la Santé pour tous dans la Région européenne de l’OMS (1996–1997). Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1998 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 83).

HEITMANN, B.L. Ten-year trends in overweight and obesity among Danish men and women aged 30–60 years. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 24: 1347–1352 (2000).

HESEKER, H. & SCHMID, A. Epidemiology of obesity. *Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique*, 57: 478–481 (2000).

HIV/AIDS surveillance in Europe – Report No. 63. Paris, Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, 2000.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<http://www.unaids.org>, consulté le 30 juillet 2001).

KUDEL'KINA, N.A. & MOLOKOV, A.L. [Détection et prévalence des facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles dans le groupe de population organisé de Sibérie occidentale.] *Terapevticheskii arkhiv*, 73(1): 8–12 (2001) [en russe].

LAHTI-KOSTI, M. ET AL. Age, education and occupation as determinants of trends in body mass index in Finland from 1982 to 1997. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 24: 1669–1676 (2000).

LISSNER, L. ET AL. Social Mapping of the Obesity Epidemic in Sweden. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 24: 801–805 (2000).

Major cardiovascular study shows substantial regional differences. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (Press release WHO/27).

MARTIN-DU PAN, R.C. & HERAIEF, E. Ten questions on the causes and consequences of obesity: stress hormones. *Revue médicale de la Suisse romande*, 121(1): 51–55 (2001).

METHERS, C. ET AL. *Report on the burden of disease and injury study in Australia*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1999.

MIGLIORI, G.B. ET AL. Cost–effectiveness analysis of tuberculosis control policies in Ivanovo Oblast, Russian Federation. *Bulletin of the World Health Organization*, 76: 475–483 (1998).

MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D., ED. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1996.

NATIONAL PUBLIC HEALTH INSTITUTE, FINLAND. *Health behaviour and health among Finnish adult population, spring 2001*. Helsinki, Julkaisija Utgivare, 2001.

New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications: conclusions and recommendations. WHO Technical Consultation on behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Interagency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV, Genève, 11–13 octobre 2000. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (document WHO/RHR/01.28).

Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (document WHO/NUT/NCD/98.1).

POSTON, W.S. & FOREYT, J.P. Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis*, 146(29): 201–209 (1999).

Principles for preventing HIV infection among drug users. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (document EUR/ICP/LVNG 02 06 01).

Progress with roll back malaria in the WHO European Region – regional and country updates. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document EUR/00/5024939).

Roll Back Malaria – a global partnership (<http://www.rbm.who.int>, consulté le 30 juillet 2001).

Initiative Halte à la tuberculose (<http://www.stoptb.org>, consulté le 19 mai 2002).

Strategy to control tuberculosis in the WHO European Region. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document EUR/00/5017620).

Strategy to roll back malaria in the WHO European Region. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/CMD5 08 03 02).

Tackling obesity in England. Report by the Comptroller and Auditor General. Londres, National Audit Office Publications, 2001.

TANSELLA, M. ET AL. *Common mental disorders in primary care: essays in honour of Professor Sir David Goldberg.* Londres & New York, Routledge, 1999.

The global burden of disease. (<http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm>, consulté le 13 août 2001).

Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.

THORNICROFT, G. J. & SZMUKLER, G. *Textbook of community psychiatry.* Oxford, Oxford University Press, 2001.

Vaccines, immunization and biologicals: 2000–2001 strategy. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (document WHO/V&B/00.02).

VARTIAINEN, E. ET AL. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *British medical journal*, 309(6946): 23–27 (1994).

BANQUE MONDIALE. *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé.*

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Vaccines, immunization and biologicals: measles* (<http://www.who.int/vaccines/intermediate/measles.htm>, consulté le 30 juillet 2001).

La santé dans les différents groupes de population

Santé des enfants

Les chances qu'a un enfant de naître en bonne santé et d'être vivant un an après sa naissance ne sont pas les mêmes dans l'ensemble de la Région. D'une façon générale, les taux de mortalité infantile sont remarquablement bas dans les pays d'Europe occidentale, bien qu'il existe des inégalités considérables entre les groupes sociaux. Dans la partie orientale de la Région, la mortalité infantile a baissé régulièrement au cours des deux décennies écoulées, mais elle reste élevée comparée à celle des pays d'Europe occidentale. Selon les données officielles les plus récentes, six pays de la Région ont encore des taux de mortalité infantile supérieurs à 20 pour 1000 naissances d'enfant vivant (mais d'autres sources signalent des taux plus élevés, dans un plus grand nombre de pays), tandis que 30 pays enregistrent des taux inférieurs à 10 pour 1000. Les problèmes liés à la périnatalité représentent les premières causes de mortalité infantile, notamment les grossesses non désirées et les grossesses chez les adolescentes, qui figurent parmi les principaux facteurs de risque tant en Europe occidentale que dans la partie orientale de la Région.

Il existe également d'importantes inégalités en ce qui concerne la probabilité de mourir avant l'âge de cinq ans (fig. 22). Les chiffres vont de moins de 5 à plus de 50 décès pour 1000 naissances d'enfant vivant, avec des moyennes de 6 pour 1000 dans l'Union européenne, de 15 pour 1000 dans les PECO et de 26 pour 1000 dans les NEI. Des enfants meurent encore de maladies qui peuvent être évitées ou guéries. Dans de nombreux pays, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës sont responsables d'une proportion importante de la morbidité et de la mortalité parmi les



Fig. 22 : Probabilité de mourir avant l'âge de 5 ans

La stratégie mise au point par l'OMS et l'UNICEF sous le nom de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) vise à réduire la mortalité et la morbidité par la mise en place de soins courants pour les maladies infantiles les plus répandues, par l'instauration de mesures préventives (vaccination, meilleure alimentation des nourrissons et des enfants, notamment par l'allaitement maternel) et par l'amélioration des pratiques au niveau de la famille et du cadre de vie local. Elle est destinée aux pays de la Région qui enregistrent des taux élevés de mortalité infanto-juvénile dus en grande partie à des maladies transmissibles. Cette stratégie vise en outre à garantir aux enfants un épanouissement constant dans des conditions de santé optimales.

Concernant l'infection à VIH, la transmission mère-enfant est de très loin la cause la plus fréquente de séropositivité chez les jeunes enfants. Le nombre d'enfants nés de mères infectées par le VIH en Europe orientale a augmenté en même temps que les taux de séropositivité chez les jeunes femmes. Par exemple, jusqu'à la fin 1999, quelque 1300 nourrissons sont nés de mères séropositives en Ukraine. Il existe des moyens efficaces et non coûteux qui permettent d'éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant, mais ils ne sont pas encore disponibles dans tous les pays de la Région. Ce problème de la transmission de la mère à l'enfant doit être pris en compte dans le cadre de mesures plus étendues de lutte contre le VIH/sida, qui doivent également prévoir une extension de l'accès aux soins et de la prise en charge pour les mères séropositives et leur famille. Un groupe spécial interinstitutions sur la transmission de mère à enfant a été créé au niveau de la Région pour répondre à ces besoins.

Le premier plan d'action de l'OMS sur la politique alimentaire et nutritionnelle pour la Région européenne accorde une place particulière à la promotion de l'alimentation saine chez les nourrissons et les enfants, et en particulier à l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie. Des lignes directrices relatives à l'alimentation des enfants en bas âge ont été définies dans les différents pays de la Région ; elles mettent l'accent sur le bien-fondé scientifique de l'établissement de recommandations nationales en matière d'alimentation et de nutrition. En suivant ces lignes directrices, les systèmes de santé peuvent contribuer à garantir l'alimentation saine des jeunes enfants.

La maltraitance et le défaut de soins à l'égard des enfants sont des questions primordiales du point de vue des droits de l'homme et de la santé publique. La résolution WHA50.19 de l'Assemblée mondiale de la santé demande aux États membres de tout mettre en œuvre pour éradiquer la violence envers les femmes et les enfants, notamment la traite des enfants et les abus sexuels sur mineurs. La maltraitance et le défaut de soins ont des effets non seulement sur le bien-être physique et psychologique des enfants, mais également sur leur épanouissement, car ils les vouent à l'exclusion sociale et les privent d'armes pour faire face aux difficultés de l'existence. Ces questions ont été abondamment débattues lors de la première réunion sur les

stratégies en matière de protection de l'enfant³³, organisée par le Bureau régional en 1998 pour étudier les implications de la maltraitance et les besoins en termes de protection du point de vue du secteur de la santé. Les conclusions et recommandations formulées lors de cette réunion constituent des orientations pouvant être suivies par les responsables de l'élaboration des politiques et les professionnels de la santé de la Région pour décider des interventions à mettre au point.

Les enfants sont plus exposés que les adultes aux menaces que l'environnement fait peser sur la santé et, à ce titre, ils requièrent une attention particulière. La Troisième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui s'est tenue à Londres en 1999, a abouti à des propositions d'action spécifique pour faire face aux problèmes de santé publique posés par les blessures, le tabagisme passif, l'asthme et la montée de nouvelles menaces. Les États membres ont été invités à engager des actions en partenariat avec les organisations internationales, les organisations non gouvernementales et les autres parties concernées. En outre, les participants ont proposé de mettre en place un mécanisme international dont l'objet serait de définir des politiques sanitaires dans les domaines sources de nouvelles préoccupations, de coordonner et de promouvoir l'action, de faciliter l'échange d'informations entre les États membres et de créer une instance chargée de la défense des droits de l'enfant.

Santé des adolescents

Les accidents représentent la principale cause de mortalité chez les adolescents. Les taux de mortalité due aux causes externes dans le groupe des 5–19 ans ont baissé dans la plupart des pays européens, mais semblent se stabiliser aux alentours de 28–29 pour 100 000 personnes dans les NEI. Les taux de grossesse d'adolescentes dans la plupart des pays d'Europe occidentale vont de 13 à 25 pour 1000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans, avec des pics atteignant près de 50 pour 1000 au Royaume-Uni. Certains PECO, par exemple la Croatie et la Slovénie, se situent également à ce niveau, mais les autres PECO et les NEI ont enregistré des taux 2 à 4 fois supérieurs, atteignant 100 pour 1000 en Ukraine (fig. 24). Dans certains pays, une augmentation des taux de grossesse a été observée chez des jeunes filles qui avaient à peine 12 ou 13 ans. Ces grossesses non désirées débouchent souvent sur des avortements dangereux, qui ont de graves conséquences pour les adolescentes. L'OMS s'est engagée à appliquer le Programme d'action de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (CIPD) en 1994³⁴ et les recommandations de la CIPD + 5 en 1999³⁵.

³³ *First Meeting on Strategies for Child Protection: report on a WHO meeting*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/FMLY 01 03 01).

³⁴ *Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. New York, Nations Unies, 1995.

³⁵ <http://www.un.org/popin/icpd5.htm#ICPD+5%20Information>, consulté le 29 mai 2002.

Cette conférence avait pour objectif d'inciter les gouvernements à investir dans la santé des enfants et des adolescents, à fournir une aide plus efficace aux enfants et aux adolescents en situation de pauvreté et à donner aux jeunes tous les atouts pour devenir les agents du changement. Les dirigeants du monde entier ont reconnu qu'il était important de transmettre les messages de la Consultation de Stockholm à d'autres forums internationaux tels que la session extraordinaire des Nations Unies consacrée aux enfants, qui devait se tenir en mai 2002 à New York. Investir dans la santé des enfants et des adolescents apparaissait comme un moyen de réduire la pauvreté et une solution à d'autres problèmes constituant une menace pour le développement économique et la paix.

Pour différentes raisons, les jeunes risquent davantage de contracter des infections sexuellement transmissibles (IST). Il convient donc d'améliorer les services médicaux et sociaux existants pour que les jeunes aient accès à des conseils, à des informations et à une aide pratique en matière d'hygiène de la reproduction, de prise en charge des IST, de prévention du VIH/sida et de contraception. L'OMS, en coopération avec des institutions des Nations Unies telles que l'ONUSIDA, l'UNESCO, le FNUAP et

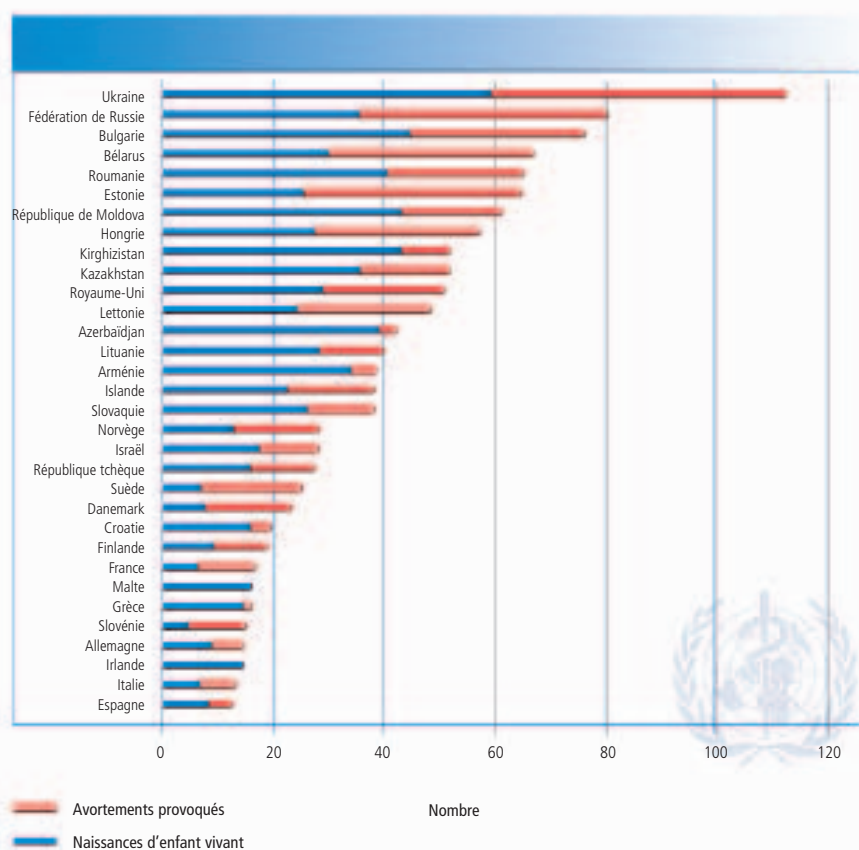


Fig. 24 : Nombres de naissances d'enfant vivant et d'avortements provoqués pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans, données disponibles les plus récentes

l'UNICEF, aide les pays à élaborer des structures de services adaptées aux adolescents, à fournir des contraceptifs économiquement abordables et à mettre au point des programmes scolaires et d'autres stratégies d'information sur l'hygiène de la sexualité et de la reproduction. Compte tenu de l'épidémie d'infections sexuellement transmissibles et de l'augmentation des taux de séropositivité dans les pays d'Europe orientale, un groupe spécial interorganisations coordonné par l'OMS a été créé pour soutenir les initiatives encourageant les comportements sexuels à moindre risque, notamment l'utilisation des préservatifs.

Investir dans la santé des enfants et des adolescents pour renforcer le développement économique

Dans un appel en faveur de la protection de la vie des enfants, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont organisé une Consultation mondiale sur la santé et le développement des enfants et des adolescents, qui s'est tenue à Stockholm les 12 et 13 mars 2002. Les experts et responsables politiques ont discuté des stratégies permettant de venir en aide aux personnes les plus démunies, et les enfants.

- Le directeur général de l'OMS a indiqué qu'un budget annuel de 66 milliards de dollars jusqu'en 2007 permettrait de sauver chaque année 8 millions de personnes, en majorité des enfants.
- Le directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a fait remarquer que, alors que les adolescents ont besoin du soutien des adultes au moment d'effectuer des choix de vie décisifs, ainsi que d'un environnement sûr leur offrant la possibilité de devenir des adultes en bonne santé et productifs, « pour de nombreux adolescents d'aujourd'hui, la notion d'adolescence en tant que période clé pour le développement personnel, dans des conditions de santé et de sécurité optimales, était complètement hors de leur portée ».
- La directrice générale du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a pris note des avancées effectuées au cours de la dernière décennie, qui ont permis d'améliorer la santé des enfants, de sauver des millions de vies et de prévenir des incapacités. Ces progrès comprennent la thérapie par réhydratation orale, la vaccination des enfants, les traitements efficaces contre la pneumonie, le paludisme et les autres maladies infantiles mortelles, l'apport de sel iodé, la supplémentation en vitamine A, la valorisation de l'allaitement maternel et l'amélioration des pratiques en matière d'alimentation des enfants.
- Un représentant de la Banque mondiale a souligné certaines injustices : « Les enfants et adolescents pauvres, exclus de la prospérité et de la santé contrairement aux enfants plus riches, sont désavantagés au départ. La pauvreté et les insuffisances des systèmes de santé les exposent à la maladie, voire à la mort, alors même que nous savons tous qu'il existe des moyens efficaces et peu onéreux pour protéger les enfants de la maladie et guérir ceux qui sont déjà malades ».

La prévalence croissante des problèmes liés à la dépression chez les jeunes, en particulier dans les sociétés en période de transition, constitue désormais une urgence. Les

programmes qui ont fait leurs preuves en matière de lutte contre les maladies mentales doivent être élargis et ciblés sur la détection, le traitement et la surveillance des états dépressifs chez les enfants et les adolescents.

D'après les données disponibles, les adolescents font l'expérience de l'alcool plus tôt que leurs aînés et ils sont plus enclins à adopter des comportements à risque tels que la suralcoolisation et la combinaison d'alcool et de stupéfiants. Un décès sur quatre chez les adolescents est dû à l'alcool et, sur l'ensemble de la Région, quelque 55 000 adolescents meurent chaque année d'une cause liée à la consommation d'alcool. Les fabricants d'alcool tentent d'infiltrer le marché des adolescents par le biais de la publicité, en créant des produits ciblés sur les adolescents et en parrainant des manifestations particulièrement appréciées des jeunes.

Au cours de la décennie écoulée, le tabagisme des adolescents a augmenté en Europe. D'importantes multinationales, qui utilisent des stratégies marketing tendant à associer le tabac à une certaine opulence, dominent l'industrie du tabac. La Convention-cadre pour la lutte antitabac, qui s'inscrit dans le prolongement de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS pour une Europe sans tabac organisée en février 2002 à Varsovie, sera parachevée en 2003.

L'une des conséquences les plus dramatiques de l'augmentation de l'usage des stupéfiants est la propagation rapide du VIH chez les adolescents. La hausse la plus sensible de la prévalence de ce virus se fait sentir dans les NEI et elle est due à la contamination des toxicomanes par voie intraveineuse. Les mesures visant à réduire les méfaits de cette pratique ont permis de réduire la propagation du VIH chez les toxicomanes dans les pays d'Europe occidentale.

Le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents sont en hausse dans la Région européenne. Le principal problème lié à l'obésité infantile est la persistance de cette pathologie dans la vie adulte, qui s'accompagne d'un risque accru de maladie. Elle a également pour conséquence importante la honte et les complexes d'ordre esthétique. La prévention du surpoids et de l'obésité passe par la réduction de la consommation de graisses, d'alcool et d'aliments caloriques, ainsi que par l'augmentation de l'activité physique.

Bien que, d'une façon générale, on assiste à un progrès sensible vers les normes en matière d'instruction, il existe une tendance inquiétante, parmi les jeunes de la Région européenne, à « décrocher » avant la fin des études primaires ou secondaires. Il apparaît de plus en plus clair qu'une déscolarisation prématurée va de pair avec des risques pour la santé tels que grossesse précoce, comportement malsain et exclusion sociale. L'intensification des recherches sur ce problème et sur les causes qui lui sont associées s'impose donc comme une nécessité, de même que l'élaboration de programmes

extrascolaires novateurs, la mise en place d'actions de proximité et l'utilisation de méthodologies combinées telles que l'éducation par les pairs.

L'initiative des « écoles-santé » a permis de mettre l'accent sur le rôle de l'école en tant qu'environnement social favorable à l'amélioration et à la protection de la santé. L'école offre une expérience éducative non seulement par le biais des cours, mais aussi de par l'environnement général à la fois physique et psychologique qu'elle crée. Le rapport étroit qui semble exister entre bonne santé et bonne éducation est au cœur de l'initiative des écoles-santé. Dans ses programmes, toutes les composantes de la vie scolaire sont considérées en fonction de leur capacité à améliorer la santé. Lorsqu'elles atteignent leur objectif, les écoles-santé sont capables d'influencer les attitudes, les valeurs et le comportement des enfants et des adolescents en matière de santé. Les programmes de ces écoles déterminent la façon dont les enseignants font la classe, les rapports avec les parents et la communauté locale, le climat social dans l'établissement, la participation des élèves à la prise de décision et la gestion de l'établissement.

Les écoles alliant un enseignement des connaissances et des méthodes interactives destinées à encourager l'apprentissage réussissent à créer un environnement éducatif favorable à la santé. L'intégration des connaissances, des compétences, du savoir et de la compréhension en matière de santé n'est pas un processus facile à instaurer. Le Bureau régional collabore avec le Conseil de l'Europe et la Commission européenne dans le cadre du Réseau européen des écoles-santé. Cette initiative intersectorielle, qui a pour but de favoriser la santé des enfants et des adolescents à l'école, fait appel à des concepts et à des techniques admis à l'échelle internationale et aide les États membres à créer des conditions favorables, à fixer des normes, à définir des orientations et à mener une action de persuasion pour l'amélioration de la santé en milieu scolaire.

Santé des femmes

Les priorités en matière de santé des femmes varient d'une région de l'Europe à l'autre : elles vont des problèmes d'hygiène de la reproduction dans la partie orientale de la Région, aux maladies cardiovasculaires chez les femmes vivant dans les pays d'Europe occidentale. Des progrès ont été accomplis dans le domaine de la recherche sur l'hygiène de la reproduction, la santé périnatale et le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, mais aucune analyse de fond n'a encore été consacrée à la femme par rapport au secteur de la santé. Dans les pays situés dans l'est de la Région, la transition socioéconomique s'est accompagnée d'un recul qui a réduit à néant des progrès accomplis jusqu'alors en matière de santé des femmes. La guerre et les conflits qui ont sévi dans de nombreux pays ont constitué une menace supplémentaire sur ce plan (fig. 25). Plus de 4 millions de femmes d'Europe orientale qui font partie de populations immigrées, de groupes de réfugiés et de minorités ethniques doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Les femmes sont touchées par certaines maladies infectieuses de façon disproportionnée. Elles peuvent transmettre aux enfants qu'elles portent des pathologies telles que l'hépatite, l'infection à VIH, la rubéole ou la toxoplasmose. L'accouchement lui-même comporte un risque d'infection pour la mère et pour l'enfant. La grossesse peut avoir une incidence sur le système immunitaire des femmes et les rendre plus prédisposées à d'autres maladies infectieuses telles que le paludisme. Dans le domaine de la prévention du paludisme, des recommandations particulières doivent être définies pour les femmes enceintes. De nombreux pays organisent la vaccination des jeunes filles contre la rubéole avant l'âge de la puberté. L'OMS et ses institutions partenaires mettent au point des stratégies destinées à éviter la transmission du VIH de mère à enfant. Certes, la prédisposition des femmes aux IST est également déterminée par les comportements sexuels des hommes et les pratiques sexuelles sans risque protègent aussi bien les uns que les autres ; mais dans la majeure partie des PECO et des NEI, les femmes ne peuvent même pas se procurer facilement les moyens de protection par contraception locale. L'intégration de services de contraception au système de soins d'hygiène de la reproduction est une mesure essentielle pour la protection des femmes, mais aussi des enfants et des hommes.

Les maladies cardiovasculaires sont devenues l'une des principales causes de mortalité prématurée chez les femmes vivant dans l'ensemble de la Région (fig. 26). Certaines maladies chroniques, comme la polyarthrite rhumatoïde ou d'autres maladies auto-immunes, affectent principalement les femmes. L'augmentation de la longévité des femmes exige la mise en place de stratégies visant à la fois à prolonger la vie active et à fournir des soins de longue durée aux personnes souffrant de déficiences et de maladies chroniques, car l'instauration de mesures de santé publique pour la prévention de l'incapacité majeure a fait l'objet d'efforts relativement peu soutenus. Les cancers des organes de la reproduction représentent une part considérable de la mortalité féminine et de la charge totale de morbidité. Les programmes de dépistage systématique du

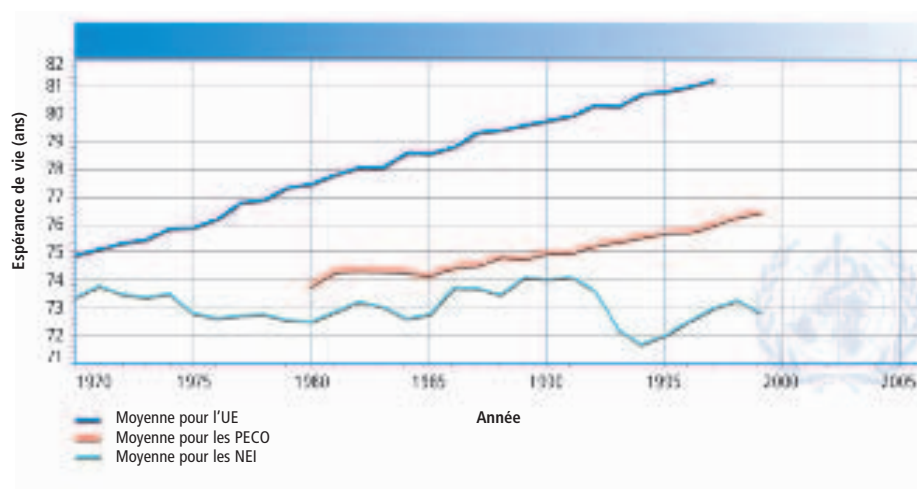


Fig. 25 : Espérance de vie à la naissance pour les femmes, 1970–1999

cancer du sein peuvent aboutir à la détection et au traitement précoces de cette maladie et permettent donc de réduire la mortalité évitable (fig. 27). En général, le cancer du col de l'utérus se traduit par des taux de mortalité plus élevés dans les PECO et les NEI que dans les pays d'Europe occidentale. La mortalité due à cette maladie a également baissé grâce aux programmes de dépistage réalisés dans la population. Toutefois, compte tenu de son lien étiologique avec le virus du papillome humain sexuellement transmissible, une augmentation de l'incidence du cancer du col de l'utérus est à craindre dans les pays enregistrant des épidémies d'IST.

La violence contre les femmes représente un problème de santé publique particulier. Sur l'ensemble de la Région, de 20 à 50% des femmes ont été victimes d'une ou de plusieurs formes de mauvais traitements. Avec les enfants, elles sont plus menacées par les hommes de leur entourage (maris, compagnons, pères, etc.) que par les étrangers. La plupart du temps, ces violences ne sont pas déclarées, mais elles entraînent de profondes conséquences sur la santé et le développement. Les femmes immigrées ou réfugiées sont particulièrement vulnérables à cet égard. Le problème de la violence familiale est de plus en plus pris en compte lors de l'élaboration ou de la révision des législations en Europe.

Les besoins des femmes en matière de santé varient selon les périodes de la vie. Une démarche englobant la totalité de l'existence doit donc être mise en œuvre, comme le préconisent plusieurs recommandations internationales. Ces recommandations ont eu un impact considérable et de nombreux pays européens ont défini des profils sanitaires pour les femmes à l'échelle nationale, mais aussi au niveau des régions et des villes. L'OMS recommande *a)* l'application de la législation et la mise en œuvre des instruments relatifs aux droits des êtres humains ; *b)* l'amélioration de l'équité quant au

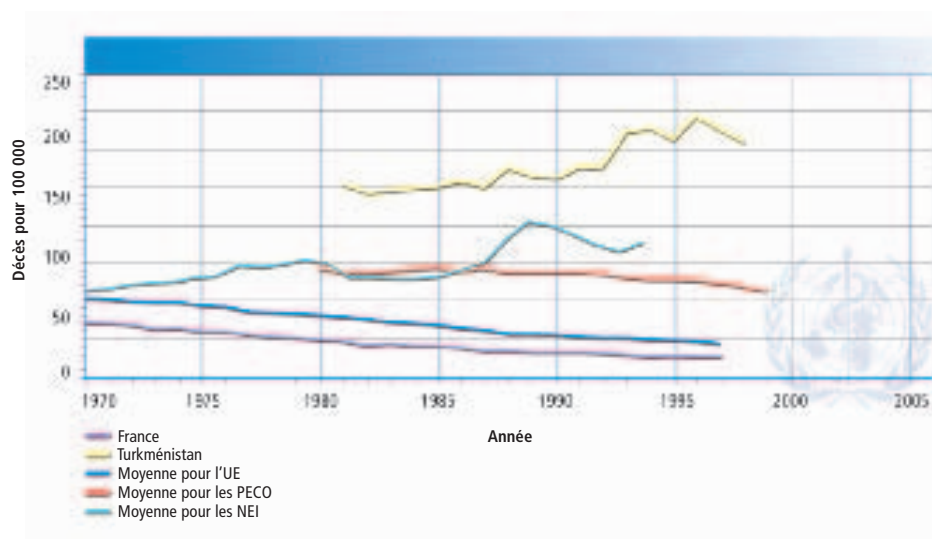


Fig. 26 : Mortalité due aux maladies cardiovasculaires chez les femmes âgées de 0 à 64 ans, 1970–1999

statut des femmes dans les différents pays européens et au sein même de ces pays ; c) des mesures contre la discrimination envers les femmes ; d) la lutte contre la pauvreté chez les femmes, en veillant à ce que les politiques de revitalisation économique ne nuisent pas aux services sociaux et sanitaires ; et e) la mise à disposition de services sanitaires appropriés auxquels les femmes sans emploi aient accès par le biais des régimes d'assurance maladie. Le Bureau régional est à l'origine de la création d'un Comité européen d'experts chargé de la surveillance, du suivi, des orientations et de la direction de ce processus. Ce comité travaillera en collaboration avec l'ONUSIDA, le FNUAP, le HCR, l'UNICEF, l'OIT, l'UE et le Conseil de l'Europe pour atteindre les objectifs définis.

Hygiène de la reproduction et de la sexualité

Les maladies liées à la reproduction représentent environ 6% de la charge totale de morbidité dans les PECO et les NEI. Ce chiffre ne prend pas en compte les cancers, la séropositivité et les IST, la charge d'incapacité due aux complications durables de la grossesse ou de l'accouchement, ni les interventions chirurgicales pratiquées par des équipes ne disposant pas des technologies appropriées et des médicaments essentiels recommandés. Si l'on inclut ces éléments, ces maladies représentent environ 8 à 10% de la charge de morbidité.

La mise en œuvre d'interventions ciblées faisant appel aux meilleures données disponibles et à des fonds publics a permis aux pays d'Europe occidentale et à certains PECO d'accomplir de remarquables progrès en matière de réduction de la mortalité maternelle au cours des 20 dernières années, pour atteindre des taux compris entre 5 et 10 décès pour 100 000 naissances d'enfant vivant (fig. 28). Jusqu'en 1990, les PECO et les NEI enregistraient des taux moyens de mortalité maternelle d'environ 40 ou 50

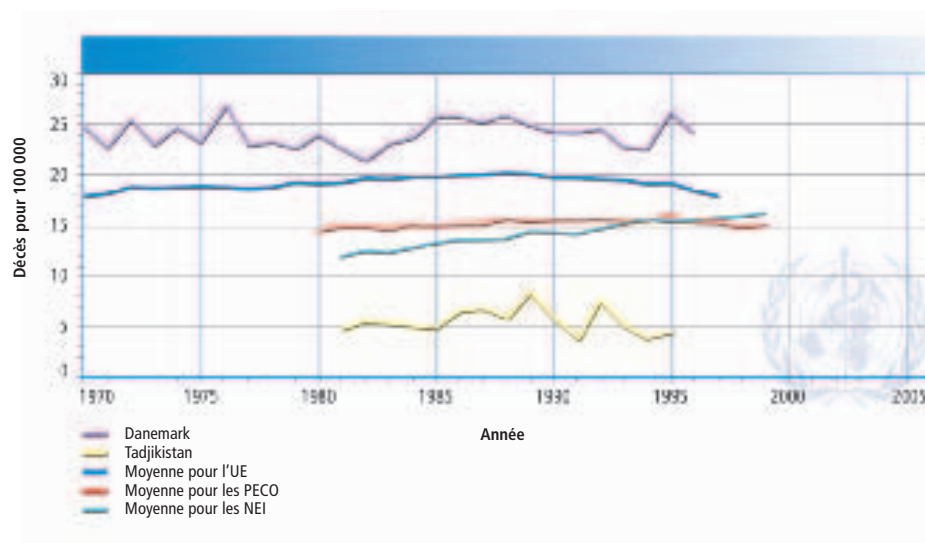


Fig. 27 : Mortalité due au cancer du sein chez les femmes âgées de 0 à 64 ans, 1979–1999

pour 100 000. Depuis, ces chiffres sont tombés à environ 15 pour 100 000 dans les PECO. La diminution a été beaucoup plus lente dans les NEI, où la moyenne est toujours de 35 pour 100 000 naissances d'enfant vivant. Parmi les pays les plus pauvres de la Région, certains connaissent encore des moyennes nationales supérieures à 40 décès maternels pour 100 000 naissances. Ces moyennes s'expliquent fréquemment par des taux très élevés observés dans certaines régions souffrant de l'insuffisance ou du manque d'accessibilité des services, telles que les régions rurales isolées ou les zones montagneuses. Dans ces régions, les hémorragies consécutives à l'accouchement, les infections et les dystocies d'obstacle constituent encore des causes fréquentes de mortalité maternelle. Les complications liées à l'avortement représentent un quart des décès maternels dans certains pays et, en moyenne, la plus importante cause de mortalité maternelle sur l'ensemble des PECO et des NEI.

La prochaine mission à accomplir consiste donc à définir des interventions à la fois efficaces et peu onéreuses permettant de réduire la mortalité et la morbidité maternelles ainsi que l'incidence des infections sexuellement transmissibles, notamment l'infection à VIH. Il convient notamment d'instaurer des pratiques appropriées dans le domaine des soins prénatals, qui peuvent facilement être mises en œuvre, au niveau des soins primaires, par les médecins généralistes et le personnel paramédical. En outre, les réformes des systèmes de santé doivent veiller à garantir l'accès aux soins essentiels en matière d'hygiène de la reproduction.

L'action de l'OMS s'inscrit dans le cadre de l'initiative Pour une grossesse à moindre risque, qui comprend l'élaboration d'outils exploitant des données provenant d'essais contrôlés réalisés dans plusieurs pays. Cette démarche permettra de renforcer la base de connaissances du Bureau régional et d'aider les pays à améliorer la santé maternelle au cours de la prochaine période biennale.

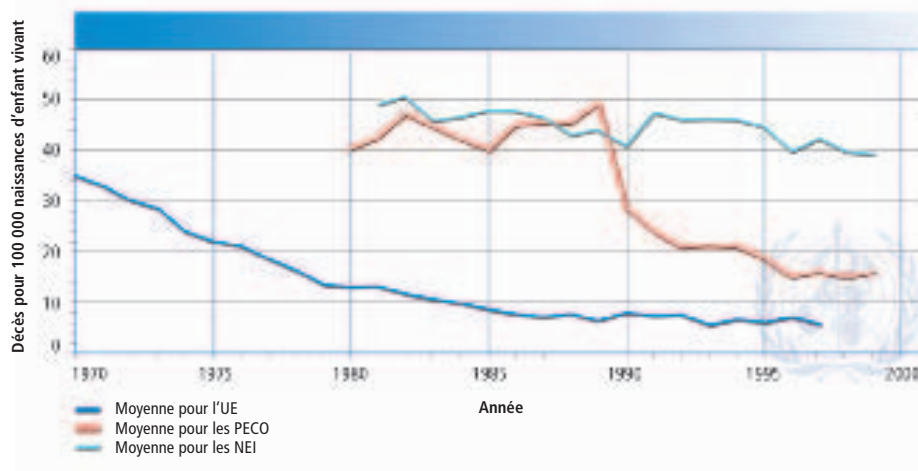


Fig. 28 : Mortalité maternelle, 1970–1999

Vieillesse et santé

La population de la Région européenne de l'OMS vieillit. On assiste à un allongement de la longévité des individus et à une diminution des naissances. Parmi les 20 pays de la planète enregistrant les plus forts pourcentages de personnes âgées, 18 font partie de la Région européenne. Dans ces pays, 13% à 18% de la population ont plus de 65 ans. L'espérance de vie à 65 ans (fig. 29) augmente régulièrement dans les pays de l'Union européenne, où elle a atteint en moyenne plus de 18 ans (soit un gain d'environ 2,5 années depuis 1980). Cette croissance a été beaucoup plus lente dans les PECO, où la moyenne était d'environ 15 ans en 1999 (un gain de moins d'une année par rapport à 1980). Dans les NEI, la situation s'est détériorée depuis 1990 et la moyenne était de 14 ans en 1999 (soit une baisse d'une demi-année depuis 1980). La différence des moyennes entre l'UE et les NEI correspond encore à 4 ans (fig. 30). L'écart en faveur des femmes en ce qui concerne l'espérance de vie à 65 ans reste stable, se situant à environ 4 ans pour l'UE, 3,3 ans pour les PECO et 3,6 ans pour les NEI. Il est à noter que, selon les données disponibles dans certains pays d'Europe occidentale, le gain en termes d'espérance de vie à l'âge de 65 ans ne s'accompagne pas d'une augmentation du nombre d'années vécues avec une incapacité grave.

Dans presque tous les pays européens, les cancers et les maladies cardiovasculaires sont responsables des trois quarts des décès chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Dans l'Union européenne, on estime que 64 000 décès de personnes âgées par an sont dus à des traumatismes, dont les deux tiers à des chutes. Lorsqu'elles conduisent, les personnes âgées ont plus d'accidents de la circulation par unité de distance que les conducteurs d'âge mûr et sont surreprésentés dans les accidents mortels. Dans l'ensemble de l'Europe, il est de plus en plus largement reconnu que certaines

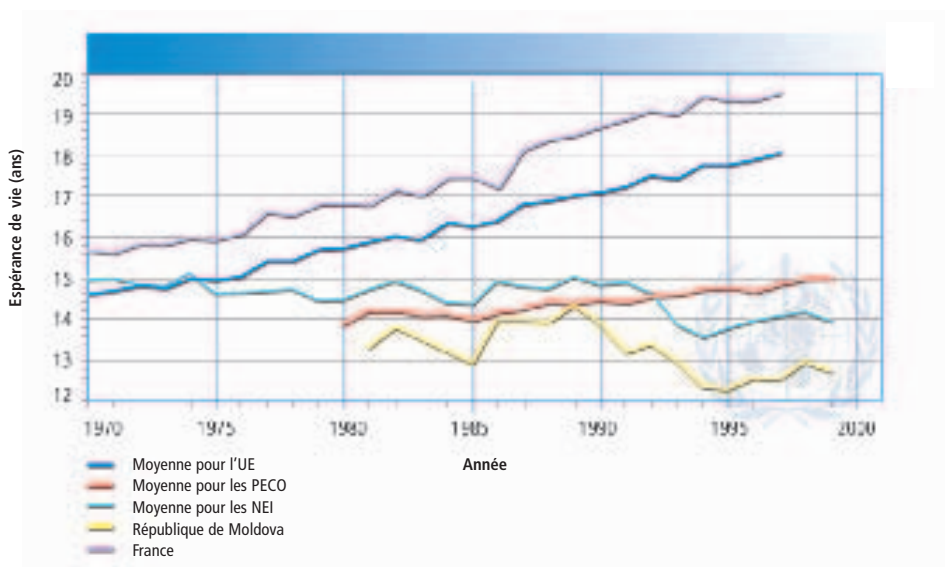


Fig. 29 : Espérance de vie à 65 ans, 1970–1999

personnes âgées sont victimes d'actes de violence physique commis par les personnes qui prennent soin d'elles, à leur domicile ou dans des établissements collectifs, ainsi que de sévices sexuels et psychologiques et de défaut de soins. Au stade actuel, les chercheurs s'emploient à définir l'ampleur du problème et à recenser les facteurs de risque.

L'activité physique est un important facteur d'une vieillesse réussie. Des études systématiques indiquent que cette activité physique peut contribuer à réduire le nombre de chutes (même à un âge très avancé), augmenter la force, améliorer la démarche et l'équilibre, diminuer la tension et favoriser la santé mentale.

Un rationnement des soins en fonction de l'âge a été mis en évidence dans certains pays de la Région européenne. Souvent, il semble exister une entente entre les praticiens sur le fait que certains traitements ne sont pas prévus pour des personnes ayant dépassé un âge déterminé. Le rationnement des soins en fonction de l'âge risque fort de s'accroître en raison de la pression exercée sur les systèmes de santé par la proportion croissante de personnes âgées.

Dans l'ensemble, la contribution économique de la population âgée n'est pas reconnue. Cette contribution non négligeable s'effectue sous la forme de travaux non rémunérés dans des secteurs tels que l'agriculture, la prestation de soins non professionnels et les services. De nombreuses économies européennes dépendent de ces activités mais ne les prennent généralement pas en compte dans l'évaluation du produit national brut. La contribution des personnes âgées à l'économie du pays passe alors inaperçue et reste sous-évaluée. Actuellement, on estime que les consommateurs de 50 ans et plus possèdent 80% des richesses en France, en Allemagne, en Italie, au Royaume-Uni et dans de nombreux autres pays d'Europe. La pauvreté touche cependant une part importante de la population âgée dans la Région.



Fig. 30 : Espérance de vie à 65 ans

De nombreuses études ont montré que les facteurs sociaux et économiques constituaient des déterminants importants de la santé publique. Cette constatation est vraie pour les personnes âgées comme pour les autres groupes d'âge. Les interventions en matière de santé publique doivent donc suivre quatre directions : *a*) la réduction de la charge des incapacités ; *b*) la réduction des facteurs de risque associés aux causes de maladies graves chez les personnes âgées et la promotion de modes de vie sains ; *c*) la mise en place de systèmes de soins primaires accordant une place particulière à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à l'organisation de soins de longue durée efficaces, équitables et qui respectent la dignité des personnes ; et *d*) la collaboration avec d'autres secteurs en vue de créer les conditions nécessaires à une vieillesse active et en bonne santé et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

Le programme Vieillir en bonne santé du Bureau régional travaille dans six directions : *a*) prendre en compte les besoins des États membres, par le biais d'un comité d'homologues et d'experts ; *b*) sélectionner les meilleures méthodes et mettre en place des programmes de démonstration ; *c*) recenser les instruments traditionnels appropriés et encourager leur utilisation, leur financement et leur amélioration ; *d*) inciter les personnes âgées à utiliser plus efficacement leurs atouts et leurs ressources pour mener une vie saine, en faisant référence à des modèles et à des personnages importants de la société européenne ; *e*) adapter les instruments à la mesure de la qualité de la vie ; et *f*) créer des groupes spéciaux chargés de travailler sur les nouvelles questions et les problèmes d'éthique dans des domaines tels que la pharmacologie, la génétique et la biotechnologie du point de vue du vieillissement en bonne santé.

Bibliographie

Action for women's health. Making changes through organizations. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997.

Children's health and the environment. Third Ministerial Conference on Environment and Health, London, 16–18 June 1999. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/EHCO 02 02 05/16).

CURRIE, C. ET AL. *Health and health behaviour among young people : international report.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/IVST 06 03 05(A); Health Policy for Children and Adolescents Series, No. 1).

DEHNE, K. & SNOW, R. *Integrating STI management into family planning services: what are the benefits?* Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (document WHO/RHR/99.10).

European strategies to combat violence against women. Report of the First Technical Meeting, Copenhagen, Denmark, 11–13 December 1997. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997 (document EUR/ICP/FMLY 05 03 02).

KOLIB, P. & SCHMIDT, B. *Gender and health in adolescence*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/IVST 06 03 05B).

Making pregnancy safer. Report of the Secretariat. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (document EB107/26).

Measles: mortality reduction and regional elimination: strategic plan 2001–2005. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (document WHO/V&B/01.13).

MILLER, A.B. ET AL. *Report on Consensus Conference on Cervical Cancer Screening and Management. Meeting of the International Network on Control of Gynaecological Cancers (INCGC), Tunis, January 28–31, 1999*. Genève, International Network on Control of Gynaecological Cancers, 1999

POLLICINO, C.A. & SALTMAN, D.C. The relationship between physician cost and functional status in the elderly. *International journal for quality in health care*, 12: 425–431 (2000).

RASMUSSEN, V.B. ET AL. *The European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/IVST 06 03 05).

Rapport de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 4–15 septembre 1995). New York, Nations Unies, 1995.

SETTERTOBULTE, W. ET AL. *Drinking among young Europeans*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (document EUR/ICP/IVST 06 03 05(C); Health Policy for Children and Adolescents Series, No. 3).

Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (document EUR/01/5019540).

Strategies for child protection: report on a WHO Meeting. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/FMLY 01 03 01).

The second decade: improving adolescent health and development. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998 (document WHO/FRH/ADH/98.18).

BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'EUROPE. *Health issues of minority women living in Europe. Report of a meeting in Gothenburg, Sweden, 11–12 November 1999*. Göteborg, Göteborg Länsstryckeri, 2000.

Women and mental health, with emphasis on special groups. Commission on Status of Women, Forty-third Session, 1–12 March 1999. New York, Conseil économique et social des Nations Unies, 1999 (document E/CN.6/1999/L.8/Rev.1).

DEUXIÈME PARTIE

Les grands déterminants de la santé

Déterminants
socioéconomiques

Modes de vie

Environnement
physique



Il est désormais habituel de passer en revue une longue liste de déterminants de la santé, tels que les facteurs génétiques et personnels, les modes de vie et l'environnement, ainsi que la disponibilité et l'efficacité des services de santé. Les grandes différences de situations sanitaires observées d'un pays à l'autre et entre groupes d'un même pays ont permis de comprendre que tous ces déterminants étaient liés à des facteurs sociaux et économiques qui jouent un rôle fondamental pour le développement politique et social.

Déterminants socioéconomiques

Les grandes différences de situations sanitaires dans les pays de la Région européenne ont mis en évidence les facteurs (hormis les services de santé, la génétique et les modes de vie des individus) qui déterminent la santé au niveau de la population. Il apparaît de plus en plus clairement que ces différences sont essentiellement liées à des déterminants sociaux, économiques, environnementaux et institutionnels. En revanche, l'importance du rôle joué par chacun de ces facteurs d'un point de vue quantitatif est plus difficile à évaluer de façon précise.

L'accès universel à des services de santé efficaces et de qualité acceptable est un impératif primordial de toute société évoluée. Néanmoins, si l'incapacité à atteindre ce but avec des services de santé axés sur l'individu engendre à l'évidence des souffrances et une morbidité inutiles, rien ne permet d'affirmer que cette incapacité détermine réellement les graves déséquilibres observés dans la Région européenne en ce qui concerne la santé publique. En outre, si les facteurs génétiques et ceux liés au mode de vie ont une influence manifeste sur la prédisposition des individus aux maladies, leur impact sur les différences de santé des populations est beaucoup moins évident. Le mode de vie et les facteurs de risque, pris isolément, n'expliquent que partiellement les variations dans l'incidence des maladies. De plus, les causes de ces variations entre les individus peuvent être différentes de celles que l'on observe entre les populations. Une analyse quantitative de la charge de morbidité pouvant être attribuée à différents facteurs de risque³⁶ montre que le facteur le plus important à l'échelle mondiale est la malnutrition, qui est à l'origine de près de 12% des décès. Si l'on inclut tous les autres facteurs de risque courants, on aboutit à environ 40% de la charge mondiale de morbidité. Par conséquent, près de la moitié des décès dans le monde n'est pas directement liée à ces principaux facteurs de risque connus (fig. 31).

Outre ces facteurs de risque, il serait très utile d'examiner les situations à risque pouvant être directement liées aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. L'une des situations à risque les plus importantes pour la

³⁶ MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D., ED. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1996.

santé de la population en Europe est la pauvreté. On sait de plus en plus que certaines pathologies sont à mettre en rapport avec l'organisation de la société et l'investissement de cette dernière dans le développement humain. Aujourd'hui, des données provenant de différentes sources indiquent qu'il est non seulement nécessaire d'augmenter la richesse économique globalement, mais aussi d'accorder une attention particulière à la répartition de cette richesse. La santé est meilleure dans les sociétés plus égalitaires jouissant d'une plus grande cohésion et d'une pauvreté relative moins importante³⁷. Dans les sociétés développées, du moins, elle est plus liée aux revenus relatifs qu'aux revenus absolus^{38,39}.

En conséquence, les politiques sanitaires doivent s'efforcer de réduire la charge globale d'inégalité. Si elles visent à diminuer les inégalités en matière de santé et à créer de meilleures conditions pour la santé de la population, elles ne peuvent pas être isolées des autres politiques de développement. Il est donc crucial, pour tous les États membres, d'inscrire la politique sanitaire dans son rapport avec d'autres politiques, telles que celles relatives à l'emploi, au maintien des revenus, à la protection sociale, au logement et à l'éducation. Pour réduire l'inégalité socioéconomique, il est nécessaire de

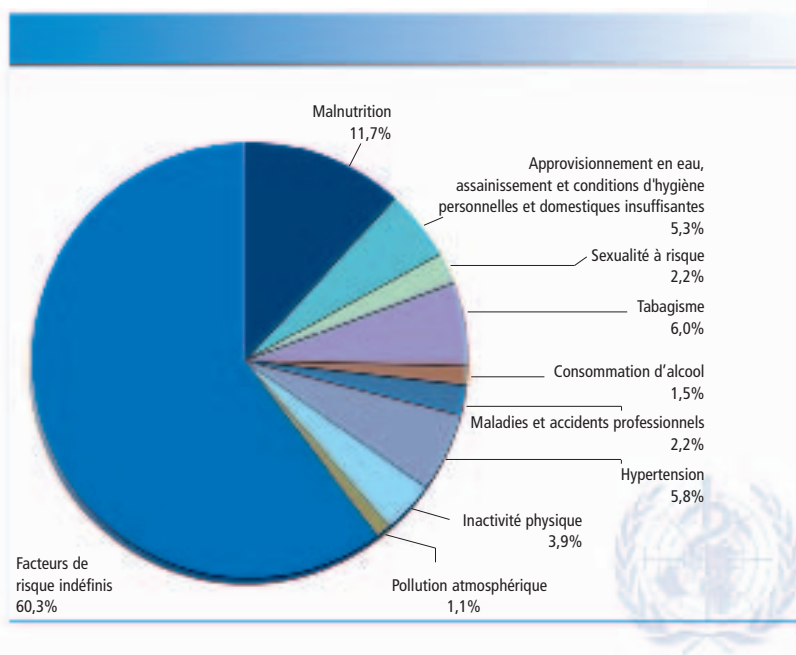


Fig. 31 : Pourcentage du total des décès (à l'échelle mondiale) attribuable à certains facteurs de risque

³⁷ WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequalities*. Londres, Routledge, 1996.
³⁸ KAWACHI, I. ET AL., ED. *Income inequality and health. Vol. 1. The society and population health*. New York, New Press, 1999.
³⁹ WILKINSON, R.G. Health inequalities: relative or absolute material standards? *British medical journal*, 314: 591-595 (1997).

réduire à la fois la proportion de la population au bas de l'échelle et la hauteur de cette échelle. Selon les données disponibles, l'égalité des revenus (et l'environnement social plus favorable qui en découle) a des effets bénéfiques parce qu'elle accroît le bien-être psychosocial de la population^{40,41}. Comme elle améliore le fonctionnement social, la réduction de l'inégalité des revenus augmente l'efficacité de nombreuses initiatives en matière de santé publique et de politique sociale. Si l'on ne combat pas les inégalités sociales, il est probable que le progrès s'en trouvera ralenti et que la qualité de vie sera moindre.

Santé et développement

Santé et développement sont intimement liés et l'amélioration de la santé des individus doit être un objectif essentiel du développement. Dans les pays pauvres, il existe un rapport très net entre le produit intérieur brut (PIB) par habitant et l'espérance de vie. Plus le PIB est faible, plus ce rapport est accentué. Dans les sociétés plus développées telles que celles de la Région européenne où les causes principales de mortalité et de morbidité sont les maladies non transmissibles, il apparaît nettement que la charge résultant de ces maladies est également liée à l'environnement social et de plus en plus d'éléments témoignent de la complexité de ce rapport^{42,43}. Certes, il existe généralement une corrélation entre la santé (mesurée en termes d'espérance de vie) et le revenu par habitant, mais cette règle connaît des exceptions. Dans certains pays pauvres, la situation sanitaire est relativement bonne, alors qu'il existe des pays riches dans lesquels elle est plutôt mauvaise. Cela est plus complexe encore lorsque l'on tient compte des écarts de revenus à l'intérieur des pays ; dans certains pays riches, l'état de santé de groupes défavorisés est très inférieur à celui de populations vivant dans des pays sensiblement plus pauvres. En résumé, un revenu élevé constitue un facteur positif pour la santé, mais en raison de l'influence d'autres facteurs, il arrive souvent que des gens aisés vivent moins longtemps que des personnes plus pauvres. Ces autres facteurs ont récemment été identifiés de façon précise⁴⁴. Bien que le PIB par habitant ait une influence positive importante sur l'espérance de vie, cette influence se situe surtout au niveau de l'impact du PIB sur *a) les revenus des populations pauvres et b) les dépenses publiques, notamment en matière de soins. La répartition et l'utilisation des richesses est donc déterminante à cet égard.*

⁴⁰ BRUNNER, E. & MARMOT, M. Social organisation, stress and health. In: Marmot, M. et al., ed. *The social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.

⁴¹ MCEWEN, B.S. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*, 338: 171–179 (1998).

⁴² CORNIA, G.A. & PANICCIA, R. *The mortality crisis of transitional economies*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

⁴³ LUNDBERG, O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social science and medicine*, 36: 1047–1052 (1993).

⁴⁴ WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequalities*. Londres, Routledge, 1996.

Cette analyse a permis de définir deux types de processus dans la réduction de la mortalité. Les processus « fondés sur la croissance » fonctionnent dans un contexte de croissance économique rapide associé à un fort taux d'emploi, l'augmentation de la prospérité économique permettant l'amélioration de services tels que l'éducation, la sécurité sociale et les soins de santé. Les processus « fondés sur le soutien » fonctionnent grâce aux programmes sociaux visant à soutenir l'éducation, les soins et les autres services sociaux. Il est donc nécessaire de consacrer des ressources au renforcement d'activités dépendant de ces ressources, induisant de faibles coûts et faisant appel à une main-d'œuvre abondante, telles que l'éducation et les soins de santé. Donner la priorité à ces ressources est une condition essentielle du développement.

Le rapport récemment publié par la Commission Macroéconomie et santé⁴⁵ de l'OMS souligne le rôle décisif des investissements en matière de santé en tant que contribution concrète au développement économique et à la réduction de la pauvreté. Les données macroéconomiques semblent indiquer que les pays dans lesquels les secteurs de la santé et de l'éducation connaissent les situations les plus difficiles ont beaucoup plus de mal à atteindre une croissance durable que les autres. La situation sanitaire semble expliquer en grande partie les écarts de taux de croissance économique, même après neutralisation des effets des variables macroéconomiques standard. La Commission préconise une démarche complète et globale définissant des objectifs concrets et un calendrier précis. L'élargissement de la couverture sanitaire pour les plus pauvres exige que l'on consacre des investissements financiers plus importants à des mesures spécifiques dans le secteur de la santé et que l'on mette au point un système de prestation de soins structuré de façon rationnelle. Le rapport de la Commission recommande d'investir dans des interventions dont l'efficacité est éprouvée et dont les résultats peuvent se mesurer en termes de charge de morbidité et de performance des systèmes de santé. Un programme d'action visant à investir dans la santé pour favoriser le développement économique a été proposé ; il invite les pays à revenus moyens et faibles à agir pour renforcer des mesures sanitaires éventuelles, à augmenter les ressources budgétaires destinées à la santé et à exhorter la communauté internationale à contribuer à cet effort de manière coordonnée.

Le Bureau régional a établi un programme d'investissement pour la santé au milieu des années 90. Les réunions qui se sont succédé ont abouti, en l'an 2000, à une déclaration sur les responsabilités spécifiques et les actions à entreprendre en ce qui concerne les investissements dans le domaine de la santé. Cette déclaration avait pour but de rallier les gouvernements, les ONG, l'industrie, le commerce, la société civile et les médias autour d'un plan d'action. Un bureau européen de l'OMS pour l'investissement dans la santé et le développement a été établi à Venise, dans le but d'aider les États membres à réunir les conditions requises pour la réussite de ce processus d'investissement.

⁴⁵ COMMISSION MACROÉCONOMIE ET SANTÉ. *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001.

Pauvreté

La pauvreté et la santé forment un cercle vicieux, étant donné que la pauvreté est à la fois l'un des principaux déterminants et une conséquence potentielle de la morbidité. Qu'on la définisse en fonction du revenu, de la situation socioéconomique, des conditions de vie ou du niveau d'instruction, la pauvreté est le plus important déterminant des problèmes de santé. Elle engendre une baisse de l'espérance de vie, une augmentation de la mortalité infantile, une détérioration de l'hygiène de la reproduction, un risque accru de maladies infectieuses (notamment la tuberculose et l'infection à VIH), une hausse des taux de tabagisme, de consommation d'alcool et de toxicomanie, une plus grande prévalence des maladies non transmissibles, de la dépression, du suicide, des comportements antisociaux et de la violence, et enfin une exposition plus élevée aux risques liés à l'environnement. Un rapport soumis au Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 2001⁴⁶ a apporté les preuves de cette interdépendance.

Toutes les sociétés européennes sont concernées d'une façon ou d'une autre par la pauvreté (voir l'annexe 2, tableau 1), en critères absolus ou relatifs. Même dans les sociétés riches, les inégalités de santé sont proportionnelles aux disparités socioéconomiques, selon un gradient social qui concerne tous les groupes socioéconomiques, l'ensemble de la société et le cours de l'existence. En 1998, on estimait qu'environ 2% de la population de la Région européenne (soit près de 24 millions de personnes) vivaient dans la pauvreté absolue⁴⁷. La pauvreté relative⁴⁸ touche à différents degrés la plupart des pays européens. Elle peut concerner jusqu'à 50% de la population dans certains pays de la partie orientale de la Région, mais des pays d'Europe occidentale enregistrent eux aussi des taux élevés, supérieurs à 10%.

Le chômage, cause de pauvreté et de maladie, est dans tous les pays européens un problème majeur qui a atteint un niveau alarmant dans les NEI au cours des années 90 et reste préoccupant dans la plupart des pays d'Europe occidentale. Les conséquences du chômage et de la pauvreté chez les jeunes sont considérables, compte tenu de l'association entre la santé et les problèmes sociaux tels que la violence, le suicide et l'usage de substances toxiques.

⁴⁶ *La pauvreté et la santé – Données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (document EUR/RC51/8).

⁴⁷ D'après la Banque mondiale, « une personne se trouve dans un état de pauvreté absolue lorsqu'elle ne dispose pas des moyens de subsistance nécessaires à l'achat d'un panier alimentaire de 2,15 dollars par jour ».

⁴⁸ D'après la Banque mondiale, « une personne se trouve dans un état de pauvreté relative lorsqu'elle ne dispose pas des ressources économiques suffisantes pour bénéficier d'un niveau de vie acceptable dans la société dans laquelle elle vit, soit moins de 60% de la médiane du pays ».

La pauvreté urbaine est un problème dans toute l'Europe, où les deux tiers de la population vivent dans les villes. Le nombre de pauvres y augmente, mais également les disparités entre les groupes sociaux. En ville, les pauvres sont plus exposés aux maladies en raison de leurs conditions de logement, des déficiences du système d'assainissement, des régimes alimentaires déséquilibrés et des risques professionnels. Il arrive qu'ils n'aient pas accès aux services de santé ou ne les utilisent pas de façon appropriée, vraisemblablement par manque de ressources ou de connaissances ou parce qu'ils sont souvent marginalisés. Le problème des sans-abri est devenu dramatique dans de nombreuses villes, avec ses conséquences alarmantes sur la mortalité, la prévalence des infections respiratoires chroniques, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Les minorités ethniques, les immigrés et les réfugiés sont particulièrement exposés aux problèmes de santé. Ils ont souvent des difficultés à faire valoir leurs besoins et ne peuvent pas toujours bénéficier des filières sociales et sanitaires classiques. Ce problème s'étend dans de nombreux pays.

Selon la stratégie collective menée actuellement par l'OMS, l'une des tâches fondamentales de l'Organisation dans son ensemble est de contribuer à la réduction de la pauvreté par l'amélioration de la santé, en inscrivant ainsi la santé dans le contexte du développement humain. L'OMS joue un rôle majeur dans l'initiative baptisée Effort de masse contre les maladies qui causent ou entretiennent la pauvreté, dont l'objectif est de soutenir le développement économique en augmentant l'accès des personnes les plus pauvres de la planète aux biens et services sanitaires.

Facteurs psychosociaux

Le stress psychosocial est de plus en plus reconnu comme un facteur clé à l'origine de nombreux troubles, notamment les pathologies cardiaques, l'hypertension, la psychose alcoolique, la névrose, l'homicide, le suicide, les accidents, les ulcères et la cirrhose du foie. Ces problèmes tendent à augmenter dans les pays soumis à une transition économique et sociale rapide et insuffisamment étayée par une politique sociale. Par exemple, selon une étude⁴⁹, les taux de mortalité sans précédent atteints dans les années 90 dans de nombreux pays en voie de transition étaient dus à la charge représentée par les efforts d'adaptation à la nouvelle situation, ajoutée à une lente et longue détérioration de la situation sanitaire. Cette détérioration était aggravée par une augmentation massive du stress psychosocial principalement due à des hausses d'une ampleur inattendue sur le plan du chômage, de la rotation des emplois et de la

⁴⁹ ZIGLIO, E. ET AL., ED. *Investment for health. A discussion of the role of the economic and social determinants*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 1) (sous presse).

précarité du travail, mais également à l'affaiblissement de la cohésion familiale, à la montée de la détresse, à l'immigration et à l'accentuation de la stratification sociale. Dans les pays enregistrant des taux de mortalité en forte augmentation, la politique des pouvoirs publics ne s'est pas révélée très apte à limiter les conséquences de l'augmentation du stress social sur le plan de la santé.

Au cours de la décennie actuelle, il est clair que les déterminants sociaux et économiques de la santé vont continuer à jouer un rôle important sur l'évolution de la situation sanitaire des pays de la Région européenne. Leurs effets sur les tendances en matière de santé vont se confirmer. En particulier, les disparités grandissantes que l'on observe dans de nombreux pays sur le plan de la répartition des revenus risquent d'augmenter le stress psychosocial, aussi bien dans la partie orientale que dans la partie occidentale de l'Europe. Les conséquences positives et négatives des politiques sociales et économiques sur les ressources sociales, les réseaux sociaux et la cohésion sociale devront également faire l'objet d'une surveillance attentive, car il est de plus en plus certain que ces éléments peuvent avoir des effets bénéfiques ou désastreux sur la santé de la population.

Emploi

Chez les personnes actives, il existe un rapport très net entre, d'une part, la catégorie d'emploi et, d'autre part, la mortalité et la morbidité (y compris le taux d'absentéisme dû à la maladie). Ce rapport se confirme si l'on tient compte de facteurs tels que le niveau d'instruction et le mode d'occupation du logement. Il semble lié au fait que les catégories d'emploi supérieures offrent des niveaux de maîtrise de la situation, de motivation et de soutien plus élevés.

Le chômage et la précarité de l'emploi ont des effets néfastes sur la santé car ils augmentent les risques de troubles physiques et psychologiques et de suicide. Dans les groupes d'âge jeunes, la précarité de l'emploi engendre des problèmes de santé, quels que soient les liens entre la classe sociale et le chômage. L'augmentation régulière et continue du chômage observée dans la plupart des pays d'Europe occidentale et la flambée survenue dans les NEI sont extrêmement préoccupantes du point de vue de l'équité en matière de santé.

Les mécanismes qui déterminent l'impact de ces tendances sur la santé et le bien-être sont complexes et difficiles à analyser. Cependant, ils sont vraisemblablement liés à différents types de risques sanitaires, à une dégradation de la santé et à une incidence élevée de problèmes psychologiques et mentaux.

Éducation

L'éducation fait partie des grands déterminants de la santé. Les niveaux d'instruction engendrent un gradient de mortalité et de morbidité similaire à celui des revenus. Dans la Fédération de Russie, par exemple, les écarts de mortalité par niveau d'instruction se sont creusés au cours de la période de transition. Pour les hommes âgés de 20 à 69 ans, l'écart entre l'espérance de vie des plus instruits et des moins instruits est passé de 1,63 an entre 1988 et 1989 à 1,89 an entre 1993 et 1994, et pour les femmes de 1,44 an à 1,75 an⁵⁰.

Les ressources matérielles et culturelles d'une famille ont une influence importante sur la réussite d'un enfant en matière d'instruction. Il existe donc un fort gradient de classe sociale dans les aptitudes scolaires, qui constitue un facteur prédictif quant à l'avenir professionnel et aux revenus. Les enfants qui atteignent des niveaux d'instruction ou de formation technique élevés ont beaucoup plus de chances que les autres de vivre en bonne santé, d'avoir une bonne situation et de percevoir des revenus confortables.

Sexe

L'appartenance à l'un ou l'autre sexe a été reconnue comme un déterminant de la santé et les inégalités dans ce domaine contribuent au risque de morbidité. Il existe des différences importantes entre les pays européens quant à la place et aux rôles des femmes dans la société. Par exemple, la proportion de femmes dans le gouvernement est d'environ 50% en Suède, de 40 à 45% dans trois pays et inférieure à 20% dans la plupart des autres pays. Les femmes sont surreprésentées dans la population pauvre en Europe et leurs revenus n'atteignent en moyenne que 60 à 70% de ceux des hommes.

Le sexe peut déterminer la répartition des pathologies entre les hommes et les femmes, les comportements en matière de demande de soins et l'attitude des prestataires de soins et des chercheurs. Certaines différences entre les sexes sur le plan de la santé sont à l'évidence d'ordre biologique mais leur ampleur est conditionnée par des facteurs socioéconomiques. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes mais la double charge de travail domestique et professionnelle qui leur incombe accentue considérablement la morbidité. En outre, elles sont plus prédisposées que les hommes à la dépression et à l'anxiété. Inversement, les hommes sont par exemple plus sujets aux accidents et au cours des dernières années, la santé des hommes actifs est celle qui s'est le plus détériorée dans les PECO et les NEI. Il apparaît fondamental de prendre en considération la différence entre les sexes dans les initiatives et les programmes de

⁵⁰ SHKOLNIKOV, V.M. ET AL. Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994. *Social science and medicine*, 47: 357–369 (1998).

recherche pour permettre la mise en place de mesures mieux adaptées et plus efficaces visant à l'amélioration et à la protection de la santé.

Bibliographie

ACHESON, D. *Independent inquiry into inequalities in health*. Londres, Stationery Office, 1999.

HEMINGWAY, H. & MARMOT, M. Evidence-based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *British medical journal*, 318: 1460–1467 (1999).

MARMOT, M. & BOBAK, M. International comparators and poverty and health in Europe. *British medical journal*, 321: 1124–1128 (2000).

MARMOT, M.G. & WILKINSON, R.G. *Social determinants of health*. Oxford & New York, Oxford University Press, 1999.

SEN, A. Health in development. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 77: 619–623 (1999).

Organisation des Nations Unies, Commission économique pour l'Europe (<http://www.unecce.org>, consulté le 30 juillet 2001).

WILKINSON, R. & MARMOT, M., (sous la direction de). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (document EUR/ICP/CHVD 03 09 01).

WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequalities*. Londres, Routledge, 1996.

Modes de vie

Nutrition

La charge de morbidité attribuable à une alimentation inappropriée est plus importante qu'on ne le pense d'ordinaire. Selon une analyse préliminaire de l'Institut suédois de santé publique, 4,5% des années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) sont perdues à cause d'une mauvaise alimentation dans les pays de l'Union européenne et par ailleurs, l'obésité et l'inactivité physique sont respectivement responsables de 3,7% et 1,4% de ces années perdues. Le pourcentage total des DALY dues à une alimentation inappropriée et à l'inactivité physique est donc de 9,7%, contre 9% dues au tabagisme. Les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète représentent environ 30% du total des DALY perdues chaque année dans la Région européenne de l'OMS. Il est maintenant admis à l'échelle internationale que les acides gras saturés peuvent expliquer l'augmentation des taux de cholestérol dans la population, qui joue un rôle déterminant dans l'épidémie de coronaropathies, identifiée comme principale cause de mortalité dans la Région européenne de l'OMS.

Le lait maternel constitue la meilleure alimentation des nourrissons car, outre des substances immunologiques, il contient tous les nutriments dont l'enfant a besoin pendant environ les six premiers mois de sa vie, avant le passage à des aliments complémentaires appropriés. Un allaitement maternel exclusif insuffisant et un sevrage maternel inapproprié peuvent aboutir à des problèmes de croissance. L'allaitement maternel exclusif permet de réduire le risque de carence en fer, qui peut entraîner chez les nourrissons des problèmes de concentration et de performance cognitive, ainsi que des comportements anormaux. La pratique de l'allaitement au sein varie considérablement entre les pays européens. Au Royaume-Uni, par exemple, le pourcentage de bébés nourris au sein à trois mois n'est que de 25%, contre plus de 90% en Ouzbékistan. Le taux d'allaitement maternel exclusif varie également d'un pays à l'autre : en Suède, environ 35% des bébés sont toujours nourris exclusivement au sein à l'âge de six mois, contre seulement 1% en Azerbaïdjan. Dans de nombreux pays d'Europe, on administre aux nourrissons différents aliments liquides et solides dès les premières semaines. Des habitudes alimentaires inappropriées engendrent une augmentation de la prévalence des retards de croissance⁵¹ et de l'émaciation⁵², notamment dans certains PECO et NEI.

⁵¹ Un enfant accusant un retard de croissance a un rapport taille/âge se situant à plus de deux écarts-types en-dessous de la norme de référence (National Center for Health Statistics des États-Unis).

⁵² Un enfant atteint d'émaciation a un rapport poids/taille se situant à plus de deux écarts-types en-dessous de la norme de référence (National Center for Health Statistics des États-Unis).

La surcharge pondérale et l'obésité, qui sont de plus en plus fréquentes chez les enfants et les adultes, sont principalement dues à l'inactivité physique et à l'excès d'apport calorique. L'obésité s'accompagne de co-morbidités graves telles que le diabète sucré non insulino-dépendant et les maladies cardiovasculaires. Le risque de diabète est multiplié par 100 par l'obésité, et 80% de la prévalence du diabète peuvent être attribués à l'obésité et au surpoids. L'obésité est associée à de graves complications, requiert un traitement difficile et coûteux, et réduit l'espérance de vie de 8 à 10 années. La prévention de l'obésité s'impose donc comme la meilleure stratégie. Le diabète non insulino-dépendant, qui est la principale conséquence médicale de l'obésité, est également en passe de devenir l'une des maladies les plus répandues en Europe, avec un taux de prévalence d'environ 4% dans la plupart des pays.

Selon certaines estimations, les troubles liés à une carence en iode⁵³ pourraient concerner environ 130 millions de personnes dans la Région européenne⁵⁴. Ces troubles recouvrent tous les effets néfastes de la carence en iode qui pourraient être évités par des mesures garantissant que la population concernée consomme suffisamment d'iode. Ils comprennent l'hypothyroïdie, le goitre et la déficience mentale. Bien que l'existence de ce type de maladie soit considérée comme peu probable dans plusieurs pays européens, des enquêtes récentes sur la prévalence des goitres en Europe montrent que de nombreuses personnes souffrent encore d'une légère carence en iode. Cette pathologie, qui constitue la première cause de déficience mentale évitable, peut facilement être éradiquée par l'iodation généralisée du sel. La carence en fer est un autre exemple important de carence en nutriments dans la Région européenne. Une prévalence élevée d'anémie ferriprive chez les nourrissons et les enfants a été signalée dans les républiques issues de l'ex-Yougoslavie, les républiques d'Asie centrale et certaines régions d'Europe occidentale.

La consommation de fruits et de légumes permet de réduire les risques de maladies chroniques. Pour autant, la majorité des pays de la Région n'atteignent pas le chiffre de 400 g par personne et par jour fixé par les recommandations de l'OMS (tableau 4). Cela s'explique en partie par le fait que de nombreux pays réalisent actuellement d'importantes réformes socioéconomiques et politiques. De nombreux NEI et PECO n'utilisent pas intégralement leur potentiel industriel et commercial, en partie à cause de la rupture des liens traditionnels qui les unissaient commercialement et financièrement à l'ex-Union soviétique. Cette situation continue d'avoir un effet néfaste sur la sécurité alimentaire et l'état nutritionnel des populations concernées. Comme cela a été dit plus haut, le rapport entre les graisses saturées et un taux excessif de cholestérol, qui à son tour entraîne une augmentation du risque de maladie chronique,

⁵³ *Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers, 2nd ed.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (document WHO/NHD/01.1).

⁵⁴ Base de données mondiale de l'OMS sur les troubles dus à une carence en iode (estimation de 1998 utilisant les données sur la population de 1997).

est clairement établi. L'apport lipidique est trop élevé dans la majorité des pays européens. L'OMS recommande une ration lipidique journalière fournissant moins de 30% du total des calories (tableau 4).

En septembre 2000, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a approuvé le premier Plan d'action sur la politique alimentaire et nutritionnelle pour 2000–2005. Comme elle s'y était engagée, l'OMS a fourni plusieurs analyses comparatives sur les politiques nutritionnelles des différents États membres européens. La plus récente était une analyse de la situation élaborée à partir de rapports rédigés par les États membres en vue de la première consultation sur le plan d'action organisée à Malte en novembre 1999. Les données présentées dans le tableau 5 sont tirées de cette analyse et constituent la référence par rapport à laquelle les pays pourront comparer les progrès qu'ils ont accomplis, lors de la conférence ministérielle sur la politique nutritionnelle prévue pour l'année 2005.

Soucieuse d'encourager et de favoriser l'élaboration et la mise en œuvre de politiques alimentaires et nutritionnelles détaillées, le Bureau régional s'est engagé à *a)* rassembler les connaissances et les données scientifiques existantes ; *b)* encourager la recherche dans les domaines dans lesquels le lien entre la nutrition et la santé n'a pas encore été démontré ; *c)* mettre au point des méthodes innovantes pour la communication des connaissances et des données scientifiques sur la santé nutritionnelle ; *d)* collaborer avec les pays pour mettre en pratique ces connaissances, en travaillant avec les homologues nationaux et en leur fournissant les informations, l'expérience et les services d'experts nécessaires ; *e)* concevoir des indicateurs d'un bon rapport coût-efficacité permettant de contrôler les politiques nutritionnelles et de rendre compte de leurs résultats ; *f)* mettre régulièrement à jour la liste des données, documents et matériels de formation sur la politique nutritionnelle ; et *g)* encourager le contrôle et le partage des informations sur la nutrition à l'aide des moyens modernes de communication et gérer un outil permettant la mise à jour rapide de ces informations.

Tableau 4. Consommation moyenne de fruits, de légumes et de graisses par groupe sous-régional de pays (données nationales communiquées à l'OMS)⁵⁵

Groupe de pays	Légumes (g/personne/jour)	Fruits (g/personne/jour)	Graisse (pourcentage de l'apport journalier)
Italie et Portugal	243	196	30
Hongrie, République tchèque et Slovaquie	239	180	35
Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Slovénie	241	155	37
Autriche, Belgique et France	177	167	38
Pays Baltes	198	176	41
Pays nordiques	104	168	36
Azerbaïdjan, République de Moldova et Ukraine	157	97	24
Kazakhstan, Kirghizistan et Ouzbékistan	159	40	28

Tableau 5. Tendances des politiques nutritionnelles dans les pays européens en 1994/1995 et 1998/1999 (données nationales communiquées à l'OMS)⁵⁶

Indicateurs et critères	Nombre de pays	
	1994/1995	1998/1999
Adoption des textes de la politique nutritionnelle par une instance politique	24	28
Structure administrative chargée de l'application de la politique nutritionnelle	21	18
Comité nutritionnel ou autre organe consultatif chargé de la communication des conseils scientifiques aux responsables de l'élaboration des politiques	25	27
Collaboration intersectorielle régulière organisée par le gouvernement	25	26
Consultation régulière entre le Ministère de la santé et le Ministère de l'agriculture sur les questions liées à la nutrition	–	27
Valeurs de référence recommandées pour les aliments au plan national (normes physiologiques)	29	36
Évaluation des régimes alimentaires sur un échantillon représentatif de la population pour les dix dernières années	24	24
Recommandations en matière de régime alimentaire, avec ou sans guides diététiques	23	33

⁵⁵ *Situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (document EUR/02/5035226).

⁵⁶ *Situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (document EUR/02/5035226).

Activité physique

Les personnes d'âge mûr et les personnes âgées ne pratiquant pas d'activité physique courent un risque de contracter plusieurs maladies non transmissibles nettement plus élevé que celles ayant une activité physique intense ou modérée. Selon certaines estimations, la généralisation de l'activité physique permettrait de réduire de 15 à 39% les coronaropathies, de 33% les accidents vasculaires cérébraux, de 12% l'hypertension, de 12 à 35% le diabète, de 22 à 33% le cancer du côlon, de 5 à 12% le cancer du sein et de 18% les fractures dues à l'ostéoporose. Une estimation réalisée en Finlande sur le rapport entre l'activité physique et l'utilisation des services hospitaliers a montré que les hommes et les femmes les plus physiquement actifs passaient respectivement 36% et 23% de jours à l'hôpital de moins que les personnes les moins actives.

Des recherches récentes sur les effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé ont également permis de mieux comprendre le rapport entre la dose d'activité physique et ses effets sur la santé. Alors que, jusqu'à présent, on valorisait les exercices aérobiques vigoureux et ininterrompus, des données récentes montrent qu'une activité quotidienne épisodique modérée permet également de retirer des bénéfices sur le plan de la santé. Ce nouveau concept d'activité physique favorable à la santé englobe de nombreuses activités liées au mode de vie qui peuvent se pratiquer non seulement pendant les loisirs, mais aussi au travail, à la maison ou pendant les temps de transport.

Plusieurs pays européens évaluent ponctuellement les niveaux d'activité physique de leur population, mais seuls quelques pays procèdent à une surveillance régulière. L'Institut finlandais de santé publique s'y emploie depuis 1978. Le niveau d'activité physique pratiquée comme loisir (au moins deux fois par semaine, par périodes de 30 minutes entraînant une légère transpiration) a augmenté régulièrement en 20 ans pour passer d'environ 40% à 60% dans la population à la fois masculine et féminine et s'est apparemment stabilisé à la fin des années 90. Cependant, au cours de la même période, le recours à la marche ou au cyclisme pour se rendre sur le lieu de travail a régulièrement diminué, ce qui tend à indiquer une préférence pour le sport par rapport à l'activité physique dans son acception plus générale.

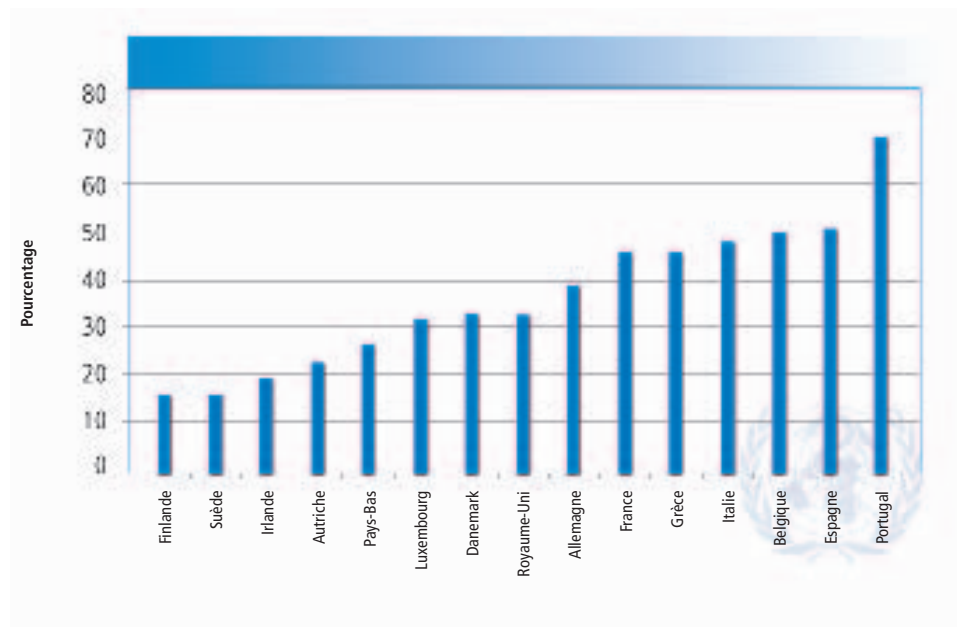
L'enquête sur les attitudes des consommateurs en matière d'activité physique, de poids et de santé réalisée sur l'ensemble de l'Union européenne en 1999⁵⁷ a appliqué une méthodologie standard sur les quinze pays de l'Union européenne. Bien qu'aucun instrument de mesure utilisé n'ait été spécifiquement conçu pour évaluer les bienfaits de l'activité physique sur la santé, les résultats obtenus ont permis de dégager des schémas comparables entre les différents pays. En prenant comme valeur de seuil un

⁵⁷ <http://www.iefs.org/pdf1.pdf>, consulté le 15 mai 2002.

minimum de 3,5 heures d'activité physique par semaine pendant les heures de loisir, 41% de la population en moyenne n'étaient pas suffisamment actifs pour retirer des bénéfices en matière de santé. Ces chiffres vont de 14 (pour la Finlande) à 70 (pour le Portugal) (fig. 32). Selon les données globales européennes, les femmes participaient aux activités physiques moins souvent et moins longtemps que les hommes. La proportion de personnes âgées dépassant les 3,5 heures hebdomadaires diminuait avec l'âge, alors que les personnes ayant des niveaux élevés d'instruction s'avéraient plus actifs que les autres.

Le réseau européen chargé d'encourager la pratique d'activités physiques favorables à la santé⁵⁸ créé en 1996 est l'un des sept réseaux de promotion de la santé présents dans l'Union européenne. Il se consacre essentiellement au renforcement à l'échelle nationale des politiques et des stratégies en matière de promotion de l'activité physique. Outre les quinze pays de l'Union européenne, ce réseau couvre l'Estonie, l'Islande, Israël, la Norvège, la Slovaquie et la Suisse. Il a publié des recommandations pour la promotion de l'activité physique favorable à la santé (1996 et 2000) et pour la promotion de la marche et du cyclisme en tant que moyens de transport (2000). Des initiatives, stratégies et programmes d'envergure pour la promotion de l'activité physique favorable à la santé au niveau national ont été élaborés et sont actuellement mis en œuvre dans de nombreux pays européens, notamment la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Slovaquie, la Suède et la Suisse.

Fig. 32 : Pourcentages d'habitants des pays de l'UE ne pratiquant pas une activité physique suffisante pour préserver ou améliorer leur santé (moins de 3,5 heures par semaines), 1997



⁵⁸ http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/health/proj00_09_en.html, consulté le 15 mai 2002.

Tabac

Près de 215 millions d'Européens fument, parmi lesquels 130 millions d'hommes (fig. 33). Le nombre annuel de décès attribuables à la consommation de tabac est estimé à 1,2 million (soit 14% de l'ensemble des décès). Sur ces décès, 700 000 ont lieu dans les PECO et les NEI. D'après des données provenant de 25 pays représentant 60% de la population de la Région, la prévalence moyenne du tabagisme chez les hommes se situe aux alentours de 34% pour les pays d'Europe occidentale et de 47% pour les pays d'Europe orientale. Chez les femmes, cette prévalence est d'environ 25% dans les pays d'Europe occidentale et de 20% dans les pays d'Europe orientale. Chez les hommes, elle est supérieure à 50% dans 11 pays et inférieure à 30% dans 5 pays. Pour les femmes, ce chiffre est supérieur à 30% dans 5 pays et inférieur à 10% dans 3 pays.

Chez les jeunes, le tabagisme est un comportement bien établi, dont peu de signes annoncent le recul. Sur l'ensemble de l'Europe, on estime à environ 30% la prévalence du tabagisme chez les 15–18 ans ; une légère tendance à la hausse est enregistrée et aucun pays n'a montré de signe de recul au cours des dernières années. L'écart entre les sexes est particulièrement important d'un pays à l'autre. Chez les plus de 15 ans, les taux sont plus élevés pour les garçons que pour les filles dans la plupart des pays de la partie orientale de la Région, bien que cet écart soit en constante diminution. En Europe occidentale, les taux enregistrés chez les filles sont plus élevés, à quelques exceptions près.

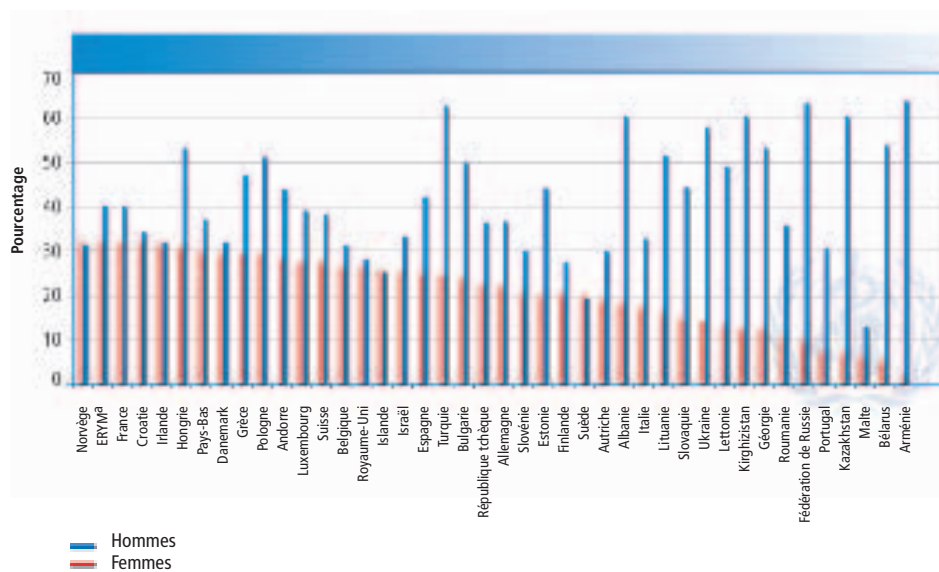


Fig. 33 : Pourcentages de personnes âgées de 15 ans et plus fumant quotidiennement, données disponibles les plus récentes

^a ERYM : ex-République yougoslave de Macédoine.

Les données disponibles montrent des écarts importants dans la prévalence du tabagisme entre les différents groupes socioéconomiques. Au Royaume-Uni par exemple, seuls 10% des femmes et 12% des hommes appartenant au groupe socioéconomique le plus élevé sont des fumeurs, tandis que le groupe le plus bas dans l'échelle socioéconomique enregistre des taux plus de trois fois supérieurs. Une corrélation négative très marquée s'observe entre le niveau d'emploi et le tabagisme. Dans tous les pays dans lesquels des données sont disponibles, les chômeurs sont plus enclins à fumer que les actifs. En France, la prévalence du tabagisme chez les hommes sans emploi est de 52%, contre 38% pour les travailleurs.

Les variations de la mortalité due au cancer de la trachée, des bronches et des poumons (fig. 34 et 35) constituent un marqueur des tendances enregistrées dans le passé sur le plan de la prévalence du tabagisme. Le taux de mortalité chez les hommes a légèrement diminué dans la partie occidentale de l'Europe depuis 1985 et il s'est stabilisé à partir de 1995 dans les PECO. Ces tendances peuvent corroborer la thèse selon laquelle la situation est en passe de se stabiliser dans la population masculine. Bien que la mortalité due au cancer du poumon soit nettement inférieure chez les femmes que chez les hommes (sur l'ensemble de la Région, le taux comparatif de mortalité pour les femmes en 1998 était de 13 pour 100 000 et pour les hommes de 73 pour 100 000), les tendances observées dans l'Union européenne et les PECO ne sont pas favorables. Le décalage temporel entre le tabagisme et l'apparition de la maladie souligne la nécessité d'entreprendre des efforts importants pour enrayer l'épidémie de tabagisme chez les femmes⁵⁹. Des différences socioéconomiques en ce qui concerne la mortalité

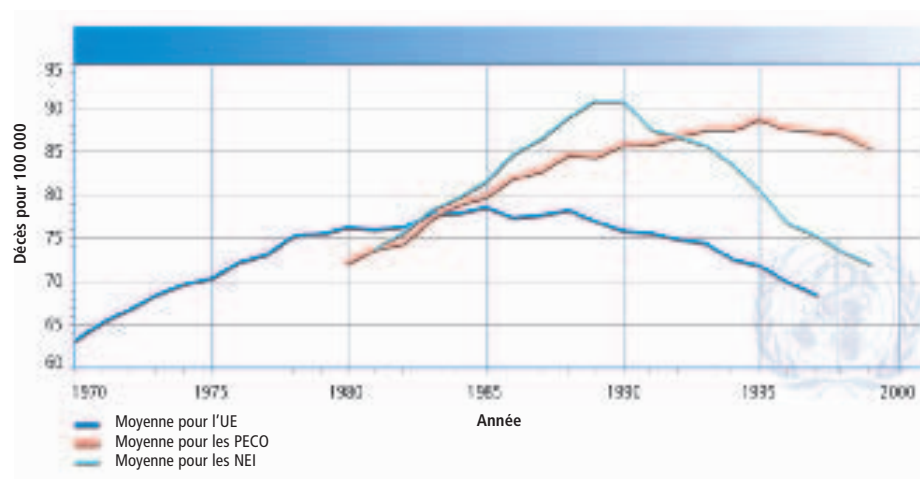


Fig. 34 : Mortalité due au cancer du poumon chez les hommes, 1970–1999

⁵⁹ L'apparente diminution du taux comparatif de mortalité dans les NEI peut être due à de nombreux facteurs, notamment à une évolution démographique et à des changements dans les méthodes et les conditions de communication de données au cours de la décennie écoulée.

due au cancer du poumon ont été observées dans tous les pays européens pour lesquels des données sont disponibles. Il semble que le tabagisme soit un facteur important de l'écart entre les travailleurs manuels et les intellectuels quant au risque de mortalité prématurée.

Depuis le milieu des années 90, environ trois quarts des États membres européens ont renforcé leur politique sur la taxation du tabac ; deux tiers de ces pays ont renforcé leurs mesures de lutte contre la contrebande de tabac ; un tiers a imposé une limite d'âge sur la vente de tabac ; enfin, 8 pays au moins ont décrété une interdiction totale ou des restrictions strictes sur la publicité directe pour le tabac et amélioré de façon significative la réglementation relative à l'usage du tabac dans les lieux publics.

Fin 2001, environ 80% des États membres avaient imposé une interdiction ou des restrictions sur le tabagisme dans les lieux publics ou sur le lieu de travail (avec, toutefois, des degrés d'application très divers) et avaient autorisé la délivrance sans ordonnance des produits courants de substitution nicotinique dans les pharmacies (même si ces traitements sont généralement trop chers pour une bonne partie de la population). Trois quarts des États membres ont créé des comités de coordination intersectorielle. En revanche, moins de la moitié des États membres ont mis au point des plans d'action ou imposé des restrictions partielles ou totales sur les formes directes et indirectes de publicité pour les produits du tabac ; seul un tiers des pays ont organisé des campagnes d'information publiques à long terme ciblées sur les hommes et les femmes ; à peine un quart des pays a affecté les taxes sur le tabac à des mesures de lutte

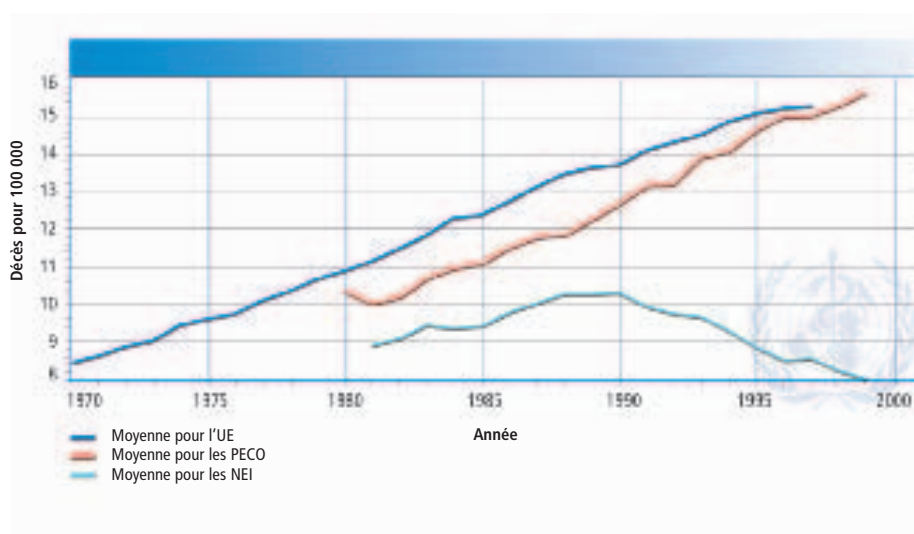


Fig. 35 : Mortalité due au cancer du poumon chez les femmes, 1970–1999

antitabac et réglementé l'accès aux produits du tabac pour les jeunes de moins de 18 ans (en éliminant également les méthodes de vente impersonnelles) ; enfin, aucun pays ou presque ne rembourse le coût du traitement de la dépendance tabagique, ne publie de rapports nationaux exhaustifs sur la lutte contre le tabac ni n'a fait apposer des avertissements pour la santé couvrant plus de 20% de la superficie des paquets de cigarettes.

Alors qu'il existe une politique de taxation des produits du tabac dans la plupart des pays, cette politique ne cible pas explicitement les problèmes de santé publique. L'augmentation du prix réel du tabac, lorsqu'elle existe, ne joue donc pas exactement le rôle qu'on attend d'elle. L'adoption de lois et réglementations n'a pas toujours donné des résultats tangibles et plusieurs pays, surtout dans la partie orientale de la Région, en sont encore au stade de l'élaboration des textes législatifs. En outre, dans un tiers des États membres au moins, les politiques et activités antitabac au niveau national témoignent encore d'une absence de stratégie et de perspective globale. Dans d'autres pays, l'insuffisance des mécanismes de coordination, du financement et du contrôle nuit à l'efficacité de l'action nationale. Enfin, le manque de soutien de la population et de l'information du public réduit considérablement l'efficacité de nombreux programmes nationaux et locaux.

Les progrès accomplis dans la surveillance de la situation relative au tabac ne sont pas suffisants en regard des nombreux problèmes qui apparaissent aujourd'hui. Compte tenu de l'augmentation de la contrebande, des ventes illicites et des pratiques d'achat transfrontalier, mais aussi de l'extension des nouvelles formes de consommation tabagique (cigarettes roulées à la main, tabac non fumé, etc.), les données déclarées reflètent de moins en moins l'usage réel du tabac. En outre, la qualité et la méthodologie de nombreuses enquêtes ne sont pas suffisamment fiables pour permettre une compréhension et une surveillance de la dynamique de la consommation de tabac ; en particulier, elles ne permettent pas d'évaluer les tendances relatives à l'arrêt du tabac ni d'étudier les habitudes de consommation dans des groupes tels que les jeunes et les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique.

Au niveau international, les principales tâches à accomplir restent l'organisation d'une surveillance normalisée, l'application de mesures de lutte contre la contrebande, la réglementation de la publicité transfrontalière et la coordination de l'action contre l'industrie du tabac. En dépit de nouvelles interdictions et restrictions dans le domaine de la publicité, l'industrie du tabac a mis au point de nouvelles méthodes de marketing peu scrupuleuses, en soutenant des « programmes d'éducation antitabac pour la jeunesse » et des formes de publicité indirecte ciblant principalement les jeunes. Les industriels du tabac ont tenté d'influencer les politiques nationales et de l'UE, parfois avec succès, dans le but de retarder, d'affaiblir, voire de torpiller les législations en cours d'élaboration ou déjà adoptées.

La Convention-cadre pour la lutte antitabac⁶⁰ constitue une étape décisive pour l'organisation d'une action internationale efficace face à ces problèmes. Dans leur grande majorité, les États membres participent au processus de négociation et l'adoption récente de la Déclaration de Varsovie pour une Europe sans tabac⁶¹ prouve le rôle important que la Région peut jouer dans la finalisation et l'adoption d'une législation internationale permettant de lutter contre le fléau du tabagisme.

Alcool

Chaque année, plus de 55 000 jeunes Européens meurent par suite d'une consommation excessive d'alcool : en Europe, chez les hommes de 15 à 29 ans, un décès sur quatre a un rapport avec l'alcool. De plus, entre 40% et 60% de l'ensemble des décès intervenant à la suite de blessures sont attribuables à l'alcool. La consommation d'alcool, et en particulier l'intoxication alcoolique aiguë, semble expliquer une proportion importante des disparités que l'on observe entre les pays de l'ouest et de l'est de la Région d'une part, et entre les hommes et les femmes d'autre part, en ce qui concerne la mortalité chez les jeunes adultes. Les coûts induits par l'alcool sur le plan de la protection sociale, des services de santé, des assurances, de l'application de la réglementation et de la justice, ajoutés à ceux induits par la perte de production, représentent un coût total pour la société compris entre 1 et 3% du PIB.

Dans la Région, on estime à environ 9% la charge de morbidité totale imputable à l'alcool, qui augmente entre autres le risque de cirrhose du foie, d'hypertension, de maladies cardiovasculaires, d'accidents vasculaires cérébraux, de pancréatite et de cancers de l'oropharynx, du larynx, de l'œsophage, de l'estomac, du foie et du rectum. L'alcool affecte considérablement de nombreux aspects de la fonction psychomotrice et cognitive. Il provoque des troubles de la maîtrise des émotions pouvant conduire à une violence envers soi-même ou envers les autres. En outre, la consommation d'alcool augmente les risques de problèmes familiaux, professionnels et sociaux tels que l'inaptitude au travail, l'absentéisme, le chômage, les accidents, les dettes et les problèmes de logement. Le rapport entre l'alcool et la délinquance est complexe, mais il n'en demeure pas moins que l'alcool est directement ou indirectement impliqué dans divers types d'agressions, d'actes de délinquance, de blessures involontaires, de violences, d'homicides et de suicides.

Dans plus de 90% des pays de la Région, la consommation annuelle d'alcool par habitant est supérieure à deux litres d'alcool pur (c'est-à-dire le niveau associé au taux moyen de mortalité le plus faible, selon les données disponibles). La Région européenne détient le record de la consommation d'alcool dans le monde, mais la consommation

⁶⁰ <http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?pid=40>, consulté le 15 mai 2002.

⁶¹ <http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?tld=140>, consulté le 15 mai 2002.

moyenne enregistrée (7,3 litres d'alcool pur par habitant en 1998) ne rend pas compte des disparités considérables entre les pays (de 0,9 litre à 13,3 litres par personne). Si l'on y ajoute la consommation qui échappe aux recensements, la moyenne de certains pays s'en trouve sensiblement modifiée, et pour un petit nombre d'entre eux, elle peut atteindre quelque 20 litres par personne.

Le Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) prouve que la proportion de jeunes en âge scolaire qui consomment de l'alcool augmente nettement dans les pays des parties centrale et orientale de l'Europe, notamment en Lituanie, en Pologne, en Slovaquie et en Slovénie. La consommation d'alcool est déjà très répandue parmi ces jeunes au Danemark, en Irlande, à Malte, en République tchèque et au Royaume-Uni. Si l'on considère les quatre pays connaissant les plus forts taux d'intoxication en 1995, les chiffres enregistrés au Danemark et en Irlande ont encore augmenté alors qu'ils n'ont pour ainsi dire pas évolué en Finlande et au Royaume-Uni.

Au niveau régional, plusieurs tendances se dessinent. La consommation d'alcool est stable dans les pays nordiques, sauf en Suède, où elle diminue. Elle augmente en Lettonie et en Lituanie, alors qu'elle connaît une légère baisse en Estonie. Parmi les 15 pays de l'Union européenne, l'Irlande est le seul dans lequel la consommation d'alcool a considérablement augmenté, alors que cette augmentation est moins nette en Grèce, au Luxembourg et au Portugal. Dans le reste de l'UE, les taux baissent dans six pays et sont stables dans cinq autres pays. Dans les PECO, ils augmentent dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, en République tchèque et en Roumanie. Enfin, dans les NEI, ils augmentent au Bélarus et dans la Fédération de Russie.

Des politiques en matière d'alcool continuent à être élaborées dans la Région européenne, même si l'on constate des points faibles dans certains domaines. De nombreux pays ont établi des plans nationaux d'action coordonnée de lutte contre l'alcool prévoyant des objectifs précis et des activités prioritaires. L'évolution des politiques observée au cours des dernières années dénote une convergence de certaines mesures de lutte contre l'alcool. En ce qui concerne l'alcool au volant, de nombreux pays ont réussi à mettre en place une politique nationale efficace en abaissant le taux d'alcoolémie autorisé et en renforçant l'application de la législation. La réglementation en matière d'environnements sans alcool a également été largement renforcée pour garantir la sûreté publique et améliorer la sécurité sur les lieux de travail. En revanche, la réglementation en matière de publicité pour l'alcool a évolué de façon différente selon les pays : certains l'ont renforcée en imposant des mesures de restriction alors que d'autres l'ont allégée. Globalement, les pays d'Europe occidentale se sont orientés vers des politiques de limitation de la consommation d'alcool plus restrictives, ont réduit les niveaux de consommation par habitant et ont réussi à réduire les méfaits de l'alcoolisme dans une plus grande mesure que la plupart des pays de la partie centrale ou orientale de la Région.

Toutefois, l'efficacité des politiques présente encore des insuffisances. L'application des codes, de la réglementation ou de la législation est une condition essentielle de l'efficacité de ces politiques. Les pressions exercées par l'industrie de l'alcool, le marketing et le commerce illicite compromettent la poursuite des progrès. Le manque de volonté collective de reconnaître la gravité des problèmes liés à l'alcool et l'étendue des ravages causés par cette substance dans la société constituent des obstacles supplémentaires.

Les pouvoirs publics peuvent, par un savant dosage de mesures, limiter l'étendue des méfaits de l'alcool sans avoir recours à une politique prônant l'abstinence. Selon les résultats des recherches, un ensemble de mesures intégrant la taxation et la limitation de la consommation, renforçant la pénalisation de la conduite en état d'ivresse et prévoyant un investissement important dans les traitements, notamment au niveau des soins primaires, a toutes les chances de permettre une réduction de l'importance des problèmes. Cet ensemble de mesures peut être complété par des stratégies éducatives ou des restrictions en matière de publicité, dans la mesure où ces actions constituent un gage d'efficacité à long terme. Des programmes complets d'action au niveau local peuvent également s'avérer utiles. Le Plan d'action européen contre l'alcoolisme adopté à deux reprises par le Comité régional de l'Europe de l'OMS au cours des dix dernières années, de même que les documents publiés par le Bureau régional à l'occasion de deux conférences ministérielles sur l'alcoolisme, constituent une base idéale pour l'élaboration des programmes et des politiques.

Drogue

Selon le *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, 0,4% de la charge totale de morbidité est attribuable à la drogue (héroïne et cocaïne). La toxicomanie représente à la fois une maladie chronique au plan médical et un grave problème au plan social^{62,63}. La prévention de la toxicomanie doit être placée dans le contexte de l'objectif global de prévention et de réduction des problèmes liés à la drogue au niveau de la population⁶⁴. La thérapie a pour but de réduire la mortalité et la morbidité liées à l'usage de substances psychotropes. Le traitement de la toxicomanie s'avère efficace pour réduire l'usage de la drogue (de 40 à 60%) et ses conséquences sanitaires et sociales, telles que l'infection à VIH et la délinquance.

⁶² LESHNER, A.I. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278 (5335): 45–47 (1997).

⁶³ MCLELLAN, A.T. ET AL. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284: 1689–1695 (2000).

⁶⁴ <http://www.who.int/whr/2001/main/en/chapter4/index.htm>, consulté le 15 mai 2002.

Le tableau 6 présente les chiffres les plus récents concernant la prévalence de la toxicomanie au cours de l'existence chez les personnes âgées de 15 à 64 ans dans l'UE et les PECO. Dans l'Union européenne, l'usage de stupéfiants concerne principalement les jeunes adultes, en particulier de sexe masculin, vivant en milieu urbain. Le taux de consommation au cours des douze mois précédents est compris entre 1 et 9% pour le cannabis et atteint rarement plus de 1% pour ce qui est des autres substances. Seuls quatre pays (l'Allemagne, l'Espagne, le Royaume-Uni et la Suède) ont réalisé des enquêtes nationales comparables ; d'autres pays ont eux aussi procédé à des enquêtes, mais qui rendaient l'évaluation des tendances plus difficile. De 1995 à 1999, la prévalence de la toxicomanie au cours de l'existence a augmenté dans tous les pays de l'Union européenne, à l'exception de l'Irlande et du Royaume-Uni, notamment en ce qui concerne l'usage du cannabis, des amphétamines, du LSD et des autres hallucinogènes, et enfin de la cocaïne base (crack). Dans la plupart des PECO, les estimations ont pratiquement été multipliées par trois. Celles relatives à la toxicomanie au cours de l'existence dans la population des NEI ne sont pas encore disponibles, mais tout porte à croire que l'usage du cannabis et des produits stimulants a considérablement augmenté. La Fédération de Russie et l'Ukraine ont signalé une augmentation significative de la consommation d'ecstasy. Chez les jeunes de moins de 18 ans, la drogue la plus répandue est toujours le cannabis. Le nombre de jeunes en âge scolaire ayant fait l'expérience de la drogue au cours de leur existence a pratiquement doublé dans les pays participant au projet ESPAD⁶⁵, cette expérience se faisant principalement avec le cannabis. On observe également une augmentation significative bien que moins nette de la consommation d'ecstasy, d'amphétamines et de LSD.

Dans les pays de l'Union européenne, la prévalence de la consommation problématique de drogues⁶⁶ parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans varie de 0,2% à 0,8%. En

Tableau 6. Estimations de la prévalence de l'usage de stupéfiants au cours de l'existence dans l'UE et les PECO, à la fin des années 90

Substance	UE (données au niveau des pays)	PECO (données au niveau des villes)
Cannabis	10–25%	10–30%
Amphétamines	1–4%	1–8%
Ecstasy	0,5–4%	1–5%
Cocaïne	0,5–3%	1–4%
Héroïne	<1%	

⁶⁵ En 1999, le projet ESPAD (Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues) a été organisé dans 30 pays.

⁶⁶ La « consommation problématique de drogues » se définit comme l'usage de drogues par voie intraveineuse ou l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés (y compris les opiacés prescrits tels que la méthadone), de cocaïne ou d'amphétamines. Cette définition exclut les consommateurs d'ecstasy et de cannabis et ceux qui ne consomment qu'occasionnellement des opiacés, de la cocaïne ou des amphétamines.

Finlande et en Suède, la majorité des usagers à problème (estimés de 70 à 80% en Finlande en 1997) sont des usagers d'amphétamines comme produit principal. Dans les autres pays, ces usagers à problème sont principalement des consommateurs d'opiacés comme produit principal, mais ils sont aussi souvent polytoxicomanes. Dans les PECO, l'usage de la cocaïne est limité en raison des prix élevés du marché. Dans les NEI, la consommation généralisée d'éphédrine fabriquée de façon artisanale est une source d'inquiétude constante et l'héroïne importée remplace de plus en plus les opiacés produits localement. La toxicomanie s'est étendue des principaux centres urbains à l'ensemble des régions et a progressé dans les minorités ethniques et la population carcérale. Les données relatives à la consommation problématique de drogues en Asie centrale sont limitées, mais il existe des signes clairs d'une augmentation importante. La tendance la plus grave concerne la montée en flèche de la toxicomanie par voie intraveineuse, qui a contribué à la propagation de l'infection à VIH. Dans les PECO, 70 à 75% des toxicomanes sous traitement utilisent la voie intraveineuse (avec des taux compris entre 26% à Budapest et 96% à Gdansk). Dans la Fédération de Russie, les taux déclarés vont de 83% pour Novosibirsk à 93% pour Saint-Petersbourg.

Dans l'Union européenne, les taux d'infection par le VIH signalés parmi les toxicomanes par voie intraveineuse sont approximativement compris entre 1% au Royaume-Uni et 32% en Espagne. Selon les données les plus récentes, la situation générale n'évolue pas, mais on observe depuis peu des signes d'augmentation en Autriche, en Finlande, en Irlande, au Luxembourg, aux Pays-Bas et au Portugal, et en revanche une tendance très nette à la baisse en Espagne. Les taux d'infection par le virus de l'hépatite C chez les toxicomanes par voie intraveineuse varient de 40 à 90%. Les études indiquent que les mesures préventives permettent de diminuer la transmission⁶⁷. Dans les PECO et les NEI, on dispose de très peu de données fiables sur l'infection à VIH et l'hépatite B et C, mais la prévalence des comportements à risque chez les toxicomanes par voie intraveineuse, tels que l'échange de seringues, tend à indiquer que le danger d'épidémie est élevé.

Les décès par intoxication aiguë (surdose) sont un indicateur important bien que potentiellement trompeur de la situation relative à la drogue. Les niveaux actuels, notamment chez les jeunes, sont particulièrement inquiétants. Dans l'Union européenne, le nombre de cas signalés jusqu'en 1999 s'était stabilisé entre 7000 et 8000 cas par an et il a en fait diminué dans certains pays. Cependant, jusqu'à une période récente, on a observé une tendance importante à la hausse en Grèce, en Irlande et au Portugal, conséquence probable de l'extension de l'usage de l'héroïne qui s'était manifestée depuis peu dans ces pays. Les opiacés sont encore impliqués dans la plupart des décès par intoxication aiguë, mais l'intervention d'autres substances considérées comme un facteur de risque pour la surdose, telles que l'alcool, les benzodiazépines ou

⁶⁷ <http://annualreport.emcdda.org>, consulté le 15 mai 2002.

la cocaïne, se généralise. La méthadone a été identifiée comme cause de certains décès par surdose, ce qui est à mettre en relation avec l'apparition de cette substance sur le marché illicite et les problèmes liés à la prescription de cette substance. La mortalité générale chez les toxicomanes est également un indicateur important, car le taux de mortalité chez les consommateurs d'opiacés peut être jusqu'à 20 fois supérieur à celui de la population générale du même âge, en raison non seulement des surdoses, mais aussi des accidents, des suicides, du sida et des autres maladies infectieuses associées. Une étude effectuée en neuf lieux de l'Union européenne a montré des tendances à la hausse jusqu'au milieu des années 90, suivies d'une baisse. Le nombre de décès par intoxication aiguë a augmenté dans les PECO et les NEI, principalement en raison des surdoses d'héroïne mais également de la mauvaise qualité de l'héroïne vendue et de son association à des substances hautement toxiques telles que la strychnine.

D'une façon générale, la toxicomanie est devenu un problème de santé publique persistant en Europe. L'Europe orientale rattrape rapidement l'Europe occidentale et de nombreux signes indiquent que la situation générale est encore en train de s'aggraver sur l'ensemble de la Région. La lutte contre la disponibilité des drogues s'est avérée utile, tout en donnant des résultats mitigés. La disponibilité des drogues sur le marché noir a augmenté dans les années 90, et le prix de la plupart des substances illicites a diminué presque partout. Selon les données déclarées, un marché parallèle de préparations pharmaceutiques obtenues grâce à la surprescription, à la vente illicite dans les pharmacies et au détournement des produits des filières légales existe dans certains pays.

L'information, l'éducation, le traitement et la réadaptation sont les principaux piliers sur lesquels reposent les politiques nationales pour réduire la demande de drogue dans la Région. En outre, la plupart des pays ont pour objectif de réduire les effets négatifs de la toxicomanie durable sur la santé publique, notamment en autorisant la prescription de produits de substitution aux toxicomanes, en encourageant les pratiques sans risque et en ouvrant des salles d'injection (ou « piqueries ») permettant de réduire les risques liés au partage de seringues contaminées entre toxicomanes. Au niveau national, les politiques générales de lutte contre la drogue visent à réduire les conséquences de la consommation problématique de drogues telles que l'infection par le VIH, l'hépatite B et C et les décès par surdose. Comme le préconise la Déclaration des Nations Unies sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues⁶⁸, il est nécessaire de mettre l'accent sur l'extension des programmes de prévention de la toxicomanie au niveau local, sur la définition d'un modèle de traitement de la toxicomanie au niveau de la santé publique qui permettrait à plus de toxicomanes d'accéder aux services de soins et sur les programmes visant à réduire les méfaits de la drogue, diminuer les risques liés à la toxicomanie et encourager la réadaptation sociale des malades.

⁶⁸ <http://www.un.org/ga/20special/demand.htm>, consulté le 15 mai 2002.

Bibliographie

- BALADY, G.J. *ASCM's guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia & Londres, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- BOUCHARD, C. ET AL. *Physical activity, fitness and health: 2nd International Consensus Symposium papers and consensus statement*. Champaign, IL, Human Kinetics, 1994.
- Comparative analysis of implementation of the Innocenti Declaration in WHO European Member States. Monitoring Innocenti targets on the protection, promotion and support of breastfeeding*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/LVNG 01 01 02).
- CORRAO, M.A. *Tobacco control country profiles*. Atlanta, American Cancer Society, 2000.
- Déclaration sur les jeunes et l'alcool – Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool, Stockholm, 19–21 février 2001*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (document EUR/01/5026952).
- Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document EUR/LVNG 01 05 01).
- Charte européenne sur la consommation d'alcool. In: Anderson, P. (sous la direction de). *Avec l'alcool, moins, c'est mieux. Rapport sur la Conférence « Santé, société et alcool », Paris, 12–14 décembre 1995*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1995 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 70), p. 22 et 23.
- EUROPEAN COMMISSION. *Promotion of health-enhancing physical activity. Development of a European strategy, network and action program*. Tampere, UKK Institute, 1996.
- European Network for Smoking Prevention* (<http://www.ensp.org>, consulté le 26 juillet 2001).
- FAOSTAT Database* (http://apps.fao.org/lim500/agri_db.pl, consulté le 13 août 2001).
- FLEISCHER MICHAELSEN, K. ET AL. *Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 87).
- FOSTER, C. *Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes*. Oxford, British Heart Foundation Health Promotion Research Group, 2000.
- HAAPANEN-NIEMI, N. The impact of smoking, alcohol consumption, and physical activity on use of hospital services. *American journal of public health*, **89**: 691–698 (1999).
- HARKIN, A.M. ET AL. *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997.
- International Narcotics Control Board* (<http://www.incb.org>, consulté le 30 juillet 2001).
- JHA, P. & CHALOUKKA, F.J. *Tobacco control policies in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
- JHA, P. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, World Bank, 1999.

KESANIEMI, Y.K. ET AL. Dose–response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Medicine and science in sports and exercise*, 33(6, Suppl): S351–S358 (2001).

OJA, P. & VUORI, I. *Promotion of transport walking and cycling in Europe: strategy directions*. Tampere, UKK Institute, 2001.

OJA, P. Descriptive epidemiology of health-related physical activity and fitness. *Research quarterly for exercise and sport*, 66: 303–312 (1995).

PATE, R.R. ET AL. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273: 402–407 (1995).

PETERSEN, S. ET AL. *Health and lifestyles in four counties : Results from the third Oxford Health Lifestyle Survey*. Oxford, University of Oxford Health Services Research Unit, 1998.

Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1996.

POMPIDOU GROUP. *Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs*. (<http://www.pompidou.coe.int>, consulté le 30 juillet 2001).

PRABHAT, J. & CHALOUKKA, F.J. *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press, 2000.

ROBERTSON, A. ET AL. Nutrition and immunisation survey of Bosnian women and children during 1993. *International journal of epidemiology*, 24: 1163–1170 (1993).

SAMET, J.M. & YOON, S.Y., ED. *Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (document WHO/NMH/TFI/01.1).

Situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2002 (document EUR/02/5035226).

The assessment of drug problems. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2001 (document EUR/01/5026013).

The First Action Plan for Food and Nutrition Policy: WHO European Region 2000–2005. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2001 (document EUR/01/5026013).

Troisième plan d’action pour une Europe sans tabac. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1997 (document EUR/ICP/LVNG 01 04 01).

Office des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime (<http://www.undcp.org>, consulté le 30 juillet 2001).

VAZ DE ALMEIDA, M.D. ET AL. Physical activity levels and body weight in a nationally representative sample in the European Union. *Public health nutrition*, 2: 105–113 (1999).

Initiative de l’OMS pour un monde sans tabac

(<http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?pid=39>, consulté le 26 juillet 2001).

WILLIAMS, C., ED. *Physical activity and cardiovascular disease prevention in the European Union*. Bruxelles, European Heart Network, 1999.

Environnement physique

Les effets sur la santé humaine des dangers liés à l’environnement ont constitué un sujet de préoccupation grandissant pour les populations européennes au cours des 20 dernières années. Les mécanismes qui déterminent les effets de l’environnement sur la santé sont complexes. L’expérience a prouvé que ces effets ne pouvaient être atténués que dans un contexte de développement durable, par une collaboration avec les autorités concernées et les parties prenantes.

Qualité de l’air

Bien que les données sur les niveaux d’exposition aux particules en suspension dans l’air soient encore limitées en Europe, il semble qu’en Europe septentrionale, les niveaux de PM_{10} ⁶⁹ soient peu élevés, avec des moyennes hivernales ne dépassant pas 20 à 30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, même dans les zones urbaines. En Europe occidentale, ces niveaux semblent plus élevés, de l’ordre de 40 à 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Les niveaux enregistrés dans certaines régions d’Europe centrale et orientale semblent être à peine supérieurs à ceux mesurés dans des villes comme Amsterdam ou Berlin. La concentration de nombreux polluants atmosphériques a été sensiblement réduite dans la majeure partie de l’Europe. Cependant, des études récentes semblent indiquer que les variations à court terme des concentrations de particules ont des effets nocifs sur la santé, même à des taux peu élevés (inférieurs à 100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$). Ces effets vont d’altérations légères de la fonction respiratoire, qui provoquent une augmentation de la morbidité respiratoire et cardiovasculaire, à une augmentation de la mortalité. Selon certaines études, l’exposition prolongée aux particules engendre une diminution de l’espérance de vie de l’ordre de 1 à 2 années. D’autres études menées récemment ont montré que la prévalence de symptômes bronchitiques chez les enfants et d’altération de la fonction pulmonaire chez les enfants et les adultes est due à une exposition prolongée aux particules. La charge globale de morbidité due aux particules (PM_{10}) pourrait représenter plus de 100 000 années de vie en bonne santé perdues chaque année. Les fortes concentrations d’ozone dans la troposphère, qui se produisent en général pendant les mois d’été, entraînent une augmentation de la fréquence des problèmes respiratoires: près de 1000 hospitalisations d’urgence et plus de 2000 décès prématurés par an sont attribuables à cette pollution dans les 15 pays de l’Union européenne.

⁶⁹ Particules en suspension ayant, pour 50% d’entre elles, un diamètre aérodynamique inférieur à 10 μm .

Parmi les polluants de l'air dans les habitations, la fumée de tabac ambiante est celui qui a les répercussions les plus nocives sur la santé. Selon certaines estimations, cette pollution pourrait être la cause de près de 20 000 décès par an du fait de maladies cardiovasculaires et de 1000 décès par cancer du poumon chez les non-fumeurs (principalement des femmes), uniquement dans les 15 pays de l'Union européenne. Chez les enfants, quelque 500 000 épisodes d'infection des voies respiratoires basses par an pourraient être attribués à l'exposition à la fumée de tabac. L'OMS a proposé des stratégies destinées à mettre en application des politiques globales sur la qualité de l'air dans les habitations, mais ces stratégies doivent encore être examinées par les États membres. Les gouvernements prennent actuellement différents types de mesures visant à réduire les niveaux de pollution atmosphérique ou du moins à éviter leur augmentation, et bon nombre de ces mesures se fondent sur les Principes fondamentaux en matière de qualité de l'air définis par l'OMS pour imposer juridiquement les normes relatives à la qualité de l'air. La Convention CEE/ONU sur la pollution atmosphérique transfrontière à longue distance⁷⁰ et les directives européennes relatives à cette question constituent les principaux documents juridiques qui limitent l'émission de polluants et qui réglementent la qualité de l'air dans la majeure partie de la Région européenne de l'OMS. Des efforts restent à accomplir pour évaluer de façon plus précise les effets de la pollution sur la santé et pour mettre en place des actions efficaces permettant de réduire ces effets dans les NEI.

Hygiène des aliments

Les maladies d'origine alimentaire dues à des dangers microbiologiques représentent un problème de santé publique de plus en plus important. Le Programme de l'OMS pour la surveillance des maladies d'origine alimentaire en Europe a permis, pendant les vingt dernières années, de recueillir des informations officielles provenant des États membres de la Région européenne de l'OMS. La plupart des pays disposant de systèmes de déclaration des maladies d'origine alimentaire ont enregistré au cours de cette période des augmentations très nettes de l'incidence des maladies causées par des microorganismes dans les aliments, notamment *Salmonella* (fig. 36) et *Campylobacter*. De nouveaux dangers sont apparus dans la chaîne alimentaire, par exemple l'*Escherichia coli* entérohémorragique, le *Salmonella typhimurium* DT-104 polypharmacorésistant et l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB). La nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, responsable de 105 décès recensés en Europe, est étroitement liée à l'exposition à l'ESB, mais les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour permettre d'effectuer des prédictions valables sur l'incidence future de cette maladie.

Selon les informations obtenues par l'OMS, près de 77% des épidémies de maladies d'origine alimentaire en Europe sont dus à *Salmonella*, dont un tiers à *Salmonella*

⁷⁰ <http://www.unece.org/env/lrtap>, consulté le 16 mai 2002.

enteritidis. Parmi les autres agents fréquemment identifiés lors des recherches sur les épidémies, figurent *Staphylococcus aureus*, *Trichinella*, *Shigella*, *Clostridium perfringens*, des champignons toxiques, *Campylobacter* et des virus. Près de 40% des épidémies étudiées étaient liées à la consommation d'œufs insuffisamment cuits ou d'aliments contenant des œufs crus tels que la mayonnaise, les glaces ou les pâtisseries à la crème. Les foyers constituent le principal point de départ de la majorité des épidémies (plus de 40%), mais de nombreux cas ont également pris naissance dans des cuisines de restaurant, des cafétérias et des entreprises de restauration collective (22%). Ces résultats soulignent la nécessité de mieux appliquer le système HACCP (Analyse des risques – maîtrise des points critiques) dans le secteur de la restauration et de la restauration collective, mais aussi de définir des programmes d'éducation des consommateurs en matière d'hygiène des aliments.

Les substances chimiques représentent une source importante de maladies d'origine alimentaire, même si leurs effets sont souvent difficiles à relier à un aliment en particulier. Les contaminants chimiques présents dans les aliments comprennent des substances toxiques naturelles telles que les mycotoxines et des contaminants environnementaux tels que les dioxines, le mercure, le plomb et les radionucléides. L'utilisation généralisée d'additifs alimentaires, de pesticides et de médicaments vétérinaires exige la mise en place de mesures strictes d'hygiène des aliments. Les informations relatives à la contamination des aliments varient d'un pays à l'autre de l'Europe et ne sont généralement pas intégrées aux programmes de surveillance. Dans les PECO, cette contamination provient en grande partie de la contamination industrielle de l'air, du sol et de l'eau, qu'elle soit due à la proximité de mines ou de hauts fourneaux, à la production d'énergie, à l'industrie agroalimentaire ou à l'élimination des déchets. Généralement, elle se produit plus dans ces « point noirs » que sur l'ensemble

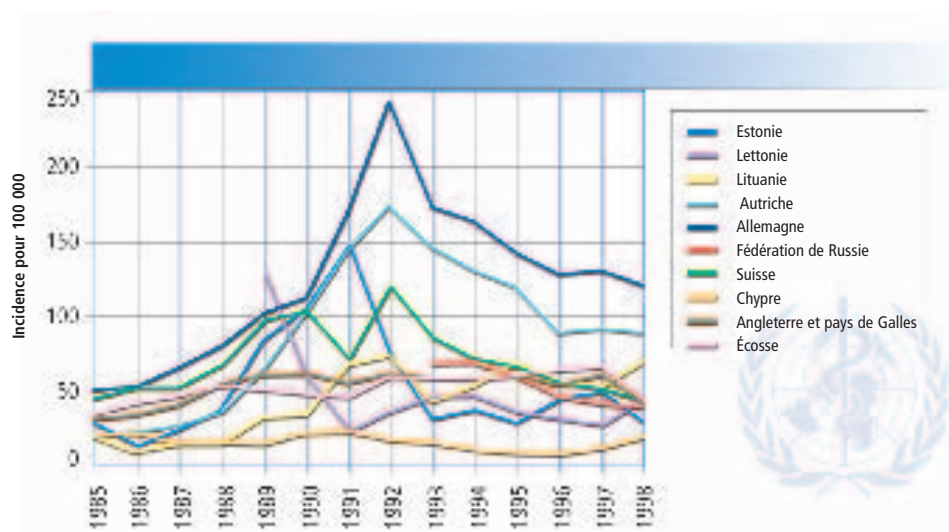


Fig. 36 : Incidence de la salmonellose dans certains pays européens, 1985–1998

du pays. La mer d'Aral, qui a été gravement polluée après avoir été utilisée pendant 30 ans pour l'irrigation, tout en subissant l'utilisation massive d'insecticides, de pesticides, d'herbicides et de défoliants, est en cela un exemple révélateur.

La surveillance des maladies d'origine alimentaire et le contrôle de la contamination des aliments sont des outils indispensables à l'évaluation des risques. Pour cette raison, l'OMS concentre ses efforts sur l'élaboration de méthodes permettant d'obtenir les données nécessaires à l'évaluation quantitative des risques microbiologiques et chimiques. La nouvelle initiative mondiale de l'OMS sur la sécurité sanitaire des aliments préconise le renforcement des systèmes fondés sur les observations biologiques et épidémiologiques et de leur association à des programmes de surveillance de la contamination alimentaire. Les évaluations obtenues peuvent servir de base à l'élaboration de normes et de principes directeurs internationaux et à la mise au point de réglementations nationales ou d'autres initiatives en matière alimentaire. Le programme de surveillance et d'évaluation de la contamination alimentaire (GEMS/Food) pour la Région européenne de l'OMS a été mis au point en 1991 pour examiner les priorités et besoins spécifiques de la Région dans le domaine de la contamination alimentaire.

Les nouvelles technologies telles que les manipulations génétiques, l'irradiation des produits alimentaires et le conditionnement sous atmosphère modifiée permettent d'améliorer la production alimentaire et la sécurité sanitaire des aliments. Néanmoins, les risques liés à leur application doivent faire l'objet d'une évaluation objective et rigoureuse longtemps avant que l'utilisation de ces technologies se généralise. L'OMS soutient actuellement une démarche globale pour la production et l'utilisation sans risque des produits alimentaires dérivés de ces nouvelles méthodes de production, notamment de la modification génétique. Cette démarche s'appuie sur un système d'évaluation prenant en compte les questions d'hygiène des aliments, les bénéfices pour la santé, les effets sur l'environnement et les conséquences socioéconomiques. La Commission FAO/OMS du Codex Alimentarius a décidé, en juin 1999, de définir des normes, des principes directeurs et des recommandations concernant les produits alimentaires dérivés de la biotechnologie.

Le premier Plan d'action sur la politique alimentaire et nutritionnelle pour 2000–2005 constitue un cadre pour la promotion de la santé publique par le biais de l'alimentation. Pour être complète, une politique alimentaire et nutritionnelle doit comprendre trois stratégies : en matière de nutrition, d'hygiène des aliments et de durabilité des ressources alimentaires. Ces stratégies sont interdépendantes car les ressources alimentaires influencent à la fois la sécurité sanitaire et la composition de l'alimentation. Une collaboration étroite entre les responsables des secteurs de la nutrition, de l'hygiène des aliments et de la sécurité alimentaire est donc nécessaire pour permettre l'élaboration de politiques globales et intersectorielles et d'une action concertée.

Eau

Les microorganismes pathogènes représentent le danger le plus important pour l'eau de consommation et l'eau de baignade dans la Région européenne et les maladies gastro-intestinales représentent encore une cause importante de morbidité et de mortalité infanto-juvéniles dans certains pays. Les virus (rotavirus, calicivirus et virus de l'hépatite A) sont responsables d'environ 70 à 80% des cas de diarrhée infectieuse dans les pays développés. Diverses bactéries pathogènes sont à l'origine de 10 à 20% d'autres cas, alors que des parasites tels que *Giardia* spp. ne représentent que 10% des cas. On observe de grandes diversités dans la Région européenne quant à ce problème. Dans la partie occidentale, les problèmes sont essentiellement liés aux maladies nouvelles et émergentes telles que la légionellose et aux conséquences sanitaires des cyanobactéries. Dans la partie méridionale, la raréfaction de l'eau est un sujet de préoccupation très important qui met en évidence la nécessité d'une gestion intégrée des ressources en eau. Dans la partie orientale enfin, le problème majeur reste l'insuffisance et la mauvaise qualité de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (notamment du point de vue de la distribution et la gestion économique) et la raréfaction de l'eau dans certaines sous-régions.

La lutte contre les maladies hydriques demeure importante dans toute l'Europe. Au cours des années 1986–1996, c'est-à-dire la période la plus récente pour laquelle les données ont été systématiquement recueillies, 710 épidémies de maladies véhiculées par l'eau ont été signalées dans 19 pays d'Europe. En outre, huit pays considèrent la contamination chimique de l'eau de consommation comme un problème majeur.

La charge de morbidité liée à l'eau ne peut être clairement évaluée que si l'on accorde une attention plus importante à la collecte des données dans l'ensemble de la Région. À l'heure actuelle, les maladies hydriques ne sont pas systématiquement déclarées dans la Région européenne et les données disponibles recueillies au niveau national ne sont pas toujours comparables. L'élaboration d'un mécanisme de surveillance systématique et homogène s'impose donc comme une priorité et des travaux ont déjà commencé dans ce sens sous la direction du centre collaborateur OMS pour la gestion sanitaire de l'eau et la communication des risques, à Bonn, en Allemagne.

Dans ce contexte, l'OMS va continuer à participer activement aux travaux normatifs visant à : établir des recommandations pour la mise en place d'une surveillance fondée sur des données probantes et de systèmes d'alerte avancée pour les maladies hydriques ; établir des normes en matière de qualité de l'eau de consommation et de baignade, notamment en ce qui concerne les maladies émergentes ; et enfin, définir des orientations pour le recyclage de l'eau dans les régions en proie à la pénurie. Ces travaux prendront également en compte les aspects sanitaires de la gestion des eaux

souterraines. Le Protocole sur l'eau et la santé⁷¹ auquel travaillent actuellement les États membres contribuera à réduire la charge de morbidité due aux maladies hydriques en Europe. Ce protocole, signé par 36 pays, devrait entrer en vigueur à la fin de l'année 2003, dès que 16 pays l'auront ratifié.

Habitat

Les conditions d'habitation représentent l'un des principaux paramètres déterminant la santé humaine. En effet, la qualité du logement joue un rôle décisif sur l'état de santé des habitants, de façon directe ou indirecte. Dans les PECO et les NEI, 50 à 60% environ du parc de logements sont constitués de bâtiments préfabriqués construits entre le début des années 60 et la fin des années 80 pour répondre à la croissance rapide des villes. Selon les estimations, 50% des populations de ces pays pourraient vivre dans des bâtiments de ce type et environ 60% des habitations construites récemment se situeraient dans de grands ensembles construits selon un modèle architectural unique.

Les conditions de vie déplorables qui règnent dans ces bâtiments, dues à des méthodes de construction dépassées et à un entretien insuffisant, constituent un problème important dans de nombreux pays et représentent un risque sanitaire difficile à évaluer. La modernisation de l'habitat a depuis longtemps été reconnue comme une nécessité dans ces pays, mais la privatisation du secteur du logement survenue au moment de la transition économique et politique n'a fait qu'empirer la situation. Un degré élevé de propriété privée, ainsi que le manque de coordination et de gestion et l'augmentation de la pauvreté, ont constitué un obstacle majeur à l'entretien élémentaire de l'habitat. Les PECO et les pays Baltes enregistrent les taux de privatisation les plus élevés en Europe (70% en moyenne, contre 61% dans l'UE), la plus forte augmentation du coût du logement par rapport au revenu total des ménages et une diminution de 70% du taux de la construction depuis 1990.

Actuellement, il n'existe pratiquement aucune politique qui « indexe » les investissements immobiliers sur la santé. En outre, on observe des lacunes importantes dans les connaissances relatives au rapport entre habitat et santé : *a)* seuls quelques pays procèdent régulièrement à des études ou disposent d'un système de surveillance ; *b)* les travaux de recherche n'ont pas porté sur des méthodes traitant de façon globale les problèmes sanitaires liés à l'habitat ; *c)* ces travaux présentent le défaut majeur de ne pas utiliser des méthodes acceptables d'évaluation des risques ; et *d)* en ce qui concerne l'élaboration des politiques en matière d'habitat, les questions économiques et techniques ont pris le pas sur les aspects sanitaires.

⁷¹ http://www.unece.org/env/water/text/wh_protocol/text12toc.htm, consulté le 16 mai 2002.

Le Bureau régional travaille à un projet relatif aux effets de l'habitat sur la santé dans les bâtiments préfabriqués des PECO. Ce projet a pour but de mettre en lumière les principaux problèmes d'ordre sanitaire et de fournir des orientations quant à l'intégration des aspects sanitaires dans les programmes de rénovation de ces bâtiments.

Travail

Les effets du travail sur la santé sont difficiles à évaluer. En effet, les systèmes de médecine du travail présentent de grandes différences d'un État membre à un autre, de même que les listes officielles de maladies professionnelles. L'incidence déclarée des maladies professionnelles varie elle aussi considérablement (par exemple, de 0,02 à 1,7 cas pour 1000 travailleurs par an dans les pays de l'Union européenne). Ces taux sont plus révélateurs des dispositions législatives et de leur application, ainsi que de l'efficacité des systèmes de recensement, de déclaration et d'indemnisation, que de l'incidence réelle de ces maladies. La sous-déclaration importante des maladies et accidents professionnels aboutit à la sous-estimation de leurs effets réels sur la santé et le développement socioéconomique. En général, les accidents professionnels sont plus déclarés que les maladies professionnelles et leur taux est très supérieur (compris entre 13 et 73 cas pour 1000 travailleurs par an dans l'Union européenne). Si l'on évalue la main-d'œuvre de la Région européenne de l'OMS à 400 millions de personnes et que l'on prend en compte les niveaux signalés par les pays de l'Union européenne en ce qui concerne l'incidence des accidents de travail et la mortalité qu'ils induisent, le nombre total d'accidents de travail par an en Europe serait compris entre 5,2 et 29,2 millions et ces accidents causeraient chaque année la mort de 6400 à 55 600 personnes.

L'influence importante du travail sur la santé et le bien-être est une notion communément admise. Dans le cadre d'une enquête sur les conditions de travail réalisée dans l'Union européenne en l'an 2000, 60% des travailleurs (salariés ou indépendants) appartenant à des échantillons représentatifs ont déclaré que le travail avait des effets négatifs sur leur santé (contre 57% en 1995). En majorité, ils attribuaient à leur travail des symptômes tels que le mal de dos (33%), le stress (28%), la fatigue générale (23%), les douleurs musculaires dans le cou et les épaules (23%) ou les bras et les jambes (17%), et enfin les maux de tête (13%). Près de 9% de ces personnes déclaraient avoir pris des congés de maladie au cours des 12 mois précédents. Les actes d'intimidation touchaient près d'un travailleur sur dix en 2000, avec d'importantes variations d'un pays à l'autre. Enfin, on a observé de grandes disparités entre les pays en ce qui concerne le pourcentage de travailleurs (de 1% à 5%) signalant des violences physiques dans le cadre professionnel.

La prévention des maladies professionnelles est non seulement une obligation légale et morale, mais aussi un facteur important du développement socioéconomique. D'après l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, le coût des maladies professionnelles représente entre 2,6% et 3,8% du PNB. Selon le pays, différents éléments sont pris en compte : coût des congés de maladie et de l'invalidité (4,8 milliards d'euros aux Pays-Bas en 1995), coût des soins de santé (0,6 milliard d'euros aux Pays-Bas en 1995), pertes de production due à l'incapacité de travail (45 milliards d'euros en Allemagne en 1995) et indemnisation des victimes et de leur famille (6,3 milliards d'euros au Royaume-Uni). Le coût total des maladies et accidents professionnels pour le Trésor public en Italie se montait à 28 milliards d'euros en 1996. Compte tenu des différences entre les méthodes de calcul, il est impossible à l'heure actuelle d'effectuer des comparaisons entre les pays.

Les maladies liées au travail et à l'environnement professionnel qui n'entrent pas dans la catégorie des maladies professionnelles sont de plus en plus reconnues comme des problèmes de santé publique importants dans de nombreux États membres. Il s'agit notamment de toutes les maladies non professionnelles qui peuvent être liées au travail, telles que les pathologies de l'appareil locomoteur et les troubles mentaux, les maladies cardiovasculaires et respiratoires et enfin le cancer. Une proportion importante des maladies cardiovasculaires est en effet liée aux conditions de travail. Depuis 1997, on a observé en Europe une nette évolution du concept d'hygiène du travail : il ne s'agit plus de la simple prévention des maladies et accidents professionnels, mais de la notion plus large de protection et de promotion générales de la santé au travail. L'évaluation globale des incidences de l'activité professionnelle sur la santé doit prendre en compte l'influence des déterminants professionnels, environnementaux et sociaux de la santé, ainsi que ceux relatifs au mode de vie. Cette conception élargie de la protection et de la promotion de la santé dans le milieu professionnel, qui vise à la préservation de la santé et de l'aptitude au travail, est adoptée par de plus en plus de services d'hygiène du travail, d'entreprises et de municipalités, principalement au sein de l'Union européenne et dans les pays candidats à l'adhésion.

La convention n° 161 de l'OIT et la directive-cadre CEE/89/391 ont encouragé l'amélioration des services d'hygiène du travail en Europe, mais la moitié des travailleurs de l'Union européenne n'a toujours pas accès à ces services et on ne dispose pas de données sur l'accès à ces services dans de nombreux pays de la Région européenne. Tous les pays sont confrontés à la nécessité d'améliorer l'enseignement et la formation pour disposer de professionnels compétents et garantir aux populations l'accès à des services d'hygiène du travail pluridisciplinaires à la hauteur de leurs besoins. Selon les données recueillies dans 13 pays, les services d'hygiène et de sécurité du travail peuvent contribuer efficacement à l'amélioration de l'aptitude au travail des individus, en encourageant l'aménagement ergonomique des lieux de travail, la préservation de conditions d'hygiène et de sécurité satisfaisantes en milieu

professionnel, l'enseignement et la formation, l'évaluation des contraintes professionnelles et de la capacité fonctionnelle, le diagnostic médical, la réadaptation et le dépistage.

Transports

Les transports ont un impact important, à la fois positif et négatif, sur la santé et le bien-être. Parmi les effets positifs, figure l'augmentation de l'activité physique par la marche et le cyclisme, mais aussi l'amélioration de l'accès à l'emploi, à l'éducation, aux soins de santé et aux loisirs. En revanche, les effets négatifs comprennent des modes de vie plus sédentaires, une élévation des taux d'accidents, de pollution atmosphérique et de bruit, et l'éloignement du cadre de vie local. Les populations vulnérables telles que les personnes économiquement défavorisées, les personnes âgées et les enfants sont généralement les plus durement touchées.

Il apparaît nécessaire de développer et d'appliquer des méthodologies (évaluation de l'impact des transports sur la santé et des coûts externes, par exemple) et des mécanismes institutionnels permettant de lutter contre les problèmes liés aux transports. Une démarche multisectorielle intégrée impliquant toutes les autorités compétentes et les parties prenantes s'avère également indispensable, de même qu'une meilleure prise en compte des questions sanitaires dans les politiques relatives aux transports et à l'utilisation des sols. Dans cette optique, la Charte des transports, de

Effets positifs et négatifs des transports sur la santé

Un déplacement quasi quotidien de 30 minutes à pied (d'un bon pas) ou à vélo permet de réduire de moitié le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'obésité, et d'un tiers le risque d'hypertension.

Selon une étude récente, quelque 21 000 décès par an survenus en Autriche, en France et en Suisse sont attribuables à la pollution atmosphérique due à la circulation, soit un nombre deux fois supérieur à celui des décès résultant d'accidents de la circulation dans ces pays.

Près de 65% (450 millions) des habitants de la Région européenne sont exposés à des niveaux sonores qui entraînent des nuisances graves, une interférence avec la transmission de la parole et des troubles du sommeil. Le bruit peut également gêner les activités mentales qui exigent de l'attention, de la mémoire et la capacité de traiter des problèmes complexes requérant une analyse. Des données récentes montrent qu'il existe un lien entre les niveaux sonores élevés d'une part, et l'hypertension et les cardiopathies ischémiques d'autre part.

Les accidents de la circulation causent encore quelque 120 000 décès et 2,5 millions de traumatismes par an dans la Région européenne. Un tiers des décès et des blessures graves signalés impliquent des jeunes de moins de 25 ans.

l'environnement et de la santé⁷², adoptée lors de la Troisième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé en 1999, dresse les grandes lignes d'un plan d'action et d'objectifs sanitaires. En 2002, les États membres européens décideront de l'opportunité de négocier une Convention-cadre régionale sur le transport, l'environnement et la santé pour combler les lacunes constatées dans les politiques.

Rayonnements ionisants

L'exposition à la radioactivité naturelle peut avoir une importance considérable en termes de charge de morbidité dans certaines populations. Par exemple, la présence de radon dans l'environnement domestique peut entraîner des doses annuelles supérieures à la dose maximale définie par la Commission internationale de protection radiologique (CIPR) pour les expositions professionnelles. Dans des pays tels que la Finlande, le Royaume-Uni et la Suède, une petite partie de la population reçoit des doses très supérieures aux doses moyennes.

Peu d'émissions de rayonnements ionisants ont été signalés comme faisant suite à des accidents survenus dans des centrales nucléaires ou des sites d'essai ou d'élimination d'armements. Des augmentations de cas de leucémie ont été attribués à l'accident de Kystym en Fédération de Russie, et 1800 cas de cancer de la thyroïde, à l'accident de la centrale de Tchernobyl survenu en 1986. L'exposition à des sources de rayonnements ionisants a souvent des conséquences d'ordre psychosocial. Outre les cas de cancer de la thyroïde qu'il a induits, l'accident de Tchernobyl a eu des conséquences importantes sur la santé en termes d'effets psychosociaux.

Globalement, les États membres suivent les recommandations de la CIPR et prennent des mesures pour limiter les expositions à des niveaux acceptés à l'échelle internationale, lorsqu'ils sont disponibles. Or, il n'existe toujours pas de niveaux officiellement reconnus pour certaines expositions. Dans ce contexte, l'OMS a adopté une stratégie mondiale visant à clarifier la situation quant à la protection des populations contre ces types de rayonnements. Certes, le premier objectif pour l'avenir est la prévention des accidents, mais la préparation aux accidents est également très importante.

Changements environnementaux à l'échelle mondiale

Les changements climatiques se définissent comme des variations statistiquement significatives de l'état moyen du climat ou de sa variabilité sur une longue période (généralement des décennies, voire plus)⁷³. L'Europe dans sa majorité a connu une

⁷² http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/trt/MainActs/20020321_1, consulté le 16 mai 2002.

⁷³ Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (<http://www.ipcc.ch>, consulté le 29 mai 2002).

augmentation des températures de l'air en surface d'environ 0,8 °C au cours du XX^e siècle. Dans les régions semi-arides d'Asie, on a enregistré une augmentation des températures d'environ 1,3 °C depuis 1894. Les effets des changements climatiques sur la santé humaine peuvent aller de la réduction de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires en hiver à une augmentation du risque d'inondations côtières et fluviales (selon les estimations, 35 000 personnes en Europe seraient exposées à un risque d'inondation côtière en 2020). Les recherches doivent encore être approfondies pour permettre d'évaluer la charge potentielle attribuable aux maladies infectieuses, à la sécheresse, aux déplacements de populations, à l'augmentation de la pollution et aux conséquences sur l'agriculture. En adoptant la Déclaration de Londres⁷⁴ en juin 1999, les États membres se sont engagés à entreprendre des actions visant à réduire les effets des changements climatiques sur la santé humaine.

Les émissions de dioxyde de carbone s'accompagnent d'émissions d'autres polluants atmosphériques qui entraînent de nombreux effets négatifs sur la santé, notamment l'asthme, les infections respiratoires, l'altération de la fonction pulmonaire et les décès prématurés. La Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et le Protocole de Kyoto sont les instruments juridiquement contraignants élaborés pour réduire les émissions provenant de combustibles fossiles, ce qui devrait avoir des effets favorables à court terme sur la santé humaine. L'adoption de mesures visant à diminuer les émissions dues aux transports, à l'énergie, à l'industrie et à l'agriculture devrait permettre de réduire les effets de la pollution atmosphérique, mais les autorités doivent encore mettre au point des méthodes intégrées permettant d'évaluer les effets de ces mesures sur la santé humaine.

L'ozone stratosphérique protège la surface de la Terre de l'action néfaste des rayons ultraviolets. Cet ozone est produit dans la stratosphère par le rayonnement solaire de longueur d'onde courte qui, sous l'effet de réactions chimiques, dissocie ce gaz pour créer un équilibre dynamique entre production et perte. Les émissions de composés inertes contenant du chlore et du brome compromettent cet équilibre. Selon les estimations, une réduction de 10% de la couche d'ozone entraînerait quelque 300 000 cas de cancer de la peau autres que le mélanome et 4500 cas de mélanomes par an dans le monde. L'incidence annuelle des cancers de la peau autres que les mélanomes varie en moyenne de 1% à 6% selon le type de tumeur. En ce qui concerne le cancer spinocellulaire et le cancer basocellulaire, on estime qu'ils augmentent de $2,0 \pm 0,5\%$ chaque fois que la couche d'ozone diminue de 1%. Au cours des vingt années écoulées, il a été clairement établi que l'exposition aux rayons ultraviolets B (UVB) pouvait entraîner une diminution des réponses immunitaires spécifique et non spécifique. Plusieurs études ont prouvé que l'immunomodulation induite par les UVB jouait au moins un rôle partiel dans la photocarcinogénèse. Le Protocole de Montréal⁷⁵ et les

⁷⁴ <http://www.ifeh.org/london-declaration.html>, consulté le 16 mai 2002.

⁷⁵ <http://www-esd.worldbank.org/mp>, consulté le 16 mai 2002.

modifications qui y ont été apportées visent la suppression progressive des substances qui appauvrissent la couche d'ozone. Pour l'heure, les interactions entre les changements climatiques et les processus chimiques dans la stratosphère pourraient retarder la reconstitution de la couche d'ozone d'environ 20 ans. Les États membres européens se sont engagés à promouvoir toutes les mesures qui pourraient être prises au niveau des comportements, des institutions et des politiques.

Les changements climatiques et ceux qui s'opèrent sur le plan de l'utilisation des sols jouent un rôle considérable dans les républiques d'Asie centrale touchées par la sécheresse et la désertification, phénomènes déterminants pour la production de denrées alimentaires. En fait, les conséquences des changements climatiques peuvent dépendre de l'équilibre entre les effets (globalement négatifs) des changements de température et de précipitations, et les effets (globalement positifs) de l'augmentation des taux de dioxyde de carbone sur le rendement des principales cultures. La Convention des Nations Unies sur la lutte contre la désertification⁷⁶ prévoit des mesures visant à réduire la désertification par la mise en place de plans d'action régionaux.

Bibliographie

Air quality guidelines for Europe, 2nd ed. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 91).

BARTRAM, J. ET AL., ED. *Water and health in Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 93).

Charte sur les transports, l'environnement et la santé : troisième Conférence sur l'environnement et la santé, Londres, 16–18 juin 1999. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/EHCO 02 02 05/9 Rev.4).

DORA, C.A. Different route to health: implications of transport policies. *British medical journal*, **318**: 1686–1689 (1999).

COMMISSION EUROPÉENNE. *Developing a sustainable transport system* (<http://europa.eu.int/comm/environment/trans>, consulté le 30 juillet 2001).

COMMISSION EUROPÉENNE. *Environment* (<http://www.europa.eu.int/comm/environment>, consulté le 30 juillet 2001).

COMMISSION EUROPÉENNE. *The European and Allied Countries Collaborative Study Group of CJD (EUROCJD)* (<http://www.eurocjd.ed.ac.uk>, consulté le 29 octobre 2001).

Agence européenne pour l'environnement (<http://www.eea.eu.int>, consulté le 30 juillet 2001).

⁷⁶ <http://www.unccd.int/convention/menu.php>, consulté le 16 mai 2002.

External costs of transport (accident, environmental and congestion costs) in western Europe. Zurich, INFRAS and Karlsruhe, IWW, 2000.

Final report. World Water Council's Second World Water Forum and Ministerial Conference – from vision to action. The Hague, World Water Council, 2000.

Fonds pour l'environnement mondial (<http://www.gefweb.org>, consulté le 30 juillet 2001).

KRAMER, M.H. ET AL. Waterborne diseases in Europe 1986–96. *Journal of the American Water Works Association*, **93**: 48–53 (2001).

KUNZLI, N. ET AL. Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *Lancet*, **356**: 795–801 (2000).

Overview of the environment and health in Europe in the 1990s: Third Ministerial Conference on Environment and Health, London, 16–18 June 1999. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/EHCO 02 02 05/6).

Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke: report on a WHO Working Group. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document EUR/00/5020495).

REVENGA, C. *Watersheds of the world: ecological value and vulnerability.* Washington, DC, World Resources Institute, 1998.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Bovine spongiform encephalopathy (BSE) – Fact Sheet No. 113* (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact113.html>, consulté le 29 octobre 2001).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Variant Creutzfeldt-Jakob disease (VCJD) – Fact Sheet No. 180* (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact180.html>, consulté le 29 octobre 2001).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Water and sanitation* (http://www.who.int/water_sanitation_health, consulté le 30 juillet 2001).

TROISIÈME PARTIE

Systèmes de santé : politiques et réformes

Financement

Prestation de services

Production de ressources

Fonction de direction

Pour reprendre la définition proposée dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, on entend par systèmes de santé « la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire s'entend de tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle ». Les pays européens ont constaté avec une vive déception que, contrairement à leurs attentes, il existait un rapport relativement complexe entre, d'une part, l'augmentation des coûts des soins de santé, et d'autre part, l'amélioration de la santé (calculée d'après la moyenne de l'espérance de vie à la naissance) et la satisfaction des populations. Même si les différents pays n'envisagent pas tous la conception et la gestion des systèmes de santé sous le même angle, l'amélioration de la performance de ces systèmes de santé constitue une priorité élevée pour tous les États membres de la Région européenne.

La méthode d'évaluation des performances des systèmes de santé récemment mise au point par l'OMS en collaboration avec les États membres a été utilisée dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* pour analyser la performance des systèmes de santé dans tous les États membres de l'OMS et présenter les résultats obtenus. La méthodologie qui sous-tend ce travail est présentée de façon succincte à l'annexe 1. La publication du *Rapport sur la santé dans le monde 2000* a suscité un débat passionné. En effet, si la démarche et la méthode mises en place ont été largement reconnues comme un pas en avant fondamental et courageux, le mode d'élaboration de ce rapport et l'interprétation de ses conclusions ont soulevé quelques interrogations. Compte tenu de l'importance du sujet et de l'intérêt manifesté par les États membres, un processus consultatif visant à examiner les méthodes et les sources de données utilisées a été instauré, sur la base de consultations et de réunions scientifiques organisées à l'échelle régionale et consacrées à certains aspects méthodologiques. Ce travail se poursuivait au moment de la publication du présent rapport.

La méthode de mesure de la performance des systèmes de santé distingue trois objectifs sociaux auxquels contribuent les systèmes de santé, à savoir *a*) l'amélioration de la santé des populations (niveau et distribution), *b*) l'amélioration de la réactivité (niveau et distribution) aux attentes légitimes de la population et *c*) l'équité de la contribution financière à la santé. Des indicateurs destinés à mesurer les résultats de chaque pays par rapport à ces objectifs ont été conçus, ainsi qu'un indicateur général d'efficience permettant d'évaluer les progrès accomplis par rapport aux résultats qui auraient pu être obtenus compte tenu des ressources utilisées, comme indiqué ci-après.

- Pour évaluer le niveau de santé atteint dans une population donnée, on a utilisé un indicateur global de l'espérance de vie en bonne santé. La distribution de la santé se permet d'évaluer l'équité des résultats au niveau de l'état de santé, au sein d'une population.

- Le niveau et la distribution de la réactivité visent à décrire les expériences vécues par la population vis-à-vis du système de santé, pour rendre compte du respect des personnes et de l'attention accordée aux patients, ces éléments étant mesurés grâce à des enquêtes sur des informateurs clés.
- L'équité de la contribution financière est évaluée en fonction de la contribution totale d'un ménage au système de santé, exprimée en pourcentage de ses dépenses totales.

On a calculé un indice général des résultats d'ensemble en établissant la somme pondérée des notes attribuées par les pays à chacun des cinq indicateurs. En outre, on a mesuré la performance ou l'efficacité avec laquelle le système de santé obtenait ces résultats en comparant le niveau effectivement atteint au niveau potentiel, compte tenu des ressources utilisées pour parvenir au niveau actuel de santé.

Bien que les principes et pratiques en matière de santé publique et de services cliniques soient relativement similaires d'un pays de la Région européenne de l'OMS à un autre, il existe d'importantes disparités entre les résultats obtenus sur le plan des niveaux de santé atteints dans ces pays. Ces différences s'expliquent en grande partie par le fait que les systèmes de soins de santé n'ont pas le même mode de fonctionnement. L'analyse des fonctions de ces systèmes est donc primordiale pour comprendre, au-delà des paramètres liés aux ressources mises en œuvre, les différences de caractéristiques structurelles, de disponibilité des moyens, de mesures incitatives destinées aux professionnels, d'utilisation des services, etc. Les fonctions des systèmes de santé sont généralement considérées comme un tout mais l'accent a récemment été mis sur certaines d'entre elles car certains pays veulent les séparer des autres. D'après la méthode d'évaluation de la performance des systèmes de santé, un système de santé a quatre fonctions principales. Il doit :

- garantir l'existence de fonds (*financement*, notamment collecte des recettes, mise en commun des fonds et achat) ;
- assurer la production de services (*prestation* de services de santé individuels et collectifs) ;
- veiller à la disponibilité de ressources (*production de ressources*, notamment ressources humaines, équipements, etc.) ; et
- être dirigé (*fonction de direction* ou de contrôle).

Les sections qui suivent sont consacrées à l'analyse des principales tendances observées dans la Région européenne en ce qui concerne ces quatre fonctions.

Financement

Le « financement équitable » des systèmes de santé repose sur l'intégration du concept d'équité à la répartition de la charge du financement sur la population et sur le principe que la nécessité de payer les soins de santé ne doit pas appauvrir les familles. D'une façon générale, les contributions au financement du système de santé doivent dépendre des moyens financiers des patients et être effectuées bien avant l'utilisation des services de santé. La politique de financement de la santé a en outre pour objectif d'accroître l'équité de l'accès aux soins et l'utilisation efficace des ressources sectorielles.

On distingue généralement quatre grandes catégories de financement des systèmes de santé : les recettes fiscales, les cotisations obligatoires aux caisses d'assurance maladie de la sécurité sociale, les cotisations volontaires à des caisses d'assurance maladie (généralement privées) et les paiements directs des patients aux prestataires. Les études effectuées sur l'équité du financement des systèmes de santé en Europe occidentale ont montré que les recettes fiscales ou l'assurance maladie relevant de la sécurité sociale utilisées comme principales sources de financement permettaient d'atteindre un degré d'équité très élevé. Plus les ressources sont redistribuées des personnes solvables vers les groupes de population démunis, plus l'équité est assurée. Les types d'assurances fondées sur le principe de l'équivalence des risques (selon lequel les prestations sont proportionnelles au montant de la prime) ou sur les paiements directs (pour éviter les listes d'attente ou pour bénéficier de services non prévus par le système de santé) conduisent généralement à des inégalités dans la mesure où elles imposent une charge disproportionnée aux groupes socialement faibles et financièrement démunis. Cependant, le financement de tous les systèmes de santé repose sur une combinaison d'au moins deux de ces méthodes et les conséquences sur l'équité dépendent des organismes responsables du dosage de ces méthodes. Tous les pays européens sont soucieux d'assurer des niveaux élevés de solidarité dans le financement des systèmes de santé et un accès universel aux services de santé quels que soient les moyens financiers des intéressés.

Ces conclusions découlent de l'observation des systèmes équitables de prélèvement d'impôts et des niveaux d'imposition élevés existant en Europe occidentale, dont la plupart des pays maintiennent des taux relativement élevés de solidarité sur le plan de la collecte et de la mise en commun des ressources financières. La Suisse (en 1996) et la France (en 2000), par exemple, ont promulgué une loi instaurant une couverture maladie universelle et c'est pour l'essentiel le cas dans la plupart des pays d'Europe occidentale. Les fonds proviennent de sources publiques ou privées, et le prépaiement et la mise en commun des ressources occupent une place importante à tous les niveaux de revenus et de risque. De leur côté, les PECO et les NEI sont également attachés à la solidarité dans le financement et à l'accès universel. Cependant, dans certains de ces

pays, les problèmes de viabilité financière engendrés par la récession économique des années 90 et l'insuffisance de la capacité technique à collecter les ressources et à mettre en œuvre de nouveaux mécanismes d'assurance ont conduit *de facto* à une réduction considérable de l'accessibilité, notamment économique, des services de santé. Des événements tels que la guerre et les conflits internes, par exemple en Yougoslavie et dans la région du Caucase, ont également eu des effets négatifs sur la capacité à produire des recettes. Dans un certain nombre de pays, l'accès aux services de soins de santé n'est donc possible que par les paiements directs, qu'ils soient officiels ou officieux. Dans certains pays, ces paiements sont devenus le principal moyen de financement et représentent 50 à 80% du total des recettes dans le secteur de la santé. La faible importance du prépaiement et la prédominance des paiements directs expliquent les mauvais résultats obtenus par ces pays en termes d'équité de la contribution financière. Globalement, le financement des systèmes de santé est devenu moins équitable depuis le début des années 90 dans la plupart des pays en voie de transition. Il convient pourtant de souligner le fait que les pays connaissant un tel environnement macroéconomique sont confrontés à des problèmes bien plus importants en ce qui concerne les options qui s'offrent à eux dans la définition des politiques.

Il n'est pas facile de modifier le financement des systèmes de santé. La Turquie, par exemple, a récemment mis au point un intéressant « régime personnel d'assurance maladie », qui étend la couverture maladie à toutes les personnes n'exerçant pas une activité professionnelle déclarée et qui prévoit l'attribution de subventions de l'État en fonction des revenus estimés des bénéficiaires, mais ce régime a été abandonné en raison des complications administratives qu'impliquait sa mise en place. Le contexte macroéconomique joue un rôle déterminant sur la capacité d'un pays à obtenir les ressources destinées aux soins de santé. Pour la plupart des pays en voie de transition, il est extrêmement difficile de percevoir les recettes fiscales nécessaires pour couvrir les besoins en dépenses de santé. Les méthodes de paiement non officielles sont très répandues et la principale difficulté, dans ce contexte, consiste à instaurer (ou à rétablir) des mécanismes de paiement officiels. Dans certains PECO et NEI, la mise en place de l'assurance maladie souffre de l'insuffisance des capacités techniques requises pour la collecte et l'allocation des ressources. Cette assurance maladie a parfois été mise en place prématurément et a pâti de difficultés financières liées aux déficits structurels des caisses d'assurance maladie, d'une augmentation du coût de la main-d'œuvre et de flottements dans la définition des priorités. On n'avait pas réellement saisi le fait que les régimes d'assurance maladie ne faisaient pas miraculeusement naître l'argent nécessaire aux soins de santé et qu'ils pouvaient déclencher un ensemble de dynamiques complexes susceptibles de nuire à la prestation des services. Dans certains cas, le déficit des caisses de sécurité sociale implique concrètement que ces caisses doivent se contenter de préserver la couverture des services les plus élémentaires et qu'elles n'ont plus de réserves à consacrer à d'autres services pour accroître leur part de marché.

D'une manière générale, dans les pays les plus pauvres de la Région, la politique de financement doit avant tout tenir compte des impératifs suivants : *a)* coordination de toutes les sources de financement dans le cadre d'une politique commune ; *b)* réduction des doubles emplois en ce concerne la mise en commun des fonds et les responsabilités en matière de prestation de services, qui sont dues à l'existence de systèmes de santé verticalement intégrés liés à chacun des niveaux de la structure administrative des pouvoirs publics ; et *c)* prise en compte des questions soulevées par l'accès aux soins et la protection financière pour les plus démunis, grâce à des politiques claires appuyées par des mesures financières résolument incitatives. En 2001, le Ministère de la santé du Kirghizistan a mis en place un ensemble de réformes dans deux de ses régions. Ces réformes instituent la mise en commun, dans une caisse d'assurance maladie, de toutes les ressources budgétaires au niveau des *oblast* et l'« achat » de services destinés à des patients hospitalisés en fonction des spécificités de chaque cas. Ce système prévoit un ticket modérateur fixe, dont le montant est déterminé par le type d'assurance maladie ou l'exonération du patient. Le montant du ticket modérateur payé par les personnes exonérées est le plus faible et, à l'inverse, la somme versée par la caisse d'assurance maladie pour le compte de ces personnes est la plus élevée. Une campagne a été lancée pour informer la population de ses responsabilités (c'est-à-dire ce qu'elle doit payer) et de ses droits (elle n'est tenue qu'à effectuer un seul paiement, et toute demande officielle de contribution supplémentaire n'est pas tolérée et doit être signalée à la caisse d'assurance). Le ministère travaille actuellement à la révision du système de rémunération du personnel, qui prévoit une augmentation des traitements partiellement financée par les recettes provenant des tickets modérateurs.

La réforme du financement des systèmes de santé présente un caractère d'urgence moins élevé dans les pays plus riches d'Europe occidentale. Néanmoins, tous ces pays ont entrepris une réforme, plus ou moins poussée. Bon nombre de ces réformes, en particulier dans les pays dont le système est financé par les cotisations obligatoires aux caisses d'assurance maladie de la sécurité sociale, prévoient l'introduction dans le processus de financement d'un principe de concurrence qui ne nuise pas, toutefois, aux niveaux d'équité atteints. Cette concurrence se situe au niveau du choix des individus pour une caisse d'assurance maladie. Toutefois, si l'on étudie le cas des pays ayant instauré ce principe (l'Allemagne, Israël et les Pays-Bas), il semble que l'équilibre entre l'équité et la concurrence ne soit pas facile à trouver. Il est techniquement difficile de moduler le montant des sommes versées par les caisses en concurrence de telle sorte que les rentrées perçues par ces caisses couvrent les coûts que leurs assurés sont susceptibles de générer en termes de soins de santé (prise en compte du risque), et les formules existantes à cet effet sont imparfaites. Les différents assureurs sont toujours enclins à sélectionner les risques les moins désavantageux, ce qui engendre un manque d'équité entre les différents groupements. Même s'il est possible de compenser ce manque d'équité à l'aide d'autres méthodes, l'introduction de l'économie de marché dans le financement des soins de santé est une entreprise périlleuse.

Dans un certain nombre de pays européens, on observe une tendance à l'adoption de la stratégie d'achat comme moyen d'allouer des ressources aux prestataires pour améliorer autant que possible les niveaux sanitaires et la performance des systèmes de santé. Dans les pays dotés d'un service national de santé comme l'Italie ou le Royaume-Uni, cette méthode implique la séparation des fonctions de prestataire et d'acheteur. Dans d'autres pays dotés d'un système d'assurance maladie reposant sur la sécurité sociale, tels que l'Allemagne ou les Pays-Bas, les différents organismes d'assurance maladie voudraient ne plus se borner à rembourser les dépenses au titre de services mais acheter eux-mêmes les services et sélectionner les prestataires en fonction de leurs performances en termes de rapport coût/efficacité. Les mécanismes de passation de contrats et les systèmes de paiement en fonction de la performance sont devenus pour les acheteurs des moyens d'influencer le comportement des prestataires. Par exemple, dans certains PECO comme la Bulgarie, l'Estonie et la Hongrie, le développement des mécanismes de passation de contrats est mentionné dans les documents d'orientation nationale sur la santé comme un moyen d'atteindre les objectifs de santé, et donc d'améliorer la performance des systèmes de santé. En matière de paiement des prestataires, de nombreux pays adoptent des systèmes de paiement mixtes fondés sur la performance d'un point de vue à la fois prospectif et rétrospectif.

Quelle que soit la stratégie de réforme retenue, les pays doivent absolument prévoir des mécanismes formels garantissant l'accès des pauvres aux soins dont ils ont besoin et la protection de tous contre la paupérisation. En outre, les différences socioéconomiques qui déterminent la situation sanitaire des groupes vulnérables doivent être prises en compte. L'un des moyens à utiliser à cet effet consiste à exonérer de la participation aux frais des groupes de population déterminés (en fonction de maladies ou de caractéristiques socioéconomiques). Il est également possible de subventionner la participation aux régimes d'assurance maladie des personnes sans emploi ou des travailleurs indépendants. En Suisse, l'État subventionne les cotisations que versent les personnes à faible revenu aux organismes d'assurance maladie privés. La mise en place efficace et réussie de telles mesures ciblées dépend de la capacité administrative de l'État.

Comme la plupart des systèmes de santé sont financés par plusieurs sources, il est difficile d'évaluer un système sur la base de ce mode de financement. Les pays doivent étudier la possibilité de séparer les décisions relatives à l'allocation des fonds et celles relatives à la provenance de ces fonds. La source du financement ne doit pas déterminer la structure organisationnelle du secteur, les mécanismes d'allocation des ressources ou la précision avec laquelle le droit aux prestations est défini. Ces concepts sont particulièrement importants pour les pays les plus pauvres de la Région européenne, qui doivent concevoir des moyens de coordonner plusieurs sources de financement dans un contexte de ressources limitées. Lorsqu'ils envisagent de réformer leur système de financement de la santé, les décideurs doivent réfléchir aux avantages théoriques que peuvent présenter de nouvelles stratégies par rapport aux données empiriques sur le plan des effets qu'impliquent les différentes réformes de financement.

Parmi les principaux documents publiés par l’OMS, figurent des analyses périodiques sur les questions liées aux politiques actuelles de financement de la santé, qui s’appuient notamment sur les travaux de l’Observatoire européen des systèmes de santé. Ces analyses se sont avérées très utiles pour les responsables de l’élaboration des politiques dans la Région européenne, en particulier, le document *European health care reform: analysis of current strategies*, publié en 1997⁷⁷. L’OMS peut encourager un échange d’expériences entre les pays de la Région pour que ces pays portent leur attention sur les buts plutôt que sur les moyens de la politique sanitaire ; elle peut aussi veiller à ce que les leçons tirées par un pays ne soient pas inconsidérément transposées à un autre au mépris du contexte dans lequel les réformes sont mises en place. La tâche principale de l’OMS consiste à aider les pays qui ont connu un effondrement plus ou moins grave de leurs finances publiques. Dans les pays qui ne peuvent pas procéder à une réforme de leur financement public dans un avenir proche, il convient de parvenir à une mise en commun des risques en partant de la base, grâce à des régimes de prépaiement mis en place à l’échelon local, dans l’optique, à terme, de réunir ces régimes dans un régime national. Dans les PECO et les NEI où la dégradation du financement public a été importante sans être aussi grave, comme cela a été le cas dans le Caucase, il est nécessaire d’instaurer une complémentarité des différentes sources de financement publiques et privées. En particulier, dans les pays où des régimes d’assurance maladie reposant sur la sécurité sociale ont été créés, il est primordial que ces régimes ne deviennent pas des systèmes de santé séparés et parallèles, mais qu’ils soient coordonnés avec ceux financés par le Ministère de la santé.

Prestation de services

Les pays européens ont adopté un ensemble de stratégies visant à augmenter le rapport coût/efficacité dans le domaine de la prestation des services de santé. Il s’agit notamment d’instaurer une couverture de soins minimale, de décentraliser la gestion des prestataires, d’adopter des mécanismes de marché, de restructurer les services hospitaliers en favorisant une plus grande flexibilité des rôles entre les différents niveaux de soins, de renforcer les services de soins de santé primaires, d’accroître la capacité de choix du patient et sa participation aux services de santé et enfin, d’améliorer les résultats grâce à des stratégies d’évaluation des technologies et d’amélioration de la qualité. On assiste à un certain nombre de changements institutionnels et fonctionnels destinés à améliorer la qualité et la réactivité de la prestation de services, par exemple sous la forme d’orientations et de protocoles cliniques, de systèmes d’examen par des pairs, d’indicateurs de la performance et de la qualité, et d’autres instruments d’information. Il existe plusieurs exemples spécifiques de ces changements : l’adoption d’indicateurs de la performance en Italie et au Royaume-Uni, la création de cercles de

⁷⁷ SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1997 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 72).

qualité dans plusieurs pays européens, l'élaboration et l'application d'orientations cliniques au Royaume-Uni et l'intégration d'objectifs de santé et d'indicateurs de qualité à des contrats dans plusieurs provinces espagnoles.

Même si la décentralisation permet d'améliorer la réactivité, elle complique parfois l'élimination des déséquilibres géographiques et entrave l'intégration des services entre les zones. Dans certains cas, cette décentralisation s'est avérée difficile à concilier avec l'équité et l'efficacité. Au Bélarus par exemple, les effets des politiques nationales ont été considérablement amoindris par l'attribution à des comités exécutifs de district du droit de nommer et de révoquer les responsables des organismes de prestation de soins locaux. Plus grave encore, les compétences en matière de gestion ne sont pas pléthoriques et elles sont souvent concentrées dans les régions les plus riches.

Soins de santé primaires

Les responsables nationaux de l'élaboration des politiques en Europe s'accordent pratiquement tous à reconnaître le principe selon lequel les soins primaires doivent constituer la pierre angulaire de tout système de soins de santé rationnel et axé sur la performance. Les États membres mettent actuellement en œuvre un ensemble de stratégies visant à augmenter la performance de ces soins primaires. En outre, certaines réformes structurelles accordent aux soins primaires plus de pouvoir et de contrôle sur les autres niveaux de soins. Généralement, ces réformes prévoient de doter les professionnels concernés (médecins généralistes et infirmières) et les institutions (centres de santé et commissions chargées des soins primaires) de nouveaux moyens d'action leur permettant de mieux aiguiller les patients vers l'hôpital, les maisons de santé ou les structures de soins à domicile. La mise en œuvre de cette stratégie permet ainsi une meilleure intégration des différents secteurs impliqués dans la prestation des services sanitaires. Au cours des années 90, des moyens d'action encore plus performants ont été mis en place pour permettre au secteur des soins primaires d'exercer différents degrés d'autorité directe non seulement sur le volume mais également sur le coût et la qualité des soins hospitaliers, et également sur certains autres services de soins primaires tels que les maisons de santé et les structures de soins à domicile.

Ces innovations comprenaient notamment différents modes d'achat et de passation de contrats et, dans plusieurs pays nordiques, l'attribution aux districts de soins primaires d'une autorité sur les hôpitaux. L'un des exemples les plus frappants de ces nouveaux moyens d'action a été la mise en place, en 1991 au Royaume-Uni, de programmes visant à confier la gestion d'un budget aux médecins généralistes, ce qui donnait au niveau des soins primaires certains pouvoirs en matière d'achat. Ce système a été remplacé en 1999 par la création de groupements de prestataires de soins primaires et d'organismes locaux de soins primaires qui ont repris la gestion du mécanisme d'achat. D'autres expériences impliquant la création d'organismes d'achat indépendants au sein

desquels les professionnels des soins primaires pouvaient exercer des pouvoirs plus ou moins étendus ont été tentées dans les années 90 en Allemagne, en Italie et en Suède. En Finlande, des commissions chargées des soins primaires et des services sociaux nommées par les municipalités exercent une maîtrise de plus en plus importante sur les fonds dont disposent les hôpitaux. Des réformes structurelles prévoient également l'élargissement des services et fonctions dévolus aux soins primaires. Elles incluent dans les attributions des professionnels des soins primaires certains services nouveaux ou étendus, ou encore des services autrefois assurés par d'autres niveaux de soins.

De nombreuses réformes portent sur l'interface entre les soins primaires, les hôpitaux et les autres types de soins, à la fois pour faciliter l'accès à l'hôpital et pour orienter les patients vers des services plus appropriés. Le cloisonnement entre les niveaux de soins de santé et entre les soins de santé et le soutien social est en train de s'atténuer, ce qui impose l'adoption d'un objectif commun et l'adaptation des méthodes de gestion des services. Pour une efficacité optimale, il est indispensable d'élaborer des stratégies permettant d'améliorer la coordination des soins, de modifier le champ d'action des structures et des soins, et enfin d'éviter ou de remplacer les soins en établissement hospitalier. Compte tenu des changements observés dans les fonctions et les services attribués aux hôpitaux, il est souvent nécessaire, pour assurer la réussite des politiques en la matière, de combiner ces stratégies.

Les progrès en matière de télécommunications et d'informatique appliqués aux services cliniques méritent d'être mentionnés. Les interventions et les outils modernes (dossiers de patient numérisés, surveillance des patients à domicile, chirurgie laser et robotisée, etc.), encore inimaginables il y a une génération, font maintenant partie de la routine et pourraient modifier la structure des systèmes de santé. La télématique constitue un outil efficace pour accroître l'accessibilité, réduire les coûts et améliorer la qualité. La Finlande et la Norvège ont adopté une politique nationale de télé médecine et investissent considérablement dans l'infrastructure et la formation des personnels de santé. D'autres pays ont mis en place cette télé médecine dans une moindre mesure, à titre d'outil destiné à la consultation clinique et à la formation (par exemple, des études de faisabilité ont été menées à cet effet en Géorgie et au Kirghizistan).

Hôpitaux

Les réformes des systèmes de santé accordent une place de plus en plus importante au rôle des hôpitaux, à la restructuration des services hospitaliers et à la décentralisation de la gestion hospitalière, mais aussi à une intégration plus importante des hôpitaux dans les systèmes de santé et à l'adoption de stratégies visant à améliorer leur performance. Les tendances relatives à la capacité et à l'utilisation des hôpitaux reflètent des changements très marqués dans les différents pays d'Europe (fig. 37 à 38). Les lits d'hôpitaux sont moins nombreux et utilisés de façon plus intensive et les durées

d'hospitalisation sont en moyenne plus courtes, ce qui dénote des changements dans les pathologies et la prise en charge clinique. Les interventions ambulatoires représentent désormais de 5 à 15% de l'activité hospitalière totale et cette tendance est actuellement en hausse. La haute technologie et les nouveaux traitements pharmaceutiques permettent désormais de pratiquer des interventions sans hospitalisation du malade, ce qui peut faire baisser les besoins en lits d'hôpitaux mais augmente le volume total des dépenses. Il est aujourd'hui possible de procéder à un plus grand nombre d'interventions, souvent plus onéreuses, sur une période plus courte.

La réduction du nombre de lits d'hôpitaux est un objectif commun des politiques sanitaires en Europe, mais il a été plus facile de supprimer ces lits que de fermer des hôpitaux. Cependant, la réduction du nombre de lits à elle seule ne permet pas de réaliser des économies substantielles, car une part considérable des coûts hospitaliers correspond aux bâtiments, au personnel et aux autres coûts fixes. La fermeture ou la

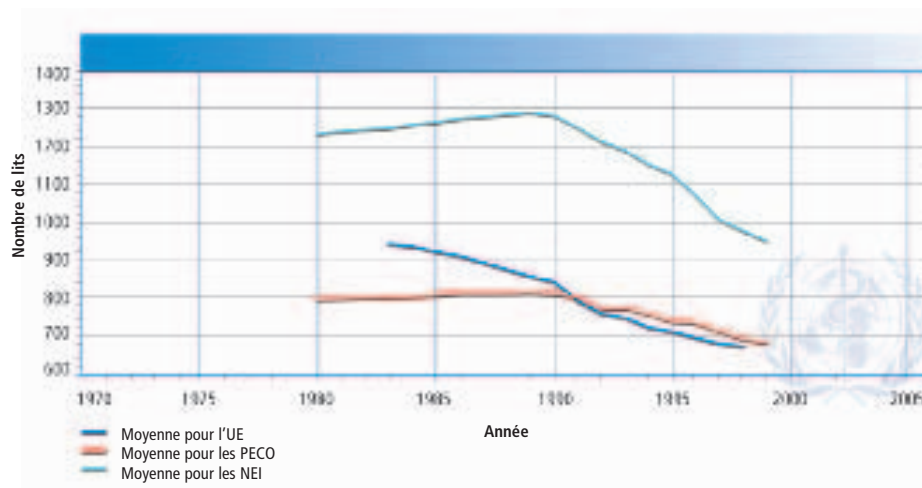


Fig. 37 : Nombre de lits d'hôpital pour 100 000 habitants, 1980–1999

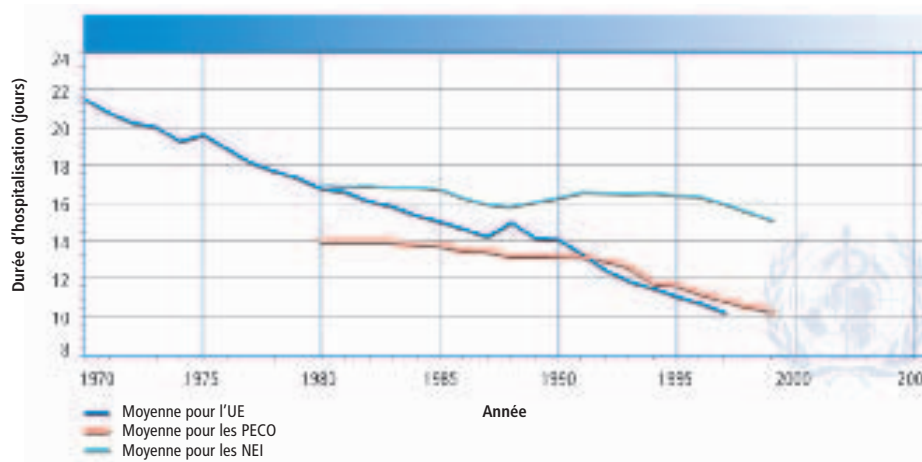


Fig. 38 : Durée moyenne d'hospitalisation, tous hôpitaux, 1970–1999

fusion d'hôpitaux a donné de meilleurs résultats lorsque l'on a réuni plusieurs établissements sous une même structure administrative, comme cela a été le cas en Irlande ou au Royaume-Uni. La refonte de la structure hospitalière requiert généralement le développement des soins ambulatoires et la construction de nouvelles installations, car le parc hospitalier comprend souvent de nombreux bâtiments très grands mais vétustes. Les pays qui ont restructuré leur système hospitalier, par exemple l'Espagne, la France, la Norvège et le Royaume-Uni, l'ont fait en partie grâce à la réalisation d'investissements.

Dans de nombreux pays, l'instauration d'une séparation entre acheteurs et prestataires a déclenché des réformes visant à la décentralisation des hôpitaux. Dans les pays dotés d'un service national de santé, ces réformes se sont traduites par la création d'hôpitaux autonomes. Un grand nombre de ces pays ont engagé un débat sur la nature de ces hôpitaux autonomes, et en particulier sur des questions telles que le statut juridique, les droits sur le plan décisionnel, l'exposition au marché, la propriété et la responsabilité. On a également constaté une augmentation de la part du secteur dans les prestations, dans le contexte d'une concurrence à armes égales avec les hôpitaux du secteur public. La décentralisation des hôpitaux est également en cours dans les PECO et les NEI, mais elle est moins nette dans les pays d'Europe occidentale dotés de régimes d'assurance maladie reposant sur la sécurité sociale où, traditionnellement, il existe une séparation des fonctions et où une grande partie des services hospitaliers est assurée par le secteur privé, généralement représenté par des entreprises à but non lucratif.

Certaines stratégies de réforme ont pour objectif l'amélioration de la performance au sein de la structure hospitalière. Pour y parvenir, elles prévoient des mesures d'incitation pour optimiser la performance clinique, une modification des mécanismes de paiement et des changements de l'organisation. Il existe de plus en plus d'éléments semblant indiquer que les pratiques cliniques dans les hôpitaux de nombreux pays n'atteignent pas un niveau optimal. Les stratégies employées pour résoudre ce problème comprennent l'assurance qualité et les audits, l'évaluation de la performance des services en fonction d'un ensemble d'indicateurs cliniques et le nouveau concept de gouvernance clinique selon lequel la qualité incombe aussi bien aux gestionnaires qu'aux cliniciens. La deuxième grande façon de concevoir l'amélioration de la qualité des soins se fonde sur l'utilisation de mesures incitatives financières par le biais de nouvelles méthodes de paiement des hôpitaux. Par exemple, comme cela a été indiqué plus haut, certains pays d'Europe orientale abandonnent le financement axé sur les moyens mis en œuvre, sur la base de budgets historiques classiques, au bénéfice de systèmes axés sur les résultats obtenus. De nombreux pays d'Europe occidentale appliquent désormais une méthode alliant un ajustement en fonction de la répartition des cas traités et un budget global. Enfin, il existe une troisième stratégie en matière d'amélioration de la qualité des soins, qui est née des recherches sur le rapport entre la culture d'entreprise et la qualité des soins.

Qualité

L'amélioration de la qualité implique à la fois un degré d'excellence et une réduction des inégalités en matière d'amélioration de la santé et de prestation de soins de santé. La notion de qualité ne se limite plus à l'obtention du meilleur résultat, mais prend également en compte l'équité, la sécurité, l'efficacité, l'efficience, l'adéquation, la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la possibilité de choix des usagers. Les pays doivent identifier et sélectionner les valeurs qui leur permettront de concevoir des programmes de qualité qui correspondent à leurs priorités et à leur environnement social, économique et culturel. La principale méthode pour y parvenir consiste à appliquer à toutes les activités du système de santé une réflexion fondée sur des données probantes au niveau de la pratique quotidienne.

L'amélioration de la qualité des systèmes de santé est un processus long et progressif qui exige que l'on apporte des changements radicaux à la culture de la qualité et au processus de réforme des systèmes de santé. La principale difficulté est d'obtenir l'adhésion des partenaires clés (prestataires de soins de santé, autorités sanitaires, usagers et payeurs) à une stratégie commune aux niveaux national et local, en tenant compte du fait que chaque groupe a ses propres conceptions et ses propres attentes en matière de qualité. Cependant, il existe d'autres obstacles, liés à la difficulté de mesurer objectivement et de surveiller la qualité, de produire des informations valables et de prendre des décisions appropriées, compte tenu du caractère inadapté, incomplet ou ambigu des données actuellement disponibles.

Plusieurs États membres de la Région européenne ont élaboré une politique et une stratégie pour la qualité des systèmes de santé et se sont intéressés à l'évaluation des technologies médicales et à la médecine fondée sur des données scientifiques. Il existe un certain nombre d'exemples probants de ces politiques, entre autres en Allemagne, en France et au Royaume-Uni. L'année dernière a été marquée dans les pays européens par l'application aux systèmes de santé du modèle de l'EFQM (European Foundation of Quality Management)⁷⁸ et des normes de qualité ISO (Organisation internationale de normalisation)⁷⁹. La Commission européenne a également encouragé l'utilisation du modèle de l'EFQM dans sa politique européenne sur la qualité. D'autres événements importants ont eu lieu sur le plan de l'accréditation des organismes sanitaires. Outre le modèle de la JCAHO (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations)⁸⁰ mis au point aux États-Unis, certains pays ont créé leurs propres outils d'accréditation, par exemple le Royaume-Uni avec le modèle du King's Fund⁸¹.

⁷⁸ http://www.efqm.org/new_website, consulté le 17 mai 2002.

⁷⁹ <http://www.iso.ch/iso/en/ISOOnline.openerspage>, consulté le 17 mai 2002.

⁸⁰ <http://www.jcaho.org>, consulté le 17 mai 2002.

⁸¹ http://194.66.253.160/eKingsFund/html/health_advocacy_prog.html, consulté le 17 mai 2002.

Récemment, le groupe ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation)⁸², qui fait partie de l'ISQua (International Society for Quality), a opéré le regroupement des différents modèles d'accréditation. Des progrès ont également été accomplis dans les PECO, où plusieurs initiatives ont été entreprises dans le sens de l'institutionnalisation de la qualité.

L'évaluation des technologies médicales, qui peut se définir schématiquement comme l'analyse des technologies médicales pour une meilleure élaboration des politiques, a commencé à se répandre en Europe au début des années 70. En 1992, tous les pays d'Europe occidentale avaient mis en place des programmes publics d'évaluation des technologies médicales au niveau national et, dans certains cas, au niveau régional. Certains pays d'Europe orientale commençaient également à agir dans ce domaine. Il en est résulté une intensification de la coopération internationale en Europe et, en 1993, a été créé l'International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), dont l'objectif principal était de promouvoir la communication et la coordination entre les organismes d'évaluation des technologies médicales. En 2002, l'INAHTA comptait près de 40 membres, principalement en Europe. Le European Collaboration for Health Technology Assessment (ECHTA), qui a été créé pour coordonner les activités de ce secteur en Europe, réunissaient en 2002 les organismes nationaux de tous les États membres de l'Union européenne et d'autres pays européens tels que la Norvège et la Suisse. Ces efforts reflétaient le besoin d'améliorer la communication et l'échange d'informations dans différents domaines (méthodologie, formation, recherche, champ d'application, données sur lesquelles fonder les décisions, etc.). L'ECHTA recherche actuellement un financement pour mettre en place une coordination permanente.

Lors de sa création, le programme du Bureau régional pour la qualité des soins et l'évaluation des technologies de santé était axé sur la mesure et la comparaison des résultats cliniques. Ce programme a aujourd'hui une portée plus large et prend en compte toutes les composantes des systèmes de santé. Outre la prestation de soins, il englobe des composantes telles que l'organisation des services, les aspects financiers, la performance technique, les pratiques cliniques, la formation clinique, la satisfaction du patient, la sécurité, la protection de la santé et les systèmes d'information. Le Bureau régional crée actuellement un cadre pour l'élaboration d'une politique d'amélioration de la qualité fondée sur les meilleures méthodes et les cas types recensés dans les différents pays ; il collecte également des informations destinées aux recherches actuelles sur l'amélioration de la qualité. Le Bureau régional renforce ses liens avec d'autres structures travaillant sur la qualité en Europe, comme la European Cooperation for Accreditation, la European Organization for Quality et la European Society for Quality

⁸² <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha/ALPHAProcess.pdf>, consulté le 17 mai 2002.

in Healthcare, et avec des organisations internationales telles que l'ISQua et l'International Society of Technology Assessment in Health Care.

En ce qui concerne la prestation de services d'une façon générale, le Bureau régional travaille à définir les meilleures méthodes et à mettre au point des outils permettant d'évaluer les effets de la gestion et de l'organisation sur la santé de la population et le coût des services. Favoriser la gestion des informations et élaborer des outils et des lignes directrices pour une gestion fondée sur des données probantes sont les objectifs principaux de ce volet du programme, car de nombreuses stratégies mises en place dans les pays se fondent plus sur des croyances que sur des faits avérés. Le Bureau régional mène plusieurs projets axés sur les principaux obstacles et problèmes, et une base de données accessible via Internet est en cours d'élaboration pour chacun de ces projets.

Production de ressources

Pour fournir des services de santé, il faut disposer de ressources considérables, en particulier des ressources humaines, un capital physique et des produits consommables. Les décisions en matière d'investissement et le dosage équilibré de ces ressources sont déterminants pour la performance des systèmes de santé. Les niveaux de ressources sont très différents d'un pays à l'autre de la Région européenne, ce qui traduit la difficulté de déterminer le dosage de différentes ressources garantissant le meilleur rapport coût/efficacité dans un système de santé (ce qui se traduit par des disparités importantes dans les pratiques médicales entre les pays et au sein de ces pays). La figure 39 présente les dépenses privées de santé exprimées en pourcentage du PIB.

La qualité et le dosage des différentes ressources (lits d'hôpitaux, personnel et technologies) diffèrent d'un État membre à l'autre (fig. 40). Ainsi, le nombre de médecins en Europe occidentale va de 5,5 pour 1000 habitants en Italie à 1,5 pour 1000 habitants au Royaume-Uni, soit près de quatre fois moins. De la même façon, le nombre de lits d'hôpitaux varie d'environ 10 pour 1000 habitants en Allemagne et en France à 4 pour 1000 en Espagne, au Portugal et au Royaume-Uni. Ces écarts sont encore plus nets si l'on prend en compte l'Europe orientale. Par exemple, le nombre moyen de lits dans les NEI est de 14 pour 1000 habitants. Cependant, ce chiffre élevé ne signifie pas nécessairement que l'infrastructure hospitalière y est plus importante, car certaines ressources telles que le matériel de diagnostic, les médicaments, voire le chauffage et la nourriture sont souvent insuffisants. Le nombre élevé de lits d'hôpitaux s'explique par une pratique autrefois en vigueur dans les PECO et les NEI selon laquelle les fonds étaient alloués en fonction du nombre de lits et de l'importance des effectifs. Cependant, comme indiqué plus haut, de nombreux pays ont réformé ou sont en train de réformer leur système de financement pour éviter ce phénomène pervers.

Certains pays, en particulier des PECO et des NEI, ont à faire face à des problèmes spécifiques dus non seulement au surnombre de lits d'hôpitaux et aux sureffectifs, mais aussi à l'inefficacité des infrastructures, à la vétusté des équipements et à l'impossibilité de réparer ou de remplacer le matériel en raison de l'absence de toute politique d'investissement. La plupart des bâtiments et des équipements n'ont pas été modernisés depuis 25 ans. Cette situation, qui s'ajoute à un dosage peu judicieux des ressources et à un manque de médicaments et d'appareils, entraîne non seulement une dégradation progressive de la qualité des soins, mais aussi une baisse de la motivation et du moral du personnel de santé.

D'une façon générale, on observe une tendance à la convergence dans le niveau et le dosage des ressources des systèmes de santé de la Région européenne. Comme indiqué plus haut, un mouvement général de restructuration du secteur hospitalier est en cours, dans l'optique de supprimer des lits d'hôpitaux et d'utiliser plus efficacement les infrastructures existantes tout en renforçant les soins ambulatoires (dans de nombreux

Fig. 39 : Dépenses de santé privées en pourcentage du PIB



Fig. 40 : Médecins pour 100 000 habitants



pays, les hospitalisations ont pratiquement doublé alors que les durées d'hospitalisation ont été réduites de moitié). Dans de nombreux pays européens, l'amélioration du dosage des ressources destinées aux systèmes de santé passe également par d'autres méthodes telles que l'adoption très répandue du *numerus clausus* dans les écoles de médecine et la modification du dosage de compétences de l'ensemble du personnel, avec une plus grande priorité accordée aux professionnels de soins de santé primaires, des soins infirmiers et de la santé publique.

Le principal défi à relever pour poursuivre l'amélioration des systèmes de santé semble être la mise en place de nouvelles méthodes de travail plus adaptées à la « société du savoir » qui se profile. Une nouvelle culture d'entreprise qui valorise l'information en tant que vecteur de l'amélioration de la performance et de la qualité à tous les niveaux structurels, est en train de voir le jour dans des environnements de travail moins rigides. La flexibilité et la gestion améliorée du capital humain sont des éléments primordiaux pour instaurer des systèmes de recrutement et des stratégies de fidélisation plus efficaces. L'adaptation de la formation des professionnels à ces nouvelles orientations est donc cruciale pour de nombreux pays. La réforme de l'enseignement médical fait l'objet de toutes les attentions dans les pays de l'Union européenne, qui se dirigent vers un tronc commun unifié dans les domaines les plus importants de cet enseignement. Des réformes ont déjà commencé en ce sens dans de nombreux PECO et ont fait l'objet d'un regain d'intérêt au Kirghizistan et au Tadjikistan. Le Bureau régional expérimente actuellement des indicateurs de qualité dans cinq écoles de médecine de la Région.

Pour équilibrer le dosage des ressources sanitaires, il est également possible de créer des organismes nationaux d'évaluation des technologies médicales, dotés dans certains cas d'une autorité normative et d'un pouvoir de contrôle sur l'adoption de nouvelles technologies. L'Europe occidentale se distingue actuellement par la mise en place d'un réseau remarquable d'organismes d'évaluation des technologies médicales compétents à l'échelle nationale, voire régionale.

Produits pharmaceutiques

Les politiques pharmaceutiques dans les pays européens visent d'une part à garantir l'accès à des médicaments dont la qualité, la sécurité et l'efficacité sont avérées, à un coût abordable pour la société et pour le patient et, d'autre part, à encourager l'utilisation rationnelle de ces médicaments. Cependant, trop de patients en Europe ne bénéficient pas pleinement des traitements médicamenteux existants. Il peut en être ainsi parce que les patients (ou le système de soins) ne disposent pas des ressources suffisantes pour se les procurer, que des médicaments inappropriés ou inutiles sont prescrits ou que le traitement proposé est trop cher, ce qui compromet les résultats et détourne les ressources d'une utilisation qui aurait pu être plus efficace.

Dans la Région européenne, les dépenses de médicaments vont de moins de 10 dollars par habitant dans plusieurs NEI à plus de 350 dollars dans certains pays d'Europe occidentale (tableau 7). Dans la plupart des NEI, et dans une moindre mesure dans les PECO, les dépenses de médicaments font l'objet d'un financement privé, alors qu'en Europe occidentale, elles sont très largement financées par les pouvoirs publics. Dans les pays pauvres de l'Europe, ces dépenses grèvent considérablement le budget des ménages. Le coût des traitements pharmaceutiques représente une part énorme des dépenses globales de santé dans les NEI et dans de nombreux PECO (souvent plus de 30%, voire jusqu'à 50 ou 60% pour certains pays, contre 10 à 20% en Europe occidentale). L'accès aux médicaments essentiels est donc un grave problème de santé publique, qui touche essentiellement les pauvres. La mauvaise qualité des médicaments et l'existence de contrefaçons, de même que la prescription et l'utilisation inappropriées de traitements, exacerbent encore le problème.

La mondialisation de l'économie, les accords commerciaux internationaux et les problèmes de propriété intellectuelle (ADPIC)⁸³ ont des effets sur l'accès aux médicaments dans les PECO et les NEI, notamment en ce qui concerne le traitement du VIH/sida. Les clauses de sauvegarde intégrées à l'accord sur les ADPIC (commerce parallèle, licences obligatoires), ainsi que les accords avec les entreprises pharmaceutiques sur la réduction et la fixation différenciée des prix, devront être utilisés pour garantir aux patients l'accès aux traitements médicamenteux.

Les pays d'Europe occidentale et les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne enregistrent un accroissement rapide des dépenses de médicaments compris entre 5% et 20% par an. En outre, les patients n'ont pas toujours accès aux nouveaux traitements médicamenteux. Les dépenses de médicaments augmentent plus rapidement que les dépenses de soins de santé et que le taux de l'inflation. Cette tendance s'explique par l'augmentation des prix et par l'augmentation de la consommation liée au vieillissement de la population, par l'introduction sur le marché de nouveaux médicaments onéreux et par la commercialisation de nouveaux traitements destinés à des pathologies autrefois incurables. Cependant, les résultats bénéfiques de ces nouveaux médicaments sur la santé et sur la qualité de la vie ne sont pas toujours évidents. De nombreux pays européens adoptent des principes directeurs et des procédures concernant l'évaluation du rapport coût/efficacité des médicaments et de leur utilisation, de façon à pouvoir prendre des décisions rationnelles en matière de remboursement et à garantir le bon rapport qualité/prix de ces produits.

Dans les PECO, le processus d'adhésion à l'Union européenne a d'importantes implications sur les politiques pharmaceutiques. La législation et les systèmes de réglementation sont en cours d'harmonisation et continuent de faire l'objet d'une intense collaboration entre ces pays et l'Union européenne. L'approvisionnement en

⁸³ http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/trips_e.htm, consulté le 19 mai 2002.

médicaments et le financement de ces produits, ainsi que l'avenir de l'industrie pharmaceutique, y constituent des sujets de préoccupation grandissants. De nombreux PECO dépensent déjà plus de 2% de leur PIB en médicaments. On observe une évolution dans les habitudes en matière de prescription, et notamment à un engouement pour les médicaments étrangers aux prix pratiqués en Europe occidentale et sans augmentation des budgets. Pour enrayer cette tendance, il apparaît donc primordial de mettre en application des politiques actives sur les médicaments génériques, tout en assurant aux patients des PECO l'accès aux traitements médicamenteux qui leur conviennent.

Dépenses par personne (dollars)	Europe occidentale	PECO	NEI	Population (millions)
> 300	Allemagne, Autriche, Belgique, France, Islande, Suisse			164
200–300	Danemark, Finlande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Suède, Royaume-Uni			163
100–200	Espagne, Grèce, Irlande	Hongrie, République tchèque, Slovénie		76
20–100		Bulgarie, Croatie, Estonie, ex-République yougoslave de Macédoine, Lettonie, Lituanie, Pologne, Slovaquie	Fédération de Russie	280
10–20		Roumanie	Arménie, Bélarus, Géorgie, Kazakhstan, Ukraine	109
< 10		Albanie	Azerbaïdjan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan	54

Sources : JACOBZONE, S. *Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2000 ; Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Tableau 7. Estimations des dépenses de médicaments par groupe sous-régional de pays, pour l'année 2000 ou la dernière année pour laquelle des données sont disponibles

Dans leur majorité, les pays en voie de transition travaillent à améliorer la qualité des médicaments produits à l'intérieur de leurs frontières pour les rendre conformes aux normes internationales et garantir ainsi des niveaux de qualité et de sécurité plus acceptables. Néanmoins, les petits producteurs sont parfois désavantagés par l'absence ou l'inadéquation des directives réglementaires, alors que les grandes entreprises concentrent leurs activités sur les produits les plus rentables. Cette attitude peut aboutir à une moindre disponibilité des médicaments bon marché, la solution étant alors le recours à des médicaments importés plus onéreux. L'élaboration de politiques et de directives adaptées s'impose donc comme une nécessité pour garantir la transformation des industries locales et stimuler la production d'une gamme étendue de produits génériques peu coûteux.

Fonction de direction

L'introduction de mesures incitatives dans différents sous-secteurs des systèmes de santé européens s'est accompagnée d'une augmentation du volume des réglementations due à la fois à l'apparition de nouvelles façons de concevoir ces réglementations et à l'ampleur de la gamme des outils disponibles. Dans les pays européens, la nécessité de renforcer le rôle de direction de l'État a coïncidé avec l'introduction de nouveaux mécanismes de marché et avec l'instauration d'un équilibre entre l'État et le marché dans les systèmes de santé. Les responsables de l'élaboration des politiques ont donc cherché à orienter ces mesures incitatives vers la réalisation d'objectifs sociaux. Par exemple, dans le domaine des produits pharmaceutiques, l'augmentation de l'activité des entreprises s'est accompagnée d'une augmentation de la réglementation visant à garantir une maîtrise des dépenses. Cependant, dans certaines parties de la Région européenne, les efforts en matière de réglementation ont été nettement insuffisants. Dans la Fédération de Russie et dans certains PECO, par exemple, l'activité des entreprises a augmenté trop rapidement, sans être encadrée par une réglementation adaptée. Cette situation a engendré des problèmes d'efficacité et d'équité et une réelle inquiétude quant aux conséquences d'une libre entreprise effrénée. Il convient toutefois de souligner le fait que ce problème était plus dû à un manque de capacités institutionnelles qu'aux particularités organisationnelles du système de santé.

Les faits tendent à prouver la nécessité de modifier et, dans de nombreux cas, de renforcer le rôle de l'État en tant qu'acteur principal de la réglementation et de la politique de santé. Même si d'autres acteurs tels que les organisations professionnelles peuvent participer à l'orientation des affaires sanitaires, le ministère de la santé joue le rôle principal dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé. Cette direction des affaires sanitaires requiert également la capacité de gérer les renseignements sanitaires, associée à une intuition politique et à une influence en

matière de réglementation. L'aptitude politique et technique à gérer les changements, à collecter et exploiter les informations, à réglementer le secteur privé et à négocier avec les acteurs clés a été déterminante pour le succès ou l'échec de nombreuses réformes des secteurs de santé dans la Région. Pour disposer d'un système de renseignements valable, il faut savoir gérer correctement les informations mais aussi comprendre la nécessité de sélectionner celles qui seront destinées aux responsables de l'élaboration des politiques et aux utilisateurs du système de santé.

En 1984, les États membres de la Région européenne de l'OMS ont adopté la première politique commune de la Santé pour tous en Europe (révisée en 1991, puis à nouveau en 1998). Il était convenu qu'ils élaboreraient, aux niveaux national, régional et local, des politiques de santé intersectorielles fondées sur les principes de l'équité et de la participation au processus décisionnel. En 1990, la moitié des États membres d'alors avaient établi des documents définissant une politique mais, parfois, ces textes étaient relativement vagues et n'ont jamais été concrétisés. En effet, ils prévoyaient souvent des objectifs irréalisables et ne tenaient pas suffisamment compte des contraintes budgétaires.

L'analyse de la situation dans chacun des pays montre que les politiques de santé publique ont fait leur apparition parmi les préoccupations politiques dans des circonstances très différentes, à différents moments et dans des climats politiques et économiques différents. Toutefois, les États membres attachent plus d'importance aux déterminants de la santé. La Finlande et les Pays-Bas ont véritablement tenté d'élaborer des politiques axées sur les résultats et, au Royaume-Uni, la lutte contre les inégalités sociales figure parmi les priorités politiques. De nombreux pays de la Région ont désormais adopté de véritables politiques sanitaires prévoyant des objectifs et des priorités à moyen et à long terme. Dans certains cas, ces politiques ont été ratifiées par le parlement, ce qui leur confère une plus grande légitimité et garantit leur continuité. Même des pays moins développés sur le plan économique, par exemple le Kirghizistan, ont mis en œuvre des stratégies innovantes intégrant la santé et le développement, prouvant en cela que ce type de stratégie peut être utile dans différents contextes économiques et sociaux.

En raison de la réalisation de travaux de recherche plus nombreux sur l'étendue et les causes des inégalités en matière de santé, de la détérioration de la situation sanitaire dans les PECO et du fait que des organisations telles que l'OMS, l'Union européenne et la Banque mondiale ont pris conscience des conséquences de la pauvreté sur la santé, les déterminants de la santé (notamment les systèmes de santé) ont fait l'objet d'une attention accrue depuis le milieu des années 90. Les stratégies de réduction de la pauvreté constituent la clé de voûte du programme sanitaire en Géorgie. En Lituanie, la participation active de la Commission parlementaire pour la santé et de la Direction nationale de la santé à l'organisation de conférences nationales annuelles sur la politique

sanitaire a considérablement facilité la mise en place d'un processus décisionnel faisant appel à la participation. Elle a également permis de maintenir parmi les priorités politiques la nécessité d'établir un processus décisionnel fondé sur des données probantes. L'évaluation des effets sanitaires offre également un moyen de relier le secteur de la santé à d'autres secteurs, et des pays tels que les Pays-Bas et la Suède ont déjà acquis une précieuse expérience dans ce domaine. (Au Royaume-Uni, l'évaluation des effets sanitaires est considérée plus comme un processus de consultation que comme un outil permettant une prise de décision fondée sur des données probantes.)

Les fortes pressions en faveur de la décentralisation et l'apparition de nouveaux groupes d'intérêts ont contribué à l'amélioration des moyens de participation au processus décisionnel, notamment par l'utilisation de technologies modernes, par exemple Internet. Ces progrès ont à leur tour permis d'améliorer la base d'informations et de connaissances utilisée pour l'élaboration des politiques de santé, tout particulièrement en ce qui concerne les inégalités. Il existe plusieurs exemples tendant à prouver que la communication d'informations sur la santé publique influence le processus décisionnel. Les citoyens, et en particulier les patients, souhaitent de plus en plus être associés aux décisions relatives aux questions de santé (qu'il s'agisse de leur propre santé ou de santé publique), tant au niveau des choix de politique sanitaire que de l'évaluation des résultats. Depuis 1993, pas moins de 14 pays européens ont adopté des chartes des patients ou des législations sur les droits des patients. La Déclaration de l'OMS sur la promotion des droits des patients en Europe⁸⁴ a été établie en 1994. Dans certains pays, le manque de connaissances chez les professionnels de la santé reste un obstacle considérable à l'application de la législation dans ce domaine.

Le renforcement des systèmes de santé dans les États membres a été défini comme une priorité mondiale de l'OMS pour la période biennale actuelle et pour la suivante, comme en atteste la nouvelle stratégie pour les pays mise au point par le Bureau régional⁸⁵. Ce dernier a pour objectif d'aider les États membres à choisir des méthodes de mesure de leur performance, à recenser les facteurs qui déterminent cette performance et à améliorer leur système pour mieux répondre aux besoins de la population. Le travail de l'Observatoire européen des systèmes de santé met en évidence les efforts accomplis par le Bureau pour fournir des informations et des éléments d'appréciation sur les liens entre la politique de santé et les réformes des

⁸⁴ *Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1994 (document EUR/ICP/HLE 121).

⁸⁵ *Stratégie du Bureau européen de l'OMS pour les pays – « Adapter les services aux nouveaux besoins »*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document EUR/RC50/10).

La nouvelle politique de santé publique de la Suède

Un comité national de santé publique doté d'une large assise parlementaire a été créé en 1997. Son objectif principal était de proposer une stratégie nationale et des buts précis en matière de santé publique, qui serviraient de lignes directrices pour les services de l'État, les administrations publiques régionales et locales et les organisations non gouvernementales.

Fin 2000, un document présentant des propositions relatives à 18 objectifs nationaux de santé publique a été rendu public. Ces objectifs étaient axés sur les déterminants de la santé et les infrastructures fondamentales nécessaires à l'action de prévention. Un projet de loi doit être présenté au Parlement en 2002. Le Comité s'est surtout attaché à présenter ces objectifs en termes de *déterminants* de la santé.

Cette nouvelle politique vise à faire de l'amélioration de la santé publique un but principal de la politique générale du gouvernement suédois. Toutes les autorités publiques, à tous les niveaux de la société, devront se conformer aux objectifs définis, qui couvrent de nombreux domaines (politique économique, protection sociale, marché du travail, agriculture, transports et environnement). Le but principal recherché est de parvenir à un niveau de santé publique plus équitable entre les classes sociales et entre les hommes et les femmes, en influençant tous les secteurs impliqués dans l'élaboration et l'application des mesures concernées.

Cette politique prévoit 10 grands domaines d'action :

1. *Amélioration du système de sécurité sociale et lutte contre la pauvreté*, dans le but de développer les ressources sociales. Les écarts de revenus importants doivent à tout prix être évités.
2. *Pouvoir, influence et participation politiques*. Tous les groupes de la société, notamment les personnes socialement vulnérables et les immigrés doivent bénéficier de droits démocratiques. Tous les citoyens doivent pouvoir participer à la prise des décisions politiques.
3. *Amélioration des conditions de vie et de sécurité des enfants et des jeunes*. L'une des façons d'atteindre ce but est d'améliorer la situation économique et sociale des familles avec enfants. Les familles monoparentales et socialement vulnérables doivent à cet effet bénéficier d'un soutien particulier.
4. *Amélioration de la santé sur le lieu de travail et du niveau d'hygiène du travail*. Les congés de maladie ont augmenté de façon considérable au cours des cinq dernières années.
5. *Milieu favorable à la santé et accès à des produits sains*. L'environnement intérieur et extérieur est important, de même que la qualité de l'air.
6. *Amélioration des services de santé*. L'amélioration de la santé de la population doit être un objectif clairement exprimé pour les services de santé.
7. *Promotion de l'activité physique*.
8. *Amélioration des habitudes alimentaires et hygiène de l'alimentation*.
9. *Réduction du tabagisme, de la surconsommation d'alcool et des effets nocifs de la dépendance au jeu*. La lutte contre les stupéfiants doit se poursuivre, dans l'optique d'une société sans drogue. La lutte contre le dopage dans les milieux sportifs doit s'intensifier.
10. *Réduction de la propagation des maladies infectieuses et promotion des comportements sexuels sans risque*. Les efforts de santé publique dans ce domaine portent plus particulièrement sur le VIH/sida et sur les autres infections sexuellement transmissibles.

systèmes de soins de santé et sur l'impact de ces réformes sur l'équité en matière de santé. Un groupe consultatif et un groupe d'experts sur le développement des systèmes de santé ont été créés pour aider les pays à renforcer ou à améliorer leur système de santé grâce à un ensemble d'outils et de méthodes éprouvés.

Bibliographie

Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (<http://www.anaes.fr>, consulté le 30 juillet 2001).

ALTENSTETTER, C. ET AL. *Health policy reform, national variations and globalization*. Basingstoke, Macmillan, 1997 (Advances in Political Science).

BLANE, D. ET AL. *Health and social organization: towards a health policy for the twenty-first century*. Londres, Routledge, 1996.

CHINITZ, D. Balancing competition and solidarity in health care financing, In: Saltman, R.B. et al., ed. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.

CHINITZ, D. ET AL. *Governments and health systems: implications of differing involvements*. Chichester, Wiley, 1998.

DANZON, M. & POITRINAL, P. La santé malade de l'économisme. *Le monde diplomatique*, 3: 11 (1996).

DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. *International journal for quality in health care*, 8: 401–407 (1996).

Comité européen de normalisation (<http://www.cenorm.be>, consulté le 30 juillet 2001).

EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. *EFQM excellence model* (<http://www.efqm.org>, consulté le 30 juillet 2001).

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (<http://www.emcdda.org>, consulté le 30 juillet 2001).

Observatoire européen des systèmes de santé (<http://www.observatory.dk>, consulté le 26 juillet 2001).

European Organization for Quality (<http://www.eoq.org/start.html>, consulté le 30 juillet 2001).

European Society for Quality in Health Care (<http://www.esqh.net>, consulté le 30 juillet 2001).

FEDERATION FOR INTERNATIONAL COOPERATION OF HEALTH SERVICES AND SYSTEMS RESEARCH CENTERS (FICOSSER). *Proceedings of FICOSSER research, health sector reform in central and eastern Europe: current trends and priority research*. Varsovie, Centre national pour la gestion des systèmes de santé, 1999.

GARCIA-BARBERO, M. *Evaluating hospital effectiveness and efficiency*. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2000 (document EUR/ICP/DLVR 03 05 03).

GRIFFITH, B. Competition and containment in health care. *International journal of health services*, **30**: 257–284 (2000).

HAM, C. *Health care reform: learning from international experience*. Buckingham, Open University Press, 1997.

SANTÉ 21. *La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l’OMS*. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1999 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 6).

HUNTER, D. & BERMAN, P. Public health management – time for a new start? *European journal of public health*, **7**: 345–349 (1997).

Organisation internationale de normalisation (<http://www.iso.ch>, consulté le 30 juillet 2001).

International Society for Quality in Health Care (ISQUA) (<http://www.isqua.org.au>, consulté le 30 juillet 2001).

INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE (ISQUA). *ALPHA – bringing the world of healthcare accreditation together* (<http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha.html>, consulté le 20 mai 2002).

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (<http://www.jcaho.org>, consulté le 30 juillet 2001).

KALO, I. Development of quality of health systems in Europe. *Eurohealth*, **6**(5): 20–22 (2000).

King’s Fund (<http://www.kingsfund.org.uk>, consulté le 30 juillet 2001).

KUTZIN, J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health policy*, **56**: 171–204 (2001).

KUTZIN, J. ET AL. *How health insurance affects the delivery of health care in developing countries*. Washington, DC, Banque mondiale, 1992.

LEATHERMAN, S. ET AL. International collaboration: harnessing differences to meet common needs in improving quality of care. *Quality in health care*, **9**: 143–144 (2000).

LONDON SCHOOL OF ECONOMICS AND POLITICAL SCIENCE. *Health and social care* (http://www.lse.ac.uk/Depts/lse_health, consulté le 30 juillet 2001).

LUBITZ, J. & RILEY, G. Trends in Medicare payments in the last year of life. *New England journal of medicine*, **328**: 1092–1096 (1993).

MACKENBACH, N.P. The contribution of medical care to mortality decline: Mckeown revisited. *Journal of clinical epidemiology*, **49**: 1207–1213 (1996).

MCKEE, M. & HEALY, J., ED. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.

MCKEE, M. ET AL., ED. *Health care in central Asia*. Buckingham, Open University Press, 2002.

MOSSIALOS, E. ET AL., ED. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.

National Institute for Clinical Excellence (<http://www.nice.org.uk>, consulté le 30 juillet 2001).

NEUBERGER, J. The educated patient: new challenges for the medical profession. *Journal of internal medicine*, 247: 6–10 (2000).

NORMAND, C. Ten popular health economic fallacies. *Journal of public health medicine*, 20: 129–132 (1998).

SALTMAN, R.B. & FERROUSSIER-DAVIS, O. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 732–739 (2000).

SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. *European health care reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 1997 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 72).

SALTMAN, R.B. EJPH policy forum: risk adjustment strategies in three social health insurance countries. *European journal of public health*, 11: 121 (2001).

SALTMAN, R.B. ET AL. A methodological note on combining health and social care expenditures into a single statistic for policy-making purposes. *European journal of public health*, 11: 93–96 (2001).

SALTMAN, R.B. ET AL., ED. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.

SALTMAN, R.B. ET AL., ED. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002.

SAVAS, S.B. *MACH: a methodology for analysing contracting in health care*. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2000 (document EUR/00/5017691).

SCHWARTZ, F.W. ET AL. *Fixing health budgets : experience from Europe and North America*. Chichester, Wiley, 1996.

SHAW, C.D. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization. *International journal for quality in health care*, 12: 169–175 (2000).

SMITH, P. *Reforming markets in health care: an economic perspective*. Buckingham, Open University Press, 2000.

Comité permanent des hôpitaux de l’Union européenne (HOPE) (<http://www.hope.be>, consulté le 30 juillet 2001).

La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1996 (document EUR/ICP/CARE 9401/CN01).

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT 2001. *Mettre les nouvelles technologies au service du développement humain.* New York, De Boeck, 2001.

VAN DOORSLAER, E. ET AL., ED. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective.* Oxford, Oxford University Press, 1993.

VIENONEN, M. ET AL. Towards evidence-based health care reform. *Bulletin of the World Health Organization*, 77: 44–47 (1999).

WAGSTAFF, A. ET AL. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of health economics*, 18: 263–290 (1999).

BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'EUROPE. *The STI Task Force* (<http://healthdatabases.org/who1>, consulté le 30 juillet 2001).

WOODWARD, C.A. *Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care: a process of change.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (document WHO/EIP/OSD/00.1).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Safe Injection Global Network* (<http://www.injectionsafety.org>, consulté le 30 juillet 2001).

Conclusion

Sur le plan de la santé, une fracture s'est creusée entre l'est et l'ouest de la Région européenne de l'OMS, et la situation à l'est s'est considérablement dégradée. Dans certains PECO et NEI, l'abaissement de l'espérance de vie et la diminution du taux de natalité se traduisent par une croissance démographique négative. Il existe toujours des inégalités inacceptables entre différents groupes sociaux, même dans les pays les plus riches, en ce qui concerne la situation sanitaire. Dans leur grande majorité, les données accumulées révèlent le rôle capital joué par les principaux déterminants économiques, sociaux, environnementaux et institutionnels, dans l'apparition et l'aggravation de ces inégalités. En revanche, il est plus difficile d'évaluer précisément la valeur quantitative de ce rôle, de comprendre l'interdépendance entre ces différents facteurs et d'identifier, dans la chaîne des causes et des effets, les maillons qui peuvent être brisés par des mesures de santé publique. Compte tenu de la Déclaration mondiale sur la santé adoptée en 1998⁸⁶ et de l'attachement qu'elle marquait au principe du meilleur état de santé que chacun peut atteindre, il est difficile d'envisager de telles disparités en matière économique et sanitaire dans une optique autre que celle des droits de l'homme.

Le facteur génétique, de même que d'autres facteurs personnels, ont une influence évidente sur la prédisposition des individus aux maladies. Cependant, ces facteurs ne semblent pas jouer un rôle important dans les différences qui existent au niveau de la santé des populations. Les modes de vie et les facteurs de risque n'expliquent que partiellement les variations observées dans la survenue des maladies. En revanche, de nombreux éléments tendent à indiquer que l'environnement économique et social est déterminant pour l'état de santé des populations. Les recherches sur les liens entre les pathologies et l'organisation de la société ont démontré que les disparités en matière de santé étaient pour une grande part le reflet de déterminants économiques et sociaux. Des données provenant de plusieurs sources indiquent que si la richesse économique globale a son importance, il est également nécessaire de prendre en considération la répartition de cette richesse. La population est en meilleure santé dans les sociétés jouissant d'une plus grande cohésion et d'une pauvreté relative moins importante. Dans les sociétés développées, du moins, la santé dépend plus des revenus relatifs que des revenus absolus.

Le stress psychosocial est de plus en plus reconnu comme un facteur clé de nombreux troubles, notamment l'hypertension, la psychose alcoolique, la névrose, l'homicide, le suicide, les décès par accident, les ulcères et la cirrhose du foie. Il est intéressant de souligner que ces problèmes tendent à augmenter dans les pays soumis à une transition économique et sociale rapide et insuffisamment étayée par des mesures de politique

⁸⁶ <http://www.who.int/archives/hfa/ear7.pdf>, consulté le 17 mai 2002.

sociale. Si aucune action n'est entreprise, les disparités grandissantes que l'on observe dans de nombreux pays sur le plan de la répartition des revenus risquent d'aboutir à une augmentation du stress psychosocial, aussi bien dans la partie orientale que dans la partie occidentale de l'Europe.

L'accès universel à des services de santé humains et efficaces est un impératif primordial dans les sociétés évoluées et l'incapacité de ces services à atteindre ce but engendrera des souffrances inutiles. Bien que des recherches restent à accomplir sur les rapports exacts entre la santé et les soins, la modernisation des systèmes de santé peut aboutir à une amélioration de la santé, ce que la Région européenne ne peut pas se permettre de sous-estimer. Compte tenu de la diversité et du pluralisme grandissants des systèmes de santé dans les sociétés modernes, la principale difficulté qui se pose aux États membres est de renforcer leur capacité à gérer efficacement cette complexité, en renforçant leur aptitude à surveiller les tendances, recenser les options de changement, évaluer les données disponibles, définir des priorités, établir des plans d'action et veiller à leur application, mesurer les résultats et prendre des mesures correctives, le cas échéant. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe peut de son côté apporter un soutien continu aux pays pour les aider à améliorer leurs systèmes de santé ; il peut le faire en procédant à l'analyse systématique des expériences nationales et en fournissant des conseils sur les différents processus d'élaboration, d'application, de surveillance et d'évaluation des politiques sanitaires ; en partageant les informations, les objectifs et les priorités ; en mettant en place un dialogue démocratique et un processus décisionnel intégré ; en définissant des normes ; et enfin en encourageant et en développant les capacités de négociation de groupes spécifiques.

L'amélioration de la santé passe par la prise en compte du rapport fondamental et de l'équilibre entre la santé et le contexte politique, social, économique et institutionnel, par une vision globale du développement durable et par une démarche d'ensemble en matière de politique de santé publique. De même que la situation sanitaire dépend de nombreux déterminants sociaux, la politique de santé publique doit faire porter la responsabilité de l'amélioration de la santé sur tous les secteurs et acteurs de la société et obliger ces derniers à répondre de leurs actes. Un engagement plus fort et une action plus vigoureuse s'imposent pour s'attaquer aux déterminants de la santé. Les politiques ayant donné les meilleurs résultats en matière de santé publique sont celles qui abordent les questions de la croissance économique, du développement humain et de la santé de manière intégrée. Les disparités de revenus, les choix en matière de santé, la protection de l'environnement et l'accès à l'éducation et à l'emploi sont autant de variables qui relèvent de la politique des pouvoirs publics et sur lesquelles il est possible d'agir pour améliorer l'état de santé et le bien-être de l'ensemble de la population. Les mesures budgétaires et juridiques sont de puissants instruments de réglementation qui permettent de s'attaquer aux causes profondes de la mauvaise santé. Pour que ces réglementations puissent être appliquées efficacement, tous les secteurs et les

organismes intéressés au sein de la société doivent les soutenir mais, avant toute chose, elles doivent bénéficier du soutien et de la confiance du public. Il est possible d'obtenir ce soutien et cette confiance en mobilisant la société dans son ensemble et en favorisant un débat éclairé par une communication efficace.

ANNEXE 1

Méthodes d'évaluation de la performance des systèmes de santé

Au cours des dernières années, l'OMS et ses États membres ont coopéré à la mise au point d'un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé, dans l'optique de renforcer ces systèmes de santé au niveau national. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* a fourni un exposé détaillé de ce cadre, décrit les indicateurs pouvant servir à mesurer la performance des systèmes de santé et présenté une analyse de cette performance dans les États membres. L'objectif de ce rapport était de poser les jalons pour l'élaboration d'une base d'informations sur le rapport entre l'organisation des systèmes de santé et leurs résultats, ces informations devant aider les gouvernements dans l'élaboration de leur politique sanitaire.

La présente annexe s'articule autour des trois éléments mentionnés ci-dessus et explique les principaux points de méthodologie qui leur sont associés.

A. Cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé

Ce cadre comprend les limites, les objectifs, les fonctions et la performance des systèmes de santé.

i) Limites

L'ensemble des ressources, organisations et intervenants qui entreprennent ou soutiennent des actions sanitaires sont considérés comme partie intégrante du système de santé. Une action sanitaire se définit comme une action dont l'objectif principal est la promotion, la protection ou l'amélioration de la santé.

ii) Objectifs

Trois des objectifs intrinsèques auxquels contribue le système de santé sont *a)* la bonne santé, *b)* la réactivité aux attentes autres que celles concernant la santé et *c)* l'équité de la contribution financière. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* s'est attaché à déterminer dans quelle mesure les différents pays avaient atteint ces objectifs.

iii) Fonctions

Les quatre fonctions principales sont *a*) le financement (notamment collecte des recettes, mise en commun des fonds et achat) ; *b*) la prestation de services de santé individuels et collectifs ; *c*) la production de ressources (notamment ressources humaines, équipements, etc.) ; et *d*) la fonction de direction ou de contrôle du système de santé.

iv) Performance

Un indice des résultats d'ensemble des objectifs a été calculé à partir de la somme pondérée des notes attribuées aux pays pour chacun des cinq indicateurs mentionnés ci-après. En outre, on a mesuré l'efficacité avec laquelle ce niveau de résultats a été atteint en la présentant sous la forme d'un indice de performance. Cet indice a permis de mesurer les résultats réels par rapport aux résultats « potentiels » (les plus élevés possibles) en fonction des ressources disponibles, associées ou non aux systèmes de santé, qui sont utilisées pour améliorer le niveau sanitaire.

B. Indicateurs

Cinq indicateurs permettant de mesurer le degré de réalisation des objectifs des systèmes de santé ont été définis.

i) Niveau de santé

Jusqu'à la fin du siècle dernier, les données communiquées sur l'état sanitaire se limitaient essentiellement aux statistiques de la morbidité et de la mortalité et à l'incidence et à la prévalence des maladies transmissibles. Compte tenu de la prédominance actuelle des maladies non transmissibles, la mesure des conséquences autres que mortelles des maladies, notamment en ce qui concerne les maladies chroniques et les traumatismes, revêt un intérêt grandissant pour tous les États membres.

Au terme de plus de quinze années de travaux, l'OMS a introduit le concept d'« espérance de vie en bonne santé » en même temps que son indicateur, l'espérance de vie corrigée de l'incapacité, qui correspond au niveau de santé atteint dans une population donnée. Cet indicateur a récemment été rebaptisé « espérance de vie en bonne santé ». Il part de l'espérance de vie à la naissance en la corrigeant en fonction du *nombre d'années en mauvaise santé*. L'espérance de vie à la naissance est un indice synthétique de la mortalité. Les données relatives à la mortalité en fonction de l'âge peuvent être obtenues à partir des registres nationaux d'état civil, des enquêtes sanitaires et des statistiques officielles résultant de sondages.

La mesure de la durée de vie en mauvaise santé se fondait sur des résultats normalisés provenant d'enquêtes transversales utilisant la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

ii) Distribution de la santé

Pour évaluer l'équité de la distribution des résultats sanitaires dans la population, l'OMS propose que les pays mesurent la répartition de l'espérance de vie en bonne santé entre les différents groupes humains. Ces données n'étant pas encore entièrement disponibles pour tous les groupes de population, le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* a utilisé celles relatives à la survie des enfants, qui sont disponibles au niveau individuel pour de nombreux pays, afin de mesurer les inégalités dans ce domaine.

iii) Degré de réactivité et iv) distribution de cette réactivité

Chaque système de santé doit avoir pour objectif de répondre efficacement et équitablement aux attentes légitimes de la population dans des domaines autres que celui de la santé. L'indicateur de réactivité des systèmes de santé est conçu pour mettre en évidence le respect des personnes et l'attention accordée au client. Le respect des personnes, tel qu'il a été défini dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, englobe le respect de la dignité, de l'autonomie et de la confidentialité, tandis que l'attention accordée au client concerne la rapidité de la prise en charge, la qualité des services annexes, l'accès à des réseaux de soutien social pendant les soins et le choix des prestataires.

La notion de réactivité vise moins à rendre compte des attentes de la population vis-à-vis du système de santé que des expériences vécues par cette population et de ses rapports avec le système. Pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, des enquêtes auprès d'informateurs clés ont été utilisées pour estimer à la fois le niveau et la distribution de la réactivité.

v) Équité de la contribution financière

La fraction de revenu disponible pouvant être consacrée au système de santé par chaque ménage indique dans quelle mesure la production de ressources correspond à la capacité financière des ménages. Cette fraction correspond à la contribution totale d'un ménage au système de santé (paiements directs, impôts, cotisations de sécurité sociale, etc.) divisé par le total des dépenses (en tant que valeur représentative du revenu), moins les dépenses de la vie courante (limitées aux dépenses alimentaires dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*).

Ces données résultent d'enquêtes sur les revenus et les dépenses, de barèmes des impôts des cotisations de sécurité sociale et de primes d'assurance maladie, et de comptes nationaux de la santé, lorsqu'ils étaient disponibles. Ces comptes permettent également une évaluation systématique des ressources investies dans le système de santé par les secteurs public et privé.

C. Mesure de la performance des systèmes de santé

La performance ou l'efficacité d'un système de santé peut être mesurée d'après le rapport entre les résultats atteints et les ressources mises en œuvre pour parvenir à ces résultats. Parmi les ressources qui concourent à la production de la santé, il faut prendre en compte celles qui relèvent des systèmes de santé mais également les autres, par exemple l'enseignement. Les estimations du *Rapport sur la santé dans le monde 2000* se fondaient sur des techniques économétriques qui sont largement utilisées dans d'autres secteurs de l'économie depuis de nombreuses années.

Depuis la publication du *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, d'autres sources de données ont fait leur apparition et des changements de méthodologie ont été suggérés.

D. Aspects méthodologiques

Espérance de vie en bonne santé

L'estimation de l'espérance de vie en bonne santé se fonde sur le calcul standard de l'espérance de vie à la naissance. On estime ensuite le nombre d'années pendant lesquelles un nouveau-né peut espérer vivre dans des états de santé autres que la parfaite santé. Il convient enfin de définir une méthode permettant d'attribuer une valeur à cette période de santé amoindrie par rapport à une période identique de vie en parfaite santé.

Des recherches sont continuellement effectuées pour définir des méthodes permettant d'estimer les périodes d'une existence pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre en parfaite santé et dans des états autres que la parfaite santé. Par exemple, les enquêtes auprès des ménages peuvent fournir des informations sur la prévalence des différents états de santé par âge et par sexe, et une enquête actuellement menée par l'OMS dans plusieurs pays⁸⁷ vise à tester des instruments potentiels. Les personnes interrogées sont amenées à se classer dans six principaux domaines qui ont été définis à partir de l'analyse approfondie des instruments de mesure de l'état de santé actuellement disponibles. Ces six domaines, sélectionnés dans une liste qui en comportait initialement 20, sont ceux qui ont été en majorité retenus comme indispensables à une définition de la santé. Des enquêtes sur les ménages réalisées directement auprès des personnes dans 15 pays portent sur les 20 domaines de la liste et font appel à une nouvelle technique, à savoir l'utilisation de tests de performance pour étalonner l'état de santé déclaré dans des domaines déterminés tels que la fonction

⁸⁷ ÜSTÜN, T.B. ET AL. *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000–2001*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (GPE Discussion Paper 37).

cognitive, la mobilité et la vision. Pour les domaines ne permettant pas l'utilisation de tests de performance, on effectue cet étalonnage en posant des questions relatives à des situations hypothétiques.

Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 a eu recours à des estimations déjà publiées de l'« incapacité ». L'année dernière, l'OMS a entrepris un vaste programme visant à améliorer la base méthodologique et empirique permettant d'évaluer les états de santé. Pour résoudre cette problématique méthodologique, l'OMS a mis en œuvre avec les États membres une stratégie de collecte de données à deux niveaux : organisation de grandes enquêtes auprès des ménages sur des échantillons représentatifs de la population dans plusieurs pays, et enquêtes plus détaillées, dans les mêmes zones géographiques, auprès de personnes ayant atteint un niveau d'instruction élevé.

Comparabilité entre les pays

L'un des aspects méthodologiques majeurs de l'étude des états de santé et de la réactivité réside dans la façon dont les personnes interrogées répondent aux questions impliquant un classement par catégories (par exemple, très mauvais, mauvais, satisfaisant, bon et excellent). Les différents groupes se classent de différentes façons par rapport à la variable mesurée. Dans certaines enquêtes, par exemple, les personnes ayant un niveau d'instruction ou de revenus supérieur déclarent un état de santé plus mauvais que celles relativement moins bien loties sur ces deux plans, alors que des mesures plus objectives tendent à indiquer le contraire. Dans certains pays, des personnes âgées déclarent un état de santé aussi satisfaisant que les plus jeunes, en dépit d'éléments objectifs allant à l'encontre de cette affirmation.

Il s'agit donc d'établir une correspondance entre d'une part les valeurs d'une variable permettant de mesurer le niveau de santé et, d'autre part, les réponses catégorielles des personnes interrogées, qui peuvent varier en fonction des groupes sociodémographiques. L'OMS travaille sur plusieurs méthodes statistiques visant à corriger les différences non aléatoires observées dans l'auto-évaluation de la santé entre les différents sous-groupes de population. La première de ces méthodes se fonde sur le modèle de probit en ordonnancement hiérarchique (HOPIT) et sur l'utilisation de tests et de questions relatives à des situations hypothétiques, comme indiqué plus haut.

Des tests effectués sur des sous-échantillons représentatifs de la population permettent d'évaluer et de corriger les différences de déclaration non aléatoires dans l'autoévaluation de la santé. Il peut s'agir, par exemple, de l'optotype de Snellen pour la vision et du test posturocynétique pour la mobilité. Une autre technique corrective faisant appel à l'utilisation de situations hypothétiques se révèle particulièrement utile lorsque la réalisation de ces tests s'avère difficile, onéreuse ou impossible.

Les situations hypothétiques prennent ici la forme de descriptions d'individus imaginaires correspondant aux différents niveaux d'un paramètre de santé donné. Par exemple, les personnes interrogées sont invitées à classer l'aptitude d'individus imaginaires à prendre soin d'eux-mêmes dans les différentes catégories proposées. Il leur est ensuite demandé de classer leur propre aptitude dans l'une de ces catégories. On constate alors des différences dans le classement des individus imaginaires par les différents groupes de personnes, ce qui révèle l'utilisation implicite de lignes de démarcation différentes entre les catégories. Les réponses portant sur les individus imaginaires permettent ensuite de corriger les réponses aux questions portant sur la santé des personnes interrogées, à l'aide du modèle HOPIT. Les prédictions relatives aux mesures corrigées de l'état de santé effectuées à l'aide des descriptions d'individus hypothétiques et de l'autodéclaration sur la question relative au domaine principal peuvent ensuite être utilisées pour corriger les distorsions induites par l'autodéclaration sur les questions auxiliaires à l'aide du modèle HOPIT composite⁸⁸.

Inégalités en matière de santé

L'objectif est de procéder à une évaluation des inégalités d'espérance de vie en bonne santé. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* contient des estimations de l'inégalité de survie chez les enfants, qui se fondent sur des données résultant d'enquêtes démographiques et sanitaires dans les pays en développement et de statistiques d'état civil par zones géographiques restreintes (district, municipalité, etc.) dans les pays développés. En ce qui concerne les pays pour lesquels les données n'étaient pas disponibles, les estimations se fondaient sur un modèle de régression. À ce jour, dix pays ont accepté de fournir des informations mettant en relation les registres des décès et les registres de recensement ou les enquêtes sanitaires. Pour ces pays, il sera possible d'estimer les inégalités en matière d'espérance de vie en bonne santé à partir d'enregistrements individuels, puis de comparer ces estimations à celles obtenues à partir des données relatives aux zones géographiques restreintes d'un pays. Cette comparaison permettra d'ajuster les estimations au niveau des zones restreintes, dans les pays pour lesquels des enregistrements individuels ne sont pas disponibles. Pour vérifier la validité de cette méthode, nous espérons pouvoir coopérer avec de nombreux autres pays et obtenir des données mises en relation ou des données portant sur des zones restreintes. Pour les autres pays, il faudra avoir recours à un modèle statistique pour estimer les inégalités d'espérance de vie en bonne santé.

⁸⁸ Les situations hypothétiques sont également utilisées pour neutraliser les décalages entre les pays concernant les lignes de démarcation dans les enquêtes de réactivité décrites ci-après.

Niveau et distribution de la réactivité

L'une des critiques formulées à l'encontre des méthodes utilisées dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* portait sur le fait que les estimations de la réactivité étaient fondées sur les réponses fournies par un nombre restreint de personnes vivant dans peu de pays. L'enquête menée actuellement dans plusieurs pays vise en partie à étudier des méthodes permettant d'obtenir des informations fiables et valables sur la réactivité. À ce jour, des enquêtes sur des ménages représentatifs ont été entreprises dans 68 pays soit par voie postale, soit en face à face (pour certaines, les deux méthodes ont été utilisées). En outre, des enquêtes auprès d'informateurs clés sont actuellement menées, qui permettront de tester de façon rigoureuse les rapports entre les réponses obtenues dans le cadre des différents types d'enquête. Les enquêtes auprès d'informateurs clés sont plus pratiques, plus rapides et plus économiques que les enquêtes sur des ménages représentatifs, qui représentent la norme idéale. Le programme d'enquêtes actuel indiquera si les résultats obtenus par le biais de ces deux méthodes concordent et si l'option moins coûteuse et plus pratique offre également des réponses valables.

L'un des inconvénients majeurs des instruments d'enquête fondés sur l'expérience des personnes interrogées au sujet des systèmes de santé réside dans le fait que les attentes de ces personnes peuvent varier en fonction de facteurs culturels et du milieu socioéconomique. Il s'agit là de la question de la comparabilité entre les pays évoquée plus haut ; en d'autres termes, les différences observées dans les réponses pourraient ne traduire que la diversité des attentes, et non pas les variations de la réactivité du système. Pour pallier cet inconvénient, l'OMS a fait appel à une méthode d'enquête innovante, à savoir l'utilisation de situations hypothétiques décrivant de quelle manière une personne imaginaire est traitée dans les différents domaines de la réactivité. Il pourrait s'agir par exemple du cas d'une personne qui se présente dans un hôpital disposant d'un nombre de lits insuffisants ou d'un patient qui se rend compte que son entretien avec un médecin a été entendu par un tiers. Les personnes interrogées sont invitées à attribuer une note à l'expérience de cette personne hypothétique quant au degré de réactivité du système dans cette situation. Cette note est ensuite utilisée comme point de référence pour étalonner la note que ces personnes attribuent à leur propre expérience et la corriger en compensant les différences d'attentes. Les résultats des enquêtes qui ont été menées à ce jour sont en cours d'analyse, dans le but d'évaluer la mesure dans laquelle les situations hypothétiques rendent compte des différences d'attentes et les compensent.

Équité de la contribution financière à la santé

Le débat sur l'indicateur de l'équité de la contribution financière a principalement porté sur trois points. Premièrement, des commentateurs se sont demandés si la population se souciait réellement de l'équité de la contribution financière à la santé. Cette question sera examinée dans le cadre de travaux qualitatifs en cours.

Deuxièmement, pour l'établissement du *Rapport sur la santé dans le monde 2000* on ne disposait des données que sur les revenus des ménages de 23 États membres et des projections ont dû être effectuées pour les autres pays. Troisièmement, il a été soutenu que l'indice ne permettait pas de rendre pleinement compte des préoccupations des populations concernant le caractère progressif des contributions.

L'OMS a accompli des efforts considérables, en coopération avec les États membres, pour répertorier les enquêtes sur les revenus et les dépenses qui permettraient d'évaluer l'équité de la contribution financière. On dispose maintenant d'enquêtes récentes sur 70 pays, parfois sur plusieurs années, qui offrent 96 points de données au total. La recherche de données se poursuit pour d'autres pays.

La question de la progressivité est étudiée sous deux angles. Dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, la contribution financière des ménages était estimée en tant que total des dépenses de santé divisé par les dépenses effectives autres que les dépenses de subsistance. Ces dépenses correspondaient aux dépenses totales des ménages moins les dépenses de nourriture, qui sont considérées comme l'élément le plus important des dépenses de subsistance pour les ménages pauvres. Cette méthode introduit une certaine progressivité dans l'indice d'équité de la contribution financière, car les ménages les plus riches consacrent une proportion moins importante de leurs dépenses totales à la nourriture que les ménages les plus pauvres. Cependant, on a fait valoir qu'une partie des dépenses alimentaires ne relève pas des dépenses de subsistance (ce qui est particulièrement vrai pour les ménages riches, qui consacrent une grande part de leurs dépenses alimentaires à l'achat d'articles qui ne sont pas indispensables à la subsistance). La contribution financière des ménages ne rend donc pas très bien compte des dépenses autres que les dépenses de subsistance dans le dénominateur. En conséquence, tel qu'il était calculé dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, cet indice surestimait les pourcentages de revenus autres que les revenus de subsistance que représentait la contribution des ménages les plus riches à la santé.

Pour pallier cet inconvénient, d'autres spécifications du dénominateur sont actuellement à l'étude. Elles sont toutes fondées sur une définition des dépenses de subsistance en tant que niveau requis pour permettre à un ménage de vivre au-dessus du seuil de pauvreté (1 dollar par jour, en dollars internationaux de 1985). Cette définition a été ajustée sur l'année de l'enquête sur les dépenses. On utilise les parités de pouvoir d'achat (PPA) de nourriture plutôt que les PPA classiques pour convertir en unités monétaires locales les estimations obtenues en dollars internationaux, et permettre ainsi la comparaison avec les données recueillies dans le cadre des enquêtes. Ce dénominateur rend la contribution financière des ménages plus progressive. En outre, différentes formes fonctionnelles de l'équation définissant l'indice d'équité de la contribution financière sont actuellement expérimentées, bien qu'elles soient actuellement toutes fortement corrélées.

Résultats d'ensemble

Dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, l'indice des résultats d'ensemble a été obtenu à partir de la somme pondérée des notes attribuées pour cinq indicateurs. Une enquête effectuée via Internet auprès de plus d'un millier de personnes (essentiellement des professionnels de la santé) a permis de calculer les coefficients de pondération suivants : 25% pour le niveau de santé, 25% pour l'inégalité en matière de santé, 12,5% pour la réactivité, 12,5% pour l'inégalité de la réactivité et 25% pour l'équité de la contribution financière.

La variation de ces coefficients de pondération selon l'environnement fait l'objet d'une étude attentive dans de nombreuses enquêtes représentatives de la situation nationale. Les analyses préliminaires semblent indiquer que les coefficients de pondération attribués aux objectifs varient d'un pays à l'autre, mais que les variations observées jusqu'à présent n'ont pas une influence déterminante sur les résultats des systèmes de santé (fig. 1).

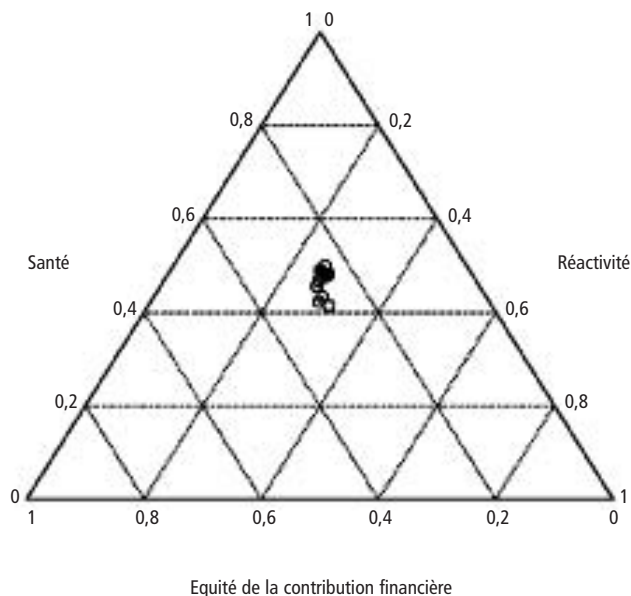


Figure 1. Variations dans la pondération des objectifs : résultats préliminaires de 14 pays

Efficienc

Une réunion technique a récemment été organisée sur les méthodes économétriques permettant de mesurer l'efficienc des systèmes de santé. Les experts participant à cette réunion préconisaient la méthode globale qui consiste à utiliser les fonctions de frontière de production⁸⁹ pour la mesure de l'efficienc, et ont fortement insisté sur la nécessité de séparer les intrants dans le processus de production des déterminants des niveaux d'efficienc observés. Ils ont néanmoins émis un certain nombre de suggestions innovantes sur le moyen d'intégrer dans un même processus les estimations de la production et les déterminants de l'efficienc, grâce à des techniques encore en cours d'élaboration.

⁸⁹ L'analyse de la frontière de production permet d'estimer statistiquement la production maximale pouvant être obtenue à partir d'intrants donnés. Pour les systèmes de santé, on a donc procédé à l'analyse de la gamme de volumes de production obtenus à partir d'intrants similaires. Une fois cette production maximale estimée, on définit l'efficienc en fonction de la distance par rapport à cette production maximale : plus elle en est proche, plus le système de santé est efficient.

ANNEXE 2

Tableaux
statistiques

État membre	1. Population estimée (milieu de l'année)	2. PIB par habitant (PPA en USD)	3. Inégalité des revenus (indice de Gini)	4. Taux de chômage (%)
Albanie	3145000	3189		18,40
Allemagne	82008000	24951	30,0	9,70
Andorre	64000			
Arménie	3788000	2215	44,4	11,70
Autriche	8075000	26072	23,1	6,70
Azerbaïdjan	8097000	2850	36,0	1,30
Bélarus	10148000	6876	21,7	2,10
Belgique	10263000	26250	25,0	11,60
Bosnie-Herzégovine	4067000			11,90
Bulgarie	7866000	5071	26,4	16,00
Croatie	4655000	7387	29,0	17,00
Danemark	5332000	28354	24,7	5,40
Espagne	39920000	19263	32,5	15,90
Estonie	1377000	8355	37,6	13,70
Ex-République yougoslave de Macédoine	2044000	4651		32,20
Fédération de Russie	144664000	7473	48,7	13,40
Finlande	5178000	24841	25,6	9,80
France	59453000	23827	32,7	11,20
Géorgie	5238000	2431	37,1	10,80
Grèce	10624000	16058	32,7	11,10
Hongrie	9917000	12213	24,4	7,00
Irlande	3841000	28276	35,9	4,30
Islande	281000	27658		2,30
Israël	6173000	18440	35,5	8,80
Italie	57503000	24540	27,3	10,60
Kazakhstan	16095000	4951	35,4	3,90
Kirghizistan	4986000	2573	40,5	3,00
Lettonie	2406000	6264	32,4	7,80
Lituanie	3689000	6656	32,4	11,50
Luxembourg	443000	45406	26,9	2,60
Malte	392000	15189		5,00
Monaco	30000			2,50
Norvège	4488000	29508	25,8	3,40
Ouzbékistan	25257000	2251	33,3	0,40
Pays-Bas	15929000	27463	32,6	3,20
Pologne	38577000	9305	31,6	13,00
Portugal	10034000	17573	35,6	4,00
République de Moldova	4285000	2037	40,6	2,10
République tchèque	10260000	14012	25,4	9,00
Roumanie	22388000	6041	28,2	10,50
Royaume-Uni	59541000	24135	36,1	6,00
Saint-Marin	26000			4,10
Slovaquie	5404000	10591	19,5	18,80
Slovénie	1986000	15977	28,4	7,60
Suède	8833000	24402	25,0	4,70
Suisse	7170000	27407	33,1	2,70
Tadjikistan	6135000	1031		2,70
Turkménistan	4835000	3347	40,8	
Turquie	67632000	6815	41,5	6,60
Ukraine	49111000	3458	29,0	11,90
Yougoslavie	10538000			26,10

Tableau 1. Indicateurs de santé et indicateurs socioéconomiques de base pour tous les États membres de la Région européenne de l'OMS, 2001 ou année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles

Sources de données. Colonnes 1–2, 4–5, 9 : Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; colonnes 3, 6–7 : Programme des Nations Unies pour le développement, *Rapport sur le développement humain 2001* ; colonne 8 : UNESCO.

5. Total des dépenses de santé (en % du PIB)	6. Pauvreté monétaire (50% du revenu médian) (1987-1997)	7. Pauvreté monétaire (% de la population ayant un revenu < 4 USD/jour) (1993-1995)	8. Espérance de vie scolaire (années)	9. Probabilité de mourir avant l'âge de 5 ans
2,84				20,77
10,50	7,5		15,8	5,54
4,20				19,22
8,20	10,6		14,5	5,73
0,90				24,41
4,40		22,0		14,71
8,80	5,2		16,8	7,40
3,50				16,08
4,73		15,0	12,2	15,94
9,04				8,40
8,20	7,2		14,8	5,73
7,00	10,1			5,95
6,10		37,0	12,6	12,32
4,50			11,4	13,65
2,90		50,0		19,16
6,80	5,2		16,0	4,52
9,40	8,0		15,5	5,53
5,10			11,0	13,77
8,70			13,7	7,85
6,80		4,0	12,9	10,78
6,10	11,1		13,9	7,00
8,70			15,2	4,59
8,30	13,5			7,93
7,90	14,2			6,10
1,90		65,0		25,15
2,10		88,0		33,29
4,80		22,0	12,1	12,37
6,20		30,0		11,25
6,10	3,9			3,83
8,81			13,4	8,03
9,30	6,9		15,6	5,30
3,00		63,0		35,66
8,10	8,1		15,9	6,35
6,20		20,0	13,0	9,35
7,70			14,5	7,29
3,00		66,0		22,43
7,30		0,8	12,8	5,19
2,60		59,0	11,6	22,20
6,90	13,4		16,6	6,86
6,50		0,7		10,12
7,70		0,7		5,63
7,90	6,6		15,2	4,29
10,40	9,3		14,1	6,04
1,20				23,08
3,50		61,0		53,18
4,76			9,5	
4,20		63,0		15,49
7,58				

État membre	Espérance de vie en bonne santé (années)		
	1. Total	2. Hommes	3. Femmes
Albanie	59,4	56,5	62,3
Allemagne	69,4	67,4	71,5
Andorre	71,8	69,8	73,7
Arménie	59,0	56,9	61,1
Autriche	70,3	68,1	72,5
Azerbaïdjan	55,4	53,3	57,5
Bélarus	60,1	55,4	64,8
Belgique	69,4	67,7	71,0
Bosnie-Herzégovine	63,7	62,1	65,3
Bulgarie	63,4	61,0	65,8
Croatie	64,0	60,8	67,1
Danemark	69,5	68,9	70,1
Espagne	70,6	68,7	72,5
Estonie	60,8	56,2	65,4
Ex-République yougoslave de Macédoine	64,9	63,9	65,9
Fédération de Russie	55,5	50,3	60,6
Finlande	68,8	66,1	71,5
France	70,7	68,5	72,9
Géorgie	58,2	56,1	60,2
Grèce	71,0	69,7	72,3
Hongrie	59,9	55,3	64,5
Irlande	69,3	67,8	70,9
Islande	71,2	69,8	72,6
Israël	69,9	69,3	70,6
Italie	71,2	69,5	72,8
Kazakhstan	54,3	50,5	58,1
Kirghizistan	52,6	49,6	55,6
Lettonie	57,7	51,4	63,9
Lituanie	58,4	53,6	63,2
Luxembourg	69,8	67,6	72,0
Malte	70,4	68,7	72,1
Monaco	71,7	69,4	73,9
Norvège	70,5	68,8	72,3
Ouzbékistan	54,3	52,7	55,8
Pays-Bas	69,7	68,2	71,2
Pologne	61,8	59,3	64,3
Portugal	66,3	63,9	68,6
République de Moldova	58,4	55,4	61,5
République tchèque	65,6	62,9	68,3
Roumanie	61,7	59,5	64,0
Royaume-Uni	69,9	68,3	71,4
Saint-Marin	72,0	69,7	74,3
Slovaquie	62,4	59,6	65,2
Slovénie	66,9	64,5	69,3
Suède	71,4	70,1	72,7
Suisse	72,1	70,4	73,7
Tadjikistan	50,8	49,6	52,0
Turkménistan	52,1	51,2	53,0
Turquie	58,7	56,8	60,5
Ukraine	56,8	52,3	61,3
Yougoslavie	64,3	63,3	65,4

Tableau 2. Indicateurs composites des résultats obtenus en matière de santé dans tous les États membres de la Région européenne de l'OMS, 2000 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles

Source de données. Colonnes 1–5 : Rapport sur la santé dans le monde 2001 ; colonnes 6–8 : Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Espérance de vie type (années) ^a		Espérance de vie classique (années) ^b		
4. Hommes	5. Femmes	6. Total	7. Hommes	8. Femmes
64,3	72,9	74,8	72,0	78,0
74,3	80,6	78,1	74,9	81,0
77,2	83,8			
64,4	71,2	75,7	73,5	78,1
74,9	81,4	78,7	75,6	81,5
61,7	68,9	71,6	68,7	74,4
62,0	74,0	69,0	63,4	74,8
74,6	80,9	77,0	73,6	80,5
68,7	74,7	72,7	69,5	76,0
67,4	74,9	71,7	68,5	75,1
69,8	77,7	73,0	69,1	76,7
74,2	78,5	76,7	74,2	79,2
75,4	82,3	78,7	75,2	82,3
65,4	76,5	71,0	65,5	76,4
70,2	74,8	73,4	71,2	75,7
59,4	72,0	65,4	59,2	72,4
73,7	80,9	77,6	73,8	81,3
75,2	83,1	78,9	75,0	82,7
65,7	71,8	74,7	71,9	77,4
75,4	80,8	78,3	75,8	80,8
66,3	75,2	71,5	67,2	75,8
74,1	79,7	76,3	73,5	79,2
77,1	81,8	79,0	76,4	81,6
76,6	80,6	78,3	76,1	80,4
76,0	82,4	79,1	75,8	82,2
58,0	68,4	65,7	60,2	71,6
60,0	68,8	67,8	63,8	72,0
64,2	75,5	70,6	65,0	76,2
66,9	77,2	72,9	67,6	78,0
73,9	80,8	78,6	75,0	81,9
75,4	80,7	78,2	76,0	80,3
76,8	84,4			
75,7	81,4	78,5	75,6	81,5
62,1	68,0	68,7	66,1	71,2
75,4	81,0	78,1	75,4	80,6
69,2	77,7	74,0	69,8	78,1
71,7	79,3	75,5	71,9	79,1
63,1	70,5	67,8	64,0	71,4
71,5	78,2	75,2	71,8	78,6
66,2	73,5	71,2	67,8	74,8
74,8	79,9	77,6	75,1	80,0
76,1	83,8			
69,2	77,5	73,4	69,3	77,6
71,9	79,4	75,8	71,8	79,5
77,3	82,0	79,6	77,0	82,2
76,7	82,5	79,5	76,4	82,3
60,4	64,7	71,8	69,8	73,8
60,0	64,9	66,1	62,5	69,8
66,8	72,5	69,5	67,0	72,1
62,6	73,3	67,9	62,3	73,6
69,8	74,7			

^a Évaluation de la courbe de survie de chaque pays réalisée par l'OMS à l'aide d'un système de courbe de survie type conçu spécialement à cet effet. Cette méthode est la plus précise dont dispose actuellement l'OMS.

^b Calcul effectué à partir des données sur la population et la mortalité officiellement déclarées (méthode de Wiesler).

État membre	Personnels de santé pour 100 000 habitants		
	1. Médecins	2. Dentistes	3. Pharmaciens
Albanie	133,22	8,69	2,70
Allemagne	358,40	76,77	58,27
Andorre	254,90	65,24	97,11
Arménie	298,66	26,22	3,37
Autriche	308,27	47,77	55,88
Azerbaïdjan	360,72	27,76	29,50
Bélarus	457,94	44,83	31,96
Belgique	413,70	68,27	144,78
Bosnie-Herzégovine	142,23	19,21	10,07
Bulgarie	336,91	82,96	12,48
Croatie	238,26	67,88	48,89
Danemark	283,52	85,63	50,14
Espagne	328,80	40,98	78,73
Estonie	322,36	74,13	59,37
Ex-République yougoslave de Macédoine	219,85	55,72	15,35
Fédération de Russie	419,27	32,01	7,08
Finlande	307,28	92,62	147,99
France	328,37	68,62	102,18
Géorgie	473,10	37,06	10,24
Grèce	434,07	114,36	69,15
Hongrie	361,42	57,83	48,93
Irlande	249,25	53,16	77,07
Islande	336,20	100,71	83,87
Israël	376,65	113,78	62,23
Italie	567,20	57,36	104,88
Kazakhstan	329,23	26,59	18,70
Kirghizistan	282,33	26,82	2,80
Lettonie	320,35	53,86	
Lituanie	379,75	66,19	59,40
Luxembourg	248,80	64,31	68,48
Malte	262,66	40,27	182,97
Monaco	664,29	121,43	217,86
Norvège	469,61	114,94	33,39
Ouzbékistan	297,72	20,73	2,73
Pays-Bas	322,18	47,60	18,75
Pologne	226,43	34,30	52,33
Portugal	317,94	37,73	78,06
République de Moldova	317,98	37,35	67,50
République tchèque	336,86	64,81	49,25
Roumanie	188,87	22,21	7,08
Royaume-Uni	163,93	39,83	58,21
Saint-Marin	251,70	36,36	52,10
Slovaquie	323,16	47,81	41,57
Slovénie	215,25	60,42	34,96
Suède	310,87	152,12	67,41
Suisse	336,31	48,80	63,38
Tadjikistan	209,62	17,03	10,99
Turkménistan	300,34	21,62	33,47
Turquie	127,44	21,88	34,30
Ukraine	300,44	39,57	46,74
Yougoslavie	213,17	38,46	18,71

Tableau 3. Indicateurs des systèmes de soins de santé dans tous les États membres de la Région européenne de l'OMS, 2000 ou année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles

Source de données. Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Dépenses de santé			Mortalité évitable (décès pour 100 000 habitants)			
4. Infirmiers	5. Total par habitant	6. Publiques en % du total	7. Tuberculose	8. Diabète	9. Appendicite	10. Mortalité périnatale pour 1000 naissances d'enfant vivant
367,64	79,18	100,00	1,10	4,76	0,02	11,50
930,43	2476,00	75,30	0,54	16,26	0,14	6,07
314,08						1,32
420,71	85,68		4,71	39,85	0,24	16,33
583,12	2014,00	72,10	0,72	11,42	0,11	3,87
745,86	45,60		17,85	22,31	0,14	12,42
1225,80	295,67	94,10	8,77	7,05	0,19	6,14
1075,11	2181,00	71,30	0,86	11,22	0,12	6,96
448,93		100,00	8,72	22,70	0,45	
461,95	214,41	100,00	3,44	19,07	0,06	12,16
505,71	357,98	100,00	3,68	18,56	0,11	9,37
937,37	2325,03	81,90	0,66	16,28	0,43	6,09
372,20	1194,00	76,40	1,13	15,97	0,12	5,57
632,52	543,08	77,10	9,80	7,64	0,25	6,64
515,36	260,46	93,90	4,98	30,15	0,15	15,82
794,60	209,24		20,06	7,37	0,42	11,97
2178,73	1547,00	75,70	1,52	8,00	0,13	3,65
672,45	2125,00	78,10	1,42	10,12	0,16	6,99
470,68	104,53	8,20	6,44	16,20	0,07	24,03
256,51	1397,05	52,50	0,57	4,45	0,03	8,77
286,20	830,48	73,50	3,42	18,06	0,26	10,04
1701,63	1508,00	77,10	1,43	10,70	0,20	10,59
869,18	2287,00	84,80	0,34	7,96	0,00	3,70
590,36	1530,52	71,00	1,53	44,57	0,12	8,35
296,15	1905,00	72,30	0,70	18,85	0,09	6,44
567,84	103,97	95,70	30,81	13,16	0,32	15,99
721,45	54,03	96,80	28,79	14,49	0,18	12,88
518,11	325,73	75,10	11,78	7,99	0,55	9,26
758,12	412,67	71,30	9,96	6,01	0,23	8,27
756,44	2543,00	92,90	0,68	9,01	0,23	6,78
1099,81	1262,21	53,50	1,04	23,05	0,59	4,60
1621,43						12,15
1996,19	2612,00	75,80	0,82	10,29	0,12	4,34
1011,49	65,28		19,45	20,26	0,20	10,31
1320,98	2224,50	73,20	0,60	16,29	0,15	7,89
526,73	535,00	75,10	2,96	13,43	0,24	10,84
378,67	1203,00	66,90	3,17	25,51	0,16	5,46
768,81	59,07	11,30	18,01	11,69	0,23	15,23
919,81	1022,88	91,40	1,06	11,20	0,19	4,01
401,94	146,85	100,00	9,56	7,47	0,19	12,10
497,20	1569,00	83,30	0,62	7,77	0,18	8,23
507,70						0,00
747,68	709,60	90,30	1,03	13,96	0,25	6,57
693,12	1230,23	86,00	1,25	16,93	0,49	4,89
831,10	1732,00	83,80	0,62	10,53	0,15	4,67
778,94	2794,00	73,40	0,43	15,29	0,13	6,23
460,80	12,49		13,22	15,82	0,28	21,27
586,90	48,57		27,80	19,99	0,46	17,11
240,26	316,00	71,93				
781,03	107,20	92,00	22,31	6,22	0,19	9,56
448,53						13,59

Définitions des indicateurs mentionnés dans les tableaux

Dépenses de santé publiques en pourcentage du total

Dépenses de fonctionnement et investissements inscrits aux budgets des administrations publiques (centrales et locales), plus prêts et dons de l'étranger (y compris les dons des organismes internationaux et des organisations non gouvernementales) et activités des caisses d'assurance maladie (obligatoires ou non). La somme des dépenses publiques et privées de santé donne les dépenses totales de santé.

Source : PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT. *Rapport sur le développement humain 2001*. De Boeck, p. 256.

Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB

Englobe les dépenses de santé du ménage ; les services de santé fournis par l'État (prisons, écoles, etc.) ; les investissements dans les centres de soins, les laboratoires, etc. ; les dépenses d'administration ; la recherche et le développement ; la médecine du travail ; les dépenses des œuvres charitables et des associations.

Source : Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Dépenses de santé totales par habitant

Somme des dépenses publiques et privées consacrées à la santé (en PPA en dollars) divisée par le nombre d'habitants. Les dépenses de santé englobent l'administration de soins (préventifs et curatifs), les activités de planning familial, les activités nutritionnelles et la part de l'aide d'urgence consacrée à la santé (mais ne comprend pas la fourniture d'eau potable ou d'infrastructures d'assainissement).

Source : PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT. *Rapport sur le développement humain 2001*. De Boeck, p. 256.

Espérance de vie en bonne santé

Voir annexe 1.

Espérance de vie scolaire (années)

Nombre total d'années d'instruction qu'un enfant d'un certain âge peut s'attendre à recevoir dans l'avenir, en supposant que la probabilité de son admission à l'école à un âge donné est égale au présent taux d'admission de cet âge-là.

Source : Institut de statistique de l'UNESCO

(<http://www.uis.unesco.org/en/stats/stats0.htm>, consulté le 29 mai 2002).

Inégalité des revenus (indice de Gini)

Indique dans quelle mesure la répartition du revenu (ou de la consommation) chez les individus ou les ménages d'un pays s'écarte de l'égalité parfaite. Une valeur de 0 représente cette égalité parfaite et une valeur de 100 une situation d'inégalité absolue.

Source : PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT. *Rapport sur le développement humain 2001*. De Boeck, p. 253.

**Mortalité évitable (nombre de décès pour 100 000 habitants) :
tuberculose, diabète, appendicite**

Taux comparatif de mortalité due aux causes de décès considérées comme évitables (maladies pour lesquelles les connaissances médicales sont suffisamment avancées pour éviter la quasi-totalité des décès dans les groupes d'âge les plus résistants). Ce taux correspond au taux brut qui aurait été obtenu si la structure par âge de la population avait été la même que pour la population européenne standard.

Source : HOLLAND, W.W. *European Community atlas of "avoidable death"*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1991.

Mortalité périnatale pour 1000 naissances d'enfant vivant

Morts fœtales liées au poids (≥ 1000 g) et morts néonatales précoces (moins de 7 jours) pour 1000 naissances (enfants vivants + enfants morts-nés).

Source : Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Pauvreté monétaire (50% du revenu médian)

Pourcentage de la population vivant sous le seuil de pauvreté défini à 50% du revenu médian disponible des ménages.

Source : PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT. *Rapport sur le développement humain 2001*. De Boeck, p. 254.

Pauvreté monétaire (pourcentage de la population gagnant moins de 4 dollars par jour)

Pourcentage de la population vivant sous le seuil de pauvreté défini à 4 dollars par jour, aux prix internationaux de 1990 (corrigé des parités de pouvoir d'achat).

Source : PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT. *Rapport sur le développement humain 2001*. De Boeck, p. 254.

Personnels de santé pour 100 000 habitants : médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers

Personnel qualifié et agréé chargé de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, des soins aux malades et de la réadaptation.

Source : Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

PIB par habitant (PPA en dollars)

Produit intérieur brut par habitant, exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA) et corrigé en fonction du pouvoir d'achat interne relatif de la monnaie nationale par rapport au dollar américain, plutôt que défini selon un taux de change officiel. Les coefficients utilisés (PPA) font l'objet d'une estimation régulière fondée sur le coût d'un panier de biens standard. Cette valeur permet de mesurer la production totale des biens et des services destinée à une utilisation finale sur le territoire du pays considéré, quelle que soit son affectation aux créances intérieures et étrangères.

Source : Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Population estimée au milieu de l'année

Estimation de la population résidente (*de jure*) au 1^{er} juillet d'une année donnée, calculée en moyenne des estimations de fin d'année.

Source : Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Probabilité de décès avant l'âge de 5 ans

Probabilité de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire, calculée pour 1000 naissances d'enfant vivant.

Source : Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Taux de chômage (%)

Proportion de personnes inscrites au chômage par rapport à la population active totale, en moyenne par an. Sont au chômage toutes les personnes au-dessus d'un âge déterminé qui, au cours de la période de référence, n'exerçaient pas d'emploi, étaient disponibles pour travailler ou s'efforçaient de trouver un emploi rémunéré.

Source : Base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Les pouvoirs publics et les responsables se rendent de mieux en mieux compte de la nécessité d'être informés pour élaborer de meilleures politiques. En outre, les décideurs des différents États membres de l'OMS comprennent qu'ils sont aux prises avec les mêmes problèmes et peuvent tirer des enseignements utiles de l'expérience acquise à l'étranger, car celle-ci donne souvent des indications utiles sur leur propre situation nationale. Il incombe au Bureau régional de tirer parti des données et des expériences disponibles, de les diffuser et de les rendre comparables sur le plan international.

En publiant le *Rapport sur la santé en Europe*, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe s'acquitte de son obligation de communiquer aux États membres des informations essentielles en matière de santé publique. Ce rapport brosse un tableau large mais concis de la situation sanitaire et des déterminants de la santé dans la Région européenne, et recense les domaines dans lesquels les États membres et les acteurs de la santé publique en Europe doivent agir. Il privilégie les données concrètes qui sont utiles aux responsables de la santé publique. Il présente une synthèse des informations produites, recueillies et validées au cours des activités menées par le Bureau régional en coopération avec les États membres sur des thèmes essentiels relatifs à la santé publique en Europe, dans le contexte des valeurs et des principes de l'OMS, qui se veut une organisation unitaire.

Cette publication aura atteint son but si les États membres l'apprécient et l'utilisent pour améliorer leur politique sanitaire et leur système de santé.



ISBN 92 890 2365 1
42 F. suisses

EUROPE

OMS, Publications régionales,
Série européenne, n° 97



EUROPE