



EUROPE

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

Copenhague, 16–19 septembre 2002

Point 7 a) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC52/8  
+ EUR/RC52/Conf.Doc./4  
18 juin 2002  
22500  
ORIGINAL : ANGLAIS

**LA PAUVRETE ET LA SANTE :  
DONNEES DISPONIBLES ET ACTION MENEES  
DANS LA REGION EUROPEENNE DE L'OMS**

La résolution EUR/RC51/R6 reconnaît qu'il existe un lien entre la pauvreté et la mauvaise santé, et qu'il incombe au secteur de la santé de participer aux efforts multisectoriels entrepris pour réduire la pauvreté.

Pour donner suite à cette résolution, le Bureau régional a engagé un processus visant à rassembler, valider, analyser et diffuser de façon systématique des informations sur les actions spécifiques menées par les États membres pour répondre à toute une série de questions relatives au rôle des systèmes de santé dans la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la santé des groupes de population les plus pauvres.

À travers douze études de cas provenant de dix États membres européens de l'OMS, le présent document donne un aperçu des principaux secteurs et des questions relatives à la pauvreté sur lesquels les systèmes de santé peuvent intervenir. Ce document contient un résumé des principales conclusions tirées des travaux réalisés jusqu'ici et suggère plusieurs actions clés que le Bureau régional pourrait entreprendre à l'avenir.

Un projet de résolution est joint pour examen par le Comité régional.



## Sommaire

	<i>Page</i>
Contexte .....	1
Objectifs du document.....	1
Méthodologie et processus adoptés.....	2
Thèmes couverts par les études de cas .....	2
Accès à des services de santé essentiels d'un prix abordable .....	2
Obstacles culturels et/ou géographiques à l'accès aux services de santé.....	3
La pauvreté et les déterminants de la santé au sens large .....	4
« Les maladies de la pauvreté » .....	5
Conclusions .....	5
Le système de santé peut mener des actions efficaces .....	5
Le système de santé peut être un problème.....	6
Renforcement des compétences et du savoir-faire et mobilisation de ressources.....	6
Mesures qui pourraient être prises.....	6
Annexe 1 Liste des études de cas sélectionnées pour 2002.....	8
Annexe 2 Résumé des critères de catégorisation des études de cas pour le projet de banque européenne de données .....	9
Annexe 3 Références .....	10



## Contexte

1. On est actuellement de plus en plus conscient du fait que la pauvreté, la santé et le développement économique sont étroitement liés. En septembre 2000, la plus grande assemblée de chefs d'État et de gouvernement jamais réunie a adopté la Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Cette déclaration proposait des mesures visant au développement et à l'élimination de la pauvreté et contenait en outre l'engagement de faire du droit au développement une réalité pour tous (1).

2. Plus récemment, lors de la Conférence internationale sur le financement du développement (le sommet de la pauvreté de Monterrey, mars 2002), plusieurs pays se sont engagés à augmenter considérablement leurs programmes d'aide au développement afin de réduire l'écart entre pays riches et pays pauvres (2).

3. Au sein de l'OMS, la Commission Macroéconomie et Santé a été établie en 2000, dans le but d'examiner le rôle de la santé dans le développement économique et de proposer des mesures à prendre pour l'avenir. Son rapport a constitué un jalon, car il plaçait la santé au cœur des efforts actuels et l'inscrivait au nombre des ressources favorisant un développement économique mondial plus équitable (3).

4. La résolution EUR/RC51/R6 reconnaît qu'il existe un lien entre la pauvreté et la mauvaise santé et qu'il incombe au secteur de la santé de prendre part aux efforts multisectoriels entrepris pour réduire la pauvreté. Par cette résolution, le Comité régional a prié le directeur régional :

- a) de mettre en route un processus visant à créer, à analyser et à diffuser des connaissances sur les causes de la pauvreté et sur des mesures efficaces pour réduire les effets de la pauvreté sur l'état de la santé ;
- b) d'obtenir des ressources pour mener des activités sur la pauvreté et la santé dans un cadre régional cohérent ;
- c) d'inscrire cette question à l'ordre du jour de la cinquante-deuxième session du Comité régional.

Formatted: Bullets and Numbering

5. Afin de permettre une mise en œuvre immédiate de la résolution, le directeur régional a mobilisé des ressources au sein du Bureau régional pour répondre à ces demandes, ce qui a permis au Bureau d'engager des travaux dans deux grandes directions, à savoir :

- a) commencer à rassembler de manière systématique des exemples spécifiques sur la façon dont les systèmes de santé tentent de trouver des réponses aux problèmes de pauvreté et de santé dans les États membres européens ; et
- b) entreprendre des travaux préparatoires en vue de lancer un processus d'études scientifiques, ayant pour but d'analyser et de diffuser des connaissances sur la pauvreté et ses implications en matière de politiques sanitaires dans la Région européenne.

Formatted: Bullets and Numbering

6. Ces actions sont principalement menées par le Bureau européen de l'OMS pour l'investissement en faveur de la santé et du développement, établi à Venise. Les résultats initiaux du premier axe d'action sont présentés ci-dessous. Les études scientifiques sur les processus conduisant à la pauvreté et la maladie dans la Région européenne seront engagées en 2003.

## Objectifs du document

7. Les objectifs du présent document sont :

- fournir une brève description des mesures prises en 2002 pour donner suite à la résolution EUR/RC51/R6 ;

- à travers douze études de cas, sélectionnées dans dix États membres, donner un aperçu des principaux secteurs et des questions sur lesquels les systèmes de santé peuvent intervenir ;
- résumer les principales conclusions du travail entrepris jusqu'ici ; et
- proposer une série d'actions clés que le Bureau régional pourrait mener à l'avenir, en collaboration avec les États membres, dans le domaine de la pauvreté et de la santé, pour donner suite à la résolution EUR/RC51/R6.

## Méthodologie et processus adoptés

8. Conformément à la résolution EUR/RC51/R6, on a commencé à rassembler, à valider, à analyser et à diffuser de façon systématique des informations sur les actions spécifiques menées actuellement dans les États membres pour répondre à un large éventail de questions relatives au rôle des systèmes de santé dans la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la santé des groupes de population les plus pauvres. Ce travail s'est inscrit dans le cadre d'un processus participatif, impliquant les États membres, les unités techniques et les responsables de programmes au Bureau régional et les chargés de liaison dans pays. Des liens ont également été établis avec les médias spécialisés, les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales travaillant dans le secteur et la communauté scientifique.

9. Le processus a été lancé par le directeur régional, qui a invité tous les États membres à signaler les initiatives pertinentes prises par leurs systèmes de santé pour traiter les aspects spécifiques de la pauvreté et de la santé. Des experts, venant aussi bien des pays que de l'OMS, ont également été consultés. Il en a résulté la sélection d'une série de 12 études de cas. Celles-ci ont fait l'objet de recherches et ont été rédigées par une équipe spécialement constituée, composée de journalistes scientifiques professionnels. Chaque étude de cas a pour objectif de fournir une description factuelle de l'activité menée dans l'État membre et d'apporter la preuve que le système de santé peut prendre des mesures efficaces dans ce domaine complexe. Les études de cas ne sont pas forcément toujours des exemples de « bonnes pratiques » ou d'innovations. Néanmoins, elles permettent de mettre en évidence la façon dont les activités sont actuellement mises en œuvre dans certains pays européens. Le contenu des études de cas a été analysé et validé lors d'une réunion d'experts organisée par le Bureau régional avec l'aimable assistance du Ministère fédéral allemand de la santé (Düsseldorf, 18–19 avril 2002). À cette réunion ont participé un groupe multidisciplinaire de spécialistes de domaines de la santé publique, de l'élaboration de politiques et de la recherche relative à la pauvreté, ainsi que de représentants des médias et d'organisations non gouvernementales et intergouvernementales.

## Thèmes couverts par les études de cas

10. La liste des études de cas choisies pour 2002 figure à l'annexe 1. Les participants à la cinquante-deuxième session du Comité régional recevront par ailleurs les résumés des principales conclusions tirées des 12 études de cas (dans les quatre langues de travail de la Région européenne de l'OMS) ainsi que le texte intégral des études de cas (en anglais uniquement).

11. Pour sélectionner cette première série d'études de cas, l'objectif principal a été de dégager clairement les aspects spécifiques de la problématique pauvreté-maladie pouvant être directement visés par des actions menées dans le cadre du système de santé. C'est ainsi que les 12 études de cas peuvent être regroupées sous quatre grands chapitres.

## Accès à des services de santé essentiels d'un prix abordable

12. Ces études de cas décrivent les mesures prises pour réduire ou éliminer les obstacles financiers à l'accès aux services de santé. Lors de la réunion d'experts de Düsseldorf, l'analyse des études de cas portant sur cette question a apporté les premiers éléments indiquant qu'il existe au moins deux grands

aspects à cette question. Premièrement, les personnes démunies n'ont pas toujours les moyens de payer les services de santé dont elles ont besoin quand elles tombent malades, si bien qu'elles attendent, pour demander des soins, que leur maladie devienne plus grave, voire chronique, ce qui, à son tour, a une incidence sur leur capacité de gagner leur vie. Deuxièmement, elles sont souvent dans l'obligation de trouver des ressources financières, soit pour payer le coût des services, soit pour couvrir les frais indirects liés à l'utilisation des services (ou les deux). Dans ces circonstances, ces personnes peuvent être contraintes de contracter des emprunts, de s'endetter, de vendre des biens ou de prendre d'autres mesures qui les appauvrissent ou les rendent encore plus vulnérables à la pauvreté. C'est pourquoi les coûts (directs ou indirects) liés aux services de santé peuvent en fait conduire des gens à la pauvreté ou aggraver encore une situation de pauvreté existante. Dans ce cas, le système de santé lui-même devient l'une des causes de la pauvreté. Afin de résoudre ou d'éviter ce problème, les États membres étudient la façon dont les services de santé essentiels sont financés et s'efforcent de faire en sorte que leur caractère onéreux ne constitue pas un obstacle empêchant de recourir à ces services lorsque cela est nécessaire. L'analyse des études de cas en rapport avec ces questions indique qu'il est également nécessaire d'examiner la façon dont le système de santé est structuré et réglementé, afin de faire en sorte que le fonctionnement du système n'interfère pas avec l'emploi et les moyens de subsistance des individus.

13. Deux études de cas illustrent les interventions visant à résoudre ce problème. Le cas français porte sur le système de santé au niveau national, où le coût de certains services n'était plus pris en charge pour certains groupes plus vulnérables de la population, tandis que la procédure de remboursement des coûts d'autres services était si complexe et/ou si dévalorisante que beaucoup de personnes renonçaient à se faire rembourser. L'intervention a consisté à amender la loi et les réglementations nationales. Il convient de souligner que cette intervention avait initialement été mise en œuvre pour venir en aide aux groupes marginalisés de la population, mais le changement de politique qui en a découlé bénéficie désormais à une catégorie beaucoup plus large de la population, celle qui connaît des difficultés financières.

14. L'étude de cas du Kirghizistan a trait aux questions liées au financement du système de santé, et notamment au paiement des professionnels de la santé et des coûts à la charge des patients – questions existant dans de nombreux États membres européens. Elle décrit les mesures prises pour tenter de résoudre le problème des coûts imprévisibles des soins de santé (en raison des « dessous-de-table » payés par les patients), avec l'instauration d'un copaiement explicite pour les soins hospitaliers, et d'une plus grande transparence globale du système. Bien que cette étude de cas analyse une solution encore imparfaite à la complexité du financement des soins de santé, elle illustre des arrangements tendant à réduire l'imprévisibilité des coûts des soins, tout en procurant des ressources supplémentaires pour les plus démunis.

### **Obstacles culturels et/ou géographiques à l'accès aux services de santé**

15. Même lorsque les services de santé sont officiellement gratuits, ce qui est le cas de nombreux services préventifs (tels que ceux chargés du contrôle des maladies transmissibles) dans la plupart des pays européens, ces services ne sont pas toujours offerts sous une forme ou d'une manière culturellement acceptable ou géographiquement accessible aux pauvres en général, et aux groupes marginalisés en particulier. Certains groupes de population peuvent de fait ne pas avoir accès aux services dont ils ont besoin, et leur santé peut en être affectée à long terme, ce qui les entraîne encore plus dans le cycle maladie-pauvreté. Selon l'analyse des études de cas traitant de cette question, les interventions visant à résoudre ce type de problème peuvent comprendre :

- des aménagements organisationnels tels que ceux décrits dans les études de cas allemande et polonaise, mettant en place des services mobiles pour les groupes marginalisés ou les populations rurales vivant dans des zones difficiles d'accès, plutôt que d'attendre que ces personnes viennent elles-mêmes consulter les services ;
- une adaptation des horaires d'ouverture et du personnel assurant les services pour tenir compte des pratiques religieuses ou culturelles des groupes ciblés, et formation ou embauche de personnel ayant par ailleurs des compétences linguistiques et anthropologico-culturelles, afin

de surmonter les obstacles à la communication, comme le décrivent les études de cas d'Italie et de Croatie ;

- un perfectionnement professionnel et des conseils/réglémentations sur l'égalité des chances, afin d'améliorer l'attitude du personnel envers les patients pauvres, et d'éliminer toute discrimination manifeste, comme le décrit l'étude de cas hongroise.

### La pauvreté et les déterminants de la santé au sens large

16. « La maladie pèse lourdement sur le développement économique ... Mais le développement économique nécessite plus que des individus en bonne santé ... Le développement économique est un processus multisectoriel, et la stratégie du développement économique doit être fondée sur un large éventail d'investissements sociaux et de stratégies visant à encourager les entreprises du secteur privé à investir » (3).

17. Si les conditions nécessaires à la réalisation du potentiel d'un individu (par exemple emploi, logement convenable, sécurité) ne sont pas réunies, le système de santé peut ne soigner les patients que pour devoir les hospitaliser s'ils tombent malades à nouveau. Mais les systèmes de santé peuvent-ils contribuer au développement économique au sens large ?

18. À première vue, les personnes travaillant pour le système de santé peuvent considérer que procurer davantage de ressources financières aux personnes démunies ou les aider à trouver un emploi afin d'augmenter leurs revenus n'est pas de leur ressort. Or, certaines des études de cas montrent que, avec un peu d'imagination, il est possible d'envisager les moyens pour le système de santé de jouer un rôle important. Toutefois cela suppose souvent de former des partenariats avec des organismes ou des institutions extérieurs au secteur de la santé afin de tenter de réduire la pauvreté.

19. Trois études de cas font partie de cette catégorie. Celle concernant le programme « Fit for Work » à Newham, au Royaume-Uni, est liée à une initiative gouvernementale visant à réduire les inégalités dans le domaine de la santé. Au Royaume-Uni, de nombreuses autorités sanitaires locales constatent que dans les zones défavorisées, les unités locales du service national de santé (NHS) sont à la fois un important employeur et un important acheteur de biens et de services. Une unité de ce type (Newham, à Londres) a délibérément essayé de stimuler l'emploi et de proposer des postes au sein de la communauté défavorisée dans laquelle elle est implantée, en organisant, par exemple, des programmes de formation-réinsertion et en encourageant le recrutement de personnels locaux aux postes disponibles au NHS. Elle a également profité de son pouvoir d'achat considérable pour se procurer biens et services auprès de fournisseurs dans les zones défavorisées avoisinantes, contribuant ainsi à stimuler l'économie locale.

20. Au Royaume-Uni à nouveau, l'étude de cas de Blackpool met en évidence qu'il peut être avantageux de proposer des séances d'information sur les droits sociaux et l'endettement dans le cadre des soins de santé primaires. Chaque année, des prestations sociales pour un montant de plusieurs millions de livres sterling ne sont pas réclamées dans le pays. Des études montrent que cela peut être dû au fait que les démarches nécessaires pour toucher les prestations sociales sont perçues comme trop complexes ou bien au fait que les gens, et en particulier les personnes âgées, n'aiment pas réclamer ce qu'ils considèrent comme une « aumône », même s'ils ont légalement droit aux prestations en question. Les prestations sociales non perçues comprennent les compléments de ressources, les allocations d'invalidité et le paiement de services de soins et d'aide à domicile. Des assistants sociaux qualifiés organisent des séances dans les centres de soins et évaluent si les patients ont droit aux prestations sociales ; le cas échéant, ils les aident à réclamer ce qui leur est dû. Ils négocient également, au nom du patient, avec diverses instances compétentes si le patient est endetté (par exemple avec le bureau de logement local en cas de loyer impayé). Au cours des dernières années, des initiatives telles que celles décrites dans l'étude de cas de Blackpool ont permis d'aider chaque patient à gagner plusieurs centaines de livres sterling et, une fois que la prestation a été accordée, le patient continue souvent de toucher des allocations pendant des années. Ce type d'initiatives est donc souvent une façon très directe d'augmenter le revenu des pauvres, tout en aidant les programmes sociaux à toucher leurs populations cibles. L'impact des initiatives telles que celle



décrite dans l'étude de cas de Blackpool n'est souvent pas limité aux personnes les plus démunies et peut aussi profiter aux personnes à revenus moyens qui souffrent de maladies chroniques et qui risquent de perdre des revenus – et de devenir pauvres – parce qu'elles doivent payer des frais de transport ou une « aide à domicile ».

21. Les « jardins suspendus » (jardins installés sur des toits d'immeubles) de Saint-Petersbourg, dans la Fédération de Russie, sont un autre exemple de la façon dont on peut directement faire face au problème de la pauvreté et de ses déterminants. L'étude de cas montre que certains groupes au sein de la « société civile » peuvent contribuer à réduire les pénuries alimentaires et la malnutrition en travaillant en partenariat avec les pouvoirs publics, les organisations non gouvernementales et les collectivités locales afin d'améliorer l'approvisionnement en fruits et légumes frais pour les communautés pauvres. Ce faisant, ces groupes permettent également à l'activité économique de s'épanouir.

### « Les maladies de la pauvreté »

22. Quelques maladies de première importance, telles que le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose et les maladies de l'enfance sont considérées comme de graves menaces sanitaires susceptibles de saper la croissance économique de nombreux pays. En même temps, il existe plusieurs interventions efficaces pour lutter contre ces fléaux sanitaires (4).

23. Deux études de cas ont pour cible spécifique les maladies dites « maladies de la pauvreté ». Dans l'oblast (la province) d'Orel, en Fédération de Russie, un partenariat entre la Commission provinciale de la santé, l'OMS, la Croix-Rouge russe, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres encore, met en place un réseau de soutien social et nutritionnel en faveur des tuberculeux. Se basant sur la stratégie DOTS (traitement de courte durée sous surveillance directe), cette double approche contribue à renforcer l'efficacité du traitement contre la tuberculose, surtout dans la frange la plus pauvre de la communauté.

24. L'étude de cas de la République de Moldova porte sur les réglementations régissant le traitement des maladies infectieuses sexuellement transmissibles (traitement avec hospitalisation obligatoire, associé à l'établissement de listes de partenaires sexuels ou « contact tracing »), qui faisaient souvent perdre leur emploi et parfois leur logement aux patients – les entraînant ainsi davantage dans la pauvreté. L'intervention a consisté à apporter certains changements dans les pratiques nationales, et à mettre en place de nouveaux traitements et protocoles de dépistage.

## Conclusions

25. Sur la base de l'analyse de cet échantillon de 12 études de cas, réalisée lors de la réunion d'experts tenue en 2001, on a pu tirer plusieurs conclusions. Les trois conclusions principales sont résumées ci-dessous.

### Le système de santé peut mener des actions efficaces

26. Le problème de la pauvreté et de son impact sur la santé, bien que variant par son ampleur et par les liens entre pauvreté et santé, existe dans tous les États membres. Les études de cas démontrent clairement que le système de santé peut mener des actions efficaces à différents niveaux, depuis l'élaboration des politiques au plan national jusqu'aux interventions locales. À l'heure actuelle, il n'existe pas, de façon systématique, de collecte et de mise en forme des données, ni d'évaluation de la façon dont les systèmes de santé peuvent améliorer le bilan sanitaire en s'attaquant aux questions relatives à la santé des pauvres et des groupes les plus marginalisés de la société. Le travail d'étude de cas devrait donc être poursuivi et étendu, et comprendre davantage de cas réalisés dans d'autres États membres. Ceux-ci devraient être intégrés dans une « banque européenne d'études de cas », pour fournir des informations (à l'intention de tous les États membres) sur les actions efficaces que les systèmes de santé peuvent mener

en vue de réduire l'impact de la pauvreté sur la santé. Ceci répond à une attente très claire des États membres, qui ont déjà demandé à recevoir des informations et un savoir-faire dans ce domaine spécifique.

### Le système de santé peut être un problème

27. Dans certaines circonstances, le système de santé peut devenir un obstacle et causer ou aggraver involontairement la pauvreté. C'est pourquoi il est important de disposer d'un système d'information capable de détecter ce problème dès qu'il survient. Les systèmes de santé devraient également être tenus de procéder à un examen régulier de leurs performances et de leur cadre législatif, et d'en évaluer l'impact en tenant compte des divers aspects de la question de la pauvreté et de son impact sur la santé. De même, l'organisation des services de santé, la prestation de soins de santé, et l'accès à ces soins dans un pays donné, devraient être réexaminés périodiquement, afin de faire en sorte qu'ils n'aggravent pas la situation des personnes démunies.

### Renforcement des compétences et du savoir-faire et mobilisation de ressources

28. Bien que la question de la pauvreté et de son impact sur la santé soit en train de devenir une préoccupation majeure dans les États membres européens, les systèmes de santé ne disposent pas, dans la plupart des cas, des ressources humaines et financières suffisantes pour faire face à ce problème complexe. Les répercussions de la pauvreté et de la santé sur un grand nombre de questions, notamment le traitement hospitalier et médical des maladies liées à la pauvreté, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé, ne sont pas un sujet figurant dans les programmes d'études ni de la formation du personnel sanitaire. En plus de la mobilisation de ressources financières, il existe donc aussi un besoin urgent de renforcer les compétences et le savoir des professionnels travaillant dans les systèmes de santé des États membres européens.

29. Enfin, le groupe d'experts s'est également efforcé d'affiner les critères appliqués pour sélectionner les études de cas. Il a recommandé que le contenu et la forme des études de cas sélectionnées conservent une base scientifique, que les études soient rédigées dans un style intéressant et attrayant, faisant état d'un vécu humain (en plus des actions menées par le système de santé), et qu'elles présentent des données et des informations précises sur des problèmes spécifiques, liés à la pauvreté et à la santé, et sur ce que le système de santé entreprend pour y répondre. En particulier, la poursuite de la collecte, de la validation, de l'analyse et de la diffusion systématiques des données présentées dans les études de cas devra répondre aux critères résumés à l'annexe 2. Les travaux de la réunion ont par ailleurs permis de recenser un certain nombre de domaines « manquants », non couverts par les 12 études de cas initiales, comprenant, entre autres, les situations concernant la pauvreté dans les zones rurales. Les participants à la réunion d'experts ont également évoqué le besoin d'investir des ressources dans une stratégie efficace de diffusion et d'exploitation des études de cas à des fins variées (y compris pour la formation et le renforcement des compétences).

### Mesures qui pourraient être prises

30. Dans le prolongement des conclusions de la réunion d'experts, un certain nombre de mesures ont été considérées comme appropriées et pertinentes, afin de combler les lacunes en matière d'information et de développer le savoir-faire requis dans ce domaine de préoccupation croissante pour tous les États membres de la Région européenne. Les grandes lignes de ces recommandations sont exposées ci-dessous, et sont reprises dans le projet de résolution joint (EUR/RC52/Conf.Doc./4) :

- a) poursuivre le processus de développement, d'analyse et de diffusion de connaissances sur le lien entre pauvreté et santé, et plus particulièrement la collecte, la validation et la diffusion systématiques d'études de cas sur le rôle concret du système de santé dans le traitement des questions liées à la pauvreté et à son impact sur la santé ;

Formatted: Bullets and Numbering

- b) établir, au sein du Bureau régional, une banque de données sur les études de cas, décrivant les actions efficaces menées par les systèmes de santé des États membres dans la Région européenne en vue de promouvoir la santé et le bien-être des pauvres et des groupes les plus vulnérables de la population ;
- c) assister les États membres en leur fournissant des données probantes, résumées et clairement présentées, permettant d'améliorer l'élaboration des politiques visant la pauvreté et la santé, et notamment des indicateurs d'évaluation des initiatives ;
- d) utiliser les ressources disponibles et en mobiliser de nouvelles pour développer des activités liées à la pauvreté et à la santé, y compris l'offre d'assistance technique aux États membres, sous forme de formation et de renforcement des compétences ;
- e) travailler en étroite collaboration avec d'autres organisations (intergouvernementales et non gouvernementales) compétentes dans le secteur, en vue de produire des rapports détaillés réguliers sur la situation en matière de pauvreté et de santé dans la Région européenne et d'effectuer le suivi ;
- f) créer des forums appropriés pour la discussion et l'échange de connaissances entre décideurs et praticiens dans le domaine de la santé et des affaires sociales, et d'autres personnes participant à des initiatives visant les problèmes liés à la pauvreté et la santé.

Annexe 1

**LISTE DES ETUDES DE CAS SELECTIONNEES POUR 2002**

Les études de cas sélectionnées pour 2002 décrivent un vaste éventail d'initiatives. Elles sont non seulement pertinentes dans leur propre contexte, mais elles constituent aussi de bons modèles qui pourraient être adaptés et appliqués dans d'autres parties de la Région.

Allemagne	Le modèle de Mayence pour la fourniture de soins de santé aux sans-abri.
Croatie	Éliminer les obstacles à la communication dans les services de soins de santé et de prévention des maladies pour les populations nomades : l'expérience du comté de Medimurje.
Fédération de Russie	Endiguer la tuberculose : motiver les détenus, les pauvres et les groupes marginalisés.
Fédération de Russie	Les « jardins suspendus » de Saint-Petersbourg : améliorer l'alimentation et la sécurité alimentaire dans les zones urbaines.
France	Couverture complémentaire à l'assurance maladie : toucher les plus pauvres.
Hongrie	Respect des pauvres : l'hôpital et sanatorium de Budakeszi, où les pauvres et les sans-abri sont traités avec un respect inhabituel mais apprécié, ce qui renforce leur estime de soi et contribue à résoudre les problèmes sociaux.
Italie	Du dysfonctionnement de l'information et de l'ignorance à la reconnaissance et aux soins : régler le problème des immigrés et des sans-abri à Rome.
Kirghizistan	Diminuer les paiements individuels et renforcer la solidarité : une solution nationale au problème des « dessous-de-table », avec un effort particulier dans le domaine de la réduction des paiements pour les communautés rurales les plus pauvres.
Pologne	Mobilisation du système de santé de la ville de Lodz pour proposer des soins aux sans-abri.
République de Moldova	De la ségrégation et de la perte de revenus aux soins et à l'inclusion sociale : les changements culturels et juridiques apportés au traitement des maladies sexuellement transmissibles dans la République de Moldova.
Royaume-Uni	« Traitement » contre les privations et l'exclusion sociale : le Bureau de conseil aux citoyens du groupe de soins primaires de Blackpool.
Royaume-Uni	« Fit for Work » : le soutien du système de santé à l'emploi et à la redynamisation des quartiers est de Londres.

Annexe 2

**RESUME DES CRITERES DE CATEGORISATION DES ETUDES DE CAS  
POUR LE PROJET DE BANQUE EUROPEENNE DE DONNEES**

<b>Critère</b>	<b>Problème à résoudre</b>
Pertinence	L'initiative décrite dans l'étude de cas traite-t-elle de questions pertinentes aux aspects de santé publique liés à la pauvreté et à son impact sur la santé ?
	L'initiative contribue-t-elle directement ou indirectement à la réduction de la pauvreté ?
Reproductibilité	Dans quelle mesure l'initiative est-elle reproductible dans d'autres contextes ?
	Y a-t-il des conditions préalables à la reproductibilité ?
Bien-fondé	L'étude de cas est-elle présentée de façon à être utile au public cible ?
	Quels aspects de l'initiative doivent être documentés pour mieux faire comprendre les tenants et les aboutissants de l'initiative ?
Durabilité	Dans quelle mesure l'initiative décrite dans l'étude de cas est-elle durable à court, à moyen et à long terme ?
Fondé sur des données probantes	Y a-t-il des données illustrant l'impact de l'initiative ?
	Quels enseignements clés ont été tirés de l'initiative ?
	Existe-t-il des incohérences dans les données disponibles ?
	Existe-t-il un relevé transparent de la façon dont les données relatives à l'étude de cas ont été recueillies et traitées ?
	Y a-t-il certains aspects de la pauvreté et de la santé, liés à l'étude de cas, qui ne sont pas couverts par la description ? Dans quelle mesure devraient-ils faire l'objet de recherches supplémentaires ?
	Existe-t-il des « effets secondaires », positifs ou négatifs, associés à l'initiative ?

Annexe 3

**REFERENCES**

1. *Les dirigeants mondiaux adoptent « la Déclaration du Millénaire des Nations Unies » à la fin d'un sommet extraordinaire de trois jours.* New York, Centre d'information de l'ONU, 8 septembre 2000 (communiqué de presse GA/9758, consultable à l'adresse [www.un.org/News/Press/docs/2000/20000908.ga9758.doc.htm](http://www.un.org/News/Press/docs/2000/20000908.ga9758.doc.htm), lien vérifié le 11 juin 2002).
2. *Les présidents Bush et Chirac annoncent les récentes mesures d'accroissement de l'aide prises par leur pays lors de la Conférence sur le financement du développement.* New York, Centre d'information de l'ONU, 22 mars 2002 (communiqué de presse DEV/M/14 consultable à l'adresse <http://www.un.org/french/ffd/pressrel/22bpress.htm>, lien vérifié le 11 juin 2002).
3. *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
4. *L'OMS appelle à lutter massivement contre les maladies de la pauvreté.* Genève, Bureau de l'information de l'OMS, 3 octobre 2000 (communiqué de presse OMS/2000/63 consultable à l'adresse <http://www.who.int/inf-pr-2000/fr/cp2000-63.html>, lien vérifié le 11 juin 2002).