



Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE,  
SOIXANTE-QUATRIÈME SESSION

Copenhague (Danemark), 15-18 septembre 2014



© Dreamstime.com



© OMS



© OMS



© Shutterstock



© Dreamstime.com



# Rapports de situation



**Comité régional de l'Europe**

Soixante-quatrième session

**Copenhague (Danemark), 15-18 septembre 2014**

Point 5 h) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC64/19 Corr.1

2 septembre 2014

140651

ORIGINAL : ANGLAIS

## Rapports de situation

### Rectificatif

Ce document contient des corrections au chapitre A, intitulé « Mise en œuvre du Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 : progrès réalisés ».

La dernière phrase du paragraphe 20 devrait se lire comme suit :

« À l'ouest, le nombre de personnes bénéficiant d'un TAR était élevé (460 000) et la plupart des pays avaient atteint ou devraient atteindre, pour 2015, l'objectif d'une couverture de 80 % par le TAR. »

À l'annexe A1. « Indicateurs d'avancement de la mise en œuvre du Plan d'action européen, par domaine d'intervention », au titre :

<b>Traitement et soins en matière de VIH</b>
----------------------------------------------

Nombre de personnes bénéficiant actuellement d'un TAR
-------------------------------------------------------

les statistiques devraient être les suivantes :

	559 000	430 000	129 000	659 000	460 000	199 000	18 %
--	---------	---------	---------	---------	---------	---------	------



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation  
mondiale de la Santé**

**Europe**

**Comité régional de l'Europe**

Soixante-quatrième session

EUR/RC64/19

**Copenhague (Danemark), 15-18 septembre 2014**

4 août 2014

140422

Point 5 h) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

## **Rapports de situation**

Ce document contient les rapports de situation consolidés sur :

- A. la mise en œuvre du Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 ;
- B. l'usage nocif de l'alcool dans la Région européenne de l'OMS ;
- C. la mise en œuvre de la résolution EUR/RC55/R9 relative à la prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS ;
- D. la stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents ;
- E. le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques.

## Sommaire

	page
A. Mise en œuvre du Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 : progrès réalisés.....	1
Introduction et généralités.....	1
Analyse de la situation.....	1
Progrès accomplis.....	2
Annexe A.1. Indicateurs d'avancement de la mise en œuvre du Plan d'action européen, par domaine d'intervention.....	12
B. L'usage nocif de l'alcool dans la Région européenne de l'OMS : progrès réalisés.....	15
Introduction et généralités : la nécessité d'une action renforcée en Europe.....	15
Initiatives politique en matière d'alcool – les dix domaines d'action.....	15
Politique en matière d'alcool : principaux progrès accomplis.....	18
Le rôle du secrétariat.....	19
Annexe B.1. Consommation d'alcool déclaré dans la population adulte et par pays de la Région européenne de l'OMS, 1990-2010 (par hab.).....	22
C. Mise en œuvre de la résolution EUR/RC55/R9 relative à la prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS : progrès réalisés.....	27
Introduction.....	27
Soutien aux États membres dans leurs efforts visant à renforcer la prévention des traumatismes et à élaborer des plans d'action.....	28
Recensement et diffusion des bonnes pratiques en matière de prévention.....	29
Épauler le réseau des points focaux nationaux et collaborer avec d'autres réseaux.....	30
Renforcement des capacités.....	30
Aide technique en vue d'améliorer les soins aux victimes.....	31
Mise en place de partenariats et collaboration avec l'Union européenne et d'autres organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales.....	31
Établissement de rapports.....	32
Conclusions et indications en vue de la poursuite de l'action.....	32
Annexe C.1. Charge des traumatismes et de la violence en Europe.....	33
Annexe C.2. Publications.....	37
D. Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents : progrès réalisés.....	41
Introduction.....	41
La boîte à outils.....	41
Mise en œuvre de la stratégie.....	42
Conclusions.....	44
Annexe D.1. État d'avancement de l'élaboration de la stratégie par pays en 2008.....	46
Annexe D.2. Quelques enseignements tirés des études de cas.....	47
E. Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques : progrès réalisés.....	49
Introduction et généralités.....	49
Mesures prises et progrès réalisés.....	50

## **A. Mise en œuvre du Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 : progrès réalisés**

### ***Introduction et généralités***

1. Par sa résolution EUR/RC61/R8, le Comité régional a adopté le Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015, et a prié la directrice régionale de faire rapport sur sa mise en œuvre lors de la soixante-quatrième session du Comité régional (CR64), en 2014. Le présent document est un rapport intermédiaire qui décrit les progrès accomplis depuis le CR61 en septembre 2011 ainsi que les défis qu'il faut encore relever. Il doit être lu en parallèle avec le plan d'action<sup>1</sup>.

### ***Analyse de la situation***

2. Des progrès notables ont été accomplis dans la Région, à savoir une augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'un traitement contre le VIH/sida et une évolution vers l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (voir annexe A.1). Il est devenu apparent que les bienfaits tirés du traitement contre le VIH sont répartis de manière inégale à l'échelle mondiale et en Europe. Dans la partie orientale de la Région<sup>2</sup>, la couverture du traitement antirétroviral (TAR) reste médiocre : un nombre relativement peu élevé de personnes éligibles entament un TAR et parviennent à une suppression virale. En conséquence, depuis 2010, le nombre de cas de sida a augmenté de 47 %, avec une hausse de 13 % des décès. Dans la partie occidentale de la Région<sup>2</sup>, où la couverture du TAR est étendue, le nombre de cas et de décès est en baisse.

3. Une augmentation de 7 % du nombre d'infections à VIH notifiées dans les deux années qui ont suivi l'adoption du plan d'action européen montre clairement quel défi le VIH/sida représente pour la santé publique en Europe. En 2012, 131 000 nouveaux cas de VIH ont été signalés, soit le chiffre annuel le plus élevé depuis que des cas ont commencé à être notifiés. Ils contribuent à porter le total des cas à 1,5 million. La plupart des nouveaux cas continuaient d'être signalés dans l'est (76 % en 2012), où la Fédération de Russie et l'Ukraine représentaient 92 % de ces nouveaux cas. Dans la partie centrale de la Région<sup>2</sup>, le nombre d'infections est resté peu élevé, mais il a augmenté de 39 % entre 2010 et 2012. À l'ouest, l'épidémie est restée stable.

4. Elle reste concentrée au sein des populations qui courent un risque plus élevé d'infection au VIH : les toxicomanes par voie intraveineuse et leurs partenaires sexuels, les hommes ayant des rapports homosexuels, les travailleurs du sexe, les détenus et les migrants. La transmission du VIH par les rapports sexuels entre hommes prédominait dans l'ouest et au centre, tandis que la transmission hétérosexuelle et la transmission par la consommation de drogues injectables étaient les principaux modes de transmission à l'est (voir annexe A.1).

---

<sup>1</sup> European action plan for HIV/AIDS 2012–2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/153875/e95953.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/153875/e95953.pdf)).

<sup>2</sup> Les pays sont regroupés de la même façon que dans les rapports annuels conjoints de l'OMS et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) sur le VIH/sida en Europe, qui sont fondés sur des considérations épidémiologiques. La partie orientale de la Région (« l'est ») comprend : l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Bélarus, l'Estonie, la Fédération de Russie, la Géorgie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Lettonie, la Lituanie, l'Ouzbékistan, la République de Moldova, le Tadjikistan, le Turkménistan et l'Ukraine. La partie centrale de la Région (« le centre ») comprend : l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, Chypre, la Croatie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Hongrie, le Monténégro, la Pologne, la République tchèque, la Roumanie, la Serbie, la Slovaquie, la Slovénie et la Turquie. La partie occidentale de la Région (« l'ouest ») comprend : l'Allemagne, Andorre, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Luxembourg, Malte, Monaco, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, Saint-Marin, la Suède et la Suisse.

5. La consommation de drogues injectables reste un important mode de transmission du VIH à l'est, où elle représentait 34 % des nouveaux cas en 2012, contre 5 % seulement des nouveaux cas à l'ouest. Les flambées de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables en Europe centrale sont de plus en plus fréquentes. Des progrès notables ont été réalisés en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'élimination de la transmission mère-enfant et de la syphilis congénitale est une priorité régionale. À l'est, la maladie qui révélait le plus souvent un sida était la tuberculose. En 2013, 13,3 millions (1,8 %) d'adultes vivant dans la Région européenne avaient contracté l'hépatite B, 15 millions (2 %) souffraient d'hépatite C, et les taux de co-infection VIH-hépatite étaient extrêmement élevés.

## **Progrès accomplis**

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

6. Tous les États membres ont approuvé le plan d'action européen. Au centre et à l'est, 20 pays ciblés ont adopté un ensemble de politiques, stratégies et plans à moyen terme pour une approche fondée sur les systèmes de santé publique, visant à lutter contre l'infection à VIH, à cibler les populations courant plus de risques et à grouper les services de prévention et de lutte contre le VIH.

7. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a aidé les États membres à réviser, adapter et adopter les protocoles nationaux, conformément aux recommandations de l'OMS et en mettant l'accent sur le dépistage du VIH, l'encadrement par des conseillers, les soins et traitements complets, y compris le dépistage et le traitement des co-infections (tuberculose et hépatite virale), les services pour l'atténuation des effets nocifs et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

8. Les services dans lesquels on peut effectuer un dépistage du VIH et se faire conseiller sont de plus en plus répandus et accessibles à un coût abordable dans la Région, que ce soit dans les établissements de santé ou en dehors. Toutefois, la qualité et les normes éthiques sont variables et certains pays ne respectent pas les normes de consentement volontaire et éclairé, de confidentialité et de lien avec un traitement, des soins et un soutien appropriés.

9. Selon les estimations, au moins 50 millions de personnes auraient été soumises à un test de dépistage du VIH dans la Région en 2012, et ce nombre est en augmentation. Toutefois, cette augmentation n'est pas le reflet d'une meilleure couverture des groupes de population qui en ont le plus besoin, puisque le pourcentage de personnes testées au sein des groupes clés est resté en-deçà de l'objectif européen (à savoir 90 % pour 2015), oscillant entre 38 et 50 % (voir annexe A.1). On estime que 50 % des personnes chez lesquelles une infection à VIH vient d'être diagnostiquée se présentent pour un dépistage à un stade tardif (nombre de cellules CD4 < 350 par ml de sang) et depuis 2010, il n'y a pas eu d'amélioration dans le sens d'un diagnostic plus précoce.

10. Le Bureau régional soutient les États membres dans les efforts qu'ils déploient pour élargir l'accès aux services de conseil et de dépistage du VIH et inciter à recourir rapidement à ces services, pour répondre aux besoins spécifiques des populations vulnérables et pour limiter le nombre de sujets non diagnostiqués et le nombre de diagnostics tardifs en diagnostiquant plus tôt et en prodiguant plus rapidement des soins contre le VIH. Cette aide s'est traduite notamment par la publication et la diffusion d'une politique-cadre, *Scaling up HIV testing and counselling in the WHO European Region* (Développer le dépistage du VIH et les services de conseil dans la Région européenne de l'OMS, 2010) ; par un soutien à la Semaine européenne du dépistage du VIH, projet de l'Union européenne (2013) ; par le projet paneuropéen « HIV in Europe » (Le VIH en

Europe, 2012-2013) et par des conférences sur ce sujet et la fourniture d'une assistance technique directement aux États membres.

11. Entre 2010 et 2012, 6 pays ont atteint l'objectif européen d'une réduction de 50 %, pour 2015, du nombre de nouvelles infections à VIH contractées en raison d'une toxicomanie par injection et 11 pays sont en voie d'atteindre cet objectif ; 14 autres pays ont signalé moins de deux cas, voire aucun, dus à une consommation de drogues par injection, et aucun changement notable ces dernières années. Dans la Région, le taux de transmission du VIH par la consommation de drogues injectables est resté relativement stable ; il a diminué à l'est et augmenté dans le centre et à l'ouest, ce qui était principalement dû à l'apparition de foyers dans deux pays de l'Union européenne.

12. La plupart des pays ont mis en œuvre le programme d'interventions recommandées par l'OMS, le Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) pour la prévention, le traitement et les soins en matière d'infection à VIH chez les consommateurs de drogues. Certains éléments de ce programme n'ont pu être mis en œuvre dans certains pays : le traitement de substitution des opiacés n'était pas accessible dans 6 pays et les programmes d'échange de seringues n'étaient pas disponibles dans 4 pays.

13. En 2011, plus de 713 000 personnes bénéficiaient d'un traitement de substitution des opiacés dans 45 pays d'Europe, dont 11 300 personnes dans l'est de la Région. La couverture pour les personnes ayant besoin de cette thérapie se situait entre 0 et 82 % dans la Région, mais est restée inférieure à 5 % dans la plupart des pays de l'est de la Région.

14. Le Bureau régional a aidé les États membres à prévenir de nouvelles infections chez les personnes s'injectant des drogues, à atténuer d'autres problèmes de santé chez les consommateurs de drogues et à améliorer l'accessibilité et la qualité des services de réduction des effets nocifs (notamment des services de traitement du VIH, des services combinant VIH et tuberculose ou VIH et hépatite virale, et des services de traitement de substitution des opiacés). Il a procédé de la manière suivante :

- en entreprenant, en 2010-2013, des recherches sur le plan social et comportemental, concernant l'élargissement de l'accès à la réduction des effets nocifs, aux traitements et aux soins pour les usagers de drogues par injection, et en identifiant les obstacles structurels et les facteurs de risque environnementaux avec l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs (EAHC) de la Commission européenne, la London School of Hygiene & Tropical Medicine, la Banque mondiale et d'autres partenaires ;
- en participant (avec la London School of Hygiene & Tropical Medicine) à des études systématiques visant à réaliser des estimations de la prévalence chez les consommateurs de drogues par injection, à déterminer les facteurs de risque chez ces personnes et à faire la synthèse de ces informations ;
- en organisant des ateliers et en publiant des recommandations sur la mise en œuvre et l'élargissement du traitement de substitution des opiacés avec l'EAHC et l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies en 2013 ;
- en organisant une consultation technique régionale sur la prévention du VIH chez les usagers de drogues par injection dans les États membres d'Asie centrale avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires en 2012 ;
- en dressant des bilans complets de la situation et en faisant rapport sur les meilleures pratiques, les expériences acquises et les difficultés existantes en matière de prévention du VIH chez les usagers de drogues par injection, tant au sein de la société que dans les prisons, avec l'ONUSIDA, la Banque mondiale et d'autres partenaires ;

- en désignant, en 2013, un nouveau centre collaborateur de l'OMS pour la réduction des effets nocifs, afin de développer les capacités et de fournir une assistance technique pour promouvoir des stratégies hautement qualitatives et fondées sur des bases factuelles en matière de consommation de drogues (Institut de santé publique de la faculté de médecine de l'Université de Vilnius, en Lituanie) ;
- en assurant une aide technique et une action en faveur de la réduction des effets nocifs avec l'ECDC et d'autres.

15. Entre 2010 et 2012, 15 pays ont pu réduire de 5 % ou plus le nombre de cas de transmission du VIH par voie sexuelle, mais 3 seulement ont atteint ou sont près d'atteindre l'objectif européen d'une réduction de 50 % pour 2015. Le nombre de cas de transmission par voie sexuelle a augmenté dans l'est et au centre, et diminué à l'ouest. À l'est, la transmission hétérosexuelle s'est opérée principalement des usagers de drogues par injection et migrants de sexe masculin à leurs partenaires de sexe féminin, tandis qu'à l'ouest, elle était associée aux migrations en provenance de pays connaissant des épidémies de VIH généralisées, où les migrants représentent plus d'un tiers des cas hétérosexuels. Le pourcentage d'utilisation du préservatif était variable d'une population à l'autre. En 2012, c'est chez les travailleurs du sexe qu'il était le plus élevé (88 %), tandis qu'il était plus faible chez les hommes ayant des rapports homosexuels (56 %) et au plus bas chez les consommateurs de drogues par injection (42 %).

16. Le Bureau régional a aidé les États membres à prévenir la transmission par voie sexuelle en traduisant et en diffusant des recommandations mondiales sur la prévention et le traitement du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports homosexuels et chez les personnes transsexuelles.

17. En 2012, 1 % seulement des nouveaux cas d'infection signalés étaient dus à une transmission de la mère à l'enfant. Le nombre d'enfants infectés a diminué de 10 % depuis 2010, principalement en raison d'une diminution à l'ouest ; 75 % des enfants infectés se trouvaient dans l'est de la Région. À l'ouest, près de 40 % des enfants infectés étaient nés de mères originaires de pays connaissant une épidémie généralisée.

18. À l'échelle mondiale, c'est la Région européenne qui a atteint et maintenu la couverture la plus élevée en matière de TAR afin de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant (> 95 %), en matière de diagnostic rapide chez le nourrisson (> 95 %) et en matière de dépistage et de services de conseil pour les femmes enceintes (69 % en 2011). On s'est rapproché de l'objectif européen d'un dépistage et de services de conseil pour 95 % des femmes enceintes en 2015. À l'est, 11 pays ciblés prévoient de passer de l'« option B » recommandée par l'OMS pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant à l'« option B+ »<sup>3</sup>, et ce pour 2015 au plus tard.

19. Le Bureau régional a aidé les États membres qui tentent d'éliminer la transmission verticale du VIH :

- en promouvant et en défendant, lors des consultations techniques régionales, les recommandations regroupées de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux (2013) ;
- en effectuant, en collaboration avec l'ONUSIDA, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), des évaluations pilotes et des missions dans les pays afin d'observer les progrès réalisés en

---

<sup>3</sup> L'OMS recommande deux options pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant : l'option B est un TAR à vie, réservé aux femmes enceintes ou allaitantes éligibles au traitement pour leur propre santé (c'est-à-dire que le TAR devrait être interrompu après l'accouchement et la cessation de l'allaitement pour les femmes inéligibles) ; l'option B+ est un TAR à vie pour toutes les femmes enceintes et allaitantes, quel que soit le stade de l'infection ou le nombre de cellules CD4.



vue de faire cesser la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, l'accent étant mis sur les populations clés ;

- en examinant les progrès réalisés pour la définition et l'élimination de la transmission mère-enfant, et en relevant les défis inhérents à cette tâche ;
- en préparant, avec le FNUAP, l'ONUSDC, l'ONUSIDA, l'UNICEF et d'autres, une consultation régionale sur l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale.

20. Les États membres ont accompli des progrès considérables en ce qui concerne le traitement et les soins aux personnes vivant avec le VIH, y compris par un meilleur suivi des laboratoires et par de meilleurs services. Le recours au TAR est devenu plus courant dans toute la Région. Bien qu'aucun pays à revenu faible ou intermédiaire n'ait encore atteint l'objectif européen d'une couverture à 80 % pour 2015, le nombre de personnes bénéficiant d'un TAR a considérablement augmenté, puisque par rapport à 2010, 70 000 patients de plus ont eu accès à ce traitement en 2012 (voir annexe A.1). À l'est, la couverture par le TAR est passée de 23 % (129 000) en 2010 à 35 % (199 000) en 2012. À l'ouest, le nombre de personnes bénéficiant d'un TAR était élevé (560 000) et la plupart des pays avaient atteint ou devraient atteindre, pour 2015, l'objectif d'une couverture de 80 % par le TAR.

21. La majorité des personnes suivant un TAR dans l'est de la Région ont bénéficié d'un schéma de première intention recommandé par l'OMS, et l'emploi d'associations fixes d'antirétroviraux a été largement répandu. Des tests de mesure de la charge virale et du nombre de cellules CD4 étaient disponibles dans tous les pays d'Europe orientale sauf deux, et les principes directeurs nationaux incluaient la recommandation de l'OMS quant à la fréquence des tests (tous les 3 à 6 mois).

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

- en soutenant la diffusion et la mise en œuvre, à l'échelle régionale, des principes directeurs consolidés de l'OMS sur le recours aux médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH<sup>4</sup> ;
- en organisant une consultation technique régionale sur la diffusion et la mise en œuvre des principes directeurs dans 12 pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ;
- en prêtant appui à 11 pays pour l'élaboration de plans nationaux afin d'adapter les politiques nationales aux nouvelles recommandations de l'OMS ;
- en désignant un nouveau centre collaborateur pour le VIH et l'hépatite virale (Programme de Copenhague pour la lutte contre le VIH, Faculté des sciences, Département international de santé, d'immunologie et de microbiologie, Université de Copenhague, Danemark) pour aider le Bureau régional à apporter une assistance technique aux pays ;
- en évaluant le TAR et l'optimisation de la prestation de services de TAR, et en émettant des recommandations à ce sujet pour neuf pays.

23. En 2012, moins de 0,3 % des nouveaux cas d'infection à VIH ont été contractés dans un établissement de soins, mais entre 2010 et 2012, le nombre de personnes infectées en raison d'une transmission nosocomiale a augmenté de 178 % dans l'ensemble de la Région, un chiffre poussé à

---

<sup>4</sup> Ces nouveaux principes directeurs assouplissent les critères d'éligibilité au TAR et recommandent d'entamer le traitement de certains groupes de population quel que soit le nombre de cellules CD4, tout en maintenant la recommandation suivant laquelle il convient de donner la priorité au traitement des personnes qui sont à un stade avancé de la maladie plutôt qu'à celui des personnes ayant entre 350 et 500 cellules CD4 par mm<sup>3</sup>.

la hausse par l'augmentation enregistrée à l'est. Tous les États membres soumettent l'ensemble des dons de sang à des tests de dépistage du VIH dont la qualité est assurée. Pour atteindre l'objectif européen d'une baisse de 80 % des transmissions nosocomiales pour 2015, les flambées de VIH apparaissant en milieu hospitalier doivent être mieux prévenues et maîtrisées.

## **Orientation stratégique n° 2 : amélioration plus générale des résultats en matière de santé grâce aux interventions anti-VIH**

24. À l'est, 3 pays prioritaires ont intégré l'administration d'un traitement de substitution des opiacés dans les établissements où est dispensé un TAR, et 3 autres prévoient de le faire pour 2015. Deux pays ont intégré cette thérapie dans des cliniques spécialisées dans le traitement de la tuberculose et 3 autres pays prévoient de l'inclure dans leurs politiques nationales pour 2015.

25. En 2012, 60 % des patients signalés comme tuberculeux ont subi un dépistage du VIH, et 62 % des patients tuberculeux séropositifs ont bénéficié d'un TAR. Les 3 pays supportant un lourd fardeau en matière de VIH/sida et de tuberculose ont mis en œuvre le programme de politiques en 12 points sur les activités menées en collaboration pour ces deux maladies. À l'est de la Région, 10 pays ont adopté la recommandation de l'OMS suivant laquelle toutes les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose devraient bénéficier d'un TAR, et 8 pays ont précisé que ce traitement devait être entamé dans les huit semaines suivant le début du traitement contre la tuberculose.

26. Bien que le dépistage de l'hépatite virale soit recommandé dans le cadre global des soins contre le VIH, environ un tiers seulement des personnes qui, à l'est, sont en traitement contre l'infection à VIH ont fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite B et C en 2010-2011.

27. Le Bureau régional a directement contribué à réduire le nombre de co-infections VIH-tuberculose et d'infections sexuellement transmissibles en soutenant les activités de collaboration et en regroupant les programmes de lutte contre le VIH et contre la tuberculose. Il a notamment :

- assuré, en collaboration avec certains partenaires, l'étude transversale des programmes nationaux menés en matière de VIH, d'infections sexuellement transmissibles et de santé sexuelle et génésique ;
- évalué le degré de disponibilité d'un dépistage des infections, maladies et états affectant le traitement de l'infection à VIH (tuberculose, hépatite virale B et C, grossesse et infections sexuellement transmissibles) dans sept pays prioritaires ;
- évalué les activités menées en collaboration pour le VIH et la tuberculose et regroupé des services dans sept pays ;
- émis des recommandations dans le sens d'un élargissement de l'accès au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi de la tuberculose et du VIH pour les patients co-infectés ;
- publié, avec l'Eurasian Harm Reduction Network et la Commission européenne, un manuel de formation à la mise en place de services antituberculeux pour les consommateurs de drogues ;
- mieux familiarisé le public avec les services visant à renforcer la prévention et le traitement de l'hépatite virale (dont une campagne régionale pour la Journée mondiale contre l'hépatite), étendu ces services, et publié une étude sur la prévalence de l'hépatite B et C ;
- publié des articles et des documents traitant des éléments entravant ou facilitant le traitement du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose et renforcé les liens entre services de santé carcérale et de santé publique.

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

28. À différents degrés, les États membres ont progressé dans l'édification de systèmes de santé solides et durables. Parmi ces États, 38 ont déclaré disposer d'une stratégie multisectorielle de lutte contre l'infection à VIH et 33 avaient un organisme de coordination national multisectoriel officiellement agréé contre le sida ; 24 avaient intégré la lutte contre le sida dans leurs plans de développement.

29. Dans l'est de la Région, de nombreux pays ont bénéficié de l'aide apportée par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Les pouvoirs publics ont joué un rôle plus prééminent, et au moins trois pays (l'Estonie, la Fédération de Russie et le Kazakhstan) ont assumé pleinement la responsabilité du financement de leurs programmes de TAR après l'épuisement des aides du Fonds mondial. Les fonds internationaux ont couvert en moyenne 93 % des programmes destinés aux travailleurs du sexe, 96 % de ceux destinés aux hommes ayant des rapports homosexuels et 78 % de ceux destinés aux consommateurs de drogues injectables.

30. Comme par le passé, les ruptures de stock d'antirétroviraux ont été une préoccupation, principalement dans l'est de la Région, bien que le nombre d'établissements ayant signalé une rupture de stock soit passé à cinq dans deux pays en 2012 (voir annexe A.1). Plusieurs pays ont ouvert de nouveaux sites de TAR dans des zones reculées ou des services décentralisés pour toucher les populations clés, dont les migrants, grâce à des cliniques mobiles.

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

- soutenu, avec l'ONUSIDA, une initiative régionale visant à élargir la couverture par le TAR, en cartographiant les services assurés dans ce domaine dans 11 pays prioritaires de l'est de la Région ;
- promu et fourni une assistance technique en vue de décentraliser les services de traitement et de soins contre le VIH ;
- lancé un projet pour l'amélioration qualitative de la prévention du VIH/sida en Europe, avec le Centre fédéral allemand d'éducation à la santé et l'organisation non gouvernementale AIDS Action Europe.

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

- coordonné la surveillance avec l'ECDC [des rapports annuels ont été publiés par le Bureau régional et l'ECDC ; le plus récent date de 2013 et reprend les données relatives à 2012. Les 53 États membres sont invités et encouragés à soumettre chaque année leurs données sur la surveillance des cas nationaux de VIH/sida. En 2013, 51 des 53 États membres (96 %) ont présenté des données] ;
- organisé régulièrement, avec l'ECDC, des réunions concernant les réseaux de surveillance du VIH pour tous les États membres européens, la plus récente a eu lieu à Dubrovnik (Croatie) en mai 2014 ;
- repensé la surveillance du VIH en Europe avec l'ECDC, par exemple en fusionnant la surveillance du VIH et celle du sida ; en simplifiant les données relatives à l'exposition et en incluant des marqueurs biomédicaux ; et en assurant le suivi, en collaboration avec l'ECDC, l'ONUSIDA et l'UNICEF, des ripostes nationales face à l'infection par le VIH, grâce au recueil annuel de données au moyen d'un outil conjoint de notification en ligne hébergé par l'ONUSIDA, avec des indicateurs harmonisés et des rapports d'avancement régionaux et mondiaux réguliers concernant la riposte ;

- convoqué une consultation technique afin de réexaminer les méthodes standardisées pour l'estimation de la prévalence du VIH et des besoins en matière de TAR, en collaboration avec l'ONUSIDA et les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis ;
- poursuivi le renforcement des capacités nationales en vue de mettre en place des systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation efficaces, durables et adaptés à leur contexte pour le VIH ;
- assuré, par le biais du Centre de collaboration pour la surveillance du VIH de Zagreb (Croatie), des formations et une assistance technique pour la surveillance, le suivi et l'évaluation.

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

33. Treize pays sur 28 (46 %) ont signalé que certaines de leurs lois, réglementations ou politiques entravaient l'efficacité de la prévention, du traitement, des soins et du soutien apportés aux populations clés et autres groupes vulnérables. Les individus les plus touchés étaient les consommateurs de drogues par injection, les travailleurs du sexe, les personnes incarcérées et les migrants.

34. La plupart des États membres ont fait des progrès dans la lutte contre la vulnérabilité : par exemple, en abordant explicitement ou en reflétant les droits humains dans les stratégies nationales de lutte contre le sida et en consultant et en faisant participer la société civile à la formulation de politiques sur le VIH et l'hépatite virale et à la prise de décision.

35. Certains pays ont limité la vulnérabilité et pris des mesures pour lever les obstacles structurels à la réduction du taux de nouvelles infections. Des simulations ont illustré l'impact potentiel sur l'incidence et la prévalence du VIH dans d'autres pays.

36. Dans 24 pays, on a signalé l'existence de programmes visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et ciblant les travailleurs de la santé, les médias et les milieux de travail. La promotion et la protection des droits humains ont été explicitement mentionnées dans les politiques ou stratégies nationales contre le VIH dans 30 pays sur 35 (86 %).

37. Le Bureau régional a travaillé en étroite collaboration avec la société civile sur le suivi d'aspects tels que les ruptures de stock de médicaments contre le VIH, le dépistage du VIH et les pratiques en matière de conseil et réactions aux programmes. Le Bureau régional a également réagi rapidement aux questions soulevées par les coalitions nationales de la société civile et les réseaux régionaux sur divers sujets, tels que l'assistance technique pour la préparation d'un dossier concernant la mise en place d'un processus de présélection de médicaments en Ukraine, comme condition préalable à l'achat d'antirétroviraux.

38. Le Bureau régional a soutenu activement la participation de la société civile, qui a pris part à l'élaboration de stratégies nationales et à l'examen des programmes nationaux, par exemple en Azerbaïdjan, en Grèce, au Kazakhstan et en Ukraine.

39. Le Bureau régional a soutenu les travaux de réseaux régionaux tels que l'Eurasian Harm Reduction Network (collaboration et appui financier), l'Eurasian Coalition on Men's Health (appui technique et financier), ainsi que l'International Treatment Preparedness Coalition for eastern Europe and central Asia et l'European Civil Society Forum (échange d'informations et inclusion dans d'importants processus régionaux).

40. Dans la plupart des pays, la société civile est associée, à des degrés divers, à la planification et à la budgétisation de plans stratégiques nationaux. Onze pour cent seulement des pays ont notifié une absence de participation de la société civile. Les organisations de la société civile participent de plus en plus souvent, au sein de la communauté, au dépistage rapide du VIH et à l'aiguillage vers les services de soins. Dans de nombreux États membres, la participation de la société civile à la prestation de services de prévention est relativement forte. La part du budget national de lutte contre le VIH consacrée à des activités menées par la société civile a été variable : elle a été plus élevée dans l'ouest de la Région (près de 50 %) que dans le centre (19 %) et à l'est (7 %).

41. En 2013, le Bureau régional et la Banque mondiale ont publié une étude systématique des bases factuelles sur la vulnérabilité face à l'infection à VIH et sur la réaction qui y est opposée dans tous les pays de la Région.

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

- réagi face aux tentatives d'extension des politiques et pratiques de dépistage obligatoire du VIH et continué à s'opposer à un dépistage obligatoire du VIH ;
- plaidé contre les lois et pratiques qui constituent des obstacles à l'accès à la prévention et au traitement, et qui ont pour effet de marginaliser et de criminaliser des populations clés ;
- participé à une étude systématique pour déterminer et synthétiser les estimations de la prévalence et les facteurs de risque chez les consommateurs de drogues par injection. Dans le cadre de cette étude, il a été constaté que le contact avec des organes répressifs et avec l'environnement judiciaire est associé à un risque d'infection à VIH ;
- plaidé en faveur de la promotion et de la mise en œuvre de politiques et de pratiques relatives à la riposte contre le VIH en se fondant sur les bases factuelles et en s'inspirant des droits de l'homme.

### **Difficultés à surmonter et cheminement futur**

43. Les bases factuelles, conseils et recommandations internationaux récents pour une stratégie de santé publique concernant l'usage d'antirétroviraux afin de soigner et de prévenir le VIH nous font faire un pas de plus vers la maîtrise de cette épidémie. Il est nécessaire de recourir plus souvent et de manière stratégique au TAR pour soigner et prévenir la transmission du VIH et atteindre les objectifs fixés pour 2015 dans le plan d'action européen.

44. De nouvelles recommandations élargissent les critères d'éligibilité pour entamer un TAR. Cependant, la plupart des pays ayant des ressources et des capacités limitées éprouveront des difficultés à soigner, en 2015 au plus tard, 80 % des personnes nécessitant un traitement. Les difficultés majeures faisant obstacle à une augmentation de la couverture par le TAR sont de diminuer le nombre d'infections à VIH non diagnostiquées et de diagnostics posés tardivement, d'assurer un meilleur arrimage vers des soins spécialisés et une meilleure rétention dans ce milieu de soins, et d'élargir l'accès au TAR et à la suppression virale. La « cascade de soins du VIH » se compose des étapes successives ou du continuum des soins : diagnostic, arrimage à des services de soins et maintien dans ces services, prescription d'un TAR et suppression virale. La mise en place, l'évaluation et la comparaison des cascades de traitement du VIH et des principales populations vulnérables dans ces pays seraient utiles pour mesurer les progrès accomplis sur la voie d'un accès universel et, plus important encore, pour déterminer les points forts et les faiblesses des programmes de lutte contre le VIH.

45. Les pays pourraient faire baisser le coût des traitements, par exemple, en appliquant les recommandations de l'OMS pour l'optimisation du schéma thérapeutique et en recourant à des

outils plus simples pour le diagnostic et le suivi, et ils pourraient employer les économies ainsi réalisées pour élargir la couverture par le TAR.

46. Certains groupes de population sont affectés de manière disproportionnée par l'épidémie de VIH en Europe, et la volatilité économique et les risques liés à la récession accroissent leur vulnérabilité face au VIH et à d'autres infections. Les politiques et pratiques en matière de dépistage du VIH devraient viser principalement à atteindre les groupes de population qui courent un risque d'infection par le VIH, dont les personnes souffrant d'hépatite virale ou de tuberculose évolutive. La couverture du traitement de substitution des opiacés et des programmes d'échange de seringues devrait encore être élargie dans tous les pays, particulièrement à l'est. La prévention d'une transmission sexuelle du VIH présente des défis particuliers pour les hommes qui ont des rapports homosexuels à l'est, où la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation entravent la prévention et le traitement.

47. Malgré les progrès réalisés, il reste des obstacles à l'élimination de la transmission mère-enfant, puisqu'il y a toujours des femmes enceintes qui vivent avec le VIH et n'ont pas accès aux soins prénatals ou se présentent tardivement, notamment des consommatrices de drogues par injection, des travailleuses du sexe, des membres de minorités ethniques, des femmes migrantes et des détenues. Les liens entre les services destinés aux consommateurs de drogues par injection et les services de santé maternelle et infantile demeurent distendus, et l'expertise fait souvent défaut dans le domaine de la prévention de la transmission mère-enfant pendant une grossesse compliquée par une toxicomanie.

48. Dans certains pays, la mise en œuvre inadéquate des mesures de précaution standard pour éviter les infections nosocomiales continue de poser un problème.

49. Il reste des difficultés à surmonter dans le domaine de la co-infection tuberculose-hépatite et de la coordination des services. Le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux déclarés devrait être encore intensifié afin de garantir un traitement efficace de l'infection à VIH. Les « Three I's »<sup>5</sup> pour la diminution du nombre de décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH n'ont pas encore été pleinement mis en œuvre. Les efforts consentis pour prévenir et maîtriser l'hépatite et le coût du traitement contre cette maladie représentent des difficultés spécifiques et requièrent une meilleure coordination des services spécialisés, en particulier pour les usagers de drogues par injection. L'édification de systèmes plus solides et plus durables ouvre des possibilités de mettre en place des services encore mieux coordonnés, notamment pour les populations courant plus de risques et pour lutter plus efficacement contre le VIH.

50. Les pays devront de plus en plus compter sur leur budget national et prendre une plus grande part de responsabilité dans le financement du traitement et de la prévention au sein des populations vulnérables dans leurs programmes de lutte contre le VIH, et surtout en matière de réduction des effets nocifs pour les usagers de drogues par injection.

51. Il conviendrait de lever les obstacles structurels à l'accès aux services de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles et contre l'hépatite virale, et à d'autres services essentiels (notamment en gérant les déterminants sociaux de la santé).

52. Des partenariats solides avec la société civile et des acteurs étatiques sont essentiels dans cette lutte. Les principales difficultés résident dans les lois et règlements qui font obstacle à une action efficace, dans la stigmatisation et la discrimination et, dans certains pays, dans la relative

---

<sup>5</sup> « Three I's » : intensified case-finding, isoniazid preventive therapy and infection control for TB (« Trois i » : intensification du dépistage, traitement préventif à l'isoniazide et lutte contre la transmission de la tuberculose).

faiblesse des systèmes existant au sein des communautés. La disponibilité d'un financement et les attitudes changeantes de nombreux gouvernements posent les bases d'une participation constructive et durable de la société civile à la lutte contre l'épidémie de VIH.

53. Le document relatif aux conclusions de la Quatrième Conférence sur le VIH/sida en Europe de l'Est et en Asie centrale (Moscou, Fédération de Russie, 12 et 13 mai 2014) fait état de progrès notables dans des domaines clés de la lutte contre le VIH/sida : meilleur accès au TAR, meilleures procédures de passation de marchés et meilleur approvisionnement en médicaments ; couverture plus étendue dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; expansion de l'encadrement social et du soutien des personnes vivant avec le VIH ; meilleur échange d'informations entre les pays et nouvelles données sur l'efficacité épidémiologique et économique des activités de prévention auprès des populations clés. Lors de cette conférence, on a également épinglé des difficultés à surmonter, notamment : l'insuffisance du financement des programmes de lutte contre le VIH/sida au niveau national ; les défaillances de la mise en œuvre de stratégies globales de prévention et de dépistage fondées sur des bases factuelles et de méthodes novatrices pour la prévention de l'infection par le VIH, notamment pour les groupes de population à haut risque ; la couverture médiocre en matière de TAR et de diagnostics appropriés, surtout dans les établissements correctionnels ; le manque d'implication de tous les intervenants potentiels (y compris la société civile, le secteur privé et les personnes vivant avec le VIH) dans la lutte contre le VIH/sida ; le manque d'attention accordée aux programmes et services en rapport avec le VIH et destinés aux femmes et jeunes filles ; et le manque de formation des jeunes en général concernant l'infection à VIH.

## Annexe A.1. Indicateurs d'avancement de la mise en œuvre du Plan d'action européen, par domaine d'intervention

	2010				2012				% de changement
	Europe <sup>a</sup>	Ouest <sup>b</sup>	Centre <sup>c</sup>	Est <sup>d</sup>	Europe	Ouest	Centre	Est	
<b>Diagnostiques de VIH</b>									
Nombre de nouveaux diagnostics notifiés d'infection à VIH									
	122 684	25 659	2 478	90 258	131 202	27 315	3 715	100 172	7 %
<b>Dépistage et conseils en matière de VIH</b>									
Pourcentage de personnes à risque qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et en connaissent le résultat <sup>e</sup>									
Travailleurs du sexe	49 % (n = 21)	54 % (n = 9)		45 % (n = 12)	50 % (n = 20)	55 % (n = 9)		46 % (n = 11)	
HH	48 % (n = 29)	51 % (n = 10)	50 % (n = 9)	42 % (n = 10)	38 % (n = 33)	44 % (n = 12)	33 % (n = 8)	37 % (n = 13)	
CDI	46 % (n = 29)	61 % (n = 8)	41 % (n = 8)	40 % (n = 13)	45 % (n = 27)	53 % (n = 7)	48 % (n = 9)	38 % (n = 11)	
Pourcentage de nouveaux cas d'infection à VIH chez des personnes dont le nombre de cellules CD4 < 350/mm <sup>3</sup> de sang au moment du diagnostic									
	50 % (n = 25)				50 % (n = 29)				
Pourcentage de femmes enceintes ayant subi un dépistage de l'infection à VIH et ayant reçu le résultat <sup>e</sup>									
				63 %				69 %	10 % (est)
Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives ayant subi un test virologique pour l'infection à VIH dans les deux mois suivant la naissance <sup>f</sup>									
								> 95 % (69 % à > 95 %)	
<b>Transmission du VIH par injection de drogues</b>									
Nouveaux cas d'infections à VIH contractées par la consommation de drogues injectables									
	29 313	1 244	121	27 948	27 511	1 390	273	25 848	-6 %
Nombre de personnes dépendantes aux opiacés suivant une thérapie de substitution									
	713 000 (n = 45)			11 300 (n = 12)					
Nombre de sites dispensant un traitement de substitution des opiacés pour 1 000 CDI									
		33 (n = 9)	2,4 (n = 9)	0,3 (n = 12)			2,0 (n = 6)	0,2 (n = 8)	
Nbre de sites participant à un programme d'échange de seringues pour 1 000 CDI									
		4,5 (n = 7)	1,8 (n = 9)	3,6 (n = 12)			1,3 (n = 6)	1,0 (n = 8)	
<b>Transmission du VIH par voie sexuelle</b>									
Nbre de nouveaux cas d'infections à VIH contractées par des HH									
	13 092	11 792	758	542	12 944	11 378	975	591	-1 %
Nbre de nouveaux cas d'infections à VIH contractées par contact hétérosexuel									
	37 175	12 035	687	24 453	38 466	9 654	915	27 897	3 %
Nbre de nouveaux cas d'infections à VIH contractées par contact sexuel (tant HH qu'hétérosexuels)									
	50 267	23 827	1 445	24 995	51 410	21 032	1 890	28 488	2 %
Pourcentage de personnes à risque signalant avoir utilisé le préservatif lors de leurs derniers rapports ou avec leur dernier client <sup>g</sup>									
Travailleurs du sexe	79 % (n = 22)				88 % (n = 11)				
HH	56 % (n = 26)				56 % (n = 13)				
CDI	42 % (n = 23)				42 % (n = 15)				
<b>Transmission du VIH de la mère à l'enfant</b>									
Nbre de nouveaux cas d'infections à VIH contractées par transmission de la mère à l'enfant									
	1 009	282	31	696	912	193	33	686	-10 %
Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH bénéficiant d'un TAR pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant									
		> 95 %		88 %		> 95 %		> 95 %	8 % (est)
Pourcentage de CDI enceintes séropositives bénéficiant d'un TAR pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant									
			66 % (50 % à > 95 %) (n = 7)						
Pourcentage de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH bénéficiant d'un TAR pour la prévention de la transmission mère-enfant									
			75 % (63 % à 91 %)				94 % (50 % à > 95 %)		25 % (est)



	2010				2012				% de changement
	Europe <sup>a</sup>	Ouest <sup>b</sup>	Centre <sup>c</sup>	Est <sup>d</sup>	Europe	Ouest	Centre	Est	
<b>Traitement et soins en matière de VIH</b>									
Nombre de personnes bénéficiant actuellement d'un TAR									
	559 000	430 000		129 000	759 000	560 000		199 000	36 %
Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles bénéficiant actuellement d'un TAR									
				23 %				35 %	52 % (est)
Estimation du nbre de décès liés au sida									
		7 700		83 000		7 600		91 000	10 % (est)
Nbre de décès notifiés de sidéens									
	6 661	1 949	283	4 429	5 983	713	252	5 018	13 % (est)
<b>Transmission nosocomiale du VIH</b>									
Nbre de nouveaux cas d'infections à VIH contractées par transmission nosocomiale									
	37	20	1	16	103	6	1	96	178 %
Nbre de nouveaux cas d'infections à VIH contractées par la transfusion de sang et de produits sanguins et par des hémophiles									
	80	79	1	0	63	55	1	7	-21 %
Nbre d'infections à VIH nouvellement diagnostiquées contractées dans l'ensemble des établissements de santé									
	117	99	2	16	166	61	2	103	42 %
<b>Programmes de lutte contre la tuberculose</b>									
Pourcentage de patients tuberculeux dont le statut au regard du VIH est connu (pourcentage de patients testés qui avaient une infection à VIH)									
	55 % (5,9 %)				60 % (6,2 %)				9 %
Pourcentage de patients tuberculeux séropositifs ayant commencé ou poursuivi un TAR									
	61 %				62 %				2 %
<b>Programmes de lutte contre l'hépatite virale</b>									
Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant des soins contre le VIH et ayant subi un dépistage de l'hépatite B et de l'hépatite C									
Hépatite B	36 % (n = 25)	88 % (n = 6)	38 % (n = 9)	30 % (n = 10)					
Hépatite C	39 % (n = 25)	97 % (n = 4)	29 % (n = 12)	38 % (n = 9)					
<b>Médicaments, diagnostics et autres produits</b>									
Nbre d'établissements de santé dispensant des TAR et ayant connu, au cours des 12 derniers mois, des ruptures de stock pour au moins un TAR									
				20 (n = 7)				5 (n = 2)	

n = nombre de pays ayant notifié des informations ; HH, hommes ayant des rapports homosexuels ; CDI, consommateurs de drogues par injection ; TAR : traitement antirétroviral

<sup>a</sup> Europe : les 53 États membres de la Région européenne de l'OMS.

<sup>b</sup> Ouest : l'Allemagne, Andorre, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Luxembourg, Malte, Monaco, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, Saint-Marin, la Suède, la Suisse.

<sup>c</sup> Centre : l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, Chypre, la Croatie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Hongrie, le Monténégro, la Pologne, la République tchèque, la Roumanie, la Serbie, la Slovaquie, la Slovénie, la Turquie.

<sup>d</sup> Est : l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Bélarus, l'Estonie, la Fédération de Russie, la Géorgie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Lettonie, la Lituanie, l'Ouzbékistan, la République de Moldova, le Tadjikistan, le Turkménistan, l'Ukraine.

<sup>e</sup> Données présentées pour 2009 et 2011.

<sup>f</sup> Données présentées pour 2011 uniquement.

<sup>g</sup> Données présentées pour 2009 et 2012.



## **B. L'usage nocif de l'alcool dans la Région européenne de l'OMS : progrès réalisés**

### ***Introduction et généralités : la nécessité d'une action renforcée en Europe***

1. Dans sa résolution EUR/RC61/R4, le Comité régional recommande aux États membres de s'inspirer du « Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 » (document EUR/RC61/13) pour élaborer ou, le cas échéant, réviser des politiques nationales en matière d'alcool et des plans d'action nationaux concernant l'alcool. Il demande également à la directrice régionale d'aider les États membres et les organisations dans leurs efforts visant à élaborer et à mettre en œuvre des politiques nationales permettant de prévenir ou de réduire les dommages résultant de la consommation d'alcool ; de suivre les progrès, l'impact et la mise en œuvre du plan d'action européen ; et d'utiliser les informations recueillies pour réviser et mettre à jour le Système d'information européen sur l'alcool et la santé.

2. La Région européenne est, de toutes les Régions de l'OMS, celle où la consommation d'alcool est la plus élevée chez l'adulte. Celle-ci équivaut d'ailleurs à près du double de la moyenne mondiale. Au cours de la période 2008-2010, la consommation moyenne d'alcool dans la population adulte européenne ( $\geq 15$  ans) était de 10,9 l d'alcool pur, soit une baisse par rapport aux 12,2 l signalés en 2003-2005. Les tendances propres à chaque pays figurent à l'annexe B.1. La consommation moyenne d'alcool non déclaré en 2008-2010 était estimée à 1,9 l d'alcool pur, soit 17 % de la consommation totale de la Région ; en 2003-2005, ce montant était estimé à 2,7 l, soit 22 % de la consommation totale. Le taux d'abstinence de 12 mois fut en moyenne de 33,6 %, les taux les plus bas étant observés en Europe occidentale, et les taux les plus élevés dans les États membres constitués d'une importante population de Musulmans, comme la Turquie et les pays d'Asie centrale. Chez les hommes, le taux de consommation d'alcool est plus de deux fois supérieur au taux relevé chez les femmes, et la consommation moyenne par habitant pour la période 2008-2010, chez les buveurs seulement, était de 22,7 l d'alcool pur pour les hommes et de 10,1 l pour les femmes. L'alcoolisme ponctuel immodéré se définit comme la consommation d'au moins 60 g d'alcool en une même occasion. En moyenne, et chez les buveurs seulement, 31,8 % des hommes et 12,6 % des femmes ont pratiqué ce type de consommation au cours du mois écoulé, d'importantes différences étant d'ailleurs observées entre les États membres. La proportion de consommateurs actuels d'alcool dans la population totale a diminué dans la Région, pour passer de 68,8 % en 2003-2005 à 66,4 % en 2008-2010.

3. Selon les estimations, 6,4 % des hommes adultes et 1,2 % des femmes adultes de la Région européenne de l'OMS sont dépendants de l'alcool. Ces pourcentages sont respectivement de 12,6 % et de 2,9 % en ce qui concerne les troubles liés à l'alcool.

### ***Initiatives politique en matière d'alcool – les dix domaines d'action<sup>1</sup>***

#### **Leadership, sensibilisation et engagement**

4. Depuis l'approbation du Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020, les pays s'emploient à formuler ou à revoir leur politique nationale en matière d'alcool. Sur les 53 États membres ayant fourni des informations au secrétariat en date d'avril 2014, 38 avaient rédigé une politique nationale en matière d'alcool, et 20 d'entre eux

---

<sup>1</sup> Pour de plus amples informations sur les diverses mesures adoptées par les États membres, veuillez vous référer au Système d'information européen de l'OMS sur l'alcool et la santé [site Web] (<http://apps.who.int/gho/data/?showonly=GISAH&theme=main-euro>).

procédaient d'ailleurs à la mise à jour de leur politique. Sur les 15 États membres ne disposant d'aucune politique nationale dans ce domaine, 9 avaient entrepris d'en élaborer une. Depuis 2012, 10 États membres ont adopté une nouvelle politique nationale en matière d'alcool conforme au plan d'action européen.

5. Depuis 2011, les pays suivants ont soit modifié leur politique en matière d'alcool, soit adopté une telle politique : Albanie, Allemagne, Bélarus, Estonie, Finlande, Irlande, Islande, Israël, Lettonie, Lituanie, Monténégro, Norvège, Ouzbékistan, Pologne, République de Moldova, Royaume-Uni, Saint-Marin, Suède, Suisse, Tadjikistan, Turkménistan et Turquie.

### **Action des services de santé**

6. Le secteur de la santé joue un rôle important en recensant les personnes dont la consommation d'alcool atteint un niveau nocif et celles qui ont besoin d'un traitement à la suite d'un trouble lié à l'alcool. Plusieurs pays s'emploient actuellement à réaliser des dépistages ainsi que de brèves interventions dans le cadre des soins de santé primaires, et 27 États membres<sup>2</sup> disposent, pour ce type d'interventions, de directives cliniques adoptées ou approuvées par au moins un organisme professionnel des soins de santé.

### **Action de proximité et sur le lieu de travail**

7. Des projets d'intervention de proximité ont été mis en place dans 43 États membres en collaboration avec des parties prenantes<sup>2</sup>. Les organisations non gouvernementales (ONG) (41 États membres) et les organismes publics locaux (32 États membres) figurent parmi les principaux partenaires<sup>2</sup>. En outre, 20 États membres<sup>2</sup> font état de la participation d'agents économiques (l'industrie de l'alcool dans la majorité des cas).

8. Dix-huit États membres<sup>2</sup> disposent de directives nationales pour la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool sur le lieu de travail et les services de conseil à cet égard. En outre, dans 17 États membres<sup>2</sup>, le dépistage de la consommation d'alcool sur le lieu de travail est régi par la loi. Dans 19 États membres<sup>3</sup>, les partenaires sociaux représentant les employeurs et les employés participent au niveau national aux interventions visant à prévenir et à traiter les méfaits liés à la consommation d'alcool sur le lieu de travail.

### **Politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant**

9. Tous les pays sauf deux (Malte et le Royaume-Uni) appliquent un taux d'alcoolémie maximum  $\leq 0,5$  g/l pour les usagers de la route dans la population générale. Neuf pays ont légiféré une tolérance zéro à cet égard.

10. Dans tous les États membres, à l'exception d'un seul, l'alcootest est la méthode généralement utilisée pour mesurer le taux d'alcoolémie. Les analyses de sang et d'urine sont aussi couramment utilisées (dans 44 États membres). Des alcootests aléatoires, à l'occasion desquels les conducteurs peuvent être arrêtés par la police à tout moment pour mesurer la teneur d'alcool de l'air expiré par ceux-ci, sont réalisés dans 46 États membres. Enfin, dans 29 pays, la police met en place des barrages routiers ou des points de contrôle de l'alcoolémie sur la voie publique afin de contrôler la conduite en état d'ivresse et ce, afin d'appliquer la limite légale du taux d'alcoolémie maximal.

---

<sup>2</sup> Données non disponibles pour deux États membres.

<sup>3</sup> Données non disponibles pour quatre États membres.

## **Offre d'alcool**

11. Tous les États membres ont mis en place des réglementations imposant une limite d'âge pour la vente de boissons alcoolisées. Si l'âge légal généralement appliqué pour tous les types d'alcool est de 18 ans, dix pays imposent encore une limite d'âge de 16 ans pour la vente de bière et de vin en dehors des lieux de consommation. En ce qui concerne justement les ventes en dehors des lieux de consommation, 21 pays imposent des restrictions sur les heures d'ouverture, 32 pays lors de certains événements, et 20 pays sur les ventes dans les stations-service. Vingt-cinq pays ont indiqué qu'ils ont interdit la consommation d'alcool dans les établissements de soins de santé, 26 dans les bâtiments scolaires, 22 dans les bâtiments publics et 17 dans les transports publics.

12. Trente-six États membres (68 %) ont signalé des restrictions concernant la vente d'alcool aux personnes en état d'ébriété sur les lieux de consommation. Lors de manifestations et d'événements spécifiques, la majorité des pays imposent également des restrictions sur la vente d'alcool (consommation sur place ou à emporter). Enfin, 43 à 57 % des États membres font état de restrictions concernant les lieux de vente, en fonction du type de boisson, et très peu de pays ont signalé des restrictions sur les jours de vente ou sur la densité des points de vente.

## **Marketing des boissons alcoolisées**

13. Quarante-sept États membres appliquent des réglementations juridiquement contraignantes en matière de publicité pour l'alcool, et 36 pays imposent des restrictions sur le placement de boissons alcoolisées. Dix États membres appliquent une interdiction totale de la publicité pour la bière à la télévision nationale ; 14 et 23 États membres imposent une interdiction totale de la publicité pour les vins et les spiritueux à la télévision nationale, respectivement. En revanche, 12 États membres n'appliquent aucune restriction sur la publicité pour la bière à la télévision nationale ; 9 et 6 États membres n'appliquent aucune restriction sur la publicité pour les vins et les spiritueux à la télévision nationale, respectivement. Tous les autres pays ont mis en place des réglementations partielles ou volontaires.

## **Politiques de prix**

14. À l'exception de deux États membres, les boissons alcoolisées sont soumises à une TVA supérieure à 0 %, le taux variant de 8 à 30 %<sup>2</sup> (la plupart des pays appliquent une taxation de l'ordre de 15 à 20 %). Tous les pays font état de droits d'accise sur les spiritueux et, à l'exception d'un seul pays, sur la bière<sup>4</sup> ; 12 États membres n'imposent aucun droit d'accise sur le vin<sup>4</sup>. Treize États membres indiquent un ajustement régulier du niveau du droit d'accise afin de tenir compte de l'inflation.

15. Un certain nombre de pays (Biélorus, Fédération de Russie, Kirghizistan, République de Moldova et l'Ukraine) ont signalé qu'ils imposent un prix minimum pour la vente au détail de boissons alcoolisées. L'Écosse a légiféré afin que soit appliquée une politique de fixation de prix minima. La Pologne a récemment décidé d'introduire un prix minimum.

## **Réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique**

16. Environ 36 % des États membres ont indiqué l'organisation régulière et systématique de cours de formation à l'intention du personnel d'établissements servant des boissons alcoolisées. La formation des serveurs et garçons de café peut s'inscrire dans le cadre d'une législation nationale ou locale, par exemple, comme condition préalable à l'obtention d'une autorisation pour vendre ou servir des boissons alcoolisées.

---

<sup>4</sup> Données non disponibles pour un État membre.

17. Dans huit États membres, la loi exige l'apposition de messages de sécurité ou de mises en garde sanitaires sur les bouteilles, les canettes ou tout autre emballage ou récipient contenant des boissons alcoolisées en vue d'informer les consommateurs des risques associés à la consommation d'alcool ou de leur rappeler les dangers encourus<sup>5</sup>.

18. Neuf États membres<sup>4</sup> ont introduit sur leur territoire une obligation légale d'afficher, sur les étiquettes des contenants d'alcool, des informations sur la teneur en calories, additifs et vitamines à l'intention des consommateurs.

### **Réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel**

19. Au moment de la collecte des données, tous les États membres, à l'exception de quatre, avaient adopté une législation nationale afin d'empêcher la production ou la vente illicites de boissons alcoolisées de fabrication artisanale (par les particuliers) ou informelle.

20. Dans plusieurs pays, des étiquettes ou timbres fiscaux (taxes, droits acquittés ou d'accise) sont apposés sur les contenants de boissons alcoolisées (pour la bière dans 14 États membres, le vin dans 20 États membres et les spiritueux dans 34 États membres)<sup>4</sup>.

### **Suivi et surveillance**

21. Trente-deux États membres<sup>4</sup> ont mis en place des systèmes nationaux de surveillance de la consommation d'alcool et de ses conséquences sanitaires et sociales, dotés d'une base de données démographiques et relatives aux services de santé.

22. Vingt États membres publient régulièrement des rapports complets sur la situation nationale en matière d'alcool<sup>6</sup>. Ces derniers portent principalement sur les thèmes suivants : la consommation d'alcool par la population adulte (17 États membres), les accidents de la circulation dus à la conduite en état d'ivresse et liés à l'alcool (17 États membres) et la consommation d'alcool en dessous de l'âge légal (16 États membres). L'établissement régulier de rapports sur la disponibilité (vente au détail) et l'accessibilité financière de l'alcool est en revanche moins fréquent bien qu'il s'agisse, selon l'OMS, de facteurs pour lesquels la prise de mesures de lutte puisse contribuer le plus à l'allègement de la charge des maladies non transmissibles.

### **Politique en matière d'alcool : principaux progrès accomplis**

23. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre dans la Région depuis que le plan d'action a été adopté. Certes, il n'est guère possible d'établir un lien direct entre, d'une part, les progrès réalisés et, d'autre part, les mesures spécifiques prises par les États membres ou les interventions de l'OMS. Toutefois, depuis la publication<sup>7</sup> de l'*European status report on alcohol and health 2010* (Rapport de situation sur l'alcool et la santé en Europe 2010)<sup>8</sup>, certains pays ont adopté des politiques plus strictes en matière d'alcool :

- le nombre d'États membres ayant rédigé une politique nationale ou sous-nationale est passé de 30 à 38 ; 72 % de l'ensemble des pays de la Région disposent désormais d'une telle politique ;

---

<sup>5</sup> Tient compte des changements apportés à la législation turque en 2013.

<sup>6</sup> Données non disponibles pour cinq États membres.

<sup>7</sup> Sur la base de données fournies par 45 États membres.

<sup>8</sup> *European status report on alcohol and health 2010*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/128065/e94533.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf)).

- le nombre d'États membres ayant mené des activités nationales de sensibilisation est passé de 39 à 51 ;
- le nombre d'États membres appliquant un taux d'alcoolémie maximum  $\leq 0,5$  g/l pour les usagers de la route dans la population générale est passé de 42 à 51, et les alcootests aléatoires sont désormais utilisés dans 46 pays, contre 27 en 2010 ;
- le nombre d'États membres appliquant un âge minimum de 18 ans pour l'achat de boissons alcoolisées à emporter est passé de 31 à 43 ;
- le nombre d'États membres appliquant des réglementations juridiquement contraignantes en matière de publicité pour l'alcool est passé de 42 à 47 ;
- le nombre d'États membres appliquant des réglementations juridiquement contraignantes en matière de placement de boissons alcoolisées est passé de 31 à 36 ;
- le nombre d'États membres exigeant des mises en garde sanitaires sur les publicités pour l'alcool est passé de 12 à 15 ;
- le nombre d'États membres ajustant le niveau de fiscalité des boissons alcoolisées en fonction de l'inflation est passé de 7 à 13 ;
- le nombre d'États membres ayant adopté une législation visant à empêcher la production ou la vente illicites de boissons alcoolisées de fabrication artisanale ou informelle est passé de 41 à 49.

## **Le rôle du secrétariat**

### **Gouvernance**

24. Le Réseau européen des points focaux nationaux de l'OMS pour la politique en matière d'alcool et la mise en œuvre du plan d'action européen a continué de renforcer sa collaboration avec les États membres, tout en facilitant l'apport d'une aide à ces derniers. Après l'adoption du plan d'action, les États membres ont assisté du 30 mai au 1<sup>er</sup> juin 2012 à Varsovie (Pologne) à une réunion organisée conjointement par l'Agence nationale polonaise de prévention des problèmes liés à l'alcool et la Commission européenne, et dont l'objectif principal était de procéder à un échange d'informations sur les politiques en matière d'alcool. À cette occasion, un nouveau rapport de l'OMS intitulé *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches* (L'alcool dans l'Union européenne : consommation, nocivité et stratégies adoptées)<sup>9</sup> a d'ailleurs été lancé. Les points focaux ont participé les 26 et 27 avril 2013 à Istanbul (Turquie) à une réunion coparrainée par le ministère turc de la Santé et une ONG, la société Croissant-Vert de Turquie, en vue d'assurer un échange d'informations sur les politiques en matière d'alcool et d'examiner le prochain rapport de situation sur l'alcool et la santé en Europe. Afin d'appuyer le travail du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à cet égard, les points focaux ont communiqué des données sur la consommation d'alcool, la nocivité et les initiatives politiques qui, d'ailleurs, ont été utilisées pour le Système d'information européen de l'OMS sur l'alcool et la santé et deux publications récentes de l'OMS<sup>9,10</sup>.

---

<sup>9</sup> Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/e96457.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf), accessed 6 November 2013).

<sup>10</sup> Status report on alcohol and health in 35 European countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf), accessed 6 November 2013).

25. Le secrétariat a publié et distribué le plan d'action européen<sup>11</sup>, accompagné du texte de la résolution EUR/RC61/R4 y afférente, ainsi que des définitions des indicateurs liés aux dix domaines d'action en anglais et en russe. Le plan d'action embrasse les 5 objectifs et les 10 domaines d'action de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé dans sa résolution WHA63.13. Tous les indicateurs figurent dans le système européen d'information sur l'alcool et la santé.

26. Le secrétariat a collaboré avec les États membres, des organisations intergouvernementales et les principaux partenaires au sein du système des Nations Unies dans le but de promouvoir l'action multisectorielle, de renforcer les capacités nationales, de recenser de nouvelles possibilités de partenariat, d'encourager l'adoption d'approches efficaces et rentables visant la réduction de l'usage nocif de l'alcool dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles. Il s'agit également d'honorer les engagements de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles<sup>12</sup>, ainsi que ceux de Santé 2020 du Bureau régional<sup>13</sup>.

27. Le secrétariat a apporté son soutien à la tenue, dans plusieurs pays de la Région, d'ateliers de renforcement des capacités sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques en matière d'alcool liées à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles. Ainsi a-t-il pu faciliter la formulation de politiques dans ce domaine. Un appui technique a été apporté aux réunions sur la politique en matière d'alcool organisées depuis 2012 dans plusieurs États membres : Arménie, Belgique, Croatie, Danemark, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, Italie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lituanie, Lettonie, Luxembourg, Monténégro, Norvège, Pologne, Portugal, République de Moldova, Royaume-Uni, Slovaquie et Turquie. En outre, le secrétariat a étroitement collaboré avec les États membres qui ont actualisé leur politique en matière d'alcool ou en ont élaboré une nouvelle conformément au Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020. Le dialogue se poursuit avec des ONG et des associations professionnelles sur la manière dont elles peuvent contribuer à la réduction de l'usage nocif de l'alcool. Le secrétariat assiste aux réunions organisées par les ONG, un certain nombre d'entre elles étant d'ailleurs invitées à participer aux réunions des points focaux nationaux pour la politique en matière d'alcool.

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

28. La production et la diffusion des connaissances sur l'usage de l'alcool, les méfaits imputables à sa consommation et les interventions politiques dans les États membres ont été améliorées en affinant la collecte et l'analyse des données ainsi que la diffusion des résultats. Le Bureau régional collabore avec le Siège de l'OMS ainsi qu'avec la Commission européenne à cette fin. Un projet a été réalisé avec la Commission européenne en 2011-2013 afin d'assurer la définition d'indicateurs identiques et la mise en place d'un système de collecte et d'analyse des données. Il doit se poursuivre jusqu'en septembre 2014. En 2012, l'enquête mondiale sur l'alcool et la santé a été mise en œuvre conjointement avec les États membres de la Région européenne.

---

<sup>11</sup> European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/178163/E96726.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf), accessed 6 November 2013).

<sup>12</sup> Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A/RES/66/2, annexe : Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Soixante-sixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, 24 janvier 2012. Nations Unies : New York ; 2012 ([http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/66/2&Lang=F](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2&Lang=F), consulté le 22 avril 2014).

<sup>13</sup> Santé 2020 : une stratégie et un cadre politique européens pour le XXI<sup>e</sup> siècle. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, consulté le 22 avril 2014).



Plusieurs indicateurs régionaux spécifiques ont été utilisés dans les enquêtes, et le rapport de situation<sup>14</sup>, qui est d'ailleurs disponible sur le site Web de l'OMS et renferme des données sur les politiques en matière d'alcool pour les 53 États membres, s'inspire de ces informations.

29. En 2011, le Bureau régional a commencé à recueillir des informations sur les initiatives politiques mises en place à partir de 2006 par les pays dans le domaine de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool, et fourni des liens vers des documents, des publications et des sites Web en vue de faciliter l'échange de connaissances sur les bonnes pratiques dans les États membres. Les informations recueillies pour les années 2006-2012 figurent en annexe au rapport de situation de 2013<sup>10</sup>. Elles serviront à la création d'une base de données en ligne dont le lancement est prévu pour 2014. Un lien sera d'ailleurs établi avec les dix domaines d'action du plan. Le Bureau régional prévoit de procéder à une mise à jour annuelle de ces informations. La base de données sera hébergée par l'Observatoire mondial de la santé et, ainsi, liée à d'autres bases de données pertinentes, notamment le système européen d'information sur l'alcool et la santé.

30. Le Bureau régional a élaboré et utilisé de nouveaux indicateurs sur les taux de mortalité due à la consommation d'alcool d'après la base de données européenne de la Santé pour tous (HFA-DB)<sup>15</sup>, et continuera d'améliorer la qualité des informations relatives aux méfaits causés par l'alcool. Il participe également à des études sur les dommages causés aux personnes autres que les buveurs eux-mêmes, tels que les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale et les relations entre l'usage nocif de l'alcool et la violence et l'infection à VIH.

31. Un nouveau système de notation des politiques en matière d'alcool est en cours d'élaboration en vue d'évaluer la mise en œuvre efficace de ces politiques dans les pays. Un profil sera élaboré pour chacun des dix domaines d'action du Plan d'action européen à l'intention de tous les États membres et pourra servir de guide dans la mise en œuvre des nouvelles politiques destinées à réduire l'usage nocif de l'alcool. Une publication à ce sujet est prévue pour 2014.

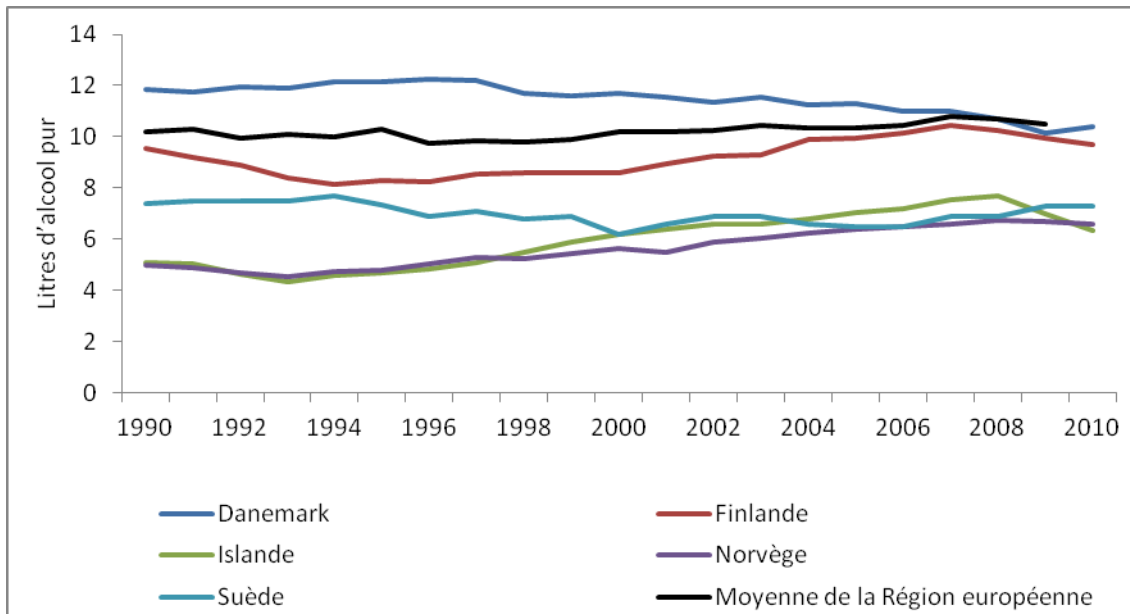
---

<sup>14</sup> European status report on alcohol and health 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2014/03/european-status-report-on-alcohol-and-health-2014>, accessed 26 March 2014).

<sup>15</sup> Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>, consultée le 22 avril 2014).

## Annexe B.1. Consommation d'alcool déclaré dans la population adulte et par pays de la Région européenne de l'OMS<sup>1</sup>, 1990-2010 (par hab.)

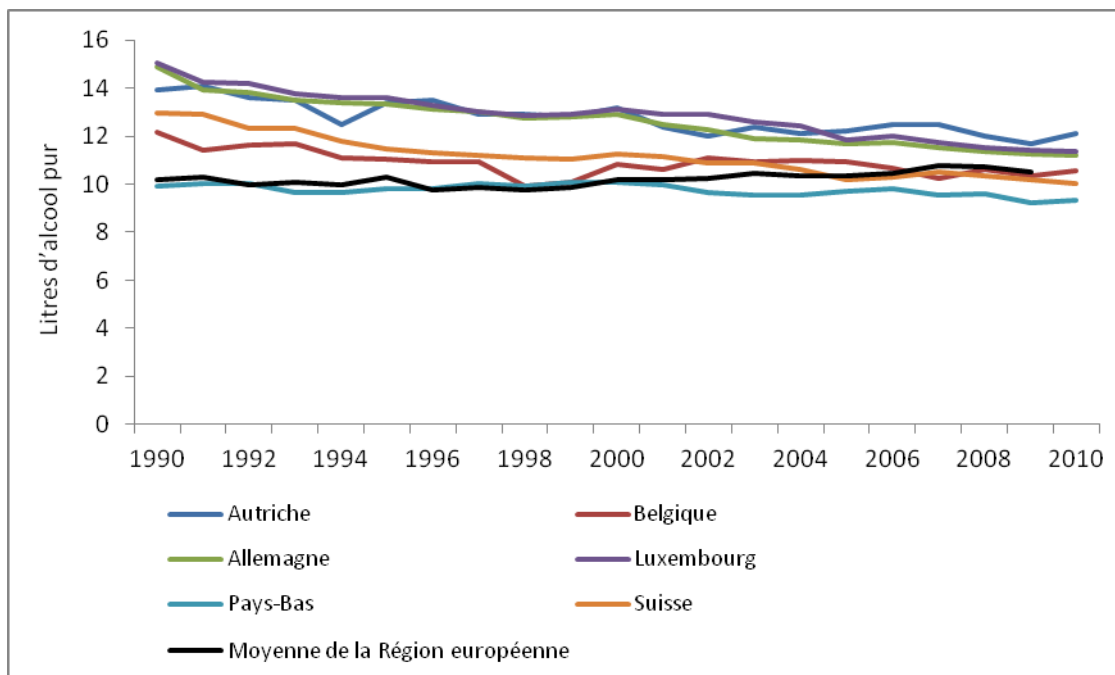
Figure B.1. Consommation d'alcool déclaré dans la population adulte et par pays, 1990-2010, dans les pays du groupe 1 (par hab.)



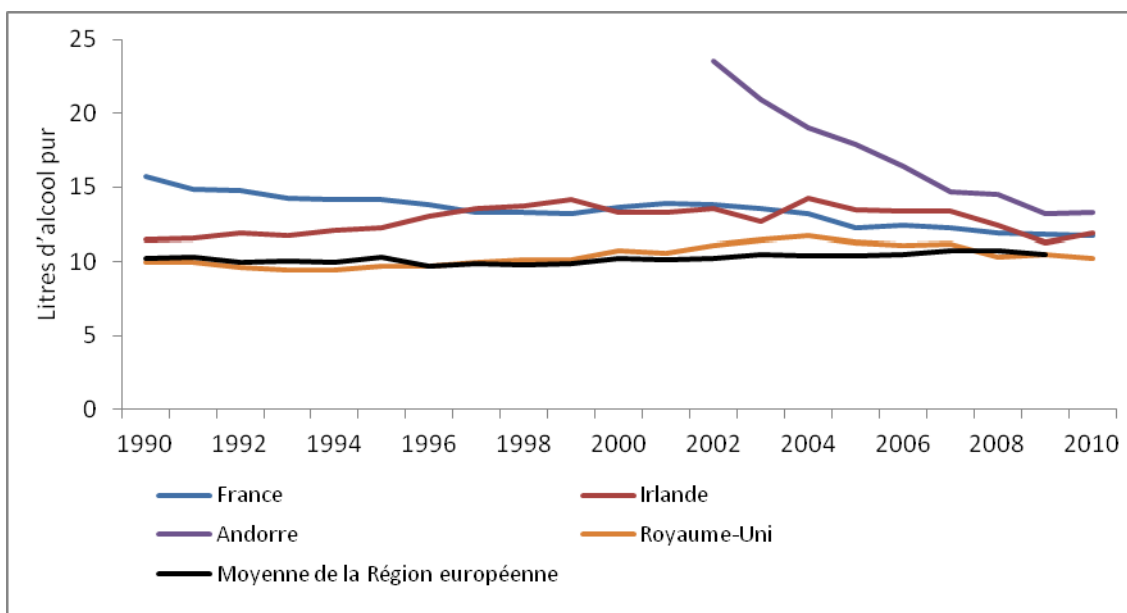
<sup>1</sup> Dans le présent rapport, les États membres sont répartis en neuf groupements sous-régionaux. Ces derniers se définissent en partie en fonction de la région géographique et en partie en fonction des habitudes et traditions de consommation d'alcool.

- groupe 1 : Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède
- groupe 2 : Allemagne, Autriche, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, Suisse
- groupe 3 : Andorre, France, Irlande, Monaco, Royaume-Uni, Saint-Marin
- groupe 4 : Pologne, République tchèque, Slovaquie
- groupe 5 : Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Fédération de Russie, Géorgie, Ukraine
- groupe 6 : Estonie, Lettonie, Lituanie
- groupe 7 : Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan, Turkménistan
- groupe 8 : Chypre, Espagne, Grèce, Israël, Italie, Malte, Portugal, Turquie
- groupe 9 : Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Hongrie, Monténégro, République de Moldova, Roumanie, Serbie, Slovénie

**Figure B.2. Consommation d'alcool déclaré dans la population adulte et par pays, 1990-2010, dans les pays du groupe 2 (par hab.)**

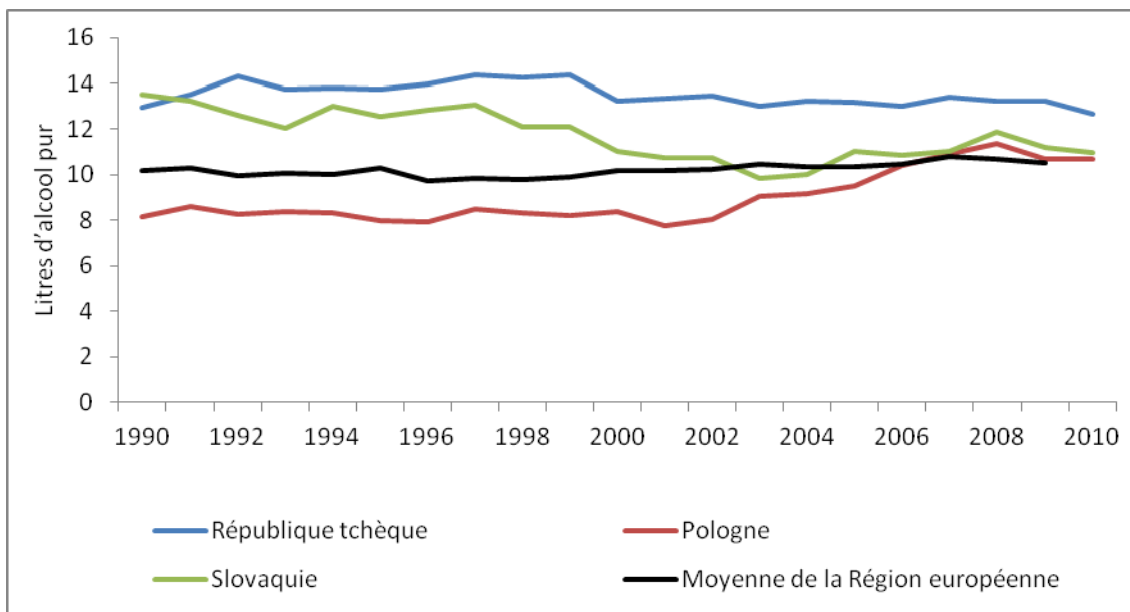


**Figure B.3. Consommation d'alcool déclaré dans la population adulte et par pays<sup>2</sup>, 1990-2010, dans les pays du groupe 3 (par hab.)**

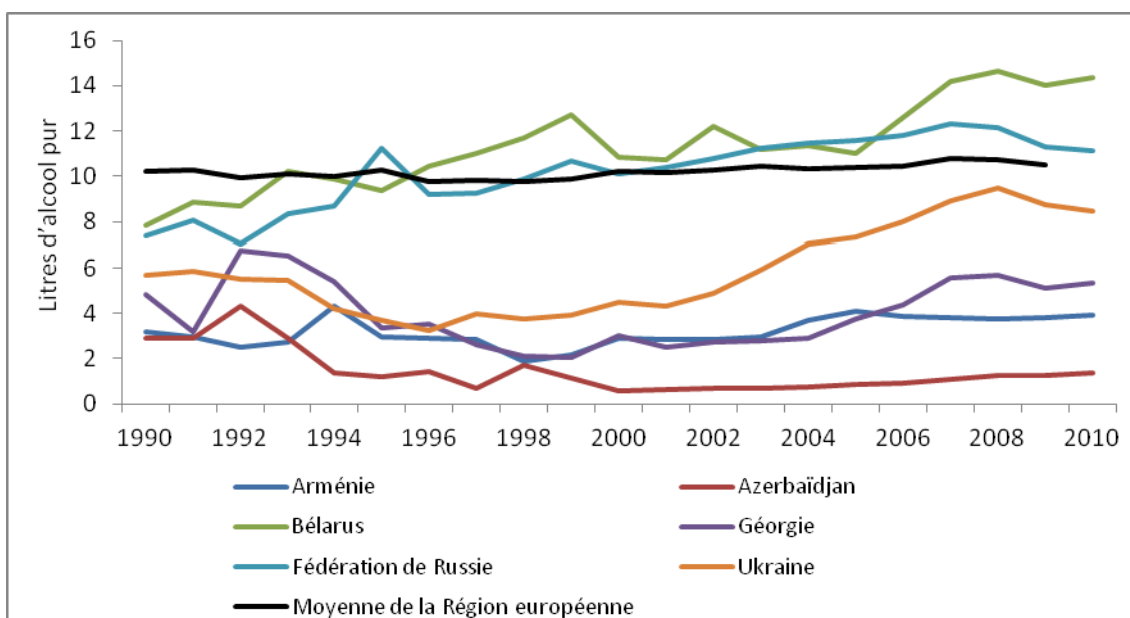


<sup>2</sup> Données non disponibles pour Monaco et Saint-Marin.

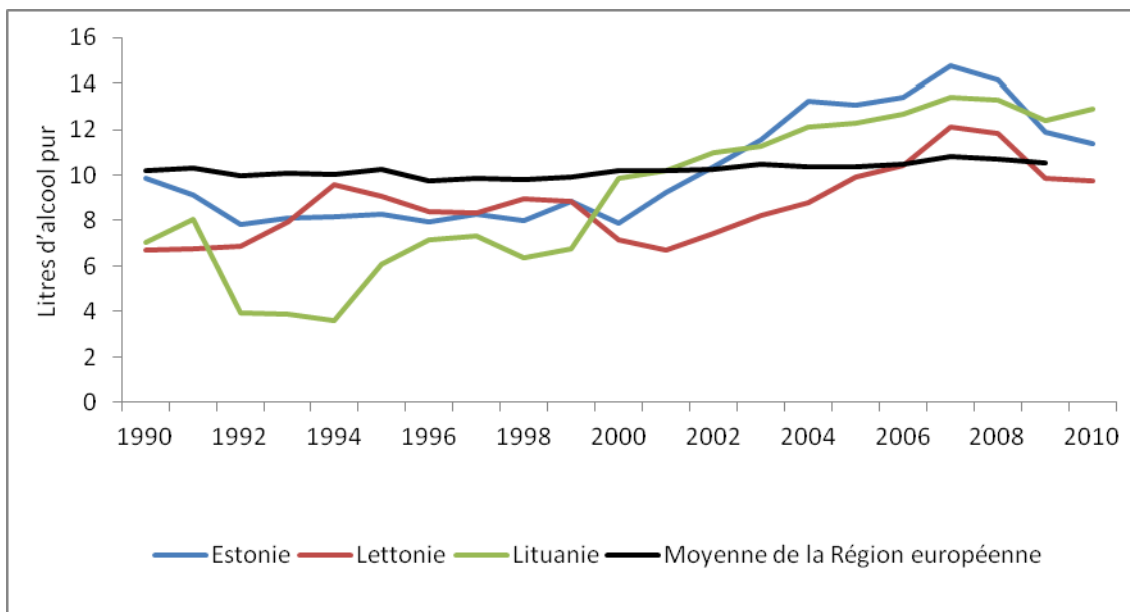
**Figure B.4. Consommation d'alcool déclaré dans la population adulte et par pays, 1990-2010, dans les pays du groupe 4 (par hab.)**



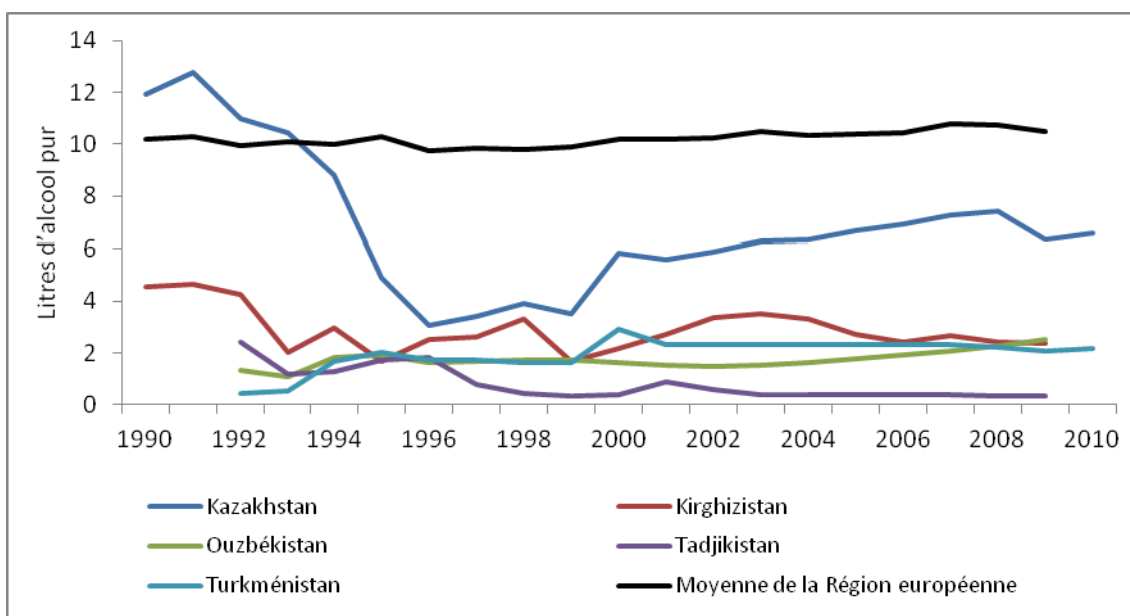
**Figure B.5. Consommation d'alcool déclaré dans la population adulte et par pays, 1990-2010, dans les pays du groupe 5 (par hab.)**



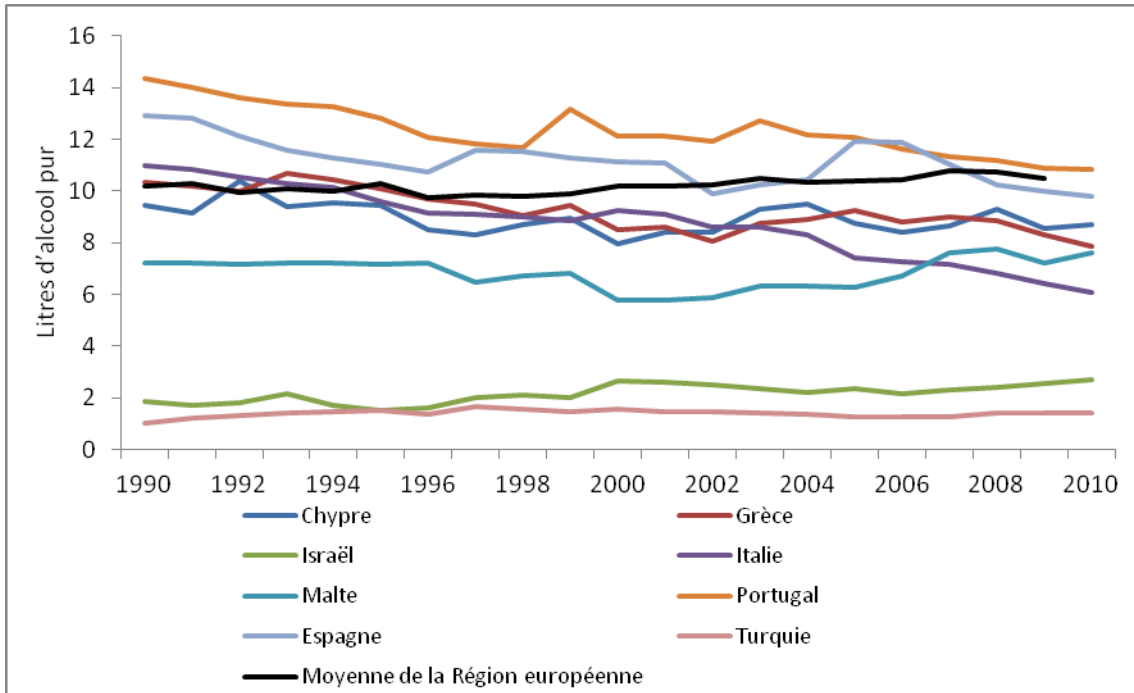
**Figure B.6. Consommation d'alcool déclaré dans la population adulte et par pays, 1990-2010, dans les pays du groupe 6 (par hab.)**



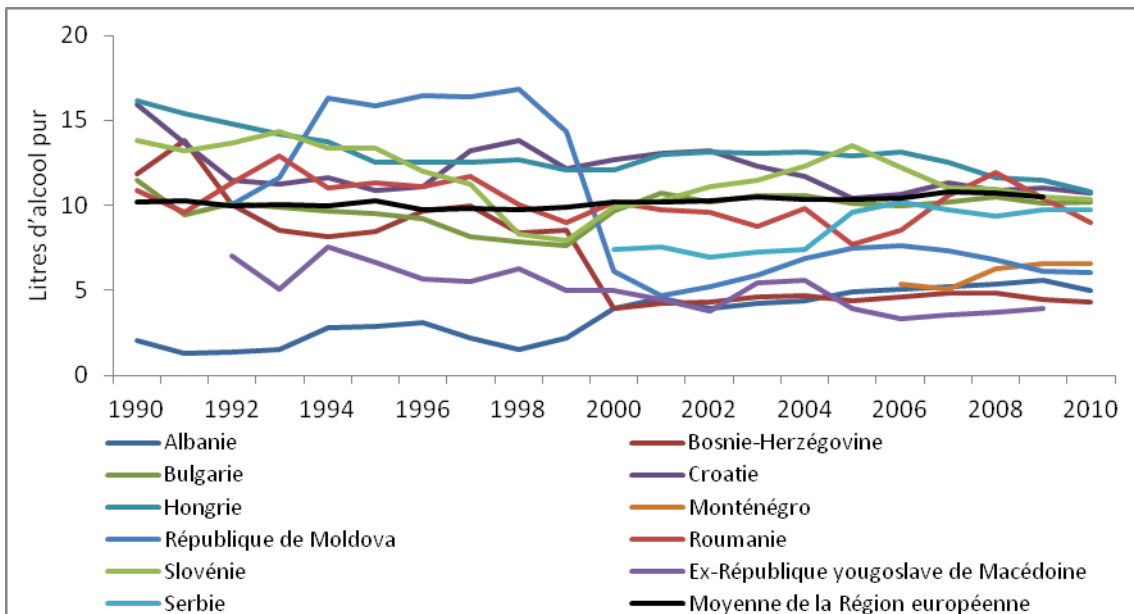
**Figure B.7. Consommation d'alcool déclaré dans la population adulte et par pays, 1990-2010, dans les pays du groupe 7 (par hab.)**



**Figure B.8. Consommation d'alcool déclaré dans la population adulte et par pays, 1990-2010, dans les pays du groupe 8 (par hab.)**



**Figure B.9. Consommation d'alcool déclaré dans la population adulte et par pays, 1990-2010, dans les pays du groupe 9 (par hab.)**



## **C. Mise en œuvre de la résolution EUR/RC55/R9 relative à la prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS : progrès réalisés**

### ***Introduction***

1. En 2005, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la résolution EUR/RC55/R9 relative à la « Prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS », dans laquelle il prie le directeur régional :

- a) de soutenir les États membres dans leurs efforts visant à renforcer la prévention des traumatismes et à élaborer des plans d'action nationaux ;
- b) de faciliter l'inventaire et l'échange des bonnes pratiques dans le domaine de la prévention de la violence et des traumatismes non intentionnels ;
- c) de stimuler et d'épauler le réseau des collaborateurs nationaux, et de développer la collaboration avec d'autres réseaux d'experts et de spécialistes concernés ;
- d) d'aider à la mise en place des capacités techniques et politiques afin que les États membres puissent mieux faire face au problème des traumatismes (surveillance, pratique s'inspirant des bases factuelles et évaluation) ;
- e) d'apporter une aide technique en vue d'améliorer le traitement et les soins préhospitaliers aux victimes des traumatismes non intentionnels et de la violence ;
- f) de favoriser la création de partenariats et la collaboration avec l'Union européenne et d'autres organismes internationaux [...] et des organisations non gouvernementales, comme il convient, afin de renforcer l'action à l'égard des problèmes posés par diverses causes de traumatisme ;
- g) de faire rapport au Comité régional en 2008 sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la présente résolution par le secrétariat et les États membres.

2. Ce document présente un rapport sur les progrès accomplis pendant la décennie écoulée depuis l'adoption par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe de la résolution EUR/RC55/R9. La situation s'est améliorée : lorsque la résolution a été adoptée, le nombre de décès dus aux traumatismes non intentionnels et à la violence s'élevait à 790 000, tandis que le nombre actuel est estimé à 555 000<sup>1</sup> (voir annexe C.1). Presque tous les États membres présentent une baisse du nombre de décès ; en outre, de nombreux progrès ont été accomplis dans les pays à revenus faible et intermédiaire où l'excès de risque de décès dû à un traumatisme est passé de 3,6 fois (2000) à 2,4 fois supérieur (2011) à celui des pays à revenu élevé. Cependant, ces progrès ont été inégaux entre les groupes d'âge : parmi les enfants de moins de 15 ans, l'écart de mortalité entre les pays à revenu élevé et ceux à revenus faible et intermédiaire s'est en fait creusé (annexe C.1).

3. Avec le soutien du secrétariat, les États membres ont réagi aux menaces que représentent les traumatismes pour la santé publique par l'adoption de mesures organisées à l'échelle de la société : par exemple, tous les pays ont à présent adopté une politique nationale de sécurité routière ; 92 % d'entre eux ont une législation incluant les cinq facteurs de risque de traumatismes ; chez 49 % d'entre eux, cette législation est complète<sup>2</sup>. En ce qui concerne la vitesse, les pays concernés disposent d'une loi nationale à ce sujet, appliquent une limite de vitesse en milieu urbain inférieure ou égale à 50 km/h et disposent d'un organisme national autorisé à

---

<sup>1</sup> Injuries in Europe: a call for public health action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.

<sup>2</sup> European facts and global status report on road safety 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

modifier la législation. Par rapport à la conduite en état d'ébriété, ils ont adopté une législation nationale imposant une alcoolémie n'excédant pas 0,05 g/dl. Ils possèdent également une loi nationale sur le port du casque s'appliquant à tous les conducteurs de deux-roues, tous les types de moteur et tous les passagers ; et les casques doivent satisfaire à des normes obligatoires. Ces pays ont voté une loi nationale sur le port de la ceinture de sécurité pour tous les occupants du véhicule, ainsi que sur les dispositifs de retenue pour enfants. La résolution a contribué aux progrès constatés dans la baisse de la charge des traumatismes, bien que l'amélioration ne puisse pas être totalement attribuée à sa mise en œuvre, comme l'indique le rapport. Ces actions de prévention doivent être maintenues afin de réduire la charge qui, d'ailleurs, reste élevée : les traumatismes demeurent en effet la troisième cause principale de mortalité dans la Région, après les maladies cardiovasculaires et les cancers. Chez les personnes âgées de 5 à 49 ans, les traumatismes et la violence sont même la principale cause de mortalité en Europe. La réduction des inégalités en matière de traumatismes et de violence dans la Région reste une priorité pour faire progresser la justice sociale.

4. Ce rapport présente les principales réalisations du secrétariat dans le domaine de la prévention de la violence et des traumatismes, et décrit particulièrement les initiatives politiques des États membres.

### ***Soutien aux États membres dans leurs efforts visant à renforcer la prévention des traumatismes et à élaborer des plans d'action***

5. Un nombre croissant d'États membres reconnaissent la gravité du problème et l'importance d'une prévention rentable, comme le démontre la hausse constante du nombre de pays ayant conclu un accord de collaboration biennal qui est passé de 5 en 2004-2005 à 20 en 2014-2015 (9 en 2006-2007, 15 en 2008-2009, 18 en 2010-2011 et 19 en 2012-2013). Les activités entreprises dans le cadre de ces accords sont axées sur les cinq priorités : élaboration de politiques, sécurité routière, prévention de la violence, renforcement des capacités et surveillance.

6. Les réponses reçues de 47 États membres à une évaluation effectuée en 2009 montrent que pour 75 % d'entre eux, la résolution les a aidés à accorder une place plus importante à la prévention de la violence et des traumatismes dans leur programme d'action politique et à accélérer la prise de mesures. Ces données doivent être actualisées.

7. La proportion d'États membres possédant des politiques nationales sur les différentes causes de traumatismes ou de violence est variable. Par exemple, si tous les pays se sont dotés de politiques nationales de sécurité routière, seuls 40 % d'entre eux en possèdent une sur la prévention des noyades ; ils sont 76 % à posséder une politique de prévention de la violence de la part du partenaire intime, 62 % une politique de prévention de la violence des jeunes, et seulement 40 % une politique de prévention de la maltraitance des personnes âgées.

8. Les États membres ont également bénéficié d'un soutien à travers l'organisation de deux Semaines mondiales des Nations Unies pour la sécurité routière (du 23 au 29 avril 2007 et du 6 au 12 mai 2013), et d'événements de sensibilisation mondiaux conduits par le Siège de l'OMS, qui ont élevé au rang de priorités la sécurité routière et la protection des jeunes et des piétons. Dans la Région européenne, un appui actif a été accordé à plus de 20 pays, dans lesquels des dialogues politiques ont été organisés conjointement avec les bureaux de pays de l'OMS. Une aide a été apportée aux ministères de la Santé afin qu'ils s'engagent dans des actions multisectorielles en faveur de la sécurité routière. Le Bureau régional collabore avec la Commission européenne pour soutenir les Journées européennes de la sécurité routière.



9. Le *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde*<sup>3</sup> accorde également de l'attention à la sécurité routière. Des enquêtes ont d'ailleurs été réalisées à cette occasion en 2008, 2012 et 2014. Ce projet mondial est financé par Bloomberg Philanthropies et coordonné par le Siège de l'OMS. Cinquante et un États membres ont désigné un coordinateur national des données et effectué des enquêtes nationales ; des profils de pays ont été préparés, avec une collaboration intersectorielle. Des rapports mondiaux et régionaux ont été présentés durant la Première Conférence ministérielle mondiale sur la sécurité routière, accueillie par la Fédération de Russie en 2009 ; de tels documents seront également soumis à la Deuxième Conférence ministérielle mondiale sur la sécurité routière, qui sera accueillie par le Brésil en 2015 dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours de la Décennie d'action des Nations Unies en faveur de la sécurité routière 2011-2020.

10. Quarante-deux États membres participent à la rédaction du *Rapport de situation sur la prévention de la violence dans le monde*<sup>4</sup>. Le Bureau régional a accordé son appui à l'enquête qui rassemble des acteurs intersectoriels, et constituera un important document de référence pour l'évaluation des progrès à venir en matière de prévention de la violence, notamment de la maltraitance des enfants. Le lancement officiel du rapport est prévu pour la fin de l'année 2014 lors d'un événement accueilli par le gouvernement belge ; un document européen d'appui sera également élaboré.

11. Un soutien à la formulation de politiques nationales sur la prévention de la violence et des traumatismes a été accordé à 14 pays (Allemagne, Autriche, Bélarus, Chypre, Estonie, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Hongrie, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, République tchèque, Roumanie et Turquie). Des dialogues politiques ont été engagés en Azerbaïdjan, au Kazakhstan, au Monténégro, en Ouzbékistan, en République de Moldova et au Tadjikistan.

### **Recensement et diffusion des bonnes pratiques en matière de prévention**

12. Les connaissances les plus pointues sur la charge de la violence et des traumatismes dans la Région, et les solutions fondées sur des bases factuelles pour y faire face, ont régulièrement fait l'objet de publications, de synthèses et d'aide-mémoire. Elles ont été diffusées largement à un vaste public de responsables politiques, de médecins et de scientifiques afin que les meilleures pratiques soient appliquées et partagées non seulement par le réseau des points focaux, mais aussi par d'autres réseaux. Les rapports techniques ont été préparés par le Bureau régional, en collaboration avec le Siège et les centres collaborateurs de l'OMS. La liste complète des publications depuis 2005 figure à l'annexe C.2.

13. Les publications ont été diffusées au cours d'événements tels que les cinquante-huitième et soixante-troisième sessions du Comité régional, les sessions du Parlement européen, la Cinquième Conférence ministérielle européenne sur l'environnement et la santé, les conférences organisées aux niveaux mondial et européen sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité, les événements nationaux et européens prévus à l'occasion de la Semaine mondiale des Nations Unies pour la sécurité routière, les réunions de parties prenantes

---

<sup>3</sup> *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2013. Soutenir une décennie d'action*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2013/report/fr/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/report/fr/), consulté le 7 mai 2014).

<sup>4</sup> Le *Rapport de situation sur la prévention de la violence dans le monde* sera lancé officiellement fin 2014. Pour de plus amples informations sur ce projet, veuillez consulter le lien suivant : [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/fr/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/fr/) (consulté le 7 mai 2014).

accueillies par la Commission européenne et les sept réunions du réseau des points focaux des ministères de la Santé.

### ***Épauler le réseau des points focaux nationaux et collaborer avec d'autres réseaux***

14. Des points focaux des ministères de la Santé pour la prévention de la violence et des traumatismes ont été désignés dans 49 États membres, et sept réunions du réseau européen ont été accueillies par les ministères de la Santé des Pays-Bas (2005), d'Autriche (2006), du Portugal (2007), de Finlande (2008), de Norvège (2011) et de Turquie (2012). Toutes les réunions étaient axées sur des points clés de la résolution EUR/RC55/R9, tels que la sécurité routière, la prévention de la violence, le renforcement des capacités, la surveillance et la sensibilisation. Les participants à la septième réunion du réseau ont pris parti en faveur de l'élaboration d'un plan de prévention de la maltraitance des enfants, considéré comme une priorité pour l'Europe. En outre, trois réunions mondiales des points focaux ont eu lieu pendant les conférences mondiales sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité, tenues en Afrique du Sud en 2006, au Mexique en 2008 et au Royaume-Uni en 2010, et auxquelles ont assisté de nombreux représentants des États membres européens.

15. Les points focaux ont appuyé le Bureau régional en collectant des données sur la sécurité routière et la prévention de la violence ; ils ont apporté une précieuse contribution à la formulation de politiques, telles que le plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants.

16. Une collaboration a également été mise en place avec d'autres réseaux, tels que ceux des Directions générales de la santé et des consommateurs, de la justice et de la mobilité et des transports de la Commission européenne, le Réseau APN (Alcohol Policy Network in Europe), le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et la campagne mondiale pour la prévention de la violence (réunions accueillies par le Royaume-Uni en 2007 et l'Italie en 2010).

### ***Renforcement des capacités***

17. De nombreuses activités ont été entreprises pour renforcer la capacité des systèmes nationaux de santé à prendre en charge les traumatismes ; elles mettaient l'accent sur la surveillance, les pratiques fondées sur des bases factuelles et l'évaluation. Outre l'échange de bonnes pratiques pendant les réunions des points focaux, ces activités étaient principalement axées sur le programme pédagogique de l'OMS baptisé TEACH-VIP (Formation, éducation et promotion de la collaboration en santé sur la prévention de la violence et des traumatismes), préparé par le Siège et également disponible en russe.

18. Des ateliers de renforcement des capacités ont été organisés pour les points focaux en charge de la prévention de la violence et des traumatismes et ce, en vue de développer le rôle moteur du secteur de la santé dans la mise en place d'une intervention multisectorielle en matière de prévention des traumatismes. Des ateliers de formation des formateurs ont eu lieu en 2007 et 2009, respectivement, pour des participants russophones, et pour des membres du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est. L'OMS a également soutenu la traduction et l'adaptation locale de TEACH-VIP en Albanie, en Azerbaïdjan, au Bélarus, en Espagne, en ex-République yougoslave de Macédoine, en Fédération de Russie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Lettonie, en Lituanie, en Ouzbékistan, au Portugal, en République de Moldova, en République tchèque, en Roumanie, au Royaume-Uni, en Serbie, au Tadjikistan, au Turkménistan et en Turquie. L'introduction de ce matériel dans les programmes pédagogiques destinés aux professionnels de santé et la formation des formateurs ont contribué à la pérennisation de l'information dans de nombreux pays. Des ateliers spécifiques de renforcement des capacités dans le domaine de la prévention de la violence

liée à la consommation d'alcool ont également été organisés dans les États baltes, les pays nordiques et ceux du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est. Au total, environ 8 500 personnes (selon les estimations) provenant de 39 pays ont été formées dans le cadre d'activités TEACH-VIP.

19. Les données sur les traumatismes non mortels et sur leurs conséquences sanitaires et sociales sont incomplètes dans la plupart des pays. La surveillance des traumatismes en milieu hospitalier a bénéficié d'un soutien en Fédération de Russie et en Lituanie. Des ateliers de renforcement des capacités dans le domaine de la surveillance des traumatismes ont été organisés pour faciliter l'échange d'expertise dans le réseau des points focaux et dans les pays du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est. En outre, l'OMS est membre du comité consultatif des registres des traumatismes dans des pays tels que la Hongrie, la République tchèque et la Slovaquie, et de la base de données européenne sur les traumatismes (IDB), un projet financé par la Commission européenne.

20. En ce qui concerne la maltraitance des enfants, des études sur les expériences négatives survenues pendant l'enfance ont été effectuées auprès des jeunes de dix pays, afin de rassembler des informations sur la prévalence des actes de maltraitance passés et de les diffuser. Les résultats ont été présentés à l'occasion de dialogues politiques relatifs à la prévention de la maltraitance des enfants en Albanie, en ex-République yougoslave de Macédoine, en Lettonie, en Lituanie, au Monténégro, en République tchèque et en Roumanie. Des activités similaires sont d'ailleurs prévues en Fédération de Russie, en Serbie et en Turquie.

### ***Aide technique en vue d'améliorer les soins aux victimes***

21. En juin 2008, le gouvernement italien a accueilli une consultation régionale sur la préparation du *Rapport mondial sur le handicap*<sup>5</sup> ; par ailleurs, une autre consultation régionale a également eu lieu sur le *Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées*<sup>6</sup>. Des directives sur les soins essentiels en traumatologie, en milieu préhospitalier et de nature médico-légale pour les victimes de violence sexuelle ont été diffusées. Leur traduction en russe est en cours ; des ateliers sur le renforcement des soins en traumatologie ont eu lieu en Fédération de Russie et en Turquie.

### ***Mise en place de partenariats et collaboration avec l'Union européenne et d'autres organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales***

22. Les partenariats ont été consolidés avec les directions générales de la Commission européenne suivantes : santé et consommateurs (proposition cofinancée en 2007), justice, et mobilité et transports ; une action commune est également menée avec la Banque mondiale et le Forum international des transports. La collaboration porte aussi sur des projets internationaux, tels que le Projet pour la sécurité routière dans dix pays (RS10). En Fédération de Russie et en Turquie, une hausse substantielle de l'usage de la ceinture de sécurité et des dispositifs de retenue pour enfants a été constatée, de même qu'une baisse de la vitesse. D'autres activités de collaboration sont en outre en cours avec le Conseil de l'Europe, l'Organisation de coopération et de développement économiques, la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance. L'Association européenne pour la

---

<sup>5</sup> Organisation mondiale de la santé, Banque mondiale. Rapport mondial sur le handicap. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011.

<sup>6</sup> Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (EB134/16 ; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB134/B134\\_16-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-fr.pdf), consulté le 7 mai 2014).

prévention des blessures et la promotion de la sécurité (EuroSafe) est un solide réseau d'institutions universitaires et publiques encourageant la prévention des traumatismes dans l'UE ; c'est un important partenaire de l'OMS.

### ***Établissement de rapports***

23. Les États membres et le secrétariat ont réalisé des évaluations officielles de la mise en œuvre de la résolution en 2008<sup>7</sup> et en 2010<sup>8</sup> ; le Comité régional a également reçu un rapport de situation en 2008.

### ***Conclusions et indications en vue de la poursuite de l'action***

24. La résolution a joué un rôle déterminant dans l'action du Bureau régional, des États membres et d'autres partenaires pour réduire la charge des traumatismes. Malgré les progrès accomplis, celle-ci demeure élevée ; les inégalités dans les États membres constituent également une menace pour la santé publique. L'élargissement du fossé entre pays à revenu élevé et ceux à revenus faible et intermédiaire en matière de mortalité infantile met en évidence la nécessité de redoubler d'efforts à cet égard.

25. La lutte contre les traumatismes et la violence dépend de plusieurs secteurs ; elle nécessite l'adoption d'une approche pansociétale tenant compte de toutes les étapes de la vie et mettant l'accent sur la hausse de l'équité. Elle requiert une gouvernance sanitaire forte par les systèmes de santé, comme le souligne Santé 2020. Il existe des possibilités de synergies avec d'autres domaines de la politique régionale de santé, notamment dans le cadre du « Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 » (document EUR/RC61/13), du « Plan d'action européen sur la santé mentale » (document EUR/RC63/11), du « Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 » (document EUR/RC61/12) et de la Stratégie européenne révisée pour la santé et le développement des enfants et des adolescents.

26. La future mise en œuvre de la résolution dépendra du maintien de la détermination politique des États membres et de leur investissement continu dans les réseaux, tels que celui des points focaux des ministères de la Santé, pour renforcer les capacités et procéder à un échange d'expertise, créant de ce fait une communauté de connaissances. L'élaboration d'un rapport de situation est proposée pour 2018.

27. La prévention de la violence et des traumatismes s'inscrit dans le cadre du douzième programme général de travail 2014-2019 ; le Bureau régional est reconnaissant à la Commission européenne, à l'Allemagne, à l'Autriche, à la Finlande, à l'Italie, à la Norvège, aux Pays-Bas, au Portugal, au Royaume-Uni et à la Suède pour les ressources accordées à son action dans ce domaine.

---

<sup>7</sup> Sethi D, Racioppi F, Frerick B, Frempong N. Progress in preventing injuries in the WHO European Region: implementing the WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R9 on prevention of injuries in the WHO European Region and the recommendation of the Council of the European Union on the prevention of injury and promotion of safety. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98423/E91710.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98423/E91710.pdf), accessed 14 April 2014).

<sup>8</sup> Sethi D, Mitis F, Racioppi F. Preventing injuries in Europe. from international collaboration to local implementation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/96455/E93567.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96455/E93567.pdf), accessed 14 April 2014).

## Annexe C.1. Charge des traumatismes et de la violence en Europe

En 2011, on estimait à 555 000 le nombre de décès dus à des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS, ce qui représentait 6,1 % de la mortalité totale. Les traumatismes non intentionnels (397 000 décès), dus principalement aux accidents de la circulation (92 000 décès), aux chutes (78 000), à la noyade (37 000), aux incendies (27 000) et aux intoxications (22 000), étaient à l'origine de 72 % des décès. Quant aux traumatismes intentionnels (158 000 décès), ils résultaient essentiellement de suicides (124 000 décès) et d'actes de violence interpersonnelle (32 000 décès). Un quart de tous les traumatismes (140 000 décès) étaient classés dans la catégorie hétérogène des « autres traumatismes non intentionnels ». Par ailleurs, trois causes principales de décès (les suicides, les traumatismes dus aux accidents de la circulation et les chutes) représentaient plus de 50 % de l'ensemble de la mortalité due aux traumatismes (1).

Chez les personnes âgées de 5 à 49 ans, les traumatismes étaient un des motifs majeurs de décès dans la Région ; chez les jeunes âgés de 5 à 29 ans, les accidents de la circulation constituaient la première cause de mortalité, suivis par les suicides, les traumatismes non intentionnels, la noyade et les actes de violence interpersonnelle. Sept décès sur dix étaient masculins, avec un taux de mortalité 3,1 fois plus élevé que le taux féminin. La charge des traumatismes n'est pas également répartie dans la Région. Les pays à revenus faible et intermédiaire présentent des taux de mortalité parmi les plus élevés du monde, alors que dans les pays à revenu élevé, les taux tendent à être parmi les plus bas : 60 % des décès sont survenus dans les pays à revenus faible et intermédiaire, où le taux de mortalité était 2,4 fois supérieur à celui des pays à revenu élevé. D'importantes différences ont également été observées au sein des pays, où les traumatismes et la violence sont étroitement liés aux déterminants socioéconomiques. Par exemple, le taux de mortalité chez les enfants piétons ou cyclistes des groupes sociaux les plus défavorisés est 20 fois plus élevé que dans les autres groupes. Les enfants et les personnes âgées sont d'ailleurs particulièrement vulnérables aux traumatismes et à la violence, comme le montrent des rapports sur la prévention des traumatismes de l'enfant (2), de la maltraitance des enfants (3) et de la maltraitance des personnes âgées (4).

Depuis dix ans, la situation de la Région s'est considérablement améliorée. Après un pic de mortalité constaté dans la Communauté des États indépendants (CEI) en 2002, les taux de mortalité ont nettement diminué. Les pays de l'UE présentent une baisse régulière mais moins forte depuis 1980, avec un taux de mortalité passant de 63,1 à 35,6 pour 100 000 habitants en 2011. Mais d'importantes disparités demeurent : en 2010, le taux de mortalité due à des traumatismes était trois fois plus élevé dans la CEI que dans l'UE (5) (voir figure C.1). Une part des progrès les plus importants a été accomplie dans le domaine de la sécurité routière, où la mortalité a diminué de 25 % entre 2007 et 2010, en dépit d'une hausse de 6 % du nombre de véhicules immatriculés durant cette période (6).

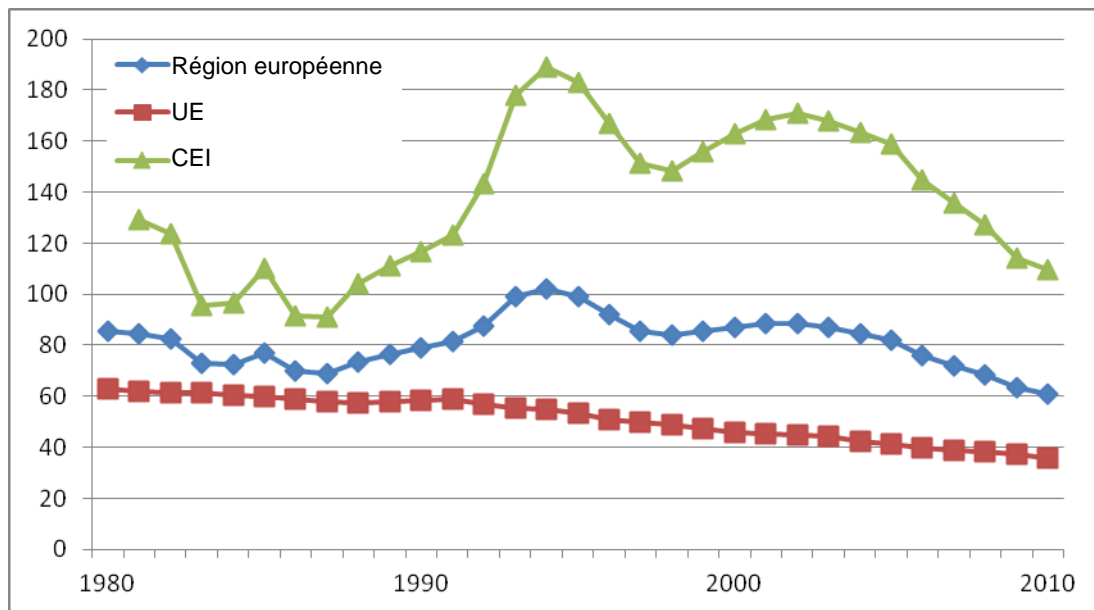
L'*European report on child injury prevention* (Rapport européen sur la prévention des traumatismes de l'enfant) (2) révèle que ces traumatismes sont une priorité, car ils sont la première cause de mortalité (42 000 décès) chez les enfants et les jeunes âgés de 0 à 19 ans. Bien que peu d'informations appropriées existent sur les traumatismes non mortels, le nombre d'hospitalisations et de consultations dans les services d'urgence est estimé à plusieurs millions. Les traumatismes dus à des accidents de la circulation sont la principale cause de décès chez les enfants, suivis par la noyade, les intoxications, les brûlures thermiques et les chutes. La prévention des traumatismes de l'enfant demeure une priorité dans la Région. La comparaison des rapports des taux de mortalité due aux accidents de la circulation chez les enfants de moins de 15 ans entre les pays à revenus faible et intermédiaire et ceux à revenu élevé met en évidence un élargissement du fossé à cet égard. Le rapport des taux de mortalité due à l'ensemble des

traumatismes non intentionnels est passé de 4,2 en 2000 à 6,1 en 2011, et le rapport des taux de traumatismes dus aux accidents de la route a augmenté de 1,9 à 3,8 au cours de cette même période (figure C.2). Il importe par conséquent de redoubler d'efforts, en particulier dans les pays à revenus faible et intermédiaire, pour pallier cet accroissement des disparités.

La maltraitance des enfants est considérée comme la cause de 852 homicides d'enfants âgés de moins de 15 ans dans la Région (3). Mais elle est une des formes cachées de la violence : sa prévalence est certainement bien plus élevée. Des estimations mentionnées dans une méta-analyse évaluaient à 18 millions le nombre d'enfants qui auraient souffert de violences sexuelles, à 44 millions ceux qui auraient subi des violences physiques, et à 55 millions ceux qui auraient été victimes de violences psychologiques.

Les chutes posent un problème particulier chez les seniors. Plus de 50 % des décès consécutifs à des chutes (44 000 cas) concernaient des personnes âgées de plus de 70 ans. Un grand nombre de traumatismes mortels et non mortels survenus à domicile ou dans des structures de loisirs sont dus aux chutes des personnes âgées ; il importe par conséquent de concevoir des environnements adaptés aux seniors.

**Figure C.1. Causes externes des traumatismes et des intoxications dans la Région européenne de l'OMS, la Communauté des États indépendants (CEI) et l'Union européenne (UE) (taux de mortalité standardisés selon l'âge pour 100 000 habitants, 1980-2011)**

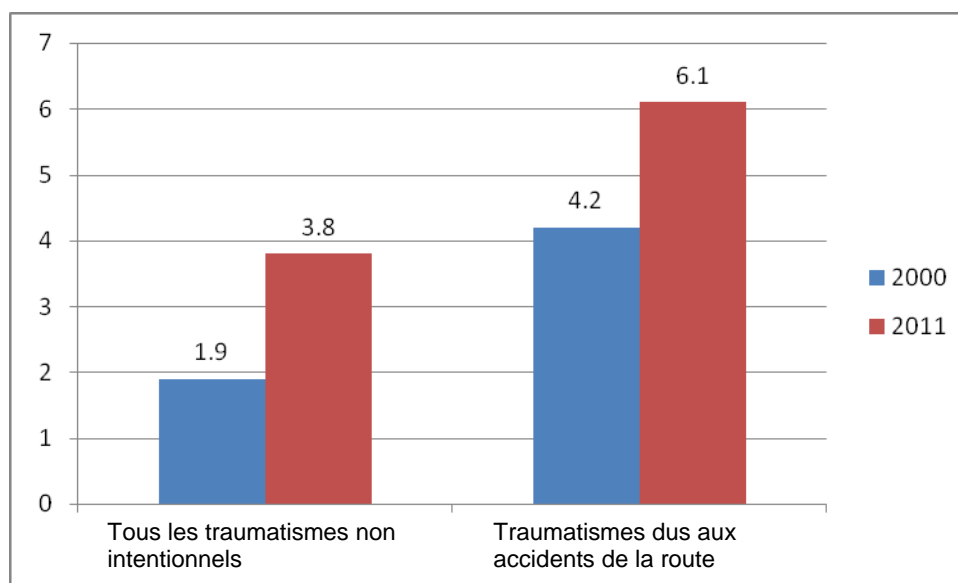


Les personnes âgées sont également vulnérables à la violence : 8 500 d'entre elles (âgées de plus de 60 ans) perdent la vie chaque année dans ces circonstances. Mais l'ampleur du problème est sous-estimée : d'après les enquêtes, 4 millions de personnes âgées sont victimes de violences physiques, 1 million de violences sexuelles, 29 millions de violences psychologiques et 6 millions d'exploitation financière.

La mortalité due à des traumatismes n'est que la partie visible de l'iceberg. Pour un décès, on estime qu'il y aurait 24 hospitalisations et 145 consultations dans un service d'urgence. Ces chiffres suggèrent que les traumatismes représentent une charge colossale pour les systèmes de santé. Les estimations régionales font état de 13 millions d'hospitalisations et de 80 millions de consultations dans des services d'urgence qui engendrent des coûts élevés en soins de santé et

pour la société, et viennent grever des ressources déjà surexploitées. Selon des estimations, jusqu'à 3,9 % du produit intérieur brut serait perdu en raison des accidents de la circulation (6) ; le coût estimé de la violence des jeunes en Angleterre et au pays de Galles atteindrait 13 milliards de GBP (7) ; et des études suggèrent que les coûts sociaux de la violence d'un partenaire intime représentent pas moins de 2 % du produit intérieur brut (8).

**Figure C.2 Rapports des taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de 15 ans dans les pays à revenus faible et intermédiaire comparés à ceux des pays à revenu élevé pour tous les traumatismes non intentionnels et les traumatismes dus aux accidents de la route en 2000 et 2011**



## Références

1. Global health estimates 2011. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_regional/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/), accessed 14 April 2014).
2. Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/83757/E92049.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf), accessed 14 April 2014).
3. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G, eds. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf), accessed 14 April 2014).
4. Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, et al. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf), accessed 14 April 2014).
5. Indicateurs de mortalité répartis en 67 causes de décès, par âge et sexe. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/data-and-evidence/databases/mortality-indicator-database-mortality-indicators-by-67-causes-of-death,-age-and-sex-hfa-mdb>, consulté le 2 mai 2014).

6. Mitis F, Sethi D. European facts and “Global status report on road safety 2013”. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/2013/european-facts-and-global-status-report-on-road-safety-2013>, consulté le 2 mai 2014).
7. Sethi D, Mitis F, Racioppi F. European report on preventing violence and knife crime among young people. WHO European Centre for Environment and Health; Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/121314/E94277.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf), accessed 14 April 2014).
8. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. WHO European Centre for Environment and Health; Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E88037.pdf>, accessed 14 April 2014).



## Annexe C.2. Publications

### Décisions

Résolution EUR/RC55/R9. Prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2005 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/88101/RC55\\_fres09.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/88101/RC55_fres09.pdf?ua=1), consulté le 2 mai 2014).

### Rapports techniques

European status report on road safety. Towards safer roads and healthier transport choices. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/43314/E92789.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/43314/E92789.pdf), accessed 14 April 2014).

Injuries and violence in Europe—why they matter and what can be done. Summary. Copenhague: WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e87321.pdf>, accessed 14 April 2014).

Laflamme L, Sethi D, Burrows S. Addressing the socioeconomic safety divide: A policy briefing. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/111036/E91823.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111036/E91823.pdf), accessed 14 April 2014).

Mitis F, Sethi D. European facts and “Global status report on road safety 2013”. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/2013/european-facts-and-global-status-report-on-road-safety-2013>, accessed 14 April 2014).

Polinder S, Toet H, Panneman M, van Beeck E. Methodological approaches for cost-effectiveness and cost-utility analysis of injury prevention measures, Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/144196/e95096.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/144196/e95096.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G, eds. European report on preventing child maltreatment. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Mitis F, Racioppi F. European report on preventing violence and knife crime among young people. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/121314/E94277.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Mitis F, Racioppi F. Preventing injuries in Europe. From international collaboration to local implementation. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2010. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/96455/E93567.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96455/E93567.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Copenhague: WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E88037.pdf>, accessed 14 April 2014).

Sethi D, Racioppi F, Frerick B, Frempong N. Progress in preventing injuries in the WHO European Region. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98423/E91710.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98423/E91710.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/83757/E92049.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, et al. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi, D, Racioppi F, Mitis F. Youth and road safety in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007 ([www.euro.who.int/document/e90142.pdf](http://www.euro.who.int/document/e90142.pdf), accessed 14 April 2014).

Shields N, Sethi D, Racioppi F, Yordi Aguirre I, Baumgarten I. National responses to preventing violence and unintentional injuries: WHO European survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89258.pdf>, accessed 14 April 2014).

## **Synthèses**

Barone A, Mitis F, Sethi D. Injuries in Europe: A call for public health action. An update from the 2011 WHO Global Burden of Disease. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.

Breaking the cycle: Public health perspectives on interpersonal violence in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89855.pdf>, accessed 14 April 2014).

Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe; 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E88757.pdf>, accessed 14 April 2014).

Jackson J, Mitis F, Sethi D. Injuries in Europe: A call for public health action. An update from the 2008 WHO Global Burden of Disease. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/171973/Injuries-in-Europe-a-call-for-public-health-action-An-update-from-2008-WHO-Global-Burden-of-Disease.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/171973/Injuries-in-Europe-a-call-for-public-health-action-An-update-from-2008-WHO-Global-Burden-of-Disease.pdf), accessed 14 April 2014).

Preventing child maltreatment in Europe: A public health approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/98778/E90618.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98778/E90618.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Bei H, Frerick B.. Youth violence prevention. Amsterdam: EuroSafe; 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/157931/Policy-briefing-6-Youth-violence\\_FINAL.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/157931/Policy-briefing-6-Youth-violence_FINAL.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Mitis F. Alcohol and injuries. Amsterdam: EuroSafe; 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/157929/Policy-briefing-5-Alcohol-and-injuries-final.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/157929/Policy-briefing-5-Alcohol-and-injuries-final.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Mitis F. Using advocacy for injury prevention. Amsterdam; EuroSafe: 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/157935/Policy-briefing-8-Using-advocacy-for-injury-prevention.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/157935/Policy-briefing-8-Using-advocacy-for-injury-prevention.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D. Developing national policy for injury and violence prevention. Amsterdam: EuroSafe; 2006 ([http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/\\$file/Policy%20briefing%20202.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/$file/Policy%20briefing%20202.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D. Inequality in injury risks. Amsterdam: EuroSafe; 2006 ([http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/\\$file/Policy%20briefing%203.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/$file/Policy%20briefing%203.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D. Road traffic injuries among vulnerable road users. Amsterdam: EuroSafe; 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98779/polbrief\\_road\\_injuries.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98779/polbrief_road_injuries.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D. The role of public health in injury prevention in the WHO European Region. Amsterdam: EuroSafe; 2006 ([http://www.euro.who.int/document/VIP/policy\\_briefing\\_1.pdf](http://www.euro.who.int/document/VIP/policy_briefing_1.pdf), accessed 14 April 2014).

The cycles of violence: The relationship between childhood maltreatment and the risk of later becoming a victim or perpetrator of violence: Key facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E90619.pdf>, accessed 14 April 2014).

### **Articles**

Parekh N, Mitis F, Sethi D. Progress in preventing injuries: A content analysis of national policies in Europe. *Int J Injury Control Saf Promot* (in press).

Racioppi F, Sethi D, Baumgarten I. Stepping up the effort to reduce violence and unintentional injuries in Europe. *Eur J Public Health* 2006;16:337–8.

Racioppi F, Sethi D. The first United Nations global road safety week: Addressing the leading cause of death in young Europeans. *Eur J Public Health* 2007;17:232–4.

Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Bertollini R. Reducing inequalities in injuries in Europe. *Lancet* 2006;368:2243–50.

Sethi D, Racioppi F, Bertollini R. Preventing the leading cause of death in young people in Europe. *J Epidemiol Commun Health* 2007;61:842–3.

Sethi D, Racioppi F. The role of public health in injury prevention in the WHO European Region. *Int J Injury Control Saf Promot* 2008;14:271–3.

Sethi D, Waxweiler R, Racioppi F. Developing a national policy for injury and violence prevention. *Int J Injury Control Saf Promot* 2007;15:53–5.

### **Chapitres (dans des ouvrages)**

Mitis F, Sethi D. Male on male violence. In: Donnelly P, Ward C (Eds). *Oxford textbook of violence prevention: Epidemiology, evidence and policy*. Oxford: Oxford University Press; 2014.

Sethi D, Butchart A. Violence/Intentional injuries: Prevention and control. In: Heggenhougen K, Quah S (Eds). *International Encyclopaedia of Public Health*. London: Elsevier; 2008.

Sethi D, Mitis F. Road traffic injuries. In: Mackenbach JP, McKee M (Eds). *Successes and failures of health policy in Europe. Four decades of diverging trends and converging challenges*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press; 2012.

Sethi D, Racioppi F. Road traffic injury prevention in children and young people in the European Region. In: Tellnes G (Ed.). *Urbanisation and health*. Oslo: Oslo Academic Press; 2005.

## **Rapports de réunions de correspondants et points focaux**

First VIP focal points consultation meeting: Third annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health: report of a joint meeting of the WHO and the High Commissariat of Health at the Ministry of Health, Portugal, Lisbon, 21–22 November 2007 ([http://www.euro.who.int/document/VIP/3rd\\_vip\\_focalpermtg.pdf](http://www.euro.who.int/document/VIP/3rd_vip_focalpermtg.pdf), accessed 14 April 2014).

Meeting report of the fourth annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health, Helsinki, 10–11 November 2008.

Report of the fifth annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health, Bonn, 16–17 December 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/83992/E93692.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/83992/E93692.pdf), accessed 14 April 2014).

Report of the seventh annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health. Antalya, 17–18 October 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/180946/e96749.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/180946/e96749.pdf), accessed 14 April 2014).

Report of the sixth annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health. Oslo, 11–12 October 2011.

Reports on “Workshop on strengthening capacity for violence and injury prevention”, Salzburg, 21–23 June 2006, and “Second meeting of the violence and injury prevention focal persons for WHO Europe”, Salzburg, 23–24 June 2006\_\_([http://www.euro.who.int/Document/VIP/2nd\\_VIP\\_FocalPerMtg.pdf](http://www.euro.who.int/Document/VIP/2nd_VIP_FocalPerMtg.pdf), accessed 14 April 2014).

WHO, Ministry of Health, Welfare and Sport, Netherlands. Joint meeting of the European national focal points for violence and injury prevention. Noordwijkerhout, 14, 17, 18 November 2005

([http://www.euro.who.int/document/VIP/FPs\\_%20meeting\\_%20report\\_FINAL\\_edited.pdf](http://www.euro.who.int/document/VIP/FPs_%20meeting_%20report_FINAL_edited.pdf), accessed 14 April 2014).

## D. Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents : progrès réalisés

### *Introduction*

1. La Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents<sup>1</sup>, approuvée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe à sa cinquante-cinquième session en 2005, a été basée sur un large éventail de données concernant le comportement des enfants et des adolescents en matière de santé, reflétant le mode de vie et les facteurs comportementaux, culturels et socioéconomiques. Elle énonce trois objectifs :

- établir une structure permettant une analyse, fondée sur des bases factuelles, et une amélioration des politiques, des actions et des programmes nationaux dans le domaine de la santé et du développement des enfants et des adolescents, en adoptant une perspective qui tienne compte de toute la durée de vie de l'individu ;
- promouvoir des mesures intersectorielles permettant de traiter les principales problématiques en matière de santé de l'enfant et de l'adolescent, en considérant comme essentielle une collaboration en dehors du secteur de la santé et comme particulièrement importants les établissements d'enseignement ;
- définir le rôle du secteur de la santé dans l'élaboration et la coordination de politiques et dans la fourniture de services qui répondent aux besoins des enfants et des adolescents.

2. Cette stratégie est fondée sur quatre principes directeurs :

- **une démarche axée sur tout le cours de la vie** : les politiques et les programmes doivent relever les défis sanitaires posés à chaque étape du développement, du stade prénatal à l'adolescence ;
- **l'équité** : les besoins des plus défavorisés doivent être pris en compte de manière explicite lors de l'évaluation de la situation sanitaire, de l'élaboration des politiques et de la planification des services ;
- **une action intersectorielle** : il convient d'adopter, lors de la formulation de politiques et de plans visant à améliorer la santé des enfants et des adolescents, une approche intersectorielle de santé publique tenant compte des déterminants essentiels de la santé ;
- **la participation** : le public, et les jeunes eux-mêmes, doivent participer à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et des services.

### *La boîte à outils*

3. Une boîte à outils<sup>1</sup> a été élaborée pour soutenir les États membres dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie. Initialement, cette boîte à outils se composait d'un ensemble de guides d'auto-évaluation, conçus :

- pour évaluer les politiques et stratégies existantes dans le domaine de la santé des enfants et des adolescents ;
- pour déterminer les données et informations nécessaires afin de formuler des politiques et des stratégies pour les enfants et les adolescents ;

---

<sup>1</sup> Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2005 (disponible en anglais et en russe) (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/policy/european-strategy-for-child-and-adolescent-health-and-development>, consulté le 16 avril 2014).

- pour entamer des actions prioritaires afin d'améliorer la santé des enfants et des adolescents ;
- pour tenir compte des différences entre les sexes dans les programmes pour la santé des enfants et des adolescents et pour déterminer les interventions efficaces dans une perspective d'égalité entre les sexes.

4. Plus tard, un ensemble d'outils a été développé en vue d'interventions fondées sur des bases factuelles pour la santé des adolescents, ainsi qu'un outil pour le suivi de la mise en œuvre des objectifs et des principes de la stratégie à l'échelon national. Les pays ont employé ces outils tant pour la planification que pour le suivi de la mise en œuvre des stratégies nationales (voir annexe D.1).

### ***Mise en œuvre de la stratégie***

5. Depuis le lancement de la stratégie, en 2005, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a aidé activement 20 États membres à élaborer et à réviser des stratégies pour la santé des enfants et des adolescents (annexe D.1), en mettant l'accent sur :

- la réalisation d'une analyse de la situation des pays participants, avec une description détaillée du pays et des informations concernant l'organisation de son système de santé, la situation en matière de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et les difficultés rencontrées pour favoriser la santé et le bien-être des enfants et des adolescents ;
- l'organisation d'ateliers dans les pays, afin de mettre en place la stratégie, de faire la cartographie de la situation actuelle en matière de santé de l'enfant et de programmes connexes et de déterminer la voie à suivre au niveau national ;
- le soutien à l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action budgétisé pour approbation par le gouvernement ou le parlement.

6. Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies pour la santé des enfants et des adolescents ont fait l'objet d'une évaluation approfondie de 2006 à 2008<sup>2</sup>, et ce en deux étapes : une enquête par questionnaire, qui a fourni des données simples, pouvant être généralisées dans tous les pays et régions, et des études de cas par pays.

7. Le principal objectif de cette enquête était de recueillir des informations sur la mise en œuvre de la stratégie, notamment sur :

- les activités politiques et organisationnelles résultant de la mise en œuvre et la participation de partenaires ;
- l'engagement politique ;
- les services de santé pour l'enfant et l'adolescent ;
- les systèmes d'information ;
- les ressources humaines.

---

<sup>2</sup> European strategy for child and adolescent health and development: from resolution to action, 2005–2008. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2008/european-strategy-for-child-and-adolescent-health-and-development-from-resolution-to-action,-20052008>, accessed 31 March 2014).

## Résultats de l'enquête

*Les politiques et programmes doivent relever les défis sanitaires posés à chaque étape du développement de l'individu, du stade prénatal à l'adolescence (parcours de vie).*

8. Le nombre de pays ayant examiné les différents groupes d'âge dans leur stratégie nationale a augmenté, passant de 2 à 8 en 2008. Actuellement, au moins 12 pays ciblent différents groupes d'âge dans leur stratégie nationale. Six pays ont indiqué qu'ils avaient adopté l'approche fondée sur le parcours de vie dans leur stratégie nationale.

*Les besoins des plus défavorisés doivent être pris en compte de manière explicite lors de l'évaluation de la situation sanitaire, de l'élaboration de politiques et de la planification de services.*

9. Les écarts constatés dans ou entre les différents groupes de la population en matière de santé ont été évalués dans une plus large mesure, et 15 pays ont détecté des inégalités importantes parmi les groupes en matière de santé des enfants et des adolescents. Le nombre de pays ayant abordé, dans leur stratégie nationale, le manque d'équité pour différents groupes de la population, a augmenté, passant de 9 à 17.

*Il convient d'adopter, lors de la formulation de politiques et de plans visant à améliorer la santé des enfants et des adolescents, une approche intersectorielle de santé publique tenant compte des déterminants essentiels de la santé.*

10. Le nombre de pays qui ont déclaré avoir un groupe de travail intersectoriel a augmenté, passant de 0 à 13.

*Le public et les jeunes doivent participer à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et des services.*

11. Le nombre de pays ayant fait participer les jeunes à l'élaboration de la stratégie a augmenté. Les jeunes ont souvent participé par l'intermédiaire d'organisations non gouvernementales, telles que les parlements des jeunes et autres mouvements de jeunesse. En ce qui concerne une plus large participation du public, plus de la moitié des pays ont fait participer des organisations non gouvernementales à l'élaboration de la stratégie. Cela donne à penser que ce processus est en train de s'ouvrir à un plus large groupe d'experts.

## Études de cas

12. Cinq études de cas<sup>3</sup> ont été réalisées. Elles ont fourni de nombreuses informations pour les travaux à accomplir dans ces pays, de même que dans d'autres (voir annexe D.2).

## L'après-2008

13. Au cours de la période 2008-2013, le Bureau régional a continué à aider les États membres à améliorer la santé et le développement des enfants en fournissant un appui technique à la préparation et à la mise en œuvre de stratégies et de plans d'action nationaux pour la santé des enfants et des adolescents. Il a donc aussi aidé les États membres à atteindre l'objectif du

---

<sup>3</sup> Barnekow V, Smith L, Simonelli F, Majer K, Fernandes Guerreiro AI. Development of national strategies—case studies from five countries. European Strategy for Child and Adolescent Health and Development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/53929/e92117.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/53929/e92117.pdf), accessed 16 April 2014).

Millénaire pour le développement n° 4. Le Bureau régional a apporté un appui technique à 18 pays pour l'élaboration de politiques relatives à la santé des enfants et des adolescents, et pour soutenir leur système de santé dans ce domaine.

14. Le Kazakhstan a ajouté un volet consacré à la santé des enfants et des adolescents dans son plan national global de santé. L'Arménie et l'Ouzbékistan ont évalué leurs stratégies existantes et préparent de nouvelles politiques pour les 5 à 6 prochaines années. Le Kirghizistan, la République de Moldova et le Turkménistan formulent actuellement des stratégies, et des politiques doivent être approuvées d'ici la fin de 2014.

15. Des capacités ont été mise en place dans huit pays afin d'effectuer des analyses des coûts dans le domaine de l'élaboration des politiques, et l'on a aidé l'Ouzbékistan, la République de Moldova et l'Ukraine à réorienter les services de santé scolaires et à en améliorer la qualité.

16. Sur les conseils techniques de l'OMS, les pays ayant signé un accord de collaboration biennal (Arménie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan et Ukraine) ont procédé à une évaluation scientifique des pratiques cliniques des services de santé primaires et secondaires, adapté ou mis au point et diffusé des lignes directrices et des outils afin de garantir la dispensation de soins de qualité aux enfants, et renforcé les systèmes de soins de santé dans le domaine des interventions de santé infantile. En Ouzbékistan, par exemple, des outils et des recommandations politiques ont été formulés au niveau national en vue de mettre en place un système intégré de surveillance et de soutien dans les services de santé maternelle et infantile, et les capacités nationales ont été renforcées à cet égard avec l'aide des partenaires. En Arménie, l'élaboration d'une stratégie hospitalière nationale pour les enfants a engendré une hausse du financement national consenti aux soins de santé. L'introduction d'un certificat sanitaire pour les enfants a permis d'améliorer l'accès aux soins et contribué à une baisse de 45 % des décès de nourrissons survenant à l'hôpital en raison d'une pneumonie, et à une réduction de 35 % de la mortalité des enfants âgés de 1 à 5 ans.

17. Sur les recommandations de l'OMS, l'Arménie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan et le Tadjikistan ont élaboré des politiques et procédé au développement des capacités en vue d'améliorer la qualité des services de santé sur l'ensemble de leur territoire. Les outils mis au point par l'OMS ont permis de renforcer la qualité des soins hospitaliers et de conforter les droits de l'enfant dans les services de santé de quatre pays (Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova et Tadjikistan), après avoir évalué le fossé existant entre le plein respect des droits de l'enfant dans les hôpitaux et ce qui est en fait appliqué dans la pratique, et la prise de mesures concrètes d'amélioration.

## **Conclusions**

18. Les pays ont manifesté une volonté politique d'élaborer des stratégies, mais il a été moins évident d'agir. Il a été problématique d'allouer des budgets publics ou de réaffecter des moyens consacrés spécifiquement à la santé des enfants et des adolescents. Par conséquent, dans la plupart des pays, les travaux relatifs à la stratégie ont été effectués sans fonds publics. Peu à peu, cependant, des ressources financières sont aiguillées vers ce domaine, et le nombre de pays possédant un financement spécifique pour l'élaboration d'une stratégie est passé de 2 à 4 entre 2006 et 2008, tandis que 7 autres pays ont signalé qu'ils avaient pu réunir une partie des ressources financières nécessaires pour formuler une stratégie.

19. L'une des raisons pour lesquelles le financement en faveur de la santé des enfants et des adolescents est variable pourrait être la rareté des données sur ce sujet. Pour appuyer les demandes de ressources, il faut des données fiables sur la situation sanitaire et sur les courbes évolutives. Pourtant, l'enquête de suivi menée en 2008 a montré que seulement environ la moitié des pays ont une base de données nationale reprenant des informations pertinentes pour



la santé des enfants et des adolescents. Certains pays n'ont pas de base de données consacrée exclusivement à la santé de l'enfant, et les informations sont intégrées dans d'autres registres ou bases de données. Des données sur la morbidité et la mortalité sont recueillies dans la plupart des pays et une ventilation par groupe d'âge est de plus en plus fréquente, mais on manque encore de données sur les conditions socioéconomiques et les groupes ethniques. La collecte de données ventilées est une tâche exigeante, fastidieuse. Néanmoins, certains pays commencent à recueillir des données ventilées, par exemple par sexe et par âge. Il est plus difficile d'obtenir des données ventilées par statut socioéconomique et origine ethnique.

20. En résumé, l'expérience a montré que les conditions suivantes sont nécessaires pour intégrer la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents dans les politiques et stratégies des pays :

- intégration de la mise en œuvre de la stratégie dans l'approche des systèmes de santé ;
- identification d'autres stratégies, lacunes et besoins non satisfaits dans une analyse de situation ;
- leadership du ministère de la Santé (ou du ministère le plus concerné) pour l'analyse de la situation et la définition de priorités ;
- volonté politique ; engagement résolu et ferme appui des pouvoirs publics en faveur de la santé des enfants et des adolescents et de l'action intersectorielle ;
- un système commun, clair, parrainé par les pouvoirs publics, pour coordonner les activités des divers acteurs concernés, avec désignation d'un ministère chef de file et mise en place d'un groupe de travail intersectoriel de haut niveau ;
- définition du statut de la stratégie et des responsabilités de chaque secteur concernant sa mise en œuvre ;
- définition des ressources financières et autres fournies par chaque partenaire, avec des plans d'action clairement définis et chiffrés pour la mise en œuvre.

21. De nombreuses menaces pèsent sur la santé et le bien-être des enfants et des jeunes dans la Région, par exemple l'obésité, les maladies sexuellement transmissibles, les problèmes psychosociaux et les troubles de santé mentale, qui s'ajoutent aux menaces existantes de la malnutrition, des problèmes périnataux et des maladies infectieuses. Des inquiétudes ont également été exprimées à propos des menaces actuelles et futures pour la santé et le bien-être posées par les environnements pollués et l'adoption, par les jeunes, de comportements et modes de vie nocifs pour la santé.

22. La nouvelle stratégie proposée pour 2014-2025 ciblera directement ces problématiques.

## Annexe D.1. État d'avancement de l'élaboration de la stratégie par pays en 2008

Pays ayant bénéficié d'un important soutien de l'OMS	Pays ayant demandé un important soutien de l'OMS	Pays ayant un projet de stratégie pour la santé de l'enfant et de l'adolescent	Pays ayant approuvé une stratégie pour la santé de l'enfant et de l'adolescent
Albanie	Azerbaïdjan	Arménie	Écosse*
Arménie	Fédération de Russie	Géorgie	Hongrie
Géorgie	Irlande	Kirghizistan	Slovaquie
Hongrie	Kazakhstan	Ouzbékistan	Slovénie
Kirghizistan	Turkménistan	République de Moldova	Tadjikistan
Ouzbékistan			Ukraine
République de Moldova			
Roumanie			
Slovaquie			
Tadjikistan			
Turquie			
Ukraine			

\* L'Écosse n'a pas de stratégie propre pour la santé des enfants et des adolescents, mais a utilisé la boîte à outils pour créer une structure destinée aux enfants et aux jeunes.

Bon nombre des pays énumérés ci-dessus ont continué à bénéficier d'une aide afin d'examiner et de réviser leur stratégie nationale sur la santé des enfants et des adolescents. Une aide a également été fournie au Bélarus et au Kosovo<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Conformément à la résolution 1244 du Conseil de sécurité des Nations Unies (1999).

## Annexe D.2. Quelques enseignements tirés des études de cas<sup>1</sup>

*La transition entre la politique, d'une part, et l'action et la mise en œuvre, d'autre part est un processus continu, et tous les pays ont fait un premier pas positif. En ce qui concerne l'obtention de fonds pour la phase de mise en œuvre, la plupart des pays font face à un casse-tête, en ce sens que l'on ne propose pas de fonds sans l'existence d'une stratégie cohérente sur laquelle il y a eu accord, et que l'élaboration d'une stratégie est entravée par l'absence d'un engagement à fournir des moyens.*

*L'engagement politique est d'une importance primordiale pour la réalisation de progrès, et cet engagement doit s'accompagner d'une intervention politique résolue et d'une affectation de moyens.*

*Il est évident que les pays adoptent la démarche consistant à prendre en compte tout le parcours de vie, bien que celle-ci ne soit pas toujours mise en œuvre de façon cohérente et que l'on perçoive, de manière générale, un besoin d'accorder plus d'attention à la santé des adolescents dans les stratégies nationales.*

*Il convient d'accorder une priorité plus grande à la détermination et à la satisfaction des besoins des groupes de population à risque, afin d'augmenter l'équité. Les questions d'inégalité entre les sexes posent problème. Les pays commencent à reconnaître la dimension sexospécifique en tant que point important pour l'équité et elle est désormais intégrée dans des politiques et actions, mais en général, les différences entre les sexes ne sont toujours pas pleinement prises en compte dans le domaine de la santé des enfants et des adolescents, et les compétences en matière de sexospécificité font défaut dans la plupart des pays. Les questions relatives à la sexospécificité devraient être abordées de manière systématique.*

*Une collaboration intersectorielle a été identifiée comme un atout majeur dans les pays faisant l'objet des études de cas, les ministères de la Santé jouant un important rôle de leadership. Toutefois, il y a de grandes différences entre les pays pour ce qui est du degré d'intégration avec d'autres politiques. Les groupes de coordination intersectorielle peuvent également subir les effets négatifs de l'instabilité de l'environnement politique et du trop grand nombre de changements de représentants.*

---

<sup>1</sup> European strategy for child and adolescent health and development. from resolution to action, 2005–2008. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. Extract from page 10 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/81831/E91655.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf), accessed 16 April 2014).



## **E. Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques : progrès réalisés**

### ***Introduction et généralités***

#### **Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques**

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

2. La résolution EUR/RC61/R6 prie instamment les États membres : d'assurer l'engagement politique et les ressources pour mettre en œuvre le plan d'action stratégique ; de soutenir la mise en place de systèmes nationaux de surveillance et de suivi de la résistance aux antibiotiques et de la consommation de ces médicaments ; de mettre en œuvre et de formaliser des mécanismes nationaux de coordination intersectorielle et globale ; et de soutenir les campagnes nationales de sensibilisation aux causes de la résistance aux antibiotiques.

3. La résolution EUR/RC61/R6 prie la directrice régionale de continuer à jouer un rôle pilote, de fournir des outils, des conseils et un soutien technique aux États membres, et d'aider ces derniers à évaluer leur situation actuelle en ce qui concerne la résistance aux antibiotiques, la consommation d'antibiotiques, ainsi que leur capacité à élaborer et à mettre en œuvre des plans d'action nationaux. En outre, la résolution demande au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de faciliter l'échange d'informations sur les tendances et les facteurs de résistance aux antibiotiques, notamment par la création d'une plate-forme régionale pour le partage et l'analyse des données. Elle prie enfin la directrice régionale de faire rapport chaque année au Comité régional sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action stratégique européen jusqu'en 2014, et tous les deux ans après cette date, avec préparation d'un rapport final en 2020.

#### **Action mondiale sur la résistance aux antibiotiques**

4. Lors de la Journée mondiale de la santé 2011, l'OMS a exhorté les pays à combattre la résistance aux antimicrobiens, sous le slogan « Agir aujourd'hui pour pouvoir soigner encore demain ». Ce message a souligné la nécessité d'entreprendre une action urgente aux niveaux international, intersectoriel et interdisciplinaire afin que les progrès durement acquis en matière de santé et de développement ne soient anéantis en raison de l'augmentation de la résistance aux agents antimicrobiens en général, et aux antibiotiques en particulier. La lutte contre la résistance aux antimicrobiens suscite actuellement un élan mondial sans précédent car l'on est de plus en plus conscient du fait que ce fléau constitue l'une des plus grandes menaces de notre temps.

5. En septembre 2013, le directeur général de l'OMS a convoqué le Groupe consultatif stratégique et technique sur la résistance aux antimicrobiens, le principal groupe consultatif technique de l'OMS consacré à cette problématique. Celui-ci a tenu sa première réunion les 19 et 20 septembre 2013 au Siège de l'OMS à Genève (Suisse). Sa première recommandation fut que l'OMS joue un rôle de chef de file dans l'élaboration d'un plan d'action mondial de lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Elle a été approuvée en janvier 2014 par le Conseil exécutif qui, d'ailleurs, s'est félicité de l'instauration d'un Groupe de travail mondial sur la résistance aux antimicrobiens qui permettra d'assurer une coordination et une collaboration étroites entre les programmes techniques œuvrant dans ce domaine tant au Siège que dans les Bureaux régionaux de l'OMS. Le Groupe consultatif a en outre recommandé que l'Assemblée mondiale de la santé adopte une résolution sur la lutte contre la résistance aux antimicrobiens lors de sa soixante-septième session. Le 30 avril 2014, préalablement à l'Assemblée de la santé,

l'OMS a publié le premier Rapport mondial sur la résistance aux antimicrobiens, auquel le Bureau régional et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) ont d'ailleurs apporté une contribution significative.

## ***Mesures prises et progrès réalisés***

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

6. Au Bureau régional, la mise en œuvre du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques repose sur une collaboration étroite entre plusieurs programmes techniques et leurs réseaux de partenaires ainsi qu'avec les gouvernements des États membres. Ce rapport met en lumière les activités les plus récentes et les derniers progrès accomplis par le Bureau régional et ses partenaires dans la mise en œuvre des sept objectifs stratégiques du plan.

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

7. Le Bureau régional, en collaboration avec l'Institut national néerlandais pour la santé publique et l'environnement (RIVM) et l'European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID), analyse actuellement les situations nationales en vue d'évaluer la capacité des États membres à prévenir et à combattre la résistance aux antibiotiques par la surveillance, l'utilisation prudente de ces médicaments et la lutte anti-infectieuse. Des équipes d'experts externes et de l'OMS se rendent dans les États membres afin d'examiner, avec les points focaux désignés et d'autres intervenants nationaux des secteurs de la santé humaine et vétérinaire, l'état actuel des interventions de lutte contre la résistance aux antimicrobiens, et de visiter plusieurs laboratoires et établissements de soins de santé. En 2013-2014, des analyses nationales ont été effectuées en Arménie, en Azerbaïdjan, en Bosnie-Herzégovine, en Géorgie, au Kirghizistan, en Ouzbékistan et en République de Moldova. Des analyses sont prévues en 2014-2015 en Albanie, au Kazakhstan, au Tadjikistan, au Turkménistan et en Ukraine.

8. À la demande du secrétariat, la quasi-totalité des États membres ont désigné un point focal national pour la résistance aux antimicrobiens, chargé de faciliter la mise en place d'un mécanisme de coordination intersectorielle dans ce domaine (par exemple, un groupe de travail, un comité de direction ou un conseil) et de superviser la rédaction d'un plan d'action national assorti d'objectifs, et portant sur des politiques ainsi que des activités de surveillance et de lutte. Grâce au mécanisme de coordination intersectorielle, le point focal national assure la collecte de données et le partage d'informations sur une base régulière, et facilite la communication et la coordination entre ses membres et leurs parties prenantes. Depuis l'adoption du plan d'action stratégique, l'Arménie, le Bélarus, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Géorgie, le Kirghizistan, le Monténégro, l'Ouzbékistan, la République de Moldova et la Turquie ont élaboré un mécanisme de coordination intersectorielle et un plan d'action national relatif à la résistance aux antimicrobiens, ou sont sur le point de le faire. Le secrétariat fournit un appui technique ainsi que l'accès aux experts pour la formulation et le développement de plans nationaux et des structures de gouvernance y afférentes.

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

9. La surveillance de la résistance aux antibiotiques est considérée comme la pierre angulaire du plan d'action stratégique européen. Elle est nécessaire si l'on veut attester l'étendue du problème, suivre l'émergence et l'évolution des combinaisons spécifiques d'agents pathogènes et évaluer l'efficacité des interventions ciblées. Bien que de nombreux pays de la Région non membres de l'Union européenne (UE) ne procèdent pas à une collecte et à un

échange systématiques de données relatives à la résistance aux antibiotiques, le Bureau régional, conjointement avec le RIVM et l'ESCMID, a instauré en 2012 le réseau CAESAR (Surveillance de la résistance aux antimicrobiens en Asie centrale et en Europe orientale) en vue d'aider les pays à mettre en place et/ou à renforcer la surveillance nationale de la résistance aux antimicrobiens, et à contribuer à cette surveillance à l'échelle régionale.

10. Le réseau CAESAR se concentre sur les pays non membres du Réseau européen de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (EARS-Net), d'ailleurs hébergé par l'ECDC. Il complètera au niveau régional les activités de surveillance menées dans l'UE et par l'Agence européenne pour l'environnement et ce, en étroite collaboration avec l'ECDC et moyennant une méthodologie compatible. À l'heure actuelle, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Bélarus, la Bosnie-Herzégovine, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Fédération de Russie, la Géorgie, le Kirghizistan, le Monténégro, l'Ouzbékistan, la République de Moldova, la Serbie, la Suisse et la Turquie, ainsi que le Kosovo<sup>1</sup>, collaborent au réseau CAESAR à divers stades de développement et de participation.

11. Cinq pays, à savoir le Bélarus, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Serbie, la Suisse et la Turquie, ont soumis des données à la base de données du réseau CAESAR. Le Bureau régional et ses partenaires veilleront à associer tous les pays restants, dans la mesure où la mise en place d'un réseau de surveillance harmonisé et coordonné dans tous les États membres de la Région européenne est essentielle afin de protéger la santé face à l'émergence des menaces transfrontalières posées par la résistance aux antimicrobiens. À la fin de 2014, le secrétariat a l'intention de publier le premier rapport annuel du réseau CAESAR, avec des données relatives à la résistance aux antibiotiques au moins pour les cinq pays mentionnés ci-dessus.

12. En novembre 2013, une première évaluation externe de la qualité des tests de sensibilité aux antimicrobiens a été effectuée par 121 laboratoires de neuf pays et régions participant au réseau CAESAR sous l'égide du National External Quality Assessment Service for Microbiology (Royaume-Uni). Cet exercice mené dans les laboratoires de diagnostic constitue un outil précieux pour la validité de la procédure, et permet la comparaison de données entre les laboratoires. Les résultats de l'évaluation ont été examinés lors de la deuxième réunion du réseau CAESAR organisée en mai 2014 à Barcelone (Espagne).

13. En juillet 2014, le secrétariat et les partenaires ont organisé un atelier multinational sur la résistance aux antimicrobiens en Géorgie. Celui-ci comprenait deux volets : un séminaire multinational destiné à un large public de professionnels de santé à des fins de sensibilisation générale, et un atelier-laboratoire pour les microbiologistes médicaux en vue de renforcer les capacités de laboratoire dans le cadre de la surveillance nationale et internationale de la résistance aux antimicrobiens. Les pays qui ont participé à l'atelier étaient l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Fédération de Russie, la Géorgie, le Kirghizistan, le Monténégro, l'Ouzbékistan, la République de Moldova, le Turkménistan et la Turquie. Cet événement était suivi d'une réunion d'intervenants géorgiens durant laquelle le projet de plan d'action national a d'ailleurs été examiné.

14. Le secrétariat a apporté son soutien et participé à la première réunion régionale des points focaux pour la résistance aux antibiotiques des 11 États membres du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, organisée en Bulgarie en novembre 2013. Cette réunion avait pour objectif d'examiner les principaux problèmes liés à la surveillance de la résistance aux antibiotiques dans ces pays, et d'aligner leurs activités sur le Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques.

---

<sup>1</sup> Conformément à la résolution 1244 du Conseil de sécurité des Nations Unies (1999).

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

15. On a continué à développer le réseau de surveillance de la consommation d'antimicrobiens dans les États membres de la Région européenne en vue de compléter les informations collectées via EARS-Net en utilisant les mêmes méthodes. Dix-huit pays non membres de l'UE (Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, Serbie, Suisse, Tadjikistan, Turquie et Ukraine) ainsi que le Kosovo<sup>1</sup> ont à ce jour rejoint le réseau et procèdent actuellement à la collecte de données. Le réseau de surveillance de la consommation d'antimicrobiens de l'OMS a été institué en collaboration avec des partenaires externes et le financement des Pays-Bas. Les activités réalisées à cet égard dans les États membres ont suscité la prise de mesures politiques au niveau national ainsi qu'un suivi dans plusieurs pays, dont l'Arménie et la Turquie.

16. Des données relatives à la consommation d'antimicrobiens (pour 2011) ont été recueillies dans 13 pays non membres de l'UE par l'intermédiaire du réseau. Elles ont été analysées en collaboration avec l'Université d'Anvers (Belgique) et comparées aux données de l'ECDC pour ESAC-Net (Réseau de surveillance européen de la consommation d'antimicrobiens). Les résultats, d'ailleurs publiés dans le numéro de *The Lancet Infectious Diseases* de mars 2014<sup>2</sup>, révèlent une différence allant presque du simple au quadruple entre les pays et régions consommant le moins d'antibiotiques et ceux en consommant le plus (sur un total de 42 pays et régions d'Europe, membres et non membres de l'UE), et dressent un tableau clair de l'utilisation de divers groupes d'antibiotiques. D'importantes disparités ont été observées entre les pays participant à l'étude en ce qui concerne la consommation de ces médicaments. Comparés aux pays de l'UE, certains pays ont été classés comme grands consommateurs (par exemple, Monténégro, Tadjikistan et Turquie) et d'autres comme consommateurs modérés (par exemple, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus et Bosnie-Herzégovine).

17. La faible consommation d'antibiotiques peut être indicatrice d'une utilisation insuffisante en raison de l'accès limité d'une partie importante de la population aux médicaments. Les pénicillines sont les antibiotiques les plus communément utilisés par tous les participants, la pénicilline à large spectre (amoxicilline, ampicilline) étant particulièrement consommée, notamment dans les nouveaux États indépendants (NEI). Les participants d'Europe du Sud-Est font un usage plus élevé de céphalosporines de première génération que ceux des pays du nord de l'UE. L'azithromycine, un antibiotique macrolide à action prolongée, fait notamment l'objet d'une forte consommation au Monténégro et en Serbie. Un recours particulièrement élevé au traitement par injection d'antibiotiques a été observé dans tous les NEI.

18. Les bases factuelles issues de ces études et d'autres recherches permettent de justifier les efforts de lutte contre la résistance aux antimicrobiens, bien que des ressources supplémentaires soient nécessaires pour mener ces activités et assurer le suivi des résultats. La création d'une dynamique à cet égard exige la prise d'un engagement, notamment un financement par les parties prenantes, conformément au Plan d'action stratégique européen global sur la résistance aux antibiotiques.

19. Outre la surveillance de la consommation d'antimicrobiens, le secrétariat mène plusieurs activités visant à modifier le comportement des professionnels de santé et des consommateurs de la Région. Il convient notamment de préciser le rôle et la responsabilité des pharmaciens

---

<sup>2</sup> Versporten A, Bolokhovets G, Ghazaryan L, Abilova V, Pyshnik G, Spasojevic T, et al. Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe. *Lancet Infect Dis*. 2014; 2–14; doi: 10.1016/S1473-3099(14)70071-4 (<http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2814%2970071-4/>).



concernant l'utilisation prudente des médicaments antimicrobiens. Une collaboration avec des associations professionnelles telles que le groupement pharmaceutique de l'UE et le Forum EuroPharm a été mise en place afin de répertorier les initiatives nationales ayant exercé un impact sur l'utilisation prudente des médicaments antimicrobiens, de proposer de nouvelles initiatives et de soutenir la mise en œuvre des bonnes pratiques pharmaceutiques à l'appui de l'utilisation rationnelle des médicaments.

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

20. La campagne mondiale de l'OMS « POUR SAUVER DES VIES : l'hygiène des mains » organisée en 2014 a mis en évidence le rôle de l'hygiène des mains dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens en protégeant les patients des pathogènes résistants. Ce fut également l'occasion de souligner que cette résistance peut survenir pendant la dispensation des soins.

21. Le secrétariat poursuit sa collaboration avec les réseaux BARN (Baltic Antibiotic Resistance collaborative Network) et GIPC (Global Infection Prevention and Control Network). Il donne suite aux conclusions de trois réunions organisées l'une à la suite de l'autre en Estonie en mai 2013 pour définir un programme national de formation dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les infections.

22. Dans le cadre des analyses des situations nationales décrites sous l'objectif stratégique n° 1, les activités de prévention et de lutte contre les infections font l'objet d'évaluations et d'observations *in situ* dans les services de soins de santé. Le secrétariat, en vue d'aider l'élaboration des plans d'action nationaux de lutte contre la résistance aux antimicrobiens, encourage activement la prise en compte des mesures de prévention et de lutte contre les infections, notamment la vaccination, et formule des recommandations spécifiques à cet égard.

23. En mars 2014, le secrétariat a été invité à un débat sur la résistance aux antimicrobiens dans le cadre des soins de santé et de la communauté à São Paulo (Brésil), afin d'évoquer l'expérience de l'OMS à cet égard dans la Région européenne. Cet événement s'inscrivait dans une série de débats sur les politiques publiques relatives à la lutte anti-infectieuse et à la sécurité des patients, avec la participation de représentants de ministères de la Santé et d'universités ainsi que de professionnels directement impliqués dans ce domaine. Le débat constitue un exemple du nombre croissant d'activités d'échange de données d'expérience sur la résistance aux antimicrobiens entreprises au niveau interrégional.

24. Le Bureau régional fournit un appui financier et technique à l'organisation d'ateliers visant le renforcement des capacités dans le domaine de la microbiologie clinique et de la gestion des antibiotiques, avec la participation de spécialistes des maladies infectieuses, des soins intensifs et d'autres disciplines médicales pertinentes.

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

25. Des activités ont été réalisées dans plusieurs pays afin de sensibiliser le public à la résistance aux antimicrobiens dans l'alimentation, et de renforcer la surveillance de cette résistance dans les pathogènes transmis par les aliments. Des ateliers intersectoriels sur la sécurité sanitaire des aliments se sont tenus en Albanie en décembre 2013 et en Serbie en mai 2014. Une séance a été notamment organisée sur la résistance aux antimicrobiens sous l'angle de la sécurité sanitaire des aliments. Elle a stimulé un excellent débat ainsi que la prise d'un engagement. En Ouzbékistan, l'importance accordée à la lutte contre la résistance aux antibiotiques sous l'angle de

la sécurité sanitaire des aliments a été mise en exergue lors d'une conférence internationale de haut niveau organisée à Tachkent en juin 2014.

26. Sous l'égide du Réseau mondial de surveillance des infections d'origine alimentaire de l'OMS, des cours de formation intersectoriels ont été organisés au niveau national au Tadjikistan (mai 2013), au Turkménistan (septembre 2013) et en Ouzbékistan (novembre 2013) pendant cinq jours. De telles activités se sont également tenues en Albanie (juillet 2014) à l'intention des experts de ce pays et du Kosovo<sup>1</sup>. Ces cours ont réuni des responsables des secteurs vétérinaire, agricole et de la santé publique, et prévoyaient une formation dans le domaine du diagnostic en laboratoire de *Salmonella* et *Campylobacter* résistants aux antibiotiques et d'autres phénomènes de résistance connexes.

27. Le Groupe consultatif de l'OMS sur la surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens a financé un projet intégré de surveillance de la résistance aux antimicrobiens au Kosovo<sup>1</sup>, qui a débuté en novembre 2012 et s'est achevé avec succès en mars 2014. Celui-ci a généré des données sur la résistance aux antimicrobiens dans le secteur vétérinaire et, en particulier, sur *Salmonella* dans la production d'œufs. Il a également porté sur les niveaux et les schémas de consommation d'antibiotiques dans le cadre des soins de santé primaires. Le projet intersectoriel a fourni des informations importantes sur la consommation des antibiotiques et la résistance à ces médicaments au Kosovo<sup>1</sup>. Les activités et les mesures mises en œuvre à l'avenir en vue de réduire la propagation de la résistance aux antimicrobiens s'en inspireront.

28. Grâce au financement de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la santé animale, des enquêtes nationales sur la résistance aux antimicrobiens pour *Salmonella* ont été réalisées entre novembre 2013 et avril 2014 en Albanie (dans la chaîne alimentaire) et au Tadjikistan (dans la chaîne alimentaire et les populations humaines). La surveillance de la résistance aux antimicrobiens dans des exploitations avicoles d'Albanie a mis en évidence un niveau élevé de résistance dans les isolats bactériens de volailles ainsi qu'une large propagation géographique dans tout le pays. Le rapport du projet préconisera la prise de mesures visant la mise en place de réglementations appropriées et de politiques prudentes en ce qui concerne l'utilisation des antimicrobiens dans le secteur vétérinaire en Albanie. Des études similaires doivent être effectuées dans davantage de pays de la Région afin de répertorier les tendances et les sources de la résistance aux antimicrobiens dans la production alimentaire et d'encourager la mise en œuvre d'interventions ciblées.

29. L'OMS suit de près le projet de la Commission européenne intitulé « Surveillance européenne de la consommation d'antibiotiques à usage vétérinaire », coordonné par l'Agence européenne des médicaments (EMA) à l'intention des États membres de l'UE. Le Bureau régional aidera l'EMA à réaliser des enquêtes similaires dans des pays non membres de l'UE vers la fin de l'année 2014.

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

30. Le 3 avril 2014, la Programmation conjointe européenne sur la résistance antimicrobienne a lancé son programme stratégique de recherche à Bruxelles (Belgique). Le Bureau régional, qui est membre du conseil consultatif des parties prenantes, a contribué à l'élaboration de ce programme. Le Siège de l'OMS et le secrétariat du Bureau régional ont participé à un atelier intitulé « Antibiotics and their alternatives – fixing and feeding the pipeline » (Les antibiotiques et leurs alternatives – comment améliorer et alimenter la filière), organisé par la Direction générale de la recherche et de l'innovation de la Commission européenne. Le secrétariat poursuit sa collaboration avec des réseaux et des groupes non gouvernementaux, tels que ReAct et Antibiotic Action, afin de promouvoir l'innovation et l'élaboration de nouveaux modèles

opérationnels dans le but de stimuler la recherche et de décourager la commercialisation agressive de nouveaux antibiotiques.

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

31. Étant donné que l'utilisation exagérée et abusive des antibiotiques est principalement à l'origine du phénomène de résistance aux antibiotiques, il importe de sensibiliser aux risques associés tant au niveau de la société qu'à celui de chaque individu et de modifier ces pratiques. Dans le cadre d'un projet parrainé par le gouvernement belge, le secrétariat fournira des petites subventions en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des campagnes pilotes ou des programmes éducatifs dont l'objectif est d'améliorer la prévention des infections, et de promouvoir l'utilisation et la prescription prudentes des antibiotiques dans les pays de la Région qui ne sont pas membres de l'UE. Parmi les activités réalisées dans le cadre de ces initiatives, il convient de mentionner notamment l'élaboration d'un matériel pédagogique et de promotion, de méthodologies, de campagnes, de messages télévisés et de supports numériques adaptés aux besoins des pays ainsi que l'organisation d'événements à l'occasion du lancement de ces activités et de ce matériel, par exemple, lors de la Journée européenne d'information sur les antibiotiques de novembre 2014.

32. En 2013, le Bureau régional a poursuivi sa collaboration avec l'ECDC et la Commission européenne à l'occasion de la Journée européenne d'information sur les antibiotiques. Comme en 2012, le secrétariat a préparé un matériel de promotion afin d'aider les bureaux de pays de l'OMS à soutenir les États membres désireux de se joindre à cette initiative. En 2013, plusieurs pays non membres de l'UE y ont participé : Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, Serbie, Tadjikistan et Turquie, ainsi que le Kosovo<sup>1</sup>. Le Bureau régional a pris part au lancement officiel de la Journée de sensibilisation le 15 novembre à Bruxelles.

33. Au vu du succès de la publication intitulée *Guide to tailoring immunization programmes*<sup>3</sup> (Guide pour l'élaboration de programmes de vaccination adaptés), le secrétariat prépare actuellement, en collaboration avec le RIVM, un guide similaire pour les programmes de lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Ce dernier permettra aux États membres d'identifier les principaux protagonistes, et d'élaborer des stratégies ciblées en vue de changer les comportements à cet égard (comme l'utilisation prudente des antibiotiques). Le secrétariat envisage d'expérimenter ce guide au Royaume-Uni et en Suède.

34. Du 6 au 8 novembre 2013, le Bureau régional a organisé un atelier régional sur la surveillance de la résistance aux antibiotiques et de la consommation de ces médicaments et la sensibilisation, accueilli par le RIVM, en collaboration avec l'Université d'Anvers, la Commission belge de coordination de la politique antibiotique et l'ESCMID. L'atelier visait à associer trois initiatives mises en œuvre dans le cadre du Plan d'action stratégique européen sur la résistance aux antibiotiques : 1) surveillance de la résistance aux antimicrobiens (CAESAR) ; 2) surveillance de la consommation d'antimicrobiens ; et 3) soutien aux pays pour l'organisation de campagnes de sensibilisation à la résistance aux antimicrobiens en facilitant la création de réseaux dans les pays non membres de l'UE.

35. L'atelier prévoyait des séances plénières et consacrées au diagnostic en laboratoire, à l'analyse des données et aux campagnes de sensibilisation à la consommation d'antimicrobiens, avec l'aide d'experts du Bureau régional et des institutions partenaires. Dix-sept pays européens

---

<sup>3</sup> The guide to tailoring immunization programmes (TIP): increasing coverage of infant and child vaccination in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf)).

y ont participé. Ils ont procédé à un échange de données d'expérience et élaboré des plans de suivi pour maintenir et renforcer la surveillance, endiguer la résistance aux antimicrobiens et donner suite à leurs résultats et conclusions.

36. À la suite de cet atelier, plusieurs pays participants (Arménie, Bosnie-Herzégovine, ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Kirghizistan, Monténégro et Serbie) ont sollicité et obtenu un financement en vue de mettre en œuvre des activités de sensibilisation dans la deuxième moitié de 2014. Celui-ci a été accordé par un comité d'examen commun composé de la Commission belge de coordination de la politique antibiotique, du RIVM, de l'ECDC et du Bureau régional.

= = =