



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L'Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE
SOIXANTE-CINQUIÈME SESSION

Vilnius (Lituanie), 14-17 septembre 2015



Rapports de situation



Document de travail



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-cinquième session

EUR/RC65/12

Vilnius (Lituanie), 14-17 septembre 2015

31 juillet 2015

150501

Point 5 j) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapports de situation

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

- A. mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 (résolution EUR/RC61/R7) – rapport final ;
- B. réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (résolution EUR/RC57/R2) ;
- C. stratégies de modification des comportements et santé : le rôle des systèmes de santé (résolution EUR/RC58/R8) ;
- D. application du Règlement sanitaire international (2005) (résolution EUR/RC59/R5) ;
- E. direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC58/R4).

Table des matières

	page
A. Progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 – rapport final.....	4
Introduction.....	4
Tendances épidémiologiques	5
Financement des interventions de lutte contre la tuberculose et la tuberculose-MR	6
Réalizations et défis (selon les domaines d'intervention).....	7
Domaine d'intervention n° 1 : prévenir la survenue de cas de tuberculose-MR et UR	7
Domaine d'intervention n° 2 : améliorer l'accès aux tests de résistance aux antituberculeux de première et de deuxième intentions et aux tests et aux conseils pour le VIH parmi les patients tuberculeux	8
Domaine d'intervention n° 3 : renforcer l'accès au traitement efficace de la tuberculose pharmacorésistante.....	8
Domaine d'intervention n° 4 : intensifier la lutte contre l'infection tuberculeuse	9
Domaine d'intervention n° 5 : renforcer la surveillance de la tuberculose pharmacorésistante, y compris l'enregistrement et la notification.....	10
Domaine d'intervention n° 6 : renforcer les capacités nationales pour intensifier la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante, y compris la sensibilisation, le partenariat et l'orientation politique.....	11
Domaine d'intervention n° 7 : prendre en compte les besoins des populations spéciales.....	13
Projet de Plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne de l'OMS 2016-2020	14
B. Progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.....	15
Objectifs 4 et 5 : réduire la mortalité infantile et améliorer la santé maternelle	15
Objectif 6 : combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	16
VIH/sida	16
Tuberculose	17
Maladies tropicales négligées	19
Cible 7.C : réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base.....	19
Cible 8.E : en coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	20
C. Progrès accomplis concernant les stratégies de modification des comportements et la santé : le rôle des systèmes de santé	21
Introduction et contexte.....	21
Progrès accomplis depuis 2008 quant à la mise en œuvre de la résolution EUR/RC58/R8	23
Des interventions intersectorielles pour influencer sur les déterminants de la santé au sens large.....	23

Une approche de la santé et du bien-être prenant en compte toutes les étapes de la vie.....	24
Renforcer la santé publique	25
Répertorier les difficultés critiques auxquelles font face les systèmes de santé et augmenter la couverture des interventions auprès de la population pour faire reculer les maladies non transmissibles	25
Alimentation et nutrition	27
Mise en œuvre de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac.....	27
Consommation nocive d’alcool	28
Santé mentale	28
Évaluation des progrès et échange d’informations.....	29
Proposition de suivi.....	30
D. Progrès accomplis dans l’application du Règlement sanitaire international (2005).....	31
Introduction et généralités	31
Analyse de la situation dans la Région européenne de l’OMS	32
Mesures prises et progrès réalisés.....	33
1 ^{er} domaine d’activités : évaluation, renforcement et surveillance des capacités nationales de base en matière de RSI	34
2 ^e domaine d’activités : encouragement, au plus haut niveau politique, d’une adhésion au processus de mise en œuvre du RSI	34
3 ^e domaine d’activités : mise à jour de la législation et des mécanismes de réglementation.....	34
4 ^e domaine d’activités : autonomisation des points focaux nationaux	35
5 ^e domaine d’activités : consentir des efforts pour une conscientisation et une sensibilisation au-delà du secteur de la santé.....	35
6 ^e domaine d’activités : formation du personnel national au développement, à la gestion et au maintien des capacités nécessaires pour que le pays se conforme pleinement aux dispositions du RSI	35
7 ^e domaine d’activités : renforcement des capacités en matière de RSI aux points d’entrée.....	35
La voie à suivre.....	36
Conclusions	37
E. Progrès accomplis dans la direction et la gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l’OMS.....	39

A. Progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 – rapport final

Introduction

1. La charge de la tuberculose n'est pas homogène dans la Région européenne de l'OMS, puisqu'elle oscille entre 1 cas pour 100 000 habitants dans certains États membres à 160 cas pour 100 000 habitants dans d'autres. Même au sein d'un même pays, l'incidence de cette maladie peut être particulièrement diverse. En outre, environ 99 % de la charge de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (MR et UR) se concentre dans les 18 pays hautement prioritaires¹, tous situés dans la partie orientale de la Région.

2. Face au problème croissant de la tuberculose-MR et UR dans la Région européenne de l'OMS, et en vue d'intensifier les mesures intégrées prises à cet égard et de prévenir et de combattre ces souches de la maladie, un plan d'action consolidé a été élaboré pour 2011-2015 à l'intention des 53 États membres et des partenaires. Le « Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 », a été approuvé lors de la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR61) tenue à Bakou (Azerbaïdjan), le 15 septembre 2011 (résolution EUR/RC61/R7). Élaboré à la suite d'un large processus de consultation avec les États membres, les organisations de la société civile, les agences techniques et institutions bilatérales et les collectivités, ce document fixe les objectifs ambitieux de dépister plus de 85 % du nombre estimé de patients atteints de tuberculose-MR et de traiter avec succès au moins 75 % d'entre eux en vue d'endiguer cette épidémie.

3. La résolution EUR/RC61/R7 du Comité régional demande à la directrice régionale d'évaluer les progrès réalisés dans la prévention et la lutte contre la tuberculose-MR et UR au niveau régional une année sur deux, à compter de 2013, et d'en rendre compte au Comité régional en conséquence.

4. Depuis l'approbation du plan d'action consolidé par le Comité régional en septembre 2011, le secrétariat a intensifié son aide technique aux États membres dans différents domaines de la prévention, de la lutte et des soins en matière de tuberculose, de co-infection tuberculose/VIH et de tuberculose-MR et UR. Sous l'égide du représentant spécial de la directrice régionale pour la tuberculose-MR et UR, et grâce à la collaboration avec la Division des systèmes de santé et de la santé publique, on a pu recenser les obstacles au niveau des systèmes de santé, et les États membres bénéficient actuellement d'une aide pour réformer leurs services afin d'en accroître l'efficacité, avec un accès équitable aux services de qualité, conformément à Santé 2020. La plupart des étapes importantes concernant les activités à mener par les États membres, le secrétariat et les

¹ Les 18 pays hautement prioritaires sont les suivants : Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bulgarie, Estonie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Ouzbékistan, République de Moldova, Roumanie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie et Ukraine.

partenaires dans les sept domaines d'intervention du plan d'action consolidé ont été franchies.

5. Parmi les principaux progrès accomplis, il convient notamment de mentionner l'augmentation du diagnostic des cas de tuberculose-MR de moins d'un tiers du nombre estimé de cas en 2011 à la moitié de ce nombre en 2013 (la toute dernière année où l'on dispose de données à cet égard²), et un accroissement de la couverture thérapeutique des cas notifiés de 63 % en 2011 à la couverture universelle en 2013. En outre, l'objectif du Millénaire pour le développement n° 6 sur l'inversement de la tendance en ce qui concerne la tuberculose a été atteint. L'incidence de cette maladie dans la Région européenne de l'OMS a en effet diminué à un taux moyen de 4,5 % par an, le déclin le plus rapide des taux de tuberculose de toutes les Régions de l'OMS. Depuis la mise en œuvre du plan d'action consolidé, l'incidence de la tuberculose-MR chez les patients précédemment traités s'est également stabilisée à 48 % en 2013.

6. Outre les progrès réalisés, la lutte antituberculeuse doit encore faire face à plusieurs grands défis. On observe une transmission continue de la tuberculose-MR, comme en témoigne la hausse du nombre de nouveaux cas. La tuberculose est de plus en plus difficile à traiter dans la Région en raison de l'augmentation de la résistance des souches. La réussite du traitement reste faible et comparable à l'échelon mondial (moins de 50 % des cas de tuberculose-MR sont traités avec succès). La tuberculose constitue l'une des principales causes de décès chez les personnes vivant avec le VIH, et ce tandem mortel est de plus en plus fréquent dans la Région. La prévalence du VIH chez les patients atteints de tuberculose est passée de 3,4 % en 2008 à 7,8% en 2013.

7. Pour relever ces défis et poursuivre les progrès réalisés dans la lutte et les soins liés à la tuberculose et à la tuberculose-MR dans la Région, la Stratégie mondiale de lutte antituberculeuse³ est actuellement adaptée au contexte régional dans le cadre de l'élaboration d'un plan d'action pour la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS en 2016-2020. Celui-ci doit relever les défis et donner suite aux progrès constants réalisés dans la mise en œuvre du plan d'action consolidé.

Tendances épidémiologiques

8. En 2013, un nombre estimé de 360 000 cas incidents de tuberculose (39 cas pour 100 000 habitants) sont survenus dans la Région européenne de l'OMS, parmi lesquels 297 500 nouveaux cas et rechutes ont été détectés. Le taux de dépistage régional de 83 % est d'ailleurs le plus élevé au monde.

9. La répartition géographique de la charge de la tuberculose dans la Région n'a guère évolué depuis l'approbation du plan d'action consolidé. Les 18 pays hautement

² Les données de surveillance de la tuberculose sont collectées au cours d'une année et analysées l'année suivante. En d'autres termes, les données utilisées dans le présent rapport de situation (janvier 2015) concernent les cas enregistrés en 2013. Ainsi les pays peuvent-ils vérifier leurs données et établir les résultats thérapeutiques pour les patients nouvellement et précédemment traités.

³ Projet de stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 (document A67/11). Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 19-24 mai 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_11-fr.pdf?ua=1, consulté le 31 juillet 2015).

prioritaires⁴ concourent à 85 % de cette charge. Malgré la baisse constante de la mortalité au cours de ces dix dernières années, le nombre de décès dus à la tuberculose est estimé à 38 000 dans la Région en 2013 (soit 4,1 décès pour 100 000 habitants).

10. En 2013, on a dépisté 17 096 (81,4 %) du nombre estimé de 21 000 cas de co-infection tuberculose/VIH dans la Région. Près d'un cinquième des cas incidents de tuberculose/VIH n'ont pas été décelés en raison du taux de couverture du dépistage du VIH de seulement 68 % chez tous les patients atteints de tuberculose dans la Région. On a constaté une légère baisse de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les patients tuberculeux séropositifs en 2009-2013, soit de 60 % en 2009 à 54 % en 2013.

11. Sur le nombre estimé de 75 000 cas de tuberculose-MR dans la Région en 2013, près de la moitié (47,3 %) ont été dépistés. Par rapport à 2009, on a dépisté 40 % de cas de tuberculose-MR supplémentaires, principalement en raison de l'augmentation substantielle de la couverture des tests de sensibilité aux médicaments (en 2009, 30 % de tous les cas de tuberculose ont fait l'objet de tests de sensibilité aux médicaments de première intention, contre presque 90 % en 2013).

12. On observe une nette amélioration de la couverture des traitements de deuxième intention contre la tuberculose-MR en 2013 (63 % en 2009 par rapport à la couverture universelle en 2013). Dans certains pays, le nombre de patients inscrits a dépassé le nombre total de cas notifiés parce que les patients atteints de tuberculose-MR et repris sur les listes d'attente des années précédentes ont également été inscrits dans les programmes de traitement. Au total, 46 710 patients ont été inscrits pour recevoir un traitement contre la tuberculose-MR, cette dernière étant confirmée chez 45 147 d'entre eux.

13. Malgré les progrès importants réalisés dans le dépistage et la couverture thérapeutique de la tuberculose-MR, la proportion de tuberculose-MR chez les nouveaux cas de tuberculose a augmenté de 12 % en 2009 à 18 % en 2013, témoignant de la transmission continue de cette souche de la tuberculose. Toutefois, la proportion de tuberculose-MR chez les patients précédemment traités s'est stabilisée depuis 2011.

Financement des interventions de lutte contre la tuberculose et la tuberculose-MR

14. Plusieurs États membres bénéficient actuellement, sur leur demande, de l'aide technique du Bureau régional dans la révision de leurs mécanismes de financement, et d'un soutien concernant la budgétisation des interventions de prévention et de lutte antituberculeuse en vue d'améliorer l'efficacité du programme. Le financement de la santé s'inscrit également dans les missions d'examen des programmes nationaux de lutte antituberculeuse. Le secrétariat a donné des orientations aux États membres particulièrement touchés par la tuberculose-MR sur l'accroissement des ressources nationales et la collecte de fonds internationaux pour la lutte contre la tuberculose et la tuberculose-MR et UR, notamment en collaboration avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial).

⁴ Voir note 1.

15. Le vaste processus d'évaluations programmatiques mené conjointement par le Bureau régional et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) dans plusieurs pays de l'Union européenne (UE) révèle que certains des progrès précédemment réalisés peuvent être compromis en raison de la crise financière et des compressions budgétaires. En outre, le financement adéquat de la lutte et des soins antituberculeux constitue un défi majeur pour de nombreux États membres qui ne bénéficient plus du financement du Fonds mondial comme, par exemple, les États baltes et la Fédération de Russie.

16. Le Bureau régional a aidé les pays éligibles à présenter une demande au Fonds mondial et à d'autres donateurs. En 2014-2015, il a également fourni une importante assistance technique à la rédaction et à la présentation d'une proposition régionale au Fonds mondial pour la transformation des systèmes de santé et la réforme du financement de la santé en vue de renforcer la lutte contre la tuberculose-MR dans 11 pays d'Europe orientale et d'Asie centrale⁵. Conformément à Santé 2020, la proposition prévoit la création de comités intersectoriels nationaux relevant du cabinet des Premiers ministres, composés de représentants des ministères de la Santé, de la Justice, de l'Intérieur et de la Politique sociale.

Réalisations et défis (selon les domaines d'intervention)

Domaine d'intervention n° 1 : prévenir la survenue de cas de tuberculose-MR et UR

17. Le Bureau régional et d'autres partenaires, en collaboration avec les États membres, ont évalué les raisons qui conduisent à la non-adhérence au traitement dans divers contextes. Les déterminants sociaux ont été pris en compte dans le système de surveillance de la pharmacorésistance. Un outil d'évaluation des systèmes de santé pour la tuberculose et la tuberculose-MR a été élaboré et utilisé dans plusieurs États membres (Arménie, Ouzbékistan, République de Moldova et Turkménistan) afin de mettre en évidence les principaux défis pour les six piliers des systèmes de santé, et de recommander des mesures visant à prévenir l'émergence de la tuberculose pharmacorésistante et à intensifier l'administration d'un traitement efficace.

18. Afin d'améliorer le transfert de connaissances et d'expériences entre les pays et de permettre l'adoption d'une meilleure approche axée sur les systèmes de santé, le secrétariat a lancé une initiative en 2013 afin de compiler des exemples de meilleures pratiques dans le domaine de la prévention, de la lutte et des soins en matière de tuberculose-MR et UR. Plusieurs meilleures pratiques ont été publiées dans un recueil suite à leur évaluation.

19. Les souches pharmacorésistantes de la maladie se transmettent principalement à la suite d'un traitement inadéquat et à cause de l'insuffisance des mécanismes de soutien aux

⁵ Les 11 pays éligibles couverts par les subventions du Fonds mondial sont les suivants : Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan et Ukraine. Le Centre pour les politiques et les études sanitaires de la République de Moldova est le principal bénéficiaire ; le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est le sous-bénéficiaire, et collaborera avec la London School of Hygiene & Tropical Medicine, la London School of Economics and Political Science, la Société européenne de pneumologie et l'Institut de santé publique du Kazakhstan. Une décision quant à la proposition de subventions du Fonds mondial sera prise prochainement.

patients. Toutefois, ces conditions prévalent toujours dans certains États membres, y compris dans l'UE. Les patients sont hospitalisés inutilement dans plusieurs États membres ce qui, en cas d'une lutte insuffisante contre les infections transmises par voie aérienne, peut conduire à la transmission nosocomiale de souches de tuberculose pharmacorésistante. Les services ambulatoires et d'autres modèles de soins, notamment le traitement à domicile, ne fonctionnent pas pleinement dans certains États membres. En outre, les bases factuelles font défaut concernant le traitement prophylactique efficace des personnes ayant eu des contacts avec les patients atteints de tuberculose-MR et UR.

Domaine d'intervention n° 2 : améliorer l'accès aux tests de résistance aux antituberculeux de première et de deuxième intentions et aux tests et aux conseils pour le VIH parmi les patients tuberculeux

20. Le Bureau régional a instauré l'Initiative européenne des laboratoires de tuberculose et fourni une assistance technique aux États membres en vue d'intensifier les capacités diagnostiques et de pouvoir réaliser le diagnostic moléculaire rapide de la tuberculose et de la tuberculose-MR. Le Bureau régional et d'autres partenaires ont également apporté une aide technique aux activités conjointes dans le domaine de la tuberculose/VIH.

21. Un algorithme de diagnostic a été élaboré à l'aide de nouveaux outils, tels que GeneXpert MTB/RIF. Il fait l'objet d'un examen par les pairs en Arménie et en Géorgie depuis 2014 et, après sa mise au point définitive, sera diffusé en 2015.

22. La recherche active de cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH reste insuffisante (68 % de la couverture du dépistage du VIH chez l'ensemble des patients tuberculeux). En outre, la couverture des tests de sensibilité aux médicaments antituberculeux de deuxième intention reste très peu étendue chez les patients atteints de la tuberculose-MR. Cependant, la couverture s'est améliorée depuis la mise en œuvre du plan d'action consolidé (31 % ont été testés en 2009, comparativement à 51 % en 2013).

Domaine d'intervention n° 3 : renforcer l'accès au traitement efficace de la tuberculose pharmacorésistante

23. Le Bureau régional a aidé les États membres à aligner leur plan d'action national pour la lutte contre la tuberculose et la tuberculose-MR sur le plan d'action consolidé.

24. Depuis le lancement du plan d'action consolidé, l'accès aux médicaments antituberculeux de deuxième intention pour le traitement des patients atteints de la tuberculose-MR s'est considérablement amélioré, de 63 % à la couverture universelle ($\geq 100\%$)⁶, dans les États membres. Alors que les taux de réussite thérapeutique des cohortes de tuberculose-MR atteignent l'objectif cible de 75 % dans certains pays, le taux de réussite global est de 46 % pour la Région. Ceci est principalement dû à la résistance croissante des souches multirésistantes et du manque de disponibilité des médicaments de troisième intention contre la tuberculose-UR dans de nombreux contextes, l'homologation

⁶ Le pourcentage de couverture thérapeutique était supérieur à 100 % en 2012 et en 2013 en raison de la présence de cas prévalents de tuberculose-MR détectés lors des années précédentes et restant sur les listes d'attente pour la mise sous traitement de la tuberculose-MR.

des médicaments faisant l'objet d'une approbation conditionnelle⁷. Certains États membres peu affectés par la tuberculose sont confrontés aux défis liés à la perte d'expertise dans ce domaine, ce qui entraîne de longs retards dans les diagnostics, des lacunes dans la prise en charge de patients ainsi qu'un suivi insuffisant de ces derniers.

25. Le secrétariat a développé son réseau d'experts avec la création d'un Comité Feu Vert au niveau régional qui apporte une aide technique de pointe sur les aspects cliniques et de gestion de la tuberculose-MR, et avec l'Initiative européenne des laboratoires de tuberculose en vue d'améliorer la qualité et la ponctualité du diagnostic. En outre, le Bureau régional et la Société européenne de pneumologie ont instauré, à l'intention des praticiens, un service de conseil en ligne (en anglais et en russe) pour la prise en charge clinique des patients difficiles à traiter.

26. De nouveaux médicaments contre la tuberculose-MR (bédaquiline et délamanide) sont aussi actuellement introduits dans les États membres grâce à l'assistance technique fournie par le Bureau régional sur leur usage sécuritaire et rationnel ainsi que sur la pharmacovigilance. Le secrétariat a organisé un atelier régional sur la pharmacovigilance au Danemark en octobre 2013, et un atelier de formation nationale sur l'introduction de la bédaquiline s'est tenu au Kazakhstan en septembre 2014. Un webinaire s'est également déroulé en mars 2015 pour informer les homologues nationaux sur les conditions d'utilisation des nouveaux médicaments ainsi que leur gestion.

Domaine d'intervention n° 4 : intensifier la lutte contre l'infection tuberculeuse

27. Le Bureau régional et d'autres partenaires ont fourni une assistance technique aux États membres afin qu'ils finalisent leur plan d'action national pour la lutte contre l'infection de tuberculose, ce dernier devant être intégré dans leur plan national de lutte antituberculeuse ou leur stratégie sanitaire nationale. Le Bureau régional a élaboré un ensemble de spécifications essentielles pour l'approvisionnement et l'achat dans le cadre de la lutte contre l'infection de tuberculose. De nouvelles évaluations⁸ des interventions de lutte ont également été réalisées dans plusieurs pays clés, et les obstacles institutionnels ont été mis en évidence et attestés.

28. Le secrétariat a aidé les États membres à améliorer la lutte contre les infections transmises par voie aérienne dans les services de soins de santé et les lieux de rassemblement. Cependant, ces interventions n'ont pas encore été intensifiées dans certains États membres en raison d'un manque de mesures administratives, environnementales et de protection respiratoire. Les services de soins de santé et les lieux de rassemblement continuent donc de contribuer à la propagation de la tuberculose et de ses souches pharmacorésistantes.

⁷ En principe, les médicaments de deuxième intention sont utilisés dans le traitement de la tuberculose-MR et ceux de troisième intention dans le traitement de la tuberculose-UR.

⁸ Des évaluations ont été effectuées en Arménie, en Azerbaïdjan, au Bélarus, en Géorgie, au Kazakhstan, en République de Moldova et en Ukraine.

29. Certains États membres expulsent les migrants atteints de tuberculose sans tenir compte des problèmes de santé publique et de droits de l'homme en jeu, ou sans prendre les mesures de lutte anti-infectieuse qui s'imposent.

Domaine d'intervention n° 5 : renforcer la surveillance de la tuberculose pharmacorésistante, y compris l'enregistrement et la notification

30. Le secrétariat a poursuivi sa collaboration avec le Siège de l'OMS et l'ECDC sur la collecte de données et la publication d'un rapport annuel de surveillance et de suivi⁹.

31. Le Bureau régional, en consultation avec les partenaires, a préparé un cadre de suivi pour la Déclaration de Berlin sur la tuberculose¹⁰, et apporté une assistance technique et une aide à la formation et à l'encadrement aux États membres afin d'améliorer la surveillance et l'évaluation ainsi que l'utilisation des données pour accroître la performance des programmes.

32. Le Bureau régional a aidé plusieurs États membres à réaliser des enquêtes nationales sur la pharmacorésistance tout au long de la période couverte par le plan d'action consolidé¹¹.

33. Le Bureau régional et l'ECDC ont tenu des réunions annuelles à l'intention des points focaux pour la surveillance de la tuberculose afin de coordonner la surveillance dans la Région, ainsi que pour mettre en œuvre et renforcer les nouvelles définitions, normes et références de l'OMS.

34. En 2013, 47 États membres ont signalé une couverture complète de la surveillance électronique des cas comme partie intégrante de la cybersanté, pour les patients atteints de tuberculose pharmacorésistante et de tuberculose-MR. Certains États membres ne font toujours pas état d'un suivi des résultats thérapeutiques et d'un dépistage du VIH, et ratent donc une occasion d'attester l'efficacité de leurs interventions de lutte antituberculeuse.

35. Des évaluations nationales des systèmes de surveillance ont été menées à partir de 2013-2014 afin d'évaluer les normes et les points de référence, et comme condition pour les pays afin de solliciter le nouveau mécanisme de financement du Fonds mondial.

⁹ European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015 (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2015.pdf>, accessed 29 July 2015).

¹⁰ Déclaration de Berlin sur la tuberculose. Forum ministériel européen de l'OMS : tous contre la tuberculose ; 22 octobre 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/68185/E90834.pdf, consulté le 15 avril 2015).

¹¹ Des enquêtes sur la pharmacorésistance ont été menées en Azerbaïdjan, au Bélarus, en Bulgarie, au Turkménistan et en Ukraine.

Domaine d'intervention n° 6 : renforcer les capacités nationales pour intensifier la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante, y compris la sensibilisation, le partenariat et l'orientation politique

36. À partir de 2011-2015, à la demande des ministres de la Santé de 12 pays particulièrement touchés par la tuberculose-MR, et 5 caractérisés par une faible incidence de la tuberculose, le secrétariat a procédé à des évaluations programmatiques approfondies et émis des recommandations pour améliorer les services antituberculeux.

37. Le Bureau régional a également mis au point un outil d'évaluation de la gouvernance de la tuberculose, et aidé plusieurs États membres à améliorer la structure de leur programme national¹².

38. Plusieurs groupes de travail techniques sur le plan d'action consolidé, dirigés par le secrétariat, ont examiné, entre 2013 et 2015, les bases factuelles et les pratiques, et produit plusieurs publications essentielles, notamment sur la tuberculose infantile¹³, le rôle de la chirurgie dans la tuberculose¹⁴ et la tuberculose en milieu carcéral¹⁵.

39. En 2013-2014, le Bureau régional a mené une enquête sur les pratiques des systèmes d'approvisionnement et de gestion des médicaments antituberculeux dans 13 pays accusant des taux particulièrement élevés de tuberculose-MR¹⁶. Il s'agissait principalement de collecter des données complètes sur la gestion de l'approvisionnement et de l'achat dans les pays de la Région hautement prioritaires en matière de lutte contre la tuberculose-MR, comme point de départ pour l'octroi d'une assistance technique supplémentaire.

40. En mai 2013, le Bureau régional a organisé, en collaboration avec l'ECDC et la Fondation contre la tuberculose KNCV, une réunion pour responsables de programmes nationaux de lutte contre la tuberculose à La Haye (Pays-Bas) afin d'examiner les progrès accomplis dans la mise en œuvre des plans d'action aux niveaux national et régional, notamment le plan d'action consolidé. Une deuxième réunion a eu lieu du 27 au 29 mai 2015 afin d'examiner également et de finaliser le projet de plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne de l'OMS 2016-2020.

41. La directrice régionale a instauré le Comité de collaboration régionale pour la lutte et les soins antituberculeux, avec le soutien du secrétariat. Ce comité encourage la participation des organisations de la société civile, d'anciens patients et de représentants

¹² Une assistance technique sur la gouvernance a été octroyée à la Géorgie, à la Hongrie, au Kirghizistan, à la Lettonie, à l'Ouzbékistan, aux Pays-Bas et au Tadjikistan.

¹³ Acosta CD, Rusovich V, Harries AD, Ahmedov S, van den Boom M, Masoud D. A new roadmap for childhood tuberculosis. *Lancet Global Health*. 2014; 2(1):e15–e17 ([http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70153-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70153-0)).

¹⁴ Surgery in the treatment of pulmonary TB and M/XDR-TB. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/259691/The-role-of-surgery-in-the-treatment-of-pulmonary-TB-and-multidrug-and-extensively-drug-resistant-TB.pdf, accessed 29 July 2015).

¹⁵ Dara M, Acosta C, Vinkes Melchers NVS, Al-Darraj HAA, Chorgoliani D, Reyes H et al. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *Intl J of Infectious Diseases*. 2015;32:111–117 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.12.029>).

¹⁶ Procurement and supply management report for the WHO European Region, high MDR-TB priority countries, 2013 (2015) [website] (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/270920/ProcurementMgmtRep_highMDRTB_PriorityCountries2013.pdf?ua=1).

des collectivités à l'élaboration des politiques, aux évaluations des programmes nationaux ainsi qu'à la mise au point et à l'application de plans nationaux de lutte contre la tuberculose-MR et UR.

42. Afin d'accroître la capacité des États membres à utiliser leurs données dans la conception et la prestation de services, à partir de 2013-2015, le secrétariat, en collaboration avec le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, a organisé des ateliers et aidé les scientifiques nationaux à finaliser et à publier des études dans des revues internationales soumises à un examen collégial¹⁷.

43. Le Bureau régional a aidé les États membres à réviser leurs cadres pour l'éthique et les droits de l'homme en relation avec la tuberculose. Un atelier régional a été organisé en octobre 2013 à Copenhague (Danemark). En outre, en 2014-2015, des missions de suivi visant à évaluer la législation primaire et secondaire des pays régissant l'isolement et le traitement antituberculeux involontaires, ainsi que l'usage compassionnel des nouveaux médicaments antituberculeux, ont été menées dans cinq pays¹⁸.

44. Le secrétariat a impliqué des représentants de la société civile dans toutes les réunions régionales et évaluations programmatiques approfondies. Le Bureau régional a soutenu le travail de la Coalition TB Europe et d'autres organisations de la société civile, et les ont fait participer à la planification et à la mise en œuvre des interventions.

45. Des représentants du Bureau régional ont assisté à plusieurs audiences du Parlement européen sur la tuberculose et la tuberculose-MR, et présenté des exposés à cette occasion. Le 20 mars 2013, le Bureau régional a également organisé une exposition de photos intitulée « Les visages de la tuberculose » au Parlement européen.

46. Le 24 mars 2014, le Bureau régional a organisé un événement prééminent à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose. Lors d'une table ronde de haut niveau, on a examiné les progrès accomplis dans la relève des défis liés à la prévention, à la lutte et aux soins antituberculeux dans la Région européenne de l'OMS, ainsi que les prochaines étapes dans ce domaine, pour faciliter la poursuite des activités mises en œuvre dans la Région dans le contexte de la stratégie mondiale de lutte antituberculeuse pour l'après-2015.

47. Le secrétariat a coorganisé et soutenu (tout en y apportant une assistance technique) la Première Conférence ministérielle du Partenariat oriental sur la tuberculose et la tuberculose multirésistante les 30 et 31 mars 2015 à Riga (Lettonie) dans le cadre de la présidence lettone du Conseil de l'UE. Cette réunion a permis de recenser les progrès réalisés dans différentes régions de l'UE et les pays voisins afin d'œuvrer vers un seul objectif d'élimination.

¹⁷ Tuberculosis and drug-resistant tuberculosis in Eastern Europe: operational research from the SORT IT Programme, 2012–2014. Public Health Action, Volume 4, Supplement 2, 21 October 2014 [website] (<http://ingentaconnect.com/content/iuatld/pha/2014/00000004/a00202s2;jsessionid=2s48319eetp51.alice>, accessed 15 April 2015).

¹⁸ Des missions sur l'éthique et les droits de l'homme ont été menées en Arménie, en Azerbaïdjan, en Géorgie, en République de Moldova et en Ukraine.

48. Dans plusieurs États membres, la gestion des programmes nationaux et le financement intérieur sont insuffisants. Bien qu'il existe quelques exceptions à cet égard, la participation des organisations de la société civile à la lutte contre la tuberculose est une réalité dans peu de pays. En outre, les soins palliatifs pour les patients atteints de tuberculose ne sont pas disponibles dans de nombreux États membres.

Domaine d'intervention n° 7 : prendre en compte les besoins des populations spéciales

49. Le Bureau régional et d'autres partenaires ont aidé les États membres à réviser leur politique nationale en matière de tuberculose/VIH afin de prendre en compte les besoins de populations particulières, et de mettre à jour leurs directives sur la santé en prison de manière à y inclure les normes régissant la lutte antituberculeuse en milieu carcéral. Cependant, la plupart des pays ne disposent d'aucun mécanisme performant de coordination de la lutte contre la tuberculose et le VIH afin de faciliter la prestation de services antituberculeux et anti-VIH intégrés (et en matière de consommation de drogues et de toxicodépendance).

50. Le secrétariat a fourni une assistance technique aux États membres afin d'améliorer la coordination entre les services de santé carcérale et civile. Des recommandations et des documents d'orientation ont été élaborés et diffusés dans les États membres par l'intermédiaire du réseau du projet Santé en prison. En outre, en 2014, un centre collaborateur de l'OMS pour la santé et la tuberculose en prison a été créé en Azerbaïdjan en coordination avec les ministères de la Santé et de la Justice. Malgré ces efforts, il existe encore des lacunes au niveau de la coordination entre les services civils et carcéraux.

51. Le Bureau régional a instauré un groupe de travail sur la tuberculose infantile afin de mettre en évidence les pratiques actuelles à cet égard, et d'adapter les recommandations internationales au contexte de la Région européenne de l'OMS. Les ressources qualifiées pour lutter contre la tuberculose infantile font d'ailleurs défaut dans la plupart des États membres.

52. Le Bureau régional a publié le document de consensus intitulé « Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European region: a Wolfheze consensus statement » [Programme minimal de lutte et de soins transfrontières en matière de tuberculose dans la Région européenne de l'OMS : déclaration de consensus de Wolfheze]¹⁹.

53. Il faut sans attendre mener des activités de recherche-développement dans le domaine de nouveaux médicaments et vaccins contre la tuberculose et ses souches multirésistantes et ultrarésistantes. Le Bureau régional aide les États membres à introduire la bédaquiline et la délamanide comme nouveaux médicaments antituberculeux dans des conditions spécifiques, et en accordant une attention particulière à la pharmacovigilance. Des essais de vaccins sont en cours dans d'autres Régions.

¹⁹ Dara M, de Colombani P, Petrova-Benedict R, Centis R, Zellweger JP, Sandgren A, et al. Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European Region: a Wolfheze consensus statement. *Eur Respir J*. 2012;40(5):1081–1090 (doi:10.1183/09031936.00053012).

Projet de Plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne de l'OMS 2016-2020

54. Suite à l'approbation, en 2014, par la Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, de la stratégie mondiale de lutte antituberculeuse pour l'après-2015²⁰, le Bureau régional adapte actuellement ce document au contexte régional. Le secrétariat a préparé un projet de Plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne de l'OMS 2016-2020 (document EUR/RC65/17). Ce document tient compte des enseignements tirés dans les sept domaines d'intervention du plan d'action consolidé et applicables aux pays hautement prioritaires, ainsi qu'à ceux peu touchés par la maladie. En outre, il est aligné sur Santé 2020, sur le Plan d'action pour lutter contre la tuberculose dans l'Union européenne²¹ de l'ECDC et sur le cadre en vue de l'élimination de la tuberculose dans les pays à faible incidence, soutenu par l'OMS et la Société européenne de pneumologie²².

55. Le projet de plan d'action contre la tuberculose sera soumis pour examen au Comité Régional de l'Europe en sa soixante-cinquième session de septembre 2015.

²⁰ Voir note 3.

²¹ Framework Action Plan to fight tuberculosis in the European Union. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2008 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0803_SPR_TB_Action_plan.pdf, accessed 29 July 2015).

²² Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. Geneva: World Health Organization; 2014 [website] (http://www.who.int/tb/publications/elimination_framework/en/).

B. Progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé

1. Ce rapport résume les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé ainsi que plusieurs cibles spécifiques dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC57/R2). Au cours de cette dernière décennie, de nombreuses avancées ont été accomplies en vue d'atteindre les OMD liés à la santé, notamment un recul sans précédent de la mortalité infantile et le coup d'arrêt porté à l'épidémie de VIH/sida, de paludisme et de tuberculose. Toutefois, ces progrès ont été inégaux.

Objectifs 4 et 5 : réduire la mortalité infantile et améliorer la santé maternelle

2. Si les taux de mortalité des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans ont affiché une baisse constante dans la Région européenne, d'importantes inégalités sont néanmoins observées entre les pays et au sein de chacun d'eux. La moyenne régionale des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passée de 32 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 12 pour 1 000 naissances vivantes en 2010. Cela correspond à une réduction de près des deux tiers, ce qui est très proche de la cible de 11 décès pour 1 000 naissances vivantes fixée pour 2015. La moyenne régionale des taux de mortalité des nourrissons est passée de 26 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 10 pour 1 000 naissances vivantes en 2009. En 2009, 11 pays avaient atteint la cible 4.A des OMD.

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

4. La moyenne régionale européenne des taux de mortalité maternelle a diminué pour passer de 42 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 17 pour 100 000 naissances vivantes en 2013. Malgré ces progrès, la baisse moyenne de 3,8 % est en deçà des 5,5 % nécessaires pour réaliser la cible 5.A des OMD. Elle est d'ailleurs encore moins importante (2,5 %) en Asie centrale et dans le Caucase. Il existe de grandes différences entre les pays et au sein de chacun d'eux. Les taux moyens de mortalité maternelle dans les pays de l'Union européenne (UE) restent faibles. Cependant, l'analyse des données relatives à différents groupes sociaux met en exergue la diversité existant à cet égard au sein des pays, et des interventions ciblées ont été ainsi mises au point.

5. Les données fiables et comparables sur la prévalence de l'utilisation de méthodes contraceptives, la non-satisfaction des besoins en matière de planification familiale et le taux de natalité chez les adolescentes (indicateurs de la cible 5.B des OMD) font défaut dans de nombreux pays. Les taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes et efficaces sont particulièrement peu élevés dans de nombreux pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, parfois au même niveau que ceux des pays les moins avancés. L'Europe orientale se caractérise par les taux d'avortement les plus importants au monde. Dans

certains pays, les obstacles à l'avortement médicalisé favorisent les pratiques dangereuses, entraînant la morbidité, voire la mortalité maternelles.

6. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe soutient l'intégration de la santé maternelle et infantile aux politiques nationales dans le cadre des systèmes de santé, et met l'accent sur l'équité en matière d'accès à des services de qualité. Le document intitulé « Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 », et approuvé en 2014 par la soixante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe dans sa résolution EUR/RC64/R6, promeut l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie, fondée sur le constat que la santé et la maladie à l'âge adulte trouvent leurs racines dans l'état de santé et les expériences des stades antérieurs de l'existence.

7. Une aide est également apportée à la formation continue des prestataires de soins de santé et des principaux responsables politiques en vue d'améliorer la qualité des soins. Les outils fondés sur des bases factuelles mis au point par l'OMS et ses partenaires sont adaptés au contexte national, et utilisés pour ce genre de formation ainsi que dans le cadre de l'assistance technique. Un soutien est également fourni à la reformulation des programmes pédagogiques des prestataires de soins de santé. L'OMS encourage et soutient en outre l'élaboration de directives cliniques fondées sur des bases factuelles, et une assistance technique est directement fournie aux pays, principalement dans la partie orientale de la Région. L'Organisation collabore également avec d'autres agences des Nations Unies et ses partenaires à l'élaboration d'outils de renforcement des capacités en vue d'aplanir les inégalités dans la réalisation des objectifs 4 et 5, en particulier en ce qui concerne la population rom.

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

VIH/sida

8. La Région européenne est confrontée à d'importants défis lorsqu'il s'agit d'atteindre les cibles relatives au VIH/sida. Plus de 136 000 nouveaux cas d'infection à VIH ont été signalés dans la Région en 2013, ce qui représente un taux de 15,7 pour 100 000 habitants et contribue à un total cumulatif de 1,7 million de cas diagnostiqués depuis le début de la communication des données à ce sujet. Ces chiffres témoignent d'une progression de 80 % des nouveaux cas d'infection à VIH par rapport à 2004, année durant laquelle près de 76 000 nouveaux cas ont été diagnostiqués. À cet égard, la Région européenne se distingue fortement des autres Régions qui enregistrent généralement des baisses annuelles du nombre de nouveaux cas d'infection à VIH.

9. Un nombre total de 15 789 nouveaux cas de sida ont été observés en 2013, soit un taux de 2,2 cas pour 100 000 habitants, ceux-ci étant d'ailleurs beaucoup plus nombreux en Europe orientale et en Asie centrale (11 292 cas) qu'en Europe occidentale et centrale (3 606 et 891 cas, respectivement). Tous les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale ont signalé un nombre croissant de cas diagnostiqués de sida : celui-ci a triplé en 2013 par rapport à 2004. En Europe occidentale, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués de sida a diminué de 60 %.

10. Si les méthodes de dépistage du VIH à base communautaire sont de plus en plus acceptées et pratiquées dans la partie occidentale de la Région européenne de l’OMS, elles restent un défi dans la partie orientale. L’augmentation globale du nombre de personnes testées dans la Région européenne n’est pas indicatrice d’une meilleure couverture des populations ayant le plus besoin d’être soumises à un test de dépistage. En effet, seules 53 % des populations vulnérables clés sont testées, ce qui est bien au-dessous de la cible européenne de 90 % pour 2015. En outre, la proportion de cas d’infection à VIH diagnostiqués tardivement reste élevée (49 % en 2013), sans diminution par rapport à 2010.

11. Les pays de la Région européenne ont accompli des progrès en ce qui concerne le traitement et les soins fournis aux patients infectés par le VIH, notamment en matière de dépistage et de conseils, de suivi des laboratoires et de prestation de services. Le traitement antirétroviral est désormais plus accessible dans la partie orientale de la Région : 70 000 personnes supplémentaires ont reçu ce traitement en 2012 par rapport à 2010, ce qui représente une augmentation du taux de couverture thérapeutique de 23 à 35 %. Néanmoins, la cible européenne fixée à 80 % d’ici 2015 est loin d’être atteinte. Dans la partie occidentale de la Région, la couverture du traitement antirétroviral est élevée : 460 000 personnes ont reçu ce traitement en 2012, et la plupart des pays d’Europe de l’Ouest ont atteint la cible ou sont en voie de le faire.

12. La réduction de la transmission mère-enfant du VIH constitue l’une des réussites de la Région européenne dans la lutte contre le VIH/sida. Ce mode de transmission ne représentait en effet que 1 % des nouveaux cas en 2012. Le nombre d’enfants ainsi infectés a baissé de 10 % depuis 2010, 75 % des cas de transmission mère-enfant ayant d’ailleurs été signalés dans la partie orientale de la Région. En 2011, les pays européens présentaient les taux de couverture du traitement antirétroviral les plus élevés au monde pour les femmes enceintes infectées par le VIH (plus de 95 %).

13. Beaucoup reste à faire pour stopper le VIH/sida et inverser la tendance. Après l’adoption en 2011 du Plan d’action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 (résolution EUR/RC61/R8) par le Comité régional, le Bureau régional procède actuellement à sa mise en œuvre, relève les défis de la lutte contre l’épidémie et promeut les priorités des mesures d’intervention. Une aide et une assistance technique sont fournies aux États membres afin qu’ils adoptent des politiques fondées sur des bases factuelles pour le traitement et la prévention de l’infection à VIH, en particulier chez les populations clés, et qu’ils mettent en œuvre des interventions et des programmes de réduction des risques pour la prévention de la transmission sexuelle dans le cadre des plans nationaux de lutte contre le sida.

Tuberculose

14. L’objectif de stopper la prévalence de la tuberculose ainsi que la mortalité associée à cette maladie, et d’inverser la tendance, n’a été atteint que partiellement dans la Région. En 2013, l’incidence et la prévalence de la tuberculose ont été estimées, respectivement, à 39 et 51 cas pour 100 000 habitants. L’incidence de la maladie a diminué à un taux moyen de 4,5 % par an, et la prévalence devrait atteindre l’objectif d’une réduction de 50 % par rapport à la valeur de référence de 1990. En 2013, la mortalité imputable à la tuberculose a été estimée à 4,1 décès pour 100 000 habitants. Malgré une baisse constante de la

mortalité estimée au cours de ces dernières années, la Région n'est pas en voie de réduire de moitié ce taux d'ici 2015.

15. La charge de la tuberculose de la Région européenne varie largement entre les pays et au sein de chacun d'eux, allant d'un cas pour 100 000 habitants dans certains États membres à plus de 160 cas pour 100 000 dans d'autres. D'importants écarts sont même observés au sein des pays, les taux de tuberculose dépassant d'ailleurs les 100 cas pour 100 000 habitants dans certains districts et capitales d'Europe occidentale. La majeure partie de la charge de morbidité à cet égard est supportée par les 18 pays hautement prioritaires, puisque 85 % des cas de tuberculose et plus de 99 % de tous les cas de tuberculose multirésistante (MR) y sont diagnostiqués. En 2013, 47,3 % des 75 000 cas estimés de tuberculose-MR ont été détectés. La prévalence de la tuberculose-MR parmi les nouveaux cas de tuberculose était de 16,9 % dans la Région, tandis que la prévalence parmi les cas précédemment traités était de 48 %. Bien que la co-infection tuberculose-VIH ne soit pas aussi répandue que dans d'autres Régions de l'OMS, une prévalence croissante du VIH a été observée chez les patients tuberculeux, le pourcentage passant de 3,4 % en 2008 à 7,8 % en 2013.

16. En 2013, la Région a atteint la couverture universelle en ce qui concerne le traitement antituberculeux de première et de deuxième intentions. Or, le taux de réussite du traitement chez les nouveaux cas et les cas de rechute de tuberculose ainsi que chez les patients atteints de tuberculose-MR continue de diminuer pour atteindre 76 et 46 %, respectivement.

17. En collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux et des organisations de la société civile, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a mis en œuvre le Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015, approuvé par le Comité régional dans sa résolution EUR/RC61/R7. Celui-ci aide les États membres à adopter des interventions fondées sur des bases factuelles pour améliorer la prévention et la lutte contre la tuberculose, la tuberculose-MR et la tuberculose ultrarésistante (UR). Presque tous les pays les plus touchés par les souches multirésistantes de la maladie ont préparé et finalisé leur plan d'action national de lutte contre la tuberculose-MR conformément au plan d'action régional.

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

19. Le Bureau régional a instauré le Comité Feu Vert européen afin d'apporter une aide technique de pointe sur les aspects cliniques et de gestion de la tuberculose-MR, ainsi que l'Initiative européenne des laboratoires de tuberculose en vue d'améliorer la qualité et la ponctualité du diagnostic. Le Comité de collaboration régionale pour la lutte et les soins antituberculeux a été créé en décembre 2012 pour promouvoir les partenariats et la coordination. En collaboration avec la Société européenne de pneumologie, un service de

conseil en ligne a été instauré afin d'aider les praticiens à améliorer la prise en charge des patients atteints de tuberculose et de tuberculose-MR/UR difficiles à traiter. Le système est actuellement expérimenté dans le cadre de la lutte et des soins antituberculeux transfrontaliers.

20. Un consortium regroupant le Centre pour les politiques et les études sanitaires de la République de Moldova, le Bureau régional et d'autres partenaires a sollicité l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour améliorer le renforcement des systèmes de santé moyennant un projet régional pour la transformation des systèmes de santé et la réforme du financement de la santé en Europe orientale et en Asie centrale. Celui-ci portera notamment sur la lutte contre la tuberculose et la tuberculose-MR dans 11 pays cibles pendant la période 2015-2018.

21. En collaboration avec les États membres et les partenaires, et conformément à la Stratégie mondiale de lutte antituberculeuse pour l'après-2015 approuvée à la Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé dans sa résolution WHA67.1, le Bureau régional prépare un nouveau plan d'action contre la tuberculose pour 2016-2020, qui sera présenté au Comité régional en septembre 2015. Ce nouveau plan d'action couvre les sept domaines d'intervention énoncés dans le plan d'action existant contre la tuberculose-MR et UR 2011-2015, et s'aligne sur Santé 2020.

Maladies tropicales négligées

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

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

23. En 2012, la majorité de la population de la Région avait accès à des sources d'eau potable (98 %) et à des services d'assainissement (93 %) « améliorés », tels que définis par le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Toutefois, ces chiffres occultent d'importantes lacunes et disparités entre les pays et au sein de chacun d'eux, entre les zones urbaines et rurales et entre les groupes à revenus faible et élevé. Les progrès accomplis pour atteindre la couverture de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement ont d'ailleurs stagné dans la Région.

24. La Région européenne n'est pas en bonne voie pour réaliser l'objectif 7.C relatif à la couverture de l'assainissement, dans la mesure où 67 millions de personnes n'ont pas accès à des toilettes en bon état de marche et à des moyens sûrs d'éliminer les matières

fécales d'origine humaine. Si la Région a atteint la cible 7.C concernant l'eau potable, environ 100 millions de personnes n'ont toujours pas accès à un réseau de distribution d'eau potable à domicile, et plus de 6 millions doivent encore utiliser l'eau de surface comme principale source d'eau, ce qui pose de graves risques sanitaires. Il existe d'importantes inégalités en matière d'accès aux services d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement, les habitants des zones rurales et les pauvres étant d'ailleurs les plus défavorisés à cet égard. Dans le Caucase et en Asie centrale, par exemple, 71 % de la population rurale vit dans des habitations dépourvues d'accès à l'eau courante, alors que seulement 14 % des citoyens connaissent le même problème.

25. Le principal instrument politique dans ce domaine, à savoir le Protocole sur l'eau et la santé, a été ratifié par 26 pays de la Région, ce qui représente 60 % de sa population. En vertu de ce Protocole, l'OMS et ses partenaires aident les États membres à fixer des objectifs de politique nationale sur la réduction des maladies d'origine hydrique, le renforcement de la gestion sécuritaire des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, notamment dans les zones rurales, la mise en place de systèmes de surveillance rentables pour la qualité de l'eau et la lutte contre les inégalités d'accès.

Cible 8.E : en coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement

Les dépenses en produits médicaux concourent à une part importante du budget de la santé dans de nombreux pays européens. Alors que la plupart des pays ont accès aux médicaments essentiels, celui-ci demeure un défi dans certains cas, et en particulier dans la Communauté des États indépendants. Le Bureau régional soutient l'élaboration de politiques nationales promouvant l'égalité d'accès aux médicaments essentiels, moyennant la prise de mesures relatives à la fois à l'offre et à la demande. Les budgets des soins de santé étant partout soumis à une pression constante, l'accès aux médicaments est de plus en plus compromis en raison de problèmes d'abordabilité. Si les politiques de tarification et de remboursement restent principalement de la compétence des États membres, l'OMS encourage les pays à utiliser des méthodes et des systèmes transparents afin d'évaluer la valeur thérapeutique des médicaments et de prendre des décisions fondées sur des bases factuelles. La tarification équitable, la viabilité à long terme des systèmes de soins de santé et la garantie d'accès pour les patients constituent l'un des plus grands défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé et pharmaceutiques en Europe et dans le monde.

C. Progrès accomplis concernant les stratégies de modification des comportements et la santé : le rôle des systèmes de santé

Introduction et contexte

1. Au cours de sa cinquante-huitième session tenue à Tbilissi (Géorgie), le Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR) a approuvé la résolution EUR/RC58/R8, qui demande instamment aux États membres de poursuivre leur collaboration dans le cadre de la stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, et définit un certain nombre de domaines d'action pour les États membres et le directeur régional. Peu avant cette session du Comité régional, la Commission mondiale des déterminants sociaux de la santé avait publié son rapport final¹. En outre, la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé s'était réunie à Tallinn (Estonie), du 25 au 27 juin 2008, sur le thème : « Des systèmes de santé pour la santé et la prospérité » (voir document EUR/RC65/8).

2. La conférence ministérielle sur les systèmes de santé et l'adoption de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité² (d'ailleurs ensuite approuvée par le CR68 dans sa résolution EUR/RC58/R4 en septembre 2008), constituent des réponses à l'accumulation de preuves indiquant que l'investissement dans les systèmes de santé est non seulement utile en soi, mais qu'il contribue aussi de manière directe à la prospérité économique et à la santé des populations, et de ce fait, au bien-être et à la stabilité des sociétés.

3. Après les travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé en 2008, tenant compte de la crise économique et financière et des inégalités croissantes en santé, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a élaboré une nouvelle politique de santé contextualisée, qui a été adoptée unanimement pendant le CR62 en 2012. Le but du nouveau cadre politique, Santé 2020³, est d'améliorer significativement la santé et le bien-être des populations, de réduire le manque d'équité en santé et de garantir des systèmes de santé durables axés sur les individus.

4. Santé 2020 est fondé sur le rapport final de l'Étude sur les déterminants sociaux et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS⁴, qui résume les données scientifiques décrivant les inégalités en santé dans la Région au cours des 35 dernières années. Étendant le concept de changement des comportements individuels en vigueur

¹ Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/, consulté le 31 juillet 2015).

² La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2008 (<http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>, consulté le 31 juillet 2015).

³ Santé 2020 : une stratégie et un cadre politique européens pour le XXI^e siècle. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, consulté le 31 juillet 2015).

⁴ Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report (updated reprint). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>, accessed 28 July 2015).

depuis des décennies, Santé 2020 propose de s'intéresser aux « causes des causes » et suggère un vaste ensemble d'interventions utiles pour agir sur les déterminants du mauvais état de santé. Celui-ci offre un cadre pour le soutien aux actions intersectorielles permettant un enrichissement mutuel, telles que celles qui impliquent l'éducation et la santé dans le domaine de la lutte contre les maladies non transmissibles, ou celles qui impliquent les affaires sociales et la santé dans le domaine de la protection sociale des groupes les plus vulnérables, au moyen d'approches pansociétales et pangouvernementales.

5. L'Étude sur les déterminants sociaux et la fracture sanitaire montre que la résilience résulte de processus historiques et sociaux et qu'elle n'est pas une caractéristique inhérente aux individus. Les personnes, les populations, les lieux et les institutions peuvent être résilients si les conditions appropriées se présentent, telles que des environnements favorables, une bonne gouvernance des institutions locales et un soutien à l'accès aux ressources et aux prestataires de services locaux⁵. À l'inverse, la capacité de résilience peut être sapée par des actions, des politiques et/ou des pratiques professionnelles inappropriées.

6. Par le passé, les recommandations des programmes ont eu tendance à cibler les comportements individuels, c'est-à-dire les facteurs internes, et des groupes, des ménages ou des personnes spécifiques, plutôt que les facteurs externes inscrits dans les politiques, l'économie, les intérêts commerciaux et l'histoire. Ce nouveau processus est nommé « mouvement des modes de vie »⁵.

7. L'étude sur les déterminants sociaux et la fracture sanitaire souligne qu'il est important de considérer l'exclusion, la vulnérabilité et les situations défavorisées comme des processus dynamiques, multidimensionnels, historiques et sociaux, plutôt que comme des états individuels. Ceux-ci évoluent sous l'influence d'acteurs opérant aux niveaux local, national, pan-national et régional. Différents types d'exclusion et de vulnérabilité, notamment environnementales, institutionnelles, économiques et sociales, interagissent et se rejoignent. Elles engendrent des inégalités en matière d'influence et de ressources et, par conséquent, diverses opportunités d'une vie meilleure ainsi qu'une exposition différentielle aux espaces de vulnérabilité. Pour être efficaces, les mesures visant à corriger ces processus doivent faire intervenir ceux qui en sont les principales victimes, en tant qu'agents actifs de changement⁵.

8. Des progrès ont été accomplis en matière de promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, de renforcement des systèmes de santé, de santé de l'enfant et de l'adolescent, de politique d'alimentation et de nutrition, d'environnement et de santé, et de mesures visant à remédier aux problèmes de santé publique associés au tabagisme (résolution WHA56.1) et à la consommation nocive d'alcool (résolution WHA58.26). Depuis 2008, la détermination politique à lutter contre les maladies non transmissibles a augmenté ; il existe désormais d'intéressantes opportunités d'action intersectorielle dans le domaine de la prévention. La première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, accueillie par la Fédération de Russie en avril 2011, a mené à l'adoption de la Déclaration de Moscou, approuvée ultérieurement lors de la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé dans sa

⁵ Popay J, Whitehead M, Hunter DJ. Injustice is killing people on a large scale – but what is to be done about it? *J Public Health (Oxf)*. 2010 Jun;32(2):148-9. doi:10.1093/pubmed/fdq029.

résolution WHA64.11. En septembre 2011, le CR61 a adopté, dans sa résolution EUR/RC61/R3, le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016.

9. En septembre 2011, une réunion de haut niveau tenue à New York (États-Unis), aux Nations Unies, s'est achevée par l'adoption d'une Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Puis, en mai 2013, la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé a approuvé le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, et adopté un cadre global mondial de suivi, comprenant neuf cibles mondiales volontaires et 25 indicateurs (résolution WHA66.10). Enfin, en juillet 2014, lors d'une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies, il a été convenu de revoir et d'évaluer dans le détail les progrès accomplis en matière de lutte contre les maladies non transmissibles.

Progrès accomplis depuis 2008 quant à la mise en œuvre de la résolution EUR/RC58/R8

10. Ce rapport de situation est axé sur les travaux mis en œuvre par les États membres, soutenus par le Bureau régional, pour répondre aux demandes exprimées dans la résolution EUR/RC58/R8, au vu du contexte changeant décrit ci-dessus. Il cite des exemples des progrès accomplis dans les politiques et les programmes, la diffusion d'informations et l'échange d'idées, dans divers domaines.

Des interventions intersectorielles pour influencer sur les déterminants de la santé au sens large

11. Grâce à Santé 2020 et à l'étude régionale sur les déterminants sociaux de la santé, des progrès importants ont été accomplis dans le domaine de la promotion de la santé dans toute la Région (voir aussi résolution EB117.R9 du Conseil exécutif, qui a débouché en 2007 sur la résolution WHA60.24 relative à la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation). La résolution EUR/RC58/R8 s'appuie sur la Déclaration d'Alma-Ata, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. Elle présente des orientations stratégiques susceptibles de provoquer des améliorations équitables de la santé au cours des premières décennies du XXI^e siècle, et confirme qu'il est important de se préoccuper aussi des déterminants plus larges de la santé.

12. Santé 2020 s'adresse à l'ensemble des autorités publiques et à l'ensemble de la société. Ce cadre politique prévoit des actions et des résultats s'étendant bien au-delà des limites du secteur de la santé. Il propose que les ministères de la Santé nouent des relations et œuvrent avec d'autres ministères, secrétariats d'État, secteurs, organismes, acteurs et organisations de la société civile. Il suggère également que les pouvoirs publics fassent participer les citoyens, les patients et les consommateurs. Un cadre d'action, en préparation, expose les priorités stratégiques des interventions intersectorielles, dans les domaines de : la santé et la politique étrangère pour une meilleure collaboration interinstitutions ; la santé, l'éducation, les politiques sociales et de l'emploi pour agir sur les déterminants sociaux, le développement du jeune enfant, l'instruction sanitaire et la

responsabilisation des populations tout au long de leur vie ; la santé, l'environnement et les transports⁶. Un nombre croissant d'États membres de la Région manifestent leur intérêt pour la diffusion d'expériences impliquant une intervention des pouvoirs publics au sens plus large, que ce soit au niveau local (sous-national) ou national.

13. Pour progresser vers les buts de Santé 2020, des politiques seront nécessaires dans quatre domaines : l'investissement dans la santé par une méthode prenant en compte toutes les étapes de la vie et responsabilisant les citoyens ; l'allègement de la charge des maladies transmissibles et non transmissibles en Europe ; le renforcement des systèmes de santé centrés sur les personnes et des capacités en santé publique, notamment les capacités de préparation et d'intervention en situation d'urgence ; et la création d'environnements favorables et de sociétés résilientes⁷.

Une approche de la santé et du bien-être prenant en compte toutes les étapes de la vie

14. Santé 2020 doit être mis en œuvre par une méthode priorisant toutes les étapes de la vie et responsabilisant les personnes dans leur prise de décision, dans le but de maintenir la meilleure couverture vaccinale durant l'enfance, et de promouvoir le développement du jeune enfant et de forts partenariats concernant les enfants et l'environnement⁸.

15. La Région européenne comprend non seulement les pays qui enregistrent le plus faible taux de mortalité des nourrissons et des enfants au monde, mais également ceux dont les taux sont 25 fois plus élevés. En outre, les traumatismes, les troubles mentaux, la consommation de tabac et d'alcool, l'obésité et la malnutrition provoquent des décès prématurés ou compromettent la santé future des jeunes. La Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020, présentée dans le document EUR/RC64/12 et adoptée en 2014 par le CR64 dans sa résolution EUR/RC64/R6, est fondée sur les principes fondamentaux de Santé 2020, notamment la promotion de partenariats forts et la collaboration intersectorielle.

16. En effet, Santé 2020 est également axé sur la prévention de la maltraitance des enfants, en tant que violation d'un droit de la personne humaine, et dans le contexte d'un déterminant de la santé et du bien-être à venir. Ses moyens à cet égard sont les évaluations nationales et les études systématiques des données scientifiques. Santé 2020 traite aussi du renforcement des activités sur le vieillissement en bonne santé, en s'inspirant des réussites des 25 années du programme européen de l'OMS des Villes-santé, et en élaborant des ressources et des outils intersectoriels susceptibles de créer des « environnements adaptés aux personnes âgées » en Europe⁸.

⁶ Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la Région européenne de l'OMS : la santé est un choix politique (document EUR/RC65/16). Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2015.

⁷ Rapport final sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn – synthèse (EUR/RC65/8). Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2015.

⁸ Mise en œuvre de Santé 2020 : 2012-2014. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2014 (EUR/RC64/8 Rev.2 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/64th-session/documentation/working-documents/eurrc648-rev.-2-implementing-health-2020-20122014>, consulté le 31 juillet 2015).

Renforcer la santé publique

17. En 2012, le CR62 a approuvé le Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique présenté dans le document EUR/RC62/12 Rev.1 (résolution EUR/RC62/R5) et a reconnu les dix opérations essentielles de santé publique et avenues d'action respectives révisées par les États membres, le Bureau régional et les partenaires de 2012 à 2020. La préparation de ce plan d'action a nécessité l'évaluation, par le Bureau régional, des services de santé publique de plus de 20 pays européens, une étude des capacités en santé publique dans l'Union européenne, des études supplémentaires sur les outils et instruments politiques au service de la santé publique, et une « analyse succincte » des modèles organisationnels de prestation des opérations essentielles de santé publique.

18. Ces opérations peuvent être adaptées par les pays selon leur propre contexte, sous la direction et avec le soutien de l'OMS, pour évaluer leurs services et capacités en santé publique et planifier leur renforcement. Le plan d'action entend globalement promouvoir une meilleure santé et un plus grand bien-être, de façon durable, tout en renforçant les services intégrés de santé publique et en réduisant les inégalités.

19. Le plan d'action permet de renouveler l'engagement de la Région européenne en faveur des capacités et des services de santé publique, d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sur le plan sanitaire, de développer la santé publique dans le cadre des systèmes nationaux de santé, dans les autres secteurs et à travers les divers niveaux de la société et de renforcer les capacités en ressources humaines pour la santé publique. Il entend également intégrer de façon cohérente les domaines étroitement liés de la politique de santé et raffermir encore la santé publique dans tous les services sanitaires et sociaux, comme le prévoit l'approche globale des systèmes de santé exprimée dans la Charte de Tallinn.

20. Le renforcement de la santé publique par l'OMS conjointement avec les États membres implique l'évaluation, la réforme organisationnelle et la planification des services et des effectifs de santé publique.

21. Dans le cadre du plan d'action, un outil a été mis au point pour permettre l'auto-évaluation des opérations essentielles de santé publique, et appliqué dans 17 États membres. Les résultats ont été utilisés pour formuler des stratégies nationales de santé et des plans d'action en faveur de la santé publique, consolider les effectifs de santé publique et réformer l'organisation et le financement des services de santé publique. Cet outil a été actualisé en septembre 2014, pour y ajouter des innovations et des références à d'autres outils d'évaluation de l'OMS, et fournir davantage de détails. Quatre États membres ont réalisé des évaluations à l'aide de cette nouvelle version (Arménie, ex-République yougoslave de Macédoine, Pologne et Slovaquie).

Répertorier les difficultés critiques auxquelles font face les systèmes de santé et augmenter la couverture des interventions auprès de la population pour faire reculer les maladies non transmissibles

22. Ces cinq dernières années, le Bureau régional a collaboré avec les États membres, les organisations intergouvernementales et ses principaux partenaires du système des Nations Unies, en vue de : promouvoir l'action intersectorielle, renforcer les capacités nationales,

sélectionner de nouvelles opportunités de partenariats, promouvoir des méthodes efficaces et économiques de lutte contre les maladies non transmissibles et satisfaire aux engagements pris aux termes 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, dans le cadre de Santé 2020.

23. Si l'on veut lutter contre les maladies non transmissibles, il est nécessaire d'associer les interventions de grande envergure auprès de la population (pour lutter contre le tabagisme ou encourager l'activité physique, par exemple), à de bons services individuels de santé (de dépistage et de prise en charge du diabète, par exemple). Le Bureau régional apporte un soutien aux États membres pour qu'ils renforcent la riposte de leur système de santé aux maladies non transmissibles, par le biais d'un programme de travail interdivisionnaire fondé sur l'analyse, l'assistance technique, le dialogue politique et l'échange de savoirs.

24. Des directives sur les évaluations de pays ont été préparées avec les États membres dans le cadre d'un processus structuré, pour répertorier les difficultés que rencontrent les systèmes de santé, et les opportunités à saisir pour améliorer les résultats de la lutte contre les maladies non transmissibles⁹. Le guide actuel présente un processus en cinq étapes permettant de parvenir à la formulation de conclusions contextualisées et pertinentes sur le plan politique. Ce processus débute par une analyse des grands indicateurs de résultats dans le domaine des maladies non transmissibles, aux niveaux national et sous-national, du taux de couverture des interventions auprès de la population en matière de lutte antitabac, politiques relatives à l'alcool, nutrition et activité physique, et de la couverture des services individuels de santé (prévention, dépistage précoce et prise en charge des maladies). Quinze difficultés pouvant toucher les systèmes de santé sont examinées, parmi lesquelles la réticence à responsabiliser les populations dans leur prise de décision, ou une médiocre fixation des priorités¹⁰. Ces difficultés empêchent d'étendre la couverture des interventions et des services. Enfin, des opportunités de changement sont dégagées. Des recommandations stratégiques spécifiques ont été adressées à huit pays en 2013-2014 (Biélorus, Croatie, Estonie, Hongrie, Kirghizistan, République de Moldova, Tadjikistan et Turquie)¹¹ ; dans d'autres pays, le travail est en cours. Les évaluations nationales tiennent également compte des innovations et des bonnes pratiques pouvant être érigées en exemples pour d'autres pays. L'échange de données d'expérience entre États membres assure que celles-ci sont correctement évaluées, génèrent des données scientifiques et soulignent les liens avec la direction des systèmes de santé, permettant ainsi d'en tirer des enseignements et de reproduire les réussites.

⁹ Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Country assessment guide. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2014/better-noncommunicable-disease-outcomes,-challenges-and-opportunities-for-health-systems.-country-assessment-guide>, accessed 28 July 2015).

¹⁰ Roberts MJ, Stevenson MA. Improving outcomes for noncommunicable diseases through health system strengthening. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (in press).

¹¹ Better noncommunicable disease outcomes, challenges and opportunities for health systems. In : WHO/Europe, Health topics, Health systems, Health systems response to noncommunicable diseases, Publications [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/health-systems-response-to-noncommunicable-diseases/publications>, accessed 28 July 2015).

Alimentation et nutrition

25. Le Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020, présenté dans le document EUR/RC64/14 et adopté par le CR64 en 2014, dans la résolution EUR/RC64/R7, s'attaque aux régimes alimentaires peu équilibrés, qui sont un facteur de risque majeur d'augmentation de la charge des maladies non transmissibles dans la Région. Dans 46 des 53 États membres de la Région, plus de 50 % des adultes sont en surpoids ou obèses. Dans plusieurs de ces pays, ce taux avoisine les 70 %, et est en augmentation. Le surpoids et l'obésité provoquent, selon des estimations, le décès de quelque 320 000 personnes chaque année dans 20 pays d'Europe occidentale. Dans certains États membres de la partie orientale de la Région, les taux de surpoids et d'obésité ont plus que triplé depuis 1980.

26. Parmi les priorités, citons l'amélioration de l'étiquetage précisant la composition nutritive des aliments, le renforcement du contrôle du marketing relatif aux aliments pour enfants, des politiques plus complètes concernant les repas scolaires et un engagement continu à réduire les quantités de sel par la modification de la formulation des produits. Le plan d'action aborde également le rôle des services de santé dans le domaine de la prévention, les possibilités de promouvoir une alimentation saine au travers de politiques portant sur l'alimentation et l'agriculture, et l'importance de disposer de systèmes de surveillance perfectionnés pour suivre et évaluer les progrès accomplis.

Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

27. En 2015, dix ans après son entrée en vigueur (par la résolution WHA56.1), la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été ratifiée par 50 pays de la Région européenne. En dépit de ce nombre élevé et d'importants changements apportés dans les politiques de lutte antitabac et leur application, ce traité n'est pas encore pleinement mis en œuvre. Le Bureau régional a organisé plusieurs réunions régionales et préparé des instruments stratégiques pour soutenir les pays dans cette mise en œuvre. Une base de données légale a été constituée ; elle reflète la prévalence du tabagisme et les politiques et législations actuelles sur la lutte antitabac dans la Région, afin que les pays puissent tirer des enseignements de leurs expériences respectives.

28. Plusieurs études de cas nationales sur l'application de la Convention-cadre, notamment la mise en place de lieux publics non-fumeurs, les taxes, les mises en garde sanitaires et la publicité, ont été diffusées en anglais et en russe. Des réunions annuelles de tous les pays de la Région sont organisées pour échanger des expériences sur la mise en œuvre de la Convention-cadre, en collaboration étroite avec son secrétariat. Plusieurs rencontres régionales thématiques ont également eu lieu, sur le commerce et la lutte antitabac par exemple ; elles ont réuni les secteurs des pouvoirs publics responsables de la santé et du commerce.

29. Le secrétariat collabore avec quelque 20 pays pour compléter l'action régionale à cet égard, et soutenir l'application du traité. Au plan national, les principaux partenaires sont les chefs de gouvernement, les parlementaires, les ministères de la Santé et les acteurs du secteur de la santé en général. Le dispositif de suivi a montré que la prévalence du tabagisme diminuait, de même que le nombre des admissions aiguës dans les hôpitaux, que les politiques étaient conformes à la Convention-cadre et qu'elles étaient musclées et effectivement mises en œuvre.

Consommation nocive d'alcool

30. Avant l'adoption, par la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé, de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en 2010 (résolution WHA63.13), le Bureau régional a organisé une consultation pour discuter les options proposées et réduire la consommation d'alcool et ses conséquences néfastes dans la Région. En 2011, le CR61 a adopté le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020, présenté dans le document EUR/RC61/13 (résolution EUR/RC61/R4). Le plan d'action embrasse les cinq objectifs et les dix domaines d'action de la Stratégie mondiale. Tous les indicateurs mentionnés dans la stratégie mondiale ont été inclus dans le Système d'information européen sur l'alcool et la santé, qui a été mis en place en 2010.

31. Le Bureau régional a apporté son soutien à des ateliers de renforcement des capacités pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques relatives à l'alcool en lien avec la lutte contre les maladies non transmissibles dans certains pays de la Région (Arménie, Belgique, Croatie, Danemark, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, Italie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Monténégro, Norvège, Pologne, Portugal, République de Moldova, Royaume-Uni, Serbie, Slovaquie et Turquie). Grâce à ces ateliers, il a facilité l'élaboration de politiques relatives à l'alcool.

32. En 2011, le Bureau régional a commencé à recueillir des informations sur l'élaboration de ces politiques dans les États membres depuis 2006, et a fourni des liens vers des documents, des publications et des sites Web en vue de faciliter l'échange de connaissances sur les bonnes pratiques. Les informations recueillies en 2006-2012 figurent dans une publication¹² de 2013, et serviront à la création d'une base de données en ligne en 2015.

33. La production et la diffusion des connaissances sur l'usage de l'alcool, les méfaits imputables à sa consommation et les politiques adoptées en réaction 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 que la Commission européenne à cette fin. Un projet, réalisé avec cette dernière en 2011-2013, a permis d'assurer l'utilisation d'indicateurs identiques et d'un système commun de collecte et d'analyse des données.

Santé mentale

34. Le Bureau régional a rédigé le Plan d'action européen sur la santé mentale (document EUR/RC63/11), qui a été approuvé en 2013 par le CR63 dans sa résolution EUR/RC63/R10. Celui-ci appelle à une meilleure sensibilisation au bien-être mental, en particulier dans son objectif 1, et aux facteurs qui l'influencent, qu'ils soient liés aux modes de vie, à la famille, à l'emploi, aux crèches et aux établissements scolaires, à la population ou à la société en général. Des données scientifiques sont disponibles sur la prévention de la dépression et les dispositifs de cybersanté, avec la description des

¹² Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2013/status-report-on-alcohol-and-health-in-35-european-countries-2013>, accessed 28 July 2015).

meilleures pratiques. Le Bureau régional a évalué la qualité et les capacités des pays ayant requis un appui, notamment l'Albanie, l'Arménie, la Bulgarie, la Hongrie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, le Portugal, la République de Moldova, la République tchèque, la Slovénie, le Turkménistan et la Turquie. Chacun de ces pays a reçu un ensemble de recommandations, et un suivi leur a été proposé.

35. Le renforcement des capacités des populations en matière de santé mentale a été un axe de travail essentiel dans les États membres, avec le soutien du Bureau régional, dans le but de veiller à ce que les ressources de la collectivité soient disponibles et accessibles dans le cadre du plan d'action. Au titre des objectifs 3 et 4, le plan propose que les soins de santé primaires soient le point d'accès des personnes présentant des troubles mentaux et qu'ils puissent délivrer des traitements pour les troubles courants, notamment des interventions psychologiques et sociales, dans le respect de la dignité et des préférences des usagers et le cas échéant, de leur famille. En Turquie, un vaste programme cofinancé par l'Union européenne a permis d'organiser le renforcement des communautés pour les personnes souffrant d'incapacité mentale, combinant ainsi l'ébauche de politiques, la formation du personnel et l'engagement des usagers et des populations.

36. Le Bureau régional a organisé plusieurs ateliers sur les compétences en matière de soins de santé primaires et la prévention du suicide, pour des pays du sud-est de la Région, en partenariat avec le Centre régional de développement sanitaire sur la santé mentale en Europe du Sud-Est (*Regional Health Development Centre on Mental Health in South-eastern Europe*), les pays d'Asie centrale et la Fédération de Russie. Le Bureau régional a également facilité la visite de personnels des ministères de la Santé et d'experts techniques dans des projets faisant preuve de bonnes pratiques à l'étranger : visites d'un groupe de République tchèque au Royaume-Uni, d'un groupe de Turquie en Italie et au Turkménistan, d'un groupe d'Ouzbékistan et du Kirghizistan en Turquie. Il a également contribué à la publication intitulée *Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial*¹³, qui constitue une base de connaissances sur ce sujet et propose des mesures que les pays peuvent mettre en œuvre pour mieux prévenir les suicides.

Évaluation des progrès et échange d'informations

37. Les progrès et les rapports sont régulièrement évalués par le biais du cadre de suivi des cibles et indicateurs de Santé 2020¹⁴, et sont évoqués dans le rapport annuel de la directrice régionale. D'autres évaluations plus détaillées sont également effectuées dans le cadre des Rapports sur la santé en Europe, de la série annuelle des indicateurs sanitaires de base, des profils de pays des *Panoramas de la santé* (une série compilée en collaboration directe avec les États membres, et qui vient d'ailleurs d'être relancée) et du nouveau portail pour les informations et bases factuelles sur la santé du Bureau régional, qui inclut la base de données européennes de la Santé pour tous. L'université d'automne sur l'information et les bases factuelles en santé pour l'élaboration de politiques, un cours de formation phare organisé chaque année, vise à renforcer les capacités de collecte et d'analyse des

¹³ Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/, consulté le 31 juillet 2105).

¹⁴ Targets and indicators for Health 2020. Version 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/targets-and-indicators-for-health-2020.-version-2>, accessed 29 July 2015).

informations sanitaires dans les États membres, et leur diffusion dans des rapports. En réponse à une requête adressée par les États membres à la directrice régionale, des formations supplémentaires, de niveau supérieur, sont organisées tout au long de l'année. Le Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles (EVIPNet), mis en place au Bureau régional en 2012, est un outil fondamental pour la transformation des données scientifiques en politiques et la diffusion de rapports sur les réussites enregistrées. Des réseaux sous-régionaux d'information sanitaire ont été créés, notamment le Réseau d'information sanitaire des républiques d'Asie centrale, dans le but de mieux harmoniser et normaliser les rapports sur la santé. *Public Health Panorama* [Panorama de la santé publique], la nouvelle revue bilingue anglais-russe de santé publique du Bureau régional, diffuse des articles sur l'action intersectorielle et met en valeur les réussites en matière de mise en œuvre des politiques dans les pays. Le Réseau des bases factuelles en santé a retrouvé un second souffle : il comprend de nouvelles synthèses de données scientifiques, notamment sur l'intégration des systèmes d'information sanitaire et la prise en charge des maladies chroniques ; une série sur les migrations et la santé sera présentée au cours du CR65. En outre, le Bureau régional apporte son soutien technique direct au renforcement des systèmes d'information sanitaire et d'établissement de rapports, et des stratégies et activités de cybersanté appliquées au suivi de la santé publique.

38. Dans le domaine du suivi et de l'évaluation, les activités du Bureau régional portent notamment sur l'harmonisation et la normalisation, et sont guidées par l'Initiative européenne de l'information sanitaire, qui est soutenue par les États membres, les centres collaborateurs de l'OMS, la Commission européenne, l'Organisation de coopération et de développement économiques et des fondations. Cette initiative a été confirmée pendant une réunion récente du groupe directeur, qui a aussi permis de disposer d'un plan de travail concret.

Proposition de suivi

39. Un rapport de situation sur la mise en œuvre de Santé 2020 a été soumis au CR64 en 2014. Un résumé du rapport final sur le soutien accordé par le Bureau régional aux États membres et les progrès accomplis par ces derniers en matière de suivi de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, tenue à Tallinn (Estonie) en 2008, est présenté dans le document EUR/RC65/8.

40. Au vu de la résolution EUR/RC63/R8 sur la situation des résolutions adoptées lors de précédentes sessions du Comité régional et les recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs à respecter pour la notification, le CR65 pourrait considérer ce document comme rapport de travail interdivisionnaire intégré au cadre de Santé 2020, et comme rapport final sur la mise en œuvre des stratégies de changement de comportement et sur la santé. Le vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'Europe a recommandé, en sa quatrième session de mai 2015, que soit désactivée la résolution EUR/R58/R8.

D. Progrès accomplis dans l'application du Règlement sanitaire international (2005)

Introduction et généralités

1. L'épidémie actuelle de maladie à virus Ebola illustre bien à quel point il est important de disposer, aux niveaux national et international, de mécanismes et de capacités performants afin de détecter rapidement une grave menace pour la santé publique, d'y riposter et de mettre en place des mesures préventives en vue de l'endiguer. Parallèlement, cette épidémie a montré clairement la fragilité des systèmes de santé de certains pays ainsi que l'importance d'une démarche multisectorielle.

2. Le deuxième Comité d'examen du Règlement sanitaire international (RSI), réuni les 13 et 14 novembre 2014, a conclu dans son rapport¹ que le RSI avait aidé la communauté internationale à nettement mieux gérer les urgences et les problèmes aigus de santé publique. De nombreux États parties ont évalué et renforcé avec succès leurs principales capacités nationales et locales.

3. Le Comité d'examen a indiqué que la mise en œuvre du RSI, et en particulier le renforcement des capacités publiques, doit être considérée comme un processus continu, par opposition à un processus qui vient à terme à une date quelconque, y compris en 2016. Ces importants changements de perspective soulignent le lien intrinsèque existant entre le RSI, les systèmes de santé et la nécessité d'un investissement durable.

4. Au cours des délibérations, le Comité d'examen a encore évoqué le fait que de nombreux États parties ne sont toujours pas prêts à employer le RSI (2005)² et à l'appliquer de façon opérationnelle au quotidien, alors que des capacités sont disponibles. L'annexe 1A du RSI (2005) expose les prescriptions minimales auxquelles il convient de satisfaire, ce qu'ont fait la plupart des pays. Au-delà de cette observation d'ordre général, le Comité a insisté sur les obstacles fondamentaux suivants à la mise en œuvre du RSI : manque d'autorité/de capacités des points focaux nationaux pour le RSI ; changements fréquents de personnel ; besoins spécifiques aux petits États insulaires et aux États parties comprenant des territoires d'outre-mer ; focalisation sur les délais supplémentaires plutôt que sur l'extension des capacités et mise en œuvre perçue comme une procédure juridique rigide mettant peu l'accent sur les répercussions opérationnelles et les enseignements tirés de l'expérience acquise.

5. Le Comité d'examen a également souligné que l'auto-évaluation par les États parties de la manière dont ils mettent en œuvre le RSI est limitée par la qualité et la fiabilité variables des informations fournies. Il est nécessaire de standardiser les capacités et les réalisations concernant le partage des informations. À ce jour, le suivi du RSI a été plus axé sur l'administration, les procédures et les équipements (le matériel) que sur les

¹ Application du Règlement sanitaire international (2005) : Rapport du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (EB136/22 Add.1 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-fr.pdf, consulté le 20 juillet 2015).

² Règlement sanitaire international (2005). Deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2005 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/fr/>, consulté le 20 juillet 2015).

capacités opérationnelles et fondées sur les résultats (l'immatériel). La mise en œuvre du RSI devrait évoluer graduellement, passant de simples listes de vérification à une évaluation périodique des capacités fonctionnelles opérée dans le cadre d'une démarche plus axée sur l'action. Le Comité d'examen a discuté de méthodologies permettant de mieux évaluer la qualité et la fonctionnalité. Les options examinées étaient notamment l'auto-évaluation assistée, l'évaluation indépendante volontaire, l'examen par les pairs et la certification. Il a également été relevé qu'aucun processus ou système n'est actuellement en place pour faire du recueil et de la diffusion des observations faites et des enseignements acquis à l'occasion de certains événements une pratique établie. Parallèlement, le secrétariat de l'OMS devrait promouvoir une série d'évaluations ou de méta-évaluations régionales formelles sur les études relatives aux flambées épidémiques. Gérées par les Bureaux régionaux, ces évaluations devraient faciliter l'apprentissage interrégional et donner une appréciation des enseignements acquis, pour la programmation future du RSI. Un nouveau mécanisme de suivi et d'évaluation devrait être élaboré avec la participation active des bureaux régionaux de l'OMS. Il serait ensuite proposé à tous les États membres dans le cadre du processus des organismes directeurs de l'OMS.

Analyse de la situation dans la Région européenne de l'OMS

6. Dix États parties (18 %) de la Région européenne avaient demandé une prolongation supplémentaire, jusqu'en 2016, pour développer et renforcer encore leurs capacités – c'est le plus faible pourcentage de demandes de prolongation pour toutes les Régions de l'OMS. Les demandes de prolongation relevaient de décisions nationales, et environ la moitié des pays ayant requis une extension étaient des pays développés. Ceci montre que certains facteurs culturels, politiques et historiques, comme la présence de territoires d'outre-mer, ont influencé ces décisions. Dans de nombreux cas, le processus décisionnel national n'a pas été axé uniquement sur les capacités développées, mais aussi sur les dispositions pratiques et les questions de responsabilité.

7. Les informations contenues dans le questionnaire d'auto-évaluation soumis par les États parties européens indiquent des scores assez élevés pour toutes les capacités. Dans la Région européenne, le RSI est mis en application avec certaines restrictions, dues principalement à des problèmes sans rapport avec les capacités, tels que l'absence d'une conscientisation, ou à un manque d'aptitude à gérer les capacités, les lacunes en matière de formation et le RSI en tant qu'outil opérationnel. La mise en œuvre du RSI est souvent comprise comme un processus juridique rigide sans répercussions sur le plan opérationnel. En outre, de nombreux pays ayant des capacités limitées n'ont pas demandé de prolongation. Enfin, certains pays interprètent mal la relation entre les prescriptions minimales stipulées à l'annexe 1A du RSI (2005) et les (principales) capacités en général, car l'on suppose que le RSI ne peut être appliqué que lorsque toutes les capacités sont au niveau maximum.

8. À ce propos, les débats et le rapport du Comité d'examen signalent une nouvelle phase dans les travaux relatifs au RSI, l'accent étant placé non plus sur le RSI en tant que cadre de développement des capacités, mais bien en tant qu'outil fournissant au quotidien, de manière pratique, des renseignements sur les épidémies. Pour ce faire, il est capital de désigner une équipe de points focaux nationaux et de l'habiliter dans tous les organismes gouvernementaux concernés. Le RSI souligne le rôle important des points focaux nationaux, qui servent de plaque tournante pour la communication permanente entre les États parties et l'OMS. Ce flux et cet échange d'informations est l'élément majeur des

services de renseignement sur les épidémies et de la sécurité sanitaire. Néanmoins, certains États parties de la Région ne sont pas encore prêts à utiliser et à appliquer le RSI en temps opportun.

9. Les États parties et le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ont participé à la riposte à des événements majeurs en rapport avec la santé publique, tant à l’échelle régionale que mondiale. Entre le 1^{er} janvier 2014 et le 12 juin 2015, un total de 61 événements de santé publique pouvant avoir de graves conséquences internationales ont été enregistrés dans le Système de gestion des événements de l’OMS pour la Région européenne de l’OMS. Des interventions ont été menées en réaction aux inondations de mai 2014 dans les Balkans, qui ont eu des conséquences désastreuses en Bosnie-Herzégovine, en Croatie et en Serbie, et ont sensiblement accru le risque de maladies à transmission vectorielle ; ainsi qu’en réaction aux cas importés d’infections à coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient en Allemagne, en Autriche, en Grèce, aux Pays-Bas et en Turquie en 2014 et en 2015 (situation au 11 juin 2015).

10. Par ailleurs, le Bureau régional a participé de manière proactive à la gestion de l’épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l’Ouest et aux activités de préparation en rapport avec celle-ci dans la Région européenne. Avec la Commission européenne et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), il a évalué le degré de préparation des États membres aux événements liés à la maladie à virus Ebola ou à des menaces similaires, a formulé des recommandations techniques adaptées à l’attention des États membres pour améliorer leur préparation, a soutenu l’évacuation médicale hors d’Afrique de l’Ouest de 13 (à la date du 12 juin 2015) intervenants luttant contre Ebola, a facilité la gestion et la recherche des contacts dans les trois cas de maladie à virus Ebola diagnostiqués dans la Région européenne de l’OMS, et coordonné l’inclusion des médecins traitant 16 cas au total dans le consortium international géré par l’OMS pour les infections graves des voies respiratoires et infections émergentes, un réseau de pairs pour une aide concrète. Le Bureau régional a assuré le suivi de l’évacuation médicale de 25 membres du personnel d’urgence après une exposition à haut risque. Au total, le Bureau régional a consacré plus de 1 300 jours-personnes à la réaction à la crise déclenchée par la maladie à virus Ebola, principalement en déployant du personnel vers les pays touchés.

11. Tout au long de l’année, le Bureau régional a assisté à l’ensemble des conférences audio et des réunions du Comité de sécurité sanitaire de la Commission européenne. Au cours de la dernière partie de l’année, ces activités ont eu lieu chaque semaine et ont constitué une importante plate-forme pour la coordination de la préparation et de la réaction internationales aux événements de santé publique survenant dans la Région et au-delà.

Mesures prises et progrès réalisés

12. Ce chapitre décrit les mesures prises, les progrès réalisés et les défis rencontrés dans les sept domaines d’activités définis par le Bureau régional. La création de ces domaines d’activités vise à réagir aux besoins de la Région européenne en matière de RSI et à établir des priorités à ce sujet.

1^{er} domaine d'activités : évaluation, renforcement et surveillance des capacités nationales de base en matière de RSI

13. Tout en continuant à évaluer et à surveiller les capacités nationales en matière de RSI, principalement par le biais du questionnaire annuel d'auto-évaluation, et en formulant des recommandations pour le renforcement de ces capacités, le secrétariat a aussi contribué au débat mondial sur la stratégie de suivi future.

14. Le secrétariat a également été invité à commenter la stratégie de surveillance de la préparation visée à l'article 4 de la décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen relative aux menaces transfrontières graves sur la santé³ et à participer à des missions pilotes d'évaluation du programme mondial de sécurité sanitaire.

15. Le Bureau régional a facilité la mise en œuvre pilote d'une stratégie visant à harmoniser les outils d'évaluation du RSI et l'Outil de l'Organisation mondiale de la santé animale pour l'évaluation des performances des services vétérinaires dans la Région européenne. Les résultats seront exploités dans le cadre de la révision prévue du processus de suivi du RSI.

2^e domaine d'activités : encouragement, au plus haut niveau politique, d'une adhésion au processus de mise en œuvre du RSI

16. Afin de susciter une adhésion plus massive de l'ensemble des pouvoirs publics au RSI, le secrétariat a organisé des consultations bilatérales à haut niveau et participé à des groupes de travail nationaux interministériels et multisectoriels dans les pays d'Europe de l'Est. Il y a notamment eu une discussion avec le directeur général du service de la Commission européenne à l'aide humanitaire et à la protection civile, en vue de renforcer la collaboration.

17. Le secrétariat a continué à rendre les documents clés pertinents de l'OMS disponibles dans toutes les langues officielles de la Région européenne, notamment en russe. L'une de ces publications est le guide pour la planification d'urgence de santé publique aux points d'entrée désignés, disponible en anglais et en russe⁴.

3^e domaine d'activités : mise à jour de la législation et des mécanismes de réglementation

18. La révision de la législation existante et l'incorporation des principes du RSI sont également un moyen efficace de renforcer l'adhésion au plus haut niveau politique et la

³ Article 4 : Planification de la préparation et de la réaction. Décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé et abrogeant la décision n° 2119/98/CE (2013/L293/2). Journal officiel de l'Union européenne. 2013 ; L293:1–15 (http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/docs/decision_serious_crossborder_threats_22102013_fr.pdf, consulté le 20 juillet 2015).

⁴ International health regulations (2005): a guide for public health emergency contingency planning at designated points of entry. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789290615668/en/>, accessed 7 July 2015).

collaboration multisectorielle. Le Bureau régional a continué à amender la législation dans quatre États parties, en collaboration avec le Siège de l'OMS. Deux autres révisions auront lieu à l'automne de 2015.

4^e domaine d'activités : autonomisation des points focaux nationaux

19. S'ils doivent influencer la mise en œuvre intersectorielle du RSI dans leur pays et en être responsables, les points focaux nationaux doivent jouir de certains pouvoirs. Cette influence sera plus facile à obtenir si les points focaux nationaux bénéficient d'une formation plus approfondie afin de comprendre les principes du RSI et de catalyser les ressources existantes pour développer et gérer les capacités en matière de RSI. Dans son travail quotidien avec les points focaux nationaux de la Région, le Bureau régional dispense des conseils et des formations à l'évaluation et à la notification des risques par l'intermédiaire de son point de contact pour le RSI. Une formation pour points focaux nationaux doit avoir lieu en octobre 2015.

5^e domaine d'activités : consentir des efforts pour une conscientisation et une sensibilisation au-delà du secteur de la santé

20. Grâce à la collaboration intersectorielle, il est fait un meilleur usage des ressources, car elle évite les doubles emplois et renforce la coordination. En sensibilisant efficacement les décideurs politiques des différents secteurs aux avantages présentés par le RSI, on les convaincra mieux qu'en se focalisant uniquement sur des obligations. Pour ce faire, il faut interpréter le RSI sous l'angle des activités et intérêts de chaque secteur. Le secrétariat a élaboré un aide-mémoire et une infographie ciblant les experts d'autres secteurs que la santé et, pour la fin de l'année, il aura organisé trois ateliers nationaux et des exercices dans la région des Balkans pour réunir tous les intervenants des différents secteurs.

6^e domaine d'activités : formation du personnel national au développement, à la gestion et au maintien des capacités nécessaires pour que le pays se conforme pleinement aux dispositions du RSI

21. Après plusieurs années de préparation, le Secrétariat a élaboré et organisé le premier cours sur le RSI pour la Région européenne, « Le Règlement sanitaire international en pratique ». Celui-ci a eu lieu à Vihula Manor (Estonie) du 22 au 26 septembre 2014, dans le but de former des experts russophones. Outre les personnes travaillant comme points focaux nationaux, d'autres experts nationaux de premier plan ont été invités. Il est prévu d'organiser à nouveau ce cours pour d'autres pays et d'autres experts en janvier 2016.

22. Il a été établi que la capacité à communiquer sur les risques est l'une des priorités clés pour une application efficace du RSI aux niveaux national et international. Une série de formations est planifiée pour les experts nationaux des communications et les membres du personnel d'urgence. La première de ces formations a eu lieu à Belgrade (Serbie) du 14 au 16 octobre 2014, et la deuxième, pour les pays d'Europe orientale et du Caucase, à Chisinau (République de Moldova), du 30 juin au 2 juillet 2015.

7^e domaine d'activités : renforcement des capacités en matière de RSI aux points d'entrée

23. En raison de leur vulnérabilité face aux risques passagers, les points d'entrée ont un rôle particulièrement important à jouer au quotidien pour prévenir une importation et une

propagation des maladies, et il faut que des mesures de contrôle spéciales soient prêtes à être appliquées en cas d'urgence. En collaboration avec des partenaires qualifiés, le secrétariat continue à organiser des ateliers de formation à l'inspection de navires et à la préparation aux situations d'urgence dans le secteur de l'aviation. En tant que de besoin, il organise également des ateliers internationaux auxquels participent aussi d'autres Régions de l'OMS, pour que les pays voisins puissent échanger les bonnes pratiques et formuler des accords bilatéraux pour certains postes-frontières. En collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, un atelier birégional sur la collaboration transfrontalière a été organisé en septembre 2014 pour les pays du Caucase, d'Asie centrale et de la Méditerranée orientale.

24. En mars 2015, le Bureau régional, le Bureau Europe et Atlantique Nord de l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI) et l'Institut national néerlandais pour la santé publique et l'environnement ont organisé conjointement la quatrième réunion européenne de l'accord de collaboration pour la prévention et la gestion des événements de santé publique dans l'aviation civile (CAPSCA, pour *Collaborative Arrangement for the Prevention and Management of Public Health Events in Civil Aviation*) à l'aéroport Schiphol d'Amsterdam (Pays-Bas). Les débats entre 118 experts de 41 États membres, issus de divers échelons dans deux secteurs différents, ont débouché sur une entente au sujet des lacunes et pratiques en matière d'aviation civile dans la Région européenne. Cette démarche d'une rencontre européenne est considérée comme une pratique exemplaire pour le processus mondial du CAPSCA, et ce modèle a été présenté au colloque mondial de l'OACI et de l'OMS pour le CAPSCA, qui a eu lieu à Montréal (Canada) en avril 2015.

La voie à suivre

25. Appliquer le RSI, assurer la formation, renforcer les capacités prioritaires, veiller à la coordination et à la collaboration avec tous les partenaires concernés dans la Région : telles sont les tâches qui demeurent une priorité pour le secrétariat. En particulier, ce dernier continuera de collaborer avec la Commission européenne et ses organismes techniques, tels que l'ECDC, pour coordonner la mise en application de la décision n° 1082/2013/UE et du RSI. Le secrétariat a également recensé les États membres possédant des connaissances spécialisées spécifiques, ainsi que certains partenaires de pays de la Communauté des États indépendants, afin qu'ils assurent la formation et l'échange des meilleures pratiques.

26. A la soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé, le directeur général a été prié de mettre sur pied un Comité d'examen dans le cadre du RSI (2005), pour étudier le rôle du RSI dans la flambée de fièvre Ebola et la riposte à celle-ci, et ce dans les buts suivants :

- a) Évaluer l'efficacité du RSI (2005) en ce qui concerne la prévention, la préparation et la riposte à la flambée de fièvre à virus Ebola, l'accent étant mis en particulier sur la notification et les incitants, recommandations temporaires, mesures supplémentaires, déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale, principales capacités nationales, ainsi que sur le contexte et les liens avec le cadre mondial d'action d'urgence et d'autres responsabilités de l'Organisation dans le domaine humanitaire ;

- b) Faire le bilan de la mise en œuvre des recommandations formulées par le premier Comité d'examen sur le RSI en 2011 et évaluer l'impact qu'elle a eu sur l'épidémie actuelle de maladie à virus Ebola ;
- c) Recommander des mesures pour améliorer le fonctionnement, la transparence, l'efficacité et l'efficience du RSI (2005), ainsi que la riposte de l'OMS, et pour renforcer la préparation et la réaction aux situations d'urgence futures ayant des conséquences pour la santé, en précisant les échéances proposées pour toute mesure de ce type.

27. En réaction à cette demande, le directeur général convoquera, les 24 et 25 août 2015, le troisième Comité d'examen du RSI.

28. Pendant la 136^e session du Conseil exécutif, en janvier 2015, ce dernier a, dans la résolution EB136.R6, préconisé la mise en œuvre des recommandations formulées par le deuxième Comité d'examen du RSI⁵, ce qui a ensuite été approuvé par la soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé dans la résolution WHA68.5, en mai 2015. Le Bureau régional continue à prendre part au débat mondial sur la meilleure façon de revoir l'approche des capacités de suivi sur le long terme et sur la manière de mesurer la qualité de l'échange d'informations et de la performance des points focaux nationaux. En juillet 2015, une note conceptuelle a été rédigée par le Siège de l'OMS et rendue accessible aux États membres européens par le biais d'une consultation en ligne. Les États membres et le Comité régional ont été invités à émettre des commentaires quant à leur accord ou désaccord avec les points suivants :

- a) les nouveaux principes proposés par le secrétariat de l'OMS pour un cadre de suivi et d'évaluation du RSI, sur la base des recommandations du deuxième Comité d'examen du RSI ;
- b) le changement progressif dans le suivi, à savoir le passage d'une auto-évaluation des capacités à une démarche plus orientée sur des fonctions ;
- c) le processus d'élaboration proposé, c'est-à-dire les outils et protocoles à développer par le secrétariat de l'OMS grâce à des consultations techniques et consultations d'experts avec les États membres.

Conclusions

29. Le RSI est un cadre opérationnel avec des procédures et des capacités juridiquement contraignantes pour tous les États parties. L'OMS soutient les efforts des pays en matière d'application du RSI, y compris l'élaboration de mécanismes pour une collaboration multisectorielle et transfrontalière, en facilitant les plates-formes communes pour la discussion et la formation tant au niveau national qu'international. Le Bureau régional se concentre sur les éléments et les capacités clés pour que la Région européenne accélère l'utilisation opérationnelle du RSI au quotidien, en tenant compte des enseignements tirés des activités de préparation et d'intervention dans le cadre de la crise d'Ebola.

30. Le RSI doit être mieux intégré aux activités et plans nationaux de préparation globaux. Le Bureau régional continuera à travailler avec les secteurs concernés des

⁵ Voir note 1.

pouvoirs publics des États parties pour garantir un engagement politique et des ressources et pour soutenir le travail des comités de coordination intersectoriels. À cet égard, Santé 2020, le cadre politique européen de la santé, est essentiel pour faciliter la collaboration intersectorielle en vue de la mise en œuvre du RSI face à un large éventail de risques.

31. Des investissements financiers et un engagement politique à long terme des gouvernements nationaux, ainsi que l'appui extérieur de donateurs et de partenaires, seront requis pour la mise en œuvre efficace du RSI.

E. Progrès accomplis dans la direction et la gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l’OMS

1. La synthèse du rapport final sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn (document EUR/RC65/8) sert de rapport de situation sur la direction et la gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l’OMS (résolution EUR/RC58/R4).

= = =