



EUROPE

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

Bucarest (Roumanie), 12–15 septembre 2005

Point 7 de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC55/13
+EUR/RC55/Conf.Doc./8
20 juin 2005
53687
ORIGINAL : ANGLAIS

**Suite donnée aux questions examinées
lors des sessions précédentes du Comité régional de l'Europe**

Le présent document contient des informations sur les mesures prises pour donner suite à un certain nombre de questions abordées lors de précédentes sessions du Comité régional et sur l'application de résolutions ou la préparation d'importantes manifestations et stratégies. De même que le point de l'ordre du jour relatif aux questions soulevées par les résolutions et les décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif, et que l'allocution du directeur régional, ce point permettra d'informer le Comité régional sur les principales activités qui ont eu lieu depuis la session précédente.

Ce document présente la suite donnée aux questions suivantes :

- a) la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale ;
- b) les préparatifs en vue d'une stratégie européenne sur les maladies non transmissibles ;
- c) la mise en œuvre de la résolution EUR/RC52/R9 sur l'amplification de l'action contre le VIH/sida ;
- d) le Comité européen de l'environnement et de la santé ;
- e) la santé au travail ;
- f) la santé reproductive ;
- g) les bases factuelles pour la santé publique ;
- h) les centres collaborateurs de l'OMS.

Sommaire

	<i>Page</i>
A. Suite donnée à la Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur la santé mentale	1
Résumé.....	1
Historique.....	1
Programme et activités.....	1
Appendice 1 Déclaration sur la santé mentale pour l’Europe	4
Appendice 2 Plan d’action sur la santé mentale pour l’Europe	11
B. Vers une Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles : suite donnée à la résolution EUR/RC54/R4.....	23
Résumé.....	23
Introduction.....	23
Collaboration avec les États membres : homologues nationaux et groupe de rédaction.....	23
Collaboration avec des organes intergouvernementaux et non gouvernementaux et d’autres partenaires appropriés.....	24
Engagements préexistants des États membres et stratégies pertinentes.....	24
Mise en œuvre dans une Europe diversifiée.....	25
C. Amplification de l’action contre le VIH/sida dans la Région européenne de l’OMS : mise en œuvre de la résolution EUR/RC52/R9.....	26
Tendances épidémiologiques du VIH/sida dans la Région européenne de l’OMS.....	26
Prévention et traitement du VIH/sida.....	26
Adaptation des services du Bureau régional aux besoins des États membres.....	27
Action de sensibilisation et partenariats au niveau régional	28
Orientation normative et de la politique.....	28
Informations stratégiques	29
D. Rapport annuel du Comité européen de l’environnement et de la santé (CEES).....	31
Résumé.....	31
Introduction.....	31
Principales missions du CEES et mécanismes lui permettant de s’en acquitter	31
Correspondants pour l’environnement et la santé	32
Réunions thématiques	32
Équipe spéciale du Plan d’action pour l’environnement et la santé des enfants en Europe....	32
Suivi de la conception d’un système d’information sur l’environnement et la santé.....	33
Carte de mise en œuvre Web	33
Représentation et participation des jeunes	33
Besoins financiers du CEES.....	33
Appendice 3 Mandat des correspondants pour l’environnement et la santé	35
Appendice 4 Mandat et plan de travail 2005–2007 de l’équipe spéciale du Plan d’action pour l’environnement et la santé des enfants en Europe	36
E. Santé au travail.....	38
Problèmes de santé dans le monde du travail.....	38
L’action menée par l’OMS.....	38
L’avenir	39

F.	Santé reproductive.....	40
G.	Bases factuelles pour la santé publique.....	43
	Résumé.....	43
	Progrès accomplis dans les activités relatives aux bases factuelles de 2001 à 2004.....	43
	Quels résultats ont été obtenus ?	43
	Le système intégré de bases factuelles.....	44
	Vers des informations utilisables sur la santé	44
H.	Centres collaborateurs de l’OMS.....	46
	Résumé.....	46
	Le concept.....	46
	Examen de la gestion des centres collaborateurs de l’OMS	46
	Critères de sélection des centres collaborateurs de l’OMS.....	46
	Procédure de désignation des centres collaborateurs de l’OMS	47
	Comités de sélection.....	47
	Administration des centres collaborateurs.....	47
	Processus de nettoyage.....	47
	Incidences pour le Bureau régional	48
	Situation actuelle	48
	Stratégie future.....	48
	L’avenir.....	49

A. Suite donnée à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale

Résumé

1. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a pris note de l'accueil positif réservé à la Déclaration et au Plan d'action pour la santé mentale en Europe (appendices 1 et 2), les deux documents adoptés lors de la Conférence ministérielle qui s'est tenue à Helsinki du 12 au 15 janvier 2005. Il procède maintenant à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme visant à soutenir les activités dans les cinq domaines prioritaires et à aider les États membres à franchir les étapes importantes dans le Plan d'action. Le programme de mise en œuvre est global et dépourvu d'exclusive : il porte sur les 12 domaines d'action de la Déclaration et fait participer les centres collaborateurs de l'OMS, des experts, et les organisations non gouvernementales et intergouvernementales. Un projet de résolution est joint pour examen par le Comité régional.

Historique

2. La santé mentale est actuellement l'un des principaux défis de santé publique que chaque pays de la Région européenne de l'OMS doit relever, dans la mesure où les problèmes de santé mentale touchent au moins une personne sur quatre au cours de son existence. Les troubles neuropsychiatriques représentent plus de 40 % des maladies chroniques et sont la principale cause des années marquées par l'incapacité. Dans de nombreux pays, 35 à 45 % des absences professionnelles sont dues à des problèmes de santé mentale. Les personnes qui en sont atteintes et leur famille souffrent également d'une stigmatisation, d'une discrimination et, dans certains cas, d'une violation de leurs droits humains.

3. Les pays européens doivent faire face à cette charge de morbidité élevée, mais se heurtent également à un écart important entre les besoins de traitement et les services disponibles. Même dans les pays développés qui sont dotés de systèmes de santé bien organisés, environ 50 % des patients atteints de dépression ne bénéficient d'aucun traitement. De plus, les troubles de santé mentale (en particulier la dépression) coûtent aux économies nationales plusieurs milliards de dollars sous la forme de dépenses et de pertes de productivité.

4. Face à ces problèmes, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a organisé la première Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, à Helsinki (Finlande) en janvier 2005. Cette manifestation a rassemblé des ministres de la Santé et d'autres décideurs de haut niveau des 52 États membres de la Région. Elle a été organisée avec le concours de la Commission européenne et du Conseil de l'Europe. Lors de cette conférence, les ministres ont adopté la Déclaration européenne sur la santé mentale et le Plan d'action de l'OMS sur la santé mentale pour l'Europe, qui devraient orienter la politique en matière de santé mentale dans la Région européenne de l'OMS au cours des cinq à dix prochaines années. La Déclaration et le Plan d'action ont également été soutenus par des organisations non gouvernementales (ONG), qui représentaient des utilisateurs de services et leur famille, par des professionnels et par des organisations internationales.

5. La Déclaration reconnaît que la politique et les services visent à assurer le bien-être et l'intégration sociale, et elle adopte une vue d'ensemble de la nécessité et des avantages potentiels d'activités de santé mentale diverses s'adressant à la population dans son ensemble, aux groupes à risque et aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

Programme et activités

6. Le Plan d'action énonce les détails des engagements et des responsabilités des États membres et de l'OMS. Sur la base des priorités mentionnées dans la Déclaration et le Plan d'action, et eu égard

aux valeurs et aux principes européens, le Bureau régional a élaboré un programme pour s'acquitter de ses engagements, en mettant l'accent sur quatre objectifs essentiels :

- réduire la stigmatisation, favoriser le bien-être mental et prévenir les problèmes de santé mentale
- mettre en œuvre une politique et fournir des services assurés par un personnel compétent
- produire et diffuser des informations, susciter des travaux de recherche et en faire connaître les résultats
- plaider pour une autonomisation des utilisateurs des services et les droits de l'homme.

7. Ces quatre objectifs essentiels seront atteints grâce à des activités menées dans les 12 domaines d'action mentionnés dans la Déclaration et le Plan d'action. Pour utiliser les ressources disponibles d'une façon aussi rationnelle que possible et obtenir les meilleurs résultats dans les pays, une collaboration a été favorisée entre les collègues des bureaux de pays, du Bureau régional et du Siège de l'OMS, et des projets ont été lancés dans l'Europe tout entière avec le concours d'organisations et de personnes crédibles et respectées.

8. Le Bureau régional a invité les centres collaborateurs de l'OMS à assurer la coordination des différents domaines d'action. Les activités seront menées en partenariat avec de nombreux experts et ONG, dans un nombre élevé d'États membres européens. Des centres chefs de file ont jusqu'à présent été désignés dans les domaines d'action suivants :

- la stigmatisation et discrimination
- la promotion de la santé mentale
- la prévention, notamment en matière de suicide
- la conception des services
- l'information et la diffusion
- la participation et l'autonomisation des utilisateurs des services et des aidants
- le personnel.

9. Dans un grand nombre de ces domaines, un appui est donné par des gouvernements et des organisations partenaires, dont des ONG. Un plan de travail sera conclu avec chaque centre collaborateur chef de file, sur la base des éléments indiqués dans le Plan d'action et l'on retiendra des objectifs, des produits à fournir et des ressources. Une option intéressante en cours d'étude consisterait à organiser chaque année une université d'été, qui comprendrait des programmes dans tous les domaines.

10. De nombreux pays examinent leurs politiques et services compte tenu du Plan d'action. À la suite de la Conférence ministérielle, l'OMS a participé à de nombreux débats et séminaires nationaux et internationaux, et discute d'activités dans de nombreux États membres. L'Organisation collabore avec Andorre, la Belgique, l'Espagne, la Fédération de Russie, Israël, le Kirghizistan, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, l'Ouzbékistan, la Pologne, la République tchèque, la Slovaquie, l'Ukraine et les pays du Pacte de solidarité pour d'Europe du Sud-Est.

11. Avant la Conférence ministérielle, l'OMS coopérait déjà avec de nombreux pays d'Europe centrale et orientale et nouveaux États indépendants dans le cadre de différents projets relatifs à la santé mentale, au titre des accords de collaboration biennaux conclus entre le Bureau régional et les ministères de la Santé. Après la Conférence, 15 pays (Albanie, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Hongrie, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Pologne, Ouzbékistan, République de Moldova, Roumanie et Serbie-et-Monténégro) ont décidé d'inclure la santé mentale dans leur programme prioritaire pour la période suivante. L'OMS aidera les gouvernements à élaborer leurs politiques et législations nationales en matière de santé mentale et à engager des réformes de leur système de santé mentale sur la base du Plan d'action.

12. À Helsinki, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe se sont engagés à atteindre les objectifs énoncés dans la Déclaration. Des liens de coopération étroits ont été établis avec ces

partenaires, en vue de mener les activités qui les intéressent compte tenu de leurs compétences respectives. Le Bureau régional étudie un projet sur les droits de l'homme avec le Conseil de l'Europe. Quant à la Commission européenne, elle soutient un projet sur l'étude comparative des meilleures méthodes et une aide concernant l'exécution de certains éléments de la Déclaration et du Plan d'action ; en outre, elle a associé étroitement l'OMS à l'élaboration d'un « livre vert » sur la santé mentale.

Appendice 1

Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe

Préambule

1. Nous, ministres de la Santé des États membres de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en présence du commissaire européen pour la santé et la protection des consommateurs, conjointement avec le directeur régional de l'OMS pour l'Europe, et nous réunissant dans le cadre de la Conférence ministérielle de l'OMS sur la santé mentale tenue à Helsinki du 12 au 15 janvier 2005, reconnaissons que la santé mentale et le bien-être mental sont des conditions fondamentales à la qualité de la vie et à la productivité des individus, des familles, des populations et des nations, et confèrent un sens à notre existence tout en nous permettant d'être des citoyens à la fois créatifs et actifs. Nous estimons que l'objectif essentiel des actions menées dans le domaine de la santé mentale est d'améliorer le bien-être et le fonctionnement des populations en mettant en évidence leurs points forts et leurs ressources, en accroissant leur résilience et en stimulant les facteurs de protection externes.
2. Nous reconnaissons que la promotion de la santé mentale, la prévention, le traitement, les soins des troubles mentaux ainsi que la réadaptation constituent une priorité pour l'OMS et ses États membres, l'Union européenne (UE) et le Conseil de l'Europe, comme indiqué dans plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif de l'OMS, du Comité régional de l'OMS pour l'Europe et du Conseil de l'Union européenne. Dans ces résolutions, il est demandé instamment aux États membres, à l'OMS, à l'UE et au Conseil de l'Europe de prendre des mesures afin d'alléger la charge des problèmes de santé mentale et d'améliorer le bien-être mental.
3. Nous rappelons notre engagement envers la résolution EUR/RC51/R5 relative à la Déclaration d'Athènes sur la santé mentale et les catastrophes d'origine humaine, les comportements d'intolérance et les soins de proximité, et la résolution EUR/RC53/R4 adoptée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en septembre 2003, et dans laquelle le Comité était préoccupé de constater que le poids de morbidité imputable aux affections mentales en Europe ne diminuait pas, et qu'un grand nombre de personnes atteintes de problèmes de santé mentale ne recevaient pas les traitements et les soins dont elles avaient besoin, malgré l'élaboration d'interventions efficaces. Le Comité régional a prié le directeur régional :
 - d'accorder un degré élevé de priorité aux questions de santé mentale lorsqu'il organisera et mettra en œuvre les activités concernant l'actualisation de la politique de la Santé pour tous ;
 - de prendre des dispositions en vue de la tenue, à Helsinki en janvier 2005, d'une conférence ministérielle sur la santé mentale en Europe.
4. Nous prenons acte des résolutions soutenant un programme d'action sur la santé mentale. La résolution EB109.R8, adoptée par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2002, appuyée par la résolution WHA55.10 de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2002, appelle les États membres de l'OMS à :
 - adopter les recommandations contenues dans le Rapport sur la santé dans le monde 2001 ;
 - adopter des politiques, des programmes et une législation en matière de santé mentale tenant compte des connaissances actuelles et des considérations relatives aux droits de l'homme, en consultation avec toutes les parties concernées ;
 - investir davantage dans la santé mentale, élément constitutif du bien-être de la population, et aussi bien dans les pays que dans la coopération bilatérale et multilatérale.

5. Des résolutions adoptées par le Conseil de l'Union européenne, des recommandations du Conseil de l'Europe et des résolutions de l'OMS remontant jusqu'à l'année 1975 reconnaissent le rôle important de la promotion de la santé mentale et du lien préjudiciable existant entre, d'une part, les problèmes de santé mentale et, d'autre part, la marginalisation sociale, le chômage, l'absence de domicile fixe, et les troubles liés à l'utilisation d'alcool et d'autres substances psycho-actives. Nous reconnaissons l'importance de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, de la Convention relative aux droits de l'enfant, de la Convention européenne sur la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants, de la Charte sociale européenne ainsi que de l'engagement du Conseil de l'Europe envers la protection et la promotion de la santé mentale exprimé dans la Déclaration de sa Conférence ministérielle sur l'avenir de la santé mentale (tenue à Stockholm en 1985) et dans d'autres recommandations adoptées dans ce domaine, en particulier la Recommandation R(90)22 sur la protection de la santé mentale de certains groupes vulnérables de la société et la Recommandation Rec(2004)10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

Objet de la Déclaration

6. Nous prenons note de l'évolution d'un bon nombre d'aspects de la politique et des services de santé mentale dans la Région européenne. La politique et les services cherchent à atteindre l'intégration et l'équité sociales par la prise en compte, dans une optique globale, de l'équilibre entre les besoins et les avantages de diverses actions menées dans le domaine de la santé mentale et visant la population dans son ensemble, les groupes à risque ainsi que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Les soins ne sont plus dispensés de manière exclusive dans de grands établissements isolés dans la mesure où il existe désormais un large éventail de services de proximité. Nous estimons que cette nouvelle orientation est à la fois nécessaire et juste. Nous nous félicitons du fait que les politiques et les pratiques en santé mentale couvrent désormais les aspects suivants :
- i. la promotion du bien-être mental ;
 - ii. la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale ;
 - iii. la prévention des problèmes de santé mentale ;
 - iv. la dispensation de soins aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale dans le cadre de services et d'interventions intégrés et efficaces, prévoyant la participation des patients et des aidants (l'entourage)¹ et leur permettant d'effectuer un choix ;
 - v. la réadaptation et l'intégration sociale des personnes ayant souffert de graves problèmes mentaux.

Priorités

7. Nous devons mener, dans la Région européenne de l'OMS, des initiatives inspirées des efforts de réforme et de modernisation, tirer les enseignements d'un échange des données d'expérience et tenir compte des caractéristiques spécifiques aux différents pays. Nous estimons que les principales priorités de la prochaine décennie sont les suivantes :
- i. mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental ;
 - ii. lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité, et responsabiliser et soutenir les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et leur famille de manière à ce qu'elles puissent participer activement à ce processus ;

¹ Le terme « aidants » désigne ici un membre de la famille, un ami ou toute autre personne agissant à titre privé.

- iii. concevoir et mettre en œuvre des systèmes de santé mentale complets, intégrés et efficaces englobant la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale ;
- iv. répondre au besoin de disposer d'un personnel soignant compétent et efficace dans tous ces domaines ;
- v. reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et des aidants, et s'en inspirer largement dans la planification et l'élaboration des services de santé mentale.

Actions

8. Nous souscrivons à l'idée selon laquelle il ne peut y avoir de santé sans la santé mentale. La santé mentale étant une composante centrale du capital humain, social et économique des nations, elle doit donc être considérée comme une partie intégrante et essentielle d'autres domaines d'intérêt public tels que les droits de l'homme, l'aide sociale, l'éducation et l'emploi. Par conséquent, nous, ministres responsables de la santé, et dans la mesure de nos responsabilités nationales et de la structure constitutionnelle de nos pays, nous engageons à reconnaître le besoin d'adopter des politiques de santé mentale intégrées et fondées sur des preuves scientifiques, et à examiner les moyens d'élaborer, de mettre en place et de renforcer de telles politiques dans nos pays respectifs. Ces politiques, dont l'objectif est le bien-être mental et l'intégration sociale des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, nécessitent des actions dans les domaines suivants :
 - i. promouvoir le bien-être mental de la population dans son ensemble par la mise en œuvre de mesures visant à sensibiliser les individus et leurs familles, le public et la société civile, le monde de l'enseignement et du travail, les pouvoirs publics et les instances nationales, et à susciter un changement positif ;
 - ii. tenir compte des répercussions potentielles de l'ensemble des politiques d'intérêt public sur la santé mentale, et particulièrement leur impact sur les groupes vulnérables, tout en démontrant le rôle central de la santé mentale dans l'édification d'une société en bonne santé, ouverte à tous et productive ;
 - iii. lutter contre la stigmatisation et la discrimination, assurer la protection des droits de l'homme et de la dignité humaine, et adopter la législation permettant de responsabiliser les personnes à risque ou atteintes de problèmes de santé et d'invalidité mentales, et de leur donner les moyens d'occuper une place entière dans la société ;
 - iv. proposer aux personnes à risque une aide et des interventions ciblées et adaptées aux différents stades de leur existence, s'agissant particulièrement des responsabilités parentales, de l'éducation des enfants et des adolescents et des soins dispensés aux personnes âgées ;
 - v. élaborer et mettre en œuvre des mesures en vue de réduire les causes évitables des problèmes de santé mentale, de comorbidité et de suicide ;
 - vi. développer les compétences et le savoir-faire des médecins généralistes et des services de soins primaires, en réseau avec des services de soins médicaux spécialisés et non médicaux, afin que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale puissent accéder facilement à ces services, que leurs problèmes puissent être identifiés et traités de manière efficace ;
 - vii. garantir aux personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale un traitement et des soins efficaces et intégrés dans des lieux de soins diversifiés, en tenant compte de leurs préférences personnelles et en les protégeant contre le défaut de soins et les maltraitements ;

- viii. mettre en place une collaboration, une coordination et une volonté politique entre les régions, les pays, les secteurs de la société et les organismes compétents de manière à influencer la santé mentale et l'intégration sociale des individus et de leur famille, de certains groupes à risque et des populations ;
 - ix. élaborer des programmes de recrutement, d'enseignement et de formation en vue de disposer d'un personnel pluridisciplinaire compétent et en nombre suffisant ;
 - x. évaluer l'état de la santé mentale et les besoins de la population, des groupes à risque et des individus avec des méthodes qui permettent des comparaisons aux niveaux national et international ;
 - xi. fournir des ressources financières adéquates et suffisantes afin d'atteindre ces objectifs ;
 - xii. mettre en œuvre des activités de recherche et soutenir l'évaluation et la diffusion des actions mentionnées ci-dessus.
9. Nous reconnaissons l'importance et l'urgence de relever les défis et de trouver des solutions s'inspirant des preuves scientifiques. Par conséquent, nous soutenons le Plan d'action sur la santé mentale en Europe ainsi que sa mise en œuvre dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS. Chaque pays l'adaptera en fonction de ses besoins et de ses ressources. Nous nous engageons également à faire preuve de solidarité d'une part et d'autre de la Région et à partager connaissances, bonnes pratiques et compétences.

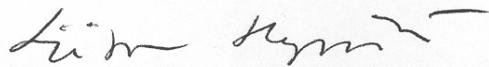
Responsabilités

10. Nous, ministres de la Santé des États membres de la Région européenne de l'OMS, nous engageons à soutenir la mise en œuvre des mesures suivantes, dans le respect des politiques et des structures constitutionnelles de nos pays respectifs, et en fonction du contexte et des besoins nationaux et sous-nationaux, et des ressources disponibles à ces niveaux :
- i. mettre en œuvre une politique et une législation en matière de santé mentale qui définissent les normes des activités réalisées dans ce domaine et garantissent le respect des droits de l'homme ;
 - ii. coordonner, à l'intérieur du gouvernement, les responsabilités en matière de formulation, de diffusion et de mise en œuvre des politiques et de la législation dans le domaine de la santé mentale ;
 - iii. évaluer les effets des actions menées par les pouvoirs publics sur la santé mentale ;
 - iv. éliminer la stigmatisation et la discrimination, et favoriser l'intégration sociale en sensibilisant davantage le public et en permettant aux personnes à risque d'exercer leurs responsabilités ;
 - v. permettre aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale d'effectuer un choix et de participer à leurs propres soins et ce, en fonction de leurs besoins et de leurs sensibilités culturelles ;
 - vi. réviser la législation relative à l'égalité des chances ou anti-discriminatoire et, le cas échéant, mettre en place une telle législation ;
 - vii. promouvoir la santé mentale dans le monde de l'enseignement et du travail, dans la société et dans d'autres contextes en développant la collaboration entre les instances responsables de la santé et d'autres secteurs concernés ;
 - viii. empêcher l'apparition de facteurs de risque là où ils se trouvent, notamment en favorisant le développement d'un milieu professionnel propice à la santé mentale, et en appuyant la

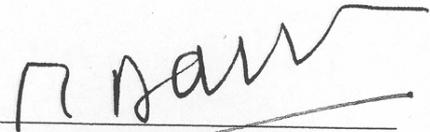
- mise en place d'aides et de conseils sur le lieu de travail ou, une fois le processus de guérison terminé, le retour à la vie professionnelle dans les plus brefs délais ;
- ix. œuvrer à la prévention du suicide et à la lutte contre les causes du stress mettant en danger la santé mentale, de la violence, de la dépression, de l'anxiété et des troubles liés à l'utilisation d'alcool et d'autres substances psycho-actives ;
 - x. reconnaître et accentuer le rôle central des soins de santé primaires et des médecins généralistes, et renforcer leur capacité à assumer leurs responsabilités dans le domaine de la santé mentale ;
 - xi. remplacer les soins dispensés dans de grands établissements aux personnes atteintes de graves problèmes mentaux par des services de proximité ;
 - xii. appliquer des mesures mettant fin aux soins inhumains et dégradants ;
 - xiii. renforcer les partenariats entre les organismes dispensateurs de soins et d'aides diverses (par exemple, dans le domaine de la santé, des prestations sociales, du logement, de l'éducation et de l'emploi) ;
 - xiv. inclure la santé mentale dans les programmes d'études de tous les professionnels de la santé, et élaborer des programmes de formation continue pour les professionnels de la santé mentale ;
 - xv. encourager la spécialisation du personnel travaillant dans le domaine de la santé mentale afin de répondre aux besoins spécifiques de groupes particuliers (par exemple, les enfants, les jeunes, les personnes âgées et les personnes atteintes de problèmes mentaux graves et chroniques) ;
 - xvi. consacrer des ressources suffisantes à la santé mentale, à la mesure du poids de morbidité qu'elle représente, et faire de l'investissement dans la santé mentale une part identifiable des dépenses générales de santé, de manière à ce qu'il soit à parité avec l'investissement consenti dans d'autres domaines de la santé ;
 - xvii. élaborer un système de surveillance du bien-être mental et des troubles mentaux, tenant compte notamment des facteurs de risque et de la recherche d'aide pour ces problèmes, et suivre sa mise en œuvre ;
 - xviii. entreprendre des activités de recherche là où les connaissances et les technologies sont insuffisantes, et diffuser les résultats de la recherche.
11. Nous apporterons notre soutien aux organisations non gouvernementales actives dans le domaine de la santé mentale et encouragerons la création d'organisations non gouvernementales et d'organisations d'usagers de services de santé mentale. Nous sommes particulièrement favorables aux organisations actives dans les domaines suivants :
- i. regroupement des patients participant à la mise en place de leurs propres activités, notamment la création et la gestion de groupes d'entraide ainsi que la transmission de compétences en matière de réadaptation et de réinsertion sociale ;
 - ii. responsabilisation des personnes vulnérables et marginalisées, et défense de leur cause ;
 - iii. dispensation de services de proximité impliquant les patients ;
 - iv. développement des capacités et des compétences des familles et de l'entourage dans le domaine des soins et de la gestion des difficultés, et participation active de ces personnes dans les programmes de soins ;
 - v. élaboration de programmes visant à améliorer l'exercice de la parentalité, l'éducation et la tolérance, et à lutter contre les troubles liés à l'utilisation d'alcool et d'autres substances psycho-actives, la violence et la criminalité ;
 - vi. élaboration de services locaux adaptés aux besoins des groupes marginalisés ;

- vii. mise en place de numéros d'appel et de services d'aide sur l'Internet pour apporter un soutien aux personnes en situation de crise, victimes de violences ou risquant de se suicider ;
 - viii. créer des possibilités d'emploi pour les personnes handicapées.
12. Nous invitons la Commission européenne et le Conseil de l'Europe à soutenir la mise en œuvre de cette Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe à la lumière de leurs compétences respectives.
13. Nous prions le directeur régional de l'OMS pour l'Europe de prendre des mesures dans les domaines suivants :
- a) *Partenariat*
 - i. encourager la coopération dans ce domaine avec les organisations intergouvernementales, dont la Commission européenne et le Conseil de l'Europe.
 - b) *Information sanitaire*
 - i. soutenir les États membres dans la mise en place d'une surveillance de la santé mentale ;
 - ii. produire des données comparatives sur l'état de la santé mentale et des services de santé mentale dans les États membres ainsi que sur les progrès réalisés.
 - c) *Recherche*
 - i. établir un réseau de centres collaborateurs dans le secteur de la santé mentale offrant des possibilités de partenariats internationaux, de recherche de qualité et d'échange de chercheurs ;
 - ii. produire et diffuser les meilleures données scientifiques disponibles sur les bonnes pratiques en tenant compte des aspects éthiques de la santé mentale.
 - d) *Élaboration de politiques et de services*
 - i. appuyer les gouvernements en offrant l'expertise nécessaire pour soutenir une réforme de la santé mentale par la mise en œuvre de politiques efficaces incluant la mise en place d'une législation, la création de services, la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux ;
 - ii. aider à la mise en place de programmes de « formation des formateurs » ;
 - iii. mettre en œuvre des programmes d'échange pour les personnes qui innovent ;
 - iv. aider à la formulation de politiques et de thèmes de recherche ;
 - v. encourager les agents du changement en élaborant un réseau regroupant les instigateurs des réformes au niveau national et les fonctionnaires clés.
 - e) *Sensibilisation*
 - i. informer et assurer le suivi des politiques et des activités visant à promouvoir les droits et l'intégration des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, et à réduire la stigmatisation et la discrimination dont ils sont victimes ;
 - ii. responsabiliser les patients, leur entourage et les organisations non gouvernementales en les informant, et coordonner les activités entre les pays ;
 - iii. soutenir les États membres dans l'élaboration d'une base d'informations afin de contribuer à la responsabilisation des bénéficiaires des services de santé mentale ;
 - iv. faciliter les échanges de données d'expériences à l'échelle internationale par les principales organisations non gouvernementales régionales et locales ;

- v. fournir des informations objectives et constructives aux médias, aux organisations non gouvernementales et à d'autres personnes et groupes intéressés.
14. Nous demandons que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe prenne les mesures nécessaires afin de garantir un soutien total à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de santé mentale, et l'octroi d'une priorité et de ressources adéquates aux activités et aux programmes visant à réaliser les engagements pris dans la présente Déclaration.
15. Nous nous engageons à faire part à l'OMS des progrès réalisés par nos pays respectifs dans l'application de cette Déclaration lors d'une réunion intergouvernementale qui se tiendra avant 2010.



Ministre finlandais de la Santé
et des Services sociaux



Directeur régional de l'OMS
pour l'Europe

Appendice 2

Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe

Le présent Plan d'action est adopté dans le cadre de la Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe par les ministres de la Santé des États membres de la Région européenne de l'OMS, qui soutiennent sa mise en œuvre en fonction des besoins et des ressources de chaque pays.

Les défis, pour les cinq à dix ans à venir, seront d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des politiques et législations qui déboucheront sur des actions permettant d'améliorer le bien-être de l'ensemble de la population, d'éviter les problèmes de santé mentale et de favoriser l'intégration et le fonctionnement des personnes atteintes de ce type de problèmes. Les priorités pour la prochaine décennie ont donc été définies comme suit :

- i. mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental ;
- ii. lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité ; responsabiliser et soutenir les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et leur famille de sorte qu'elles puissent participer activement à ce processus ;
- iii. concevoir et mettre en œuvre des systèmes de santé mentale complets, intégrés et efficaces qui englobent la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale ;
- iv. répondre au besoin de disposer d'un personnel compétent et efficace dans tous ces domaines ;
- v. reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et des aidants² (l'entourage) et s'en inspirer largement dans la planification et l'élaboration des services.

Ce Plan d'action suggère les modalités d'élaboration, de mise en œuvre et de renforcement de politiques globales de santé mentale dans les pays de la Région européenne de l'OMS, et en appelle à une action dans les douze domaines décrits ci-après. Les pays tiendront compte de ces politiques dans leurs propres stratégies et plans en matière de santé mentale, afin de définir ce qui devra être réalisé dans les cinq et dix années à venir.

1. Promouvoir le bien-être mental pour tous

Le défi

La santé mentale et le bien-être mental sont des conditions fondamentales à la qualité de la vie, confèrent un sens à notre existence et nous permettent d'être des citoyens à la fois créatifs et actifs. La santé mentale, élément essentiel de la cohésion sociale, de la productivité, de la paix et de la stabilité dans le cadre de vie, contribue au développement du capital social et de l'économie dans les sociétés. La santé mentale publique et les modes de vie propices au bien-être mental sont déterminants si l'on veut atteindre ce but. Par la promotion de la santé mentale, on peut améliorer la qualité de vie et le bien-être mental de l'ensemble de la population, notamment des personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de leur entourage. L'élaboration et la mise en œuvre de plans efficaces de promotion de la santé mentale permettront de parvenir à un meilleur bien-être mental pour tous.

Les actions à envisager

- i. Élaborer des stratégies globales pour la promotion de la santé mentale dans le cadre des politiques de santé mentale, de santé publique et des autres politiques d'intérêt public traitant de la promotion de la santé mentale à toutes les étapes de la vie.

² Le terme « aidants » désigne ici un membre de la famille, un ami ou toute autre personne agissant à titre privé.

- ii. Considérer la promotion de la santé mentale comme un investissement à long terme et élaborer des programmes de sensibilisation et d'information de longue durée.
- iii. Élaborer et mettre en place des programmes efficaces d'aide et de sensibilisation destinés aux parents, dès le stade de la grossesse.
- iv. Élaborer et proposer des programmes fondés sur des données scientifiques visant à renforcer les connaissances, fournir des informations et accorder la priorité à la résilience, à l'intelligence émotionnelle et au fonctionnement psychosocial chez les enfants et les jeunes.
- v. Offrir aux personnes âgées davantage de possibilités de s'alimenter sainement et de faire de l'exercice physique.
- vi. Promouvoir les interventions de proximité à différents niveaux (campagnes de sensibilisation destinées au public, mobilisation du personnel chargé des soins primaires et participation au niveau local d'acteurs tels qu'enseignants, membres du clergé, représentants des médias, etc.).
- vii. Intégrer les différents aspects de la promotion de la santé mentale dans les politiques et programmes généraux de promotion de la santé et de santé publique existants, tels que ceux soutenus par les réseaux de promotion de la santé de l'OMS.
- viii. Encourager la consommation de produits contribuant à une meilleure santé et réduire celle de produits qui nuisent à la santé.
- ix. Créer des environnements de travail favorables à la santé, notamment par la promotion de l'exercice physique, la modification des schémas de travail, l'adoption d'horaires acceptables et le recours à des modes de gestion sains.
- x. Proposer des actions efficaces de promotion de la santé mentale aux groupes à risque tels que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou physique chroniques et à leurs aidants.
- xi. Trouver des méthodes simples permettant à la population de se sentir davantage responsable vis-à-vis des objectifs de promotion de la santé et de prévention des maladies, par exemple en lui faisant mieux comprendre l'importance des choix de vie.

2. Faire comprendre le rôle essentiel de la santé mentale

Le défi

La santé mentale joue un rôle essentiel dans l'édification d'une société en bonne santé, ouverte à tous et productive. L'élaboration de politiques d'intérêt public rationnelles et globales, par exemple en matière de travail, d'urbanisme et de questions socioéconomiques, a également des répercussions positives sur la santé mentale et réduit les risques de problèmes dans ce domaine. Il est donc important de prendre en compte les conséquences de toutes les politiques d'intérêt public sur la santé mentale, et en particulier leur impact potentiel sur les groupes à risque. Dans le domaine de la santé mentale, il convient d'élaborer des politiques fondées sur des relations intersectorielles et sur des stratégies multisectorielles et pluridisciplinaires.

Les actions à envisager

- i. Faire de la santé mentale une partie indissociable de la santé publique.
- ii. Inclure la dimension de la santé mentale et les actions qui s'y réfèrent dans les politiques et législations nationales existantes et nouvelles.
- iii. Inclure la santé mentale dans les programmes consacrés à la santé et à la sécurité au travail.

- iv. Évaluer les répercussions possibles de toute nouvelle politique sur le bien-être mental de la population avant son entrée en vigueur et évaluer ensuite les effets de cette politique.
- v. Accorder une attention particulière à l'impact relatif des politiques sur les personnes à risque ou déjà atteintes de problèmes de santé mentale.

3. Lutter contre la stigmatisation et la discrimination

Le défi

L'élaboration et la mise en œuvre des politiques en matière de santé mentale ne doivent pas être compromises par les préjugés envers les problèmes de santé mentale, qui sont très courants et aboutissent à une véritable discrimination. Bien souvent, cette discrimination est à l'origine de l'inégalité des chances dont sont victimes les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. À cet égard, droits de la personne humaine et respect des personnes présentant ce type de problème sont des valeurs qu'il convient de protéger. La responsabilisation est une étape déterminante vers la réalisation de ces objectifs, dans la mesure où elle permet une meilleure insertion et une intégration sociale plus réussie. Le manque de responsabilités accordées aux structures représentant les patients et leur entourage, de même qu'une sensibilisation insuffisante, constituent un obstacle à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et d'actions adaptées aux besoins et aux aspirations des personnes concernées. L'exclusion dont sont victimes les usagers des services de santé mentale, que ce soit au sein d'asiles et d'établissements ou en milieu extra-hospitalier, doit être combattue de multiples façons.

Les actions à envisager

- i. Encourager les actions visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, en mettant l'accent sur le caractère très répandu des problèmes de santé mentale, leur pronostic généralement favorable, l'existence de traitements et le fait que ces problèmes vont rarement de pair avec la violence.
- ii. Adopter une législation relative aux droits des personnes handicapées, ou examiner la législation existante, afin que la santé mentale y soit traitée de manière égale et équitable.
- iii. Élaborer et mettre en œuvre, aux niveaux national et sectoriel et au sein des entreprises, des politiques visant à mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination liées aux problèmes de santé mentale dans les pratiques en matière d'emploi.
- iv. Encourager la participation des populations aux programmes locaux de santé mentale en soutenant les initiatives des organisations non gouvernementales.
- v. Élaborer un programme cohérent de politique et de législation destiné à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, en y intégrant les normes internationales et régionales en matière de droits de l'homme.
- vi. Établir un dialogue constructif avec les médias et leur communiquer systématiquement des informations.
- vii. Définir des normes de représentation des patients et des aidants dans les commissions et les groupes chargés de la planification, de la mise en œuvre, de l'évaluation et du contrôle des actions en matière de santé mentale.
- viii. Encourager la création et le développement aux niveaux local et national d'organisations non gouvernementales et gérées par les patients, qui représentent les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, l'entourage ainsi que les communautés dans lesquelles elles vivent.

- ix. Encourager l'intégration des enfants et des jeunes présentant des problèmes de santé mentale et atteints de handicaps dans le système d'éducation et d'enseignement professionnel général.
- x. Mettre en place un système de formation professionnelle destiné aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et favoriser l'adaptation des lieux de travail et des pratiques professionnelles aux besoins de ces personnes, dans le but de garantir leur entrée sur le marché de l'emploi concurrentiel.

4. Promouvoir les actions adaptées aux groupes d'âges vulnérables

Le défi

Les nourrissons, les enfants, les jeunes et les personnes âgées sont particulièrement exposés aux facteurs de risque sociaux, psychologiques, biologiques et environnementaux. Compte tenu de leur vulnérabilité et de leurs besoins, ces groupes d'âges devraient être les cibles prioritaires des actions en matière de promotion de la santé mentale et de prévention et traitement des problèmes y afférents. Toutefois, de nombreux pays disposent de moyens insuffisants dans ce domaine ; les services et le personnel sont souvent mal préparés à affronter les problèmes liés au développement de l'individu et spécifiques aux différents groupes d'âges. Chez l'enfant notamment, l'existence de troubles peut être un signe précurseur de problèmes de santé mentale à l'âge adulte. Les actions en faveur de la santé mentale des enfants et des adolescents devraient être considérées comme un investissement stratégique, dont les individus, les populations et les systèmes de santé tireront pendant longtemps les bénéfices.

Les actions à envisager

- i. Veiller à ce que les politiques en matière de santé mentale accordent une place prioritaire à la santé mentale et au bien-être mental des enfants, des adolescents et des personnes âgées.
- ii. Inclure les droits internationaux des enfants, des adolescents et des personnes âgées dans la législation en matière de santé mentale.
- iii. Faire participer au maximum les jeunes et les personnes âgées au processus décisionnel.
- iv. Accorder une attention particulière aux groupes marginalisés, notamment aux enfants et aux personnes âgées issus de l'immigration.
- v. Créer des services de santé mentale adaptés aux besoins des jeunes et des personnes âgées, qui fonctionnent en étroite collaboration avec les familles, les établissements scolaires, les centres d'accueil, le voisinage, la famille élargie et les amis.
- vi. Encourager la création de centres d'accueil pour personnes âgées, afin de permettre à ces personnes de bénéficier davantage de l'aide sociale et des mesures qui leur sont destinées.
- vii. Faire en sorte que des services de santé mentale tenant compte des besoins des deux sexes et des différents groupes d'âges soient dispensés à la fois par les services de soins de santé primaires et par les services de santé et de soutien social spécialisés, et que ces services fonctionnent dans le cadre de réseaux intégrés.
- viii. Ne pas systématiquement envisager les soins aux enfants, aux adolescents et aux personnes âgées en termes de placement en établissement spécialisé, qui engendre l'exclusion sociale et l'indifférence.
- ix. Améliorer la qualité des services spécialisés de santé mentale en mettant en place ou en renforçant les moyens nécessaires pour mener des interventions spécialisées et pour dispenser des soins aux enfants, aux adolescents et aux personnes âgées, mais aussi en formant et en recrutant un nombre suffisant de spécialistes.

- x. Améliorer la coordination entre les organisations participant aux programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et aux programmes consacrés à la santé (notamment mentale) des enfants et des adolescents aux niveaux national et international, ainsi que la collaboration entre leurs réseaux respectifs.
- xi. Garantir un financement égal à celui de services de santé comparables.

5. Prévenir les problèmes de santé mentale et le suicide

Le défi

Dans de nombreux pays, la population est exposée à des changements sociétaux, facteurs de stress, qui ont des effets négatifs sur la cohésion sociale, la sécurité et l'emploi et qui entraînent une augmentation de l'anxiété, de la dépression, des troubles liés à l'utilisation d'alcool et d'autres substances psycho-actives, de la violence et des comportements suicidaires. Les facteurs sociaux à l'origine de problèmes de santé mentale sont multiples ; il peut s'agir de causes personnelles de souffrance comme d'aspects ayant une incidence sur l'ensemble d'une communauté ou de la société. Ces problèmes peuvent apparaître ou s'aggraver dans des contextes très variés, notamment à la maison, dans le cadre scolaire, sur le lieu de travail ou au sein d'établissements. Les groupes marginalisés ou vulnérables tels que les réfugiés et les populations immigrées, les sans-emploi, les détenus ou les individus sortant de prison, les personnes présentant une orientation sexuelle différente, celles atteintes d'incapacités physiques ou sensorielles et celles déjà atteintes de problèmes de santé mentale, peuvent être particulièrement exposés à ces risques.

Les actions à envisager

- i. Sensibiliser davantage à la prévalence, aux symptômes et aux possibilités de traitement du stress mettant en danger la santé mentale, de l'anxiété, de la dépression et de la schizophrénie.
- ii. Prendre en charge les groupes à risque, en proposant des programmes de prévention de la dépression, de l'anxiété, du stress mettant en danger la santé mentale, du suicide et d'autres phénomènes de ce type, qui soient conçus en fonction des besoins, du milieu social et de la culture des intéressés.
- iii. Créer des groupes d'entraide, mettre en place des numéros d'appel et des sites Web afin de réduire le taux de suicide, notamment chez les groupes à haut risque.
- iv. Élaborer des politiques visant à réduire les moyens de suicide.
- v. Mettre en place une évaluation systématique de la santé mentale des jeunes mères qui sera effectuée par les obstétriciens et les infirmières visiteuses et intervenir, si nécessaire.
- vi. En ce qui concerne les familles à risque, proposer des sessions d'information et de prévention à domicile visant à améliorer les méthodes d'éducation des enfants, les comportements en matière de santé et le dialogue parents-enfants.
- vii. Mettre en place, en partenariat avec d'autres ministères, des programmes pédagogiques fondés sur des données scientifiques consacrés au suicide, à la dépression, aux troubles liés à l'utilisation d'alcool et d'autres substances psycho-actives à l'intention des jeunes à tous les niveaux de l'enseignement, et faire participer des personnalités et des jeunes à l'élaboration de campagnes d'information.
- viii. Encourager la mise en œuvre de programmes locaux de développement dans les zones à haut risque et renforcer la position des organismes non gouvernementaux, notamment ceux représentant les groupes marginalisés.

- ix. Assurer une aide et des services professionnels appropriés aux personnes ayant subi des situations de crise et d'actes de violence (guerres, catastrophes naturelles et attentats terroristes, en particulier), afin d'éviter les troubles liés au stress post-traumatique.
- x. Sensibiliser davantage le personnel travaillant dans le secteur des soins de santé et les secteurs associés et lui faire prendre conscience de ses propres attitudes et préjugés envers le suicide et les problèmes de santé mentale.
- xi. Instaurer une surveillance de la santé mentale au travail grâce à la création d'indicateurs et d'instruments appropriés.
- xii. Renforcer les moyens nécessaires à la protection et à la promotion de la santé mentale au travail grâce à l'évaluation des risques, à la gestion du stress et des facteurs psychosociaux, à la formation du personnel et à des mesures de sensibilisation.
- xiii. Faire participer les principales instances chargées de l'emploi, du logement et de l'éducation à l'élaboration et à l'exécution des programmes de prévention.

6. Garantir l'accès à des soins de santé primaires de qualité aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale

Le défi

Dans la plupart des pays de la Région européenne, les médecins généralistes et les autres personnels de soins de santé primaires constituent la première et principale source d'aide pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale courants. Toutefois, il arrive souvent que ces problèmes ne soient pas détectés à ce niveau et, lorsqu'ils sont identifiés, le traitement prescrit n'est pas toujours adapté. Bon nombre de personnes atteintes de problèmes de santé mentale, notamment celles qui sont vulnérables ou marginalisées, ont du mal à accéder à des services de soins et à rester en contact avec eux. Les médecins généralistes et les services de soins de santé primaires doivent disposer de moyens et de compétences accrus pour pouvoir dépister et traiter au niveau local les personnes atteintes de troubles mentaux, éventuellement avec l'aide des services spécialisés en santé mentale avec lesquels ils collaborent.

Les actions à envisager

- i. Veiller à ce que l'ensemble de la population ait facilement accès aux services de santé mentale dans le cadre des soins de santé primaires.
- ii. Accroître les moyens dont disposent les services de soins de santé primaires pour détecter et traiter les problèmes de santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété, les troubles liés au stress, la toxicomanie et les troubles psychotiques, en renforçant les compétences du personnel soignant et en augmentant les effectifs.
- iii. Permettre aux personnes présentant des problèmes mentaux courants ou graves, notamment les personnes non hospitalisées atteintes de troubles chroniques et stabilisés, d'avoir accès à des médicaments psychotropes et à des psychothérapies dans le cadre des services de soins de santé primaires.
- iv. Encourager le personnel des services de soins de santé primaires à se consacrer à des actions de promotion et de prévention de la santé mentale, en s'attachant tout particulièrement aux facteurs déclenchant les maladies mentales ou contribuant à leur persistance.
- v. Concevoir et mettre en œuvre des protocoles de traitement et d'orientation vers des services spécialisés au niveau des soins de santé primaire, en établissant des bonnes pratiques et en définissant clairement les responsabilités des réseaux de services de soins de santé primaire et de services spécialisés en santé mentale.

- vi. Créer des centres de compétences et soutenir les réseaux auxquels les professionnels de santé, les usagers, les aidants et les médias peuvent demander conseil dans chaque région.
- vii. Assurer la prestation et la pleine intégration des soins de santé mentale dans les autres services de soins de santé primaires et dans un environnement facilement accessible tel que les centres d'accueil et les hôpitaux généraux.

7. Offrir aux personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale des soins de qualité dans des services de proximité

Le défi

La réforme des soins de santé mentale progresse actuellement dans toute la Région européenne. Il est essentiel de reconnaître et de soutenir le droit des individus à bénéficier des traitements et des interventions les plus efficaces en s'exposant au moindre risque possible, en fonction des souhaits et besoins personnels et dans le respect de la culture, de la religion, du sexe et des aspirations de ces personnes. Dans de nombreux pays, les données recueillies et l'expérience vont dans le sens de la création d'un réseau de services de proximité comprenant des lits d'hôpitaux. Au XXI^e siècle, il ne peut plus être question de traitements et de soins inhumains et dégradants dans de grands établissements : les pays sont de plus en plus nombreux à avoir fermé la plupart de leurs asiles et avoir mis en place des services de proximité performants. Il convient d'accorder une place importante aux besoins psychologiques et économiques de la famille et de l'entourage du patient, et à la nécessité de les informer correctement, car ils sont souvent chargés d'assurer un soutien et des soins importants et prolongés et ont eux-mêmes souvent besoin qu'on les soutienne.

Les actions à envisager

- i. Donner aux patients et aux aidants les moyens d'accéder aux services de santé mentale et aux services généraux et d'assumer des responsabilités en matière de soins, en collaboration avec les professionnels concernés.
- ii. Programmer et mettre en place des services de proximité spécialisés accessibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept et dotés d'un personnel pluridisciplinaire, qui soient destinés aux personnes atteintes de problèmes graves tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression profonde ou la démence.
- iii. Assurer des soins en cas de crise, par le biais de services dispensés à domicile et sur le lieu de travail, en évitant si possible l'aggravation de la crise ou l'hospitalisation et en hospitalisant uniquement les personnes atteintes de problèmes très graves ou qui représentent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui.
- iv. Proposer des traitements très complets et efficaces, des psychothérapies et des médicaments ayant des effets secondaires aussi limités que possible dans le cadre des services de proximité, en particulier aux jeunes souffrant pour la première fois de problèmes de santé mentale.
- v. Garantir aux malades mentaux l'accès aux médicaments dont ils ont besoin à un coût abordable pour le système de soins de santé et pour la personne concernée, dans l'optique de rationaliser la prescription et l'utilisation de ces médicaments.
- vi. Créer des services de réadaptation contribuant à une meilleure intégration des personnes dans la société, tout en restant conscient de l'impact des handicaps liés aux problèmes de santé mentale.
- vii. Proposer des services aux personnes ayant besoin de soins de santé mentale et ne se trouvant pas dans un environnement spécialisé (mais, par exemple, dans un hôpital général ou une prison).

- viii. Proposer aux aidants et aux familles d'évaluer leurs besoins psychologiques et économiques et de les faire participer aux programmes de soins.
- ix. Concevoir des programmes visant à renforcer les compétences et le savoir-faire des familles et des aidants dans le domaine des soins et de la prise en charge.
- x. Vérifier si les programmes d'aide sociale tiennent compte du coût économique des soins.
- xi. Planifier et financer des programmes type qui puissent par la suite être diffusés.
- xii. Choisir et appuyer des personnes faisant autorité et respectées par leurs pairs qui dissémineront les pratiques innovantes.
- xiii. Élaborer des principes de bonne pratique et contrôler leur mise en œuvre.
- xiv. Donner officiellement aux personnes faisant l'objet de soins contre leur volonté le droit d'être défendues par un organisme indépendant choisi par elles-mêmes.
- xv. Adopter des législations ou des réglementations (ou renforcer celles qui existent déjà) protégeant les normes de qualité des soins, qui prévoient notamment l'arrêt des pratiques et soins inhumains et dégradants.
- xvi. Mettre en place des mesures de contrôle visant à renforcer les bonnes pratiques et à mettre fin au défaut de soins et aux mauvais traitements en matière de santé mentale.

8. Établir des partenariats intersectoriels

Le défi

Certains services essentiels qui étaient autrefois automatiquement dispensés dans de grands hôpitaux ou n'étaient pas considérés comme importants pour la vie des personnes présentant des problèmes de santé mentale sont aujourd'hui, la plupart du temps, disséminés entre de nombreux organismes. Or, le manque de coopération et de coordination entre des services gérés ou financés par ces différents organismes est à l'origine d'une mauvaise qualité des soins, de souffrances et d'inefficacité. Compte tenu de la grande variété des services en question, les attributions de ces organismes exigent une coordination et une direction efficace, et ce jusqu'au niveau des pouvoirs publics. Il est nécessaire d'aider les patients et leur entourage à bénéficier de services en matière de prestations sociales, de logement, de repas, d'emploi et de traitement d'affections physiques, par exemple dans le cas de la toxicomanie.

Les actions à envisager

- i. Organiser des services de prévention et de soins très complets centrés autour des besoins des patients et en étroite collaboration avec ces derniers.
- ii. Créer des réseaux de collaboration entre les services indispensables à la qualité de vie des patients et de leur entourage, tels que la protection sociale, le travail, l'éducation, la justice, les transports et la santé.
- iii. Charger le personnel des services de santé mentale de recenser les besoins liés à la vie quotidienne et d'aider les personnes concernées, que ce soit directement ou par la coordination avec d'autres services.
- iv. Apprendre au personnel des autres services à connaître les besoins et les droits des personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de celles présentant un risque d'en être atteintes.
- v. Recenser et lever les obstacles financiers et bureaucratiques à la collaboration, y compris au niveau des pouvoirs publics.

9. Déployer des effectifs suffisants et compétents

Le défi

La réforme de la santé mentale exige que l'on définisse de nouvelles fonctions et tâches au sein du personnel, ce qui implique une évolution des valeurs, mais aussi des mentalités, des connaissances et des compétences. Les pratiques suivies par de nombreux acteurs de la santé mentale et par le personnel d'autres secteurs tels que les enseignants, les travailleurs sociaux, les membres du clergé et les bénévoles, doivent être modernisées si l'on veut pouvoir offrir des soins utiles et efficaces. Les nouvelles formations doivent permettre de disposer du savoir-faire requis pour tous les rôles et tâches devant être assumés.

Les actions à envisager

- i. Prendre conscience de la nécessité de définir de nouvelles fonctions et tâches parmi le personnel, spécialisé ou non, employé dans les services de santé et dans les autres secteurs concernés tels que la protection sociale et l'éducation.
- ii. Prévoir, dans la formation de l'ensemble du personnel des services de santé mentale, une expérience dans les services de proximité et un travail d'équipe pluridisciplinaire.
- iii. Organiser des formations en matière de détection, prévention et traitement des problèmes mentaux à l'intention de tout le personnel des services de soins primaires.
- iv. Planifier et financer, en partenariat avec les établissements d'enseignement, des programmes d'études et de formation qui répondent aux besoins du personnel existant et nouvellement recruté.
- v. Encourager le recrutement de nouveaux professionnels de santé mentale et fidéliser les personnels en poste.
- vi. Veiller à ce que les professionnels de santé mentale soient équitablement répartis dans la population, notamment auprès des personnes à risque, en mettant au point des mesures incitatives.
- vii. Résoudre le problème lié au manque de compétences des formateurs actuels en matière de nouvelles technologies et soutenir la planification de programmes de « formation des formateurs ».
- viii. Sensibiliser le personnel des services de santé mentale aux liens entre promotion, prévention et traitement et organiser des formations sur ce thème.
- ix. Mieux faire comprendre à l'ensemble des agents du secteur public l'impact de leurs politiques et de leurs actions sur la santé mentale de la population.
- x. Déployer un personnel hautement qualifié en concevant et en mettant en place des formations spécialisées destinées à toutes les personnes travaillant dans le domaine des soins de santé mentale.
- xi. Mettre au point des filières de formation spécialisées dans les domaines exigeant des niveaux de compétence élevés, par exemple les soins et traitements dispensés aux enfants, aux personnes âgées et aux personnes présentant à la fois des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (comorbidité).

10. Réunir des informations de qualité sur la santé mentale

Le défi

Si l'on veut mettre en place des politiques et des pratiques efficaces dans les pays et dans l'ensemble de la Région, il est nécessaire de disposer d'informations sur la situation actuelle en matière de santé

mentale et d'actions dans ce domaine. Il convient également d'observer l'impact que peut avoir la mise en œuvre d'initiatives nouvelles. De même, il serait bon de mesurer l'état de santé mentale des populations, de certains groupes et des individus ainsi que leur comportement en termes de recherche d'aide de façon à pouvoir procéder à des comparaisons dans la Région européenne de l'OMS. Enfin, il est souhaitable d'uniformiser les indicateurs et de faire en sorte qu'ils permettent des comparaisons aux niveaux local, national et international, ce qui permettra de planifier, mettre en œuvre, surveiller et évaluer plus facilement et plus efficacement une stratégie et un plan d'action pour la santé mentale fondés sur des preuves scientifiques.

Les actions à envisager

- i. Concevoir un système national de surveillance et des systèmes de collecte de données fondés sur des indicateurs uniformisés, harmonisés et comparables à l'échelle internationale (ou renforcer les systèmes existants), afin de suivre les progrès accomplis par rapport aux objectifs locaux, nationaux et internationaux en matière d'amélioration de la santé mentale et du bien-être mental.
- ii. Élaborer de nouveaux indicateurs et de nouvelles méthodes de collecte des données non encore disponibles, notamment des indicateurs relatifs à la promotion de la santé mentale, à la prévention et au traitement des problèmes de santé mentale et à la réinsertion sociale des personnes atteintes de ces problèmes.
- iii. Soutenir l'organisation d'enquêtes périodiques sur la santé mentale dans la population, qui soient fondées sur l'utilisation d'une méthodologie adoptée par l'ensemble de la Région européenne de l'OMS.
- iv. Mesurer les taux de base de l'incidence et de la prévalence de maladies clés, y compris les facteurs de risque, dans la population et dans les groupes à risque.
- v. Mettre en place un suivi des programmes, services et systèmes de santé mentale existants.
- vi. Encourager, dans la Région européenne de l'OMS, la création d'un système intégré de bases de données contenant des informations relatives à la situation au regard de la santé mentale, notamment sur les politiques, les stratégies en la matière, la mise en œuvre et l'organisation d'une promotion fondée sur des données probantes, la prévention, les traitements, les soins et la réinsertion sociale.
- vii. Favoriser la diffusion d'informations sur l'impact de bonnes politiques et de bonnes pratiques à l'échelle nationale et internationale.

11. Assurer un financement équitable et suffisant

Le défi

Les ressources consacrées à la santé mentale sont souvent inappropriées et inéquitables par rapport à celles allouées à d'autres domaines du secteur public, ce qui se traduit par un manque d'accès aux soins, un désintérêt et une discrimination. Dans certains systèmes de santé, la couverture des soins par les assurances et les droits au traitement établissent une discrimination très marquée à l'encontre des problèmes de santé mentale. Dans le budget de la santé mentale, l'allocation des ressources doit être équitable et proportionnée : la part et les avantages relatifs les plus importants doivent revenir à ceux qui en ont le plus besoin.

Les actions à envisager

- i. Déterminer si la part du budget de la santé affectée à la santé mentale est à la hauteur des besoins et du degré de priorité des personnes qui en ont besoin.
- ii. Veiller à ce que les personnes les plus gravement atteintes et les plus pauvres bénéficient des avantages relatifs les plus importants.

- iii. Évaluer l'efficacité de l'affectation des fonds, en tenant compte des avantages pour la société, notamment ceux engendrés par la promotion, la prévention et les soins.
- iv. Déterminer si les systèmes financés par des fonds publics ou privés offrent une couverture à la fois très large et adéquate en fonction des contraintes, à un niveau égal à celle garantie pour les autres types de maladies, sans susciter ni exclusion, ni discrimination, et en veillant particulièrement à protéger les groupes les plus vulnérables.

12. Évaluer l'efficacité des systèmes et produire de nouvelles données probantes

Le défi

La recherche connaît actuellement une évolution considérable, mais pour certaines stratégies et mesures, les données scientifiques sont insuffisantes et il convient d'y consacrer davantage de ressources. Il convient également de consacrer davantage de ressources à la diffusion des informations dans la mesure où de nombreux responsables politiques, dirigeants, praticiens et chercheurs n'ont pas connaissance des données existantes concernant les nouvelles mesures efficaces et les exemples de bonnes pratiques à l'échelle nationale et internationale. Les chercheurs européens doivent collaborer afin d'établir les bases d'actions en matière de santé mentale fondées sur des données probantes. La recherche doit se concentrer en priorité sur l'analyse des politiques de santé mentale, sur l'évaluation de l'impact des stratégies générales en matière de santé mentale, sur l'évaluation des programmes de promotion de la santé mentale, sur l'exploitation de données scientifiques plus solides en matière d'actions de prévention, sur de nouveaux modèles de services et sur l'économie de la santé mentale.

Les actions à envisager

- i. Soutenir les stratégies nationales en matière de recherche visant à recenser, enrichir et mettre en œuvre les bonnes pratiques permettant de satisfaire les besoins de la population, notamment les groupes à risque.
- ii. Évaluer l'impact à long terme des systèmes de santé mentale et tirer parti des expériences vécues pour établir de nouvelles priorités et mettre en route les programmes de recherche qui s'imposent.
- iii. Soutenir les initiatives de recherche qui facilitent l'élaboration de programmes de prévention destinés à l'ensemble de la population, notamment aux groupes à risque. Si l'on veut mettre au point des programmes et des politiques de prévention efficaces, il convient d'effectuer des recherches sur les effets de l'interdépendance entre de nombreux problèmes de santé d'ordre mental, physique et social.
- iv. Promouvoir les activités de recherche visant à estimer les conséquences sanitaires des politiques menées par les secteurs autres que celui de la santé, dans la mesure où ces politiques peuvent à l'évidence avoir des effets positifs sur la santé mentale.
- v. Réduire l'écart de connaissances entre la recherche et la pratique en favorisant la collaboration et les partenariats entre les chercheurs, les responsables politiques et les praticiens, par l'organisation de séminaires et la diffusion de publications.
- vi. Veiller à ce que les programmes de recherche comprennent des évaluations à long terme de leur impact, non seulement sur la santé mentale, mais également sur la santé physique, et de leurs effets socioéconomiques.
- vii. Établir des partenariats durables entre les praticiens et les chercheurs en vue de la mise en œuvre et de l'évaluation des mesures existantes ou nouvelles.
- viii. Investir dans des formations de recherche en santé mentale recoupant plusieurs disciplines universitaires, notamment l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, la gestion et

l'économie, et créer des mesures encourageant l'établissement de partenariats universitaires à long terme.

- ix. Développer la collaboration européenne en matière de recherche en santé mentale en améliorant les contacts entre les centres collaborateurs européens de l'OMS et les autres centres exerçant des activités de recherche dans le domaine de la prévention.
- x. Investir dans la collaboration régionale en matière d'informations et dans la diffusion de ces informations, afin d'éviter la reproduction inutile d'activités de recherche d'intérêt général et de faire connaître l'existence de celles qui, ailleurs, ont abouti.

La santé mentale pour l'Europe : relever les défis

Étapes importantes

Les États membres s'engagent, par la Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe et par le présent Plan d'action, à relever les défis qui se posent à eux en s'efforçant de franchir les étapes importantes suivantes, entre 2005 et 2010 :

1. préparer des politiques et mettre en place des actions visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination et à promouvoir le bien-être mental, notamment dans des environnements scolaires et professionnels sains ;
2. évaluer les effets de la politique publique de santé mentale ;
3. inclure la prévention des problèmes de santé mentale et du suicide dans les politiques nationales ;
4. mettre en place des services spécialisés capables de prendre en charge les problèmes propres aux jeunes et aux personnes âgées et ceux spécifiques aux deux sexes ;
5. accorder la priorité aux services s'occupant principalement des problèmes de santé mentale des groupes marginalisés et vulnérables, y compris des problèmes de comorbidité (par exemple, coexistence de problèmes de santé mentale avec d'autres problèmes tels que la toxicomanie ou une maladie physique) ;
6. établir des partenariats favorisant une coopération intersectorielle et lever les obstacles à la collaboration ;
7. adopter des stratégies de ressources humaines permettant de déployer un personnel en nombre suffisant et doté des compétences nécessaires en matière de santé mentale ;
8. définir un ensemble d'indicateurs concernant les déterminants et l'épidémiologie de la santé mentale et permettant la création et la prestation de services en partenariat avec d'autres États membres ;
9. garantir un financement, des réglementations et une législation sanitaires équitables et qui tiennent compte de la santé mentale ;
10. mettre fin aux traitements et aux soins inhumains et dégradants et adopter une législation en matière de droits de la personne et de santé mentale qui soit conforme aux normes des conventions des Nations Unies et de la législation internationale ;
11. améliorer l'intégration sociale des personnes présentant des problèmes de santé mentale ;
12. garantir la représentation des patients et des aidants dans les commissions et les groupes chargés de la planification, de la mise en œuvre, de l'évaluation et du contrôle des actions en matière de santé mentale.

B. Vers une Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles : suite donnée à la résolution EUR/RC54/R4

Résumé

13. Par sa résolution EUR/RC54/R4, le Comité régional a prié le directeur régional d'élaborer une stratégie européenne globale et centrée sur l'action pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles dans la Région européenne d'ici 2006. Pour faciliter ce processus, un réseau d'homologues nationaux de l'OMS a été créé au début de 2005 et un groupe de rédaction composé de représentants de huit États membres a été constitué. Le déroulement des activités permet d'envisager l'élaboration d'une première version de cette stratégie d'ici octobre en vue d'une discussion avec les homologues nationaux à la fin de 2005. Une consultation finale avec les États membres devrait avoir lieu d'ici à la fin de mars 2006.

Introduction

14. À la cinquante-quatrième session du Comité régional, en septembre 2004, les États membres ont décidé, par la résolution EUR/RC54/4, d'accorder un degré élevé de priorité aux maladies non transmissibles et d'élaborer une stratégie d'ensemble orientée vers l'action pour la Région d'ici 2006. Cette stratégie devait être axée sur la mise en œuvre, tenir compte de la spécificité et de la diversité de la Région européenne, et être élaborée en collaboration avec les États membres, des organismes intergouvernementaux, des organisations non gouvernementales et d'autres partenaires appropriés. La présente section rend compte des progrès accomplis depuis septembre 2004 en ce qui concerne l'élaboration de cette stratégie, compte tenu des indications énoncées dans la résolution.

Collaboration avec les États membres : homologues nationaux et groupe de rédaction

15. En février 2005, les ministères de la Santé de la Région européenne de l'OMS ont été invités à désigner des homologues nationaux chargés de coopérer étroitement avec l'OMS pour l'élaboration de la Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles. En juin 2005, des désignations avaient été reçues de 46 pays. Une réunion des homologues nationaux pour les maladies non transmissibles a eu lieu du 28 au 30 avril 2005, au Bureau régional, à Copenhague ; des représentants de 32 pays y ont participé.

16. Lors de cette première réunion, les homologues nationaux pour les maladies non transmissibles ont décidé du processus consultatif par lequel la Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles serait élaborée et ont commencé à indiquer les moyens à utiliser pour soutenir la mise en œuvre de cette stratégie. À cette occasion, les participants ont pu avoir un débat technique sur certains aspects de la stratégie et les représentants des pays ont eu la possibilité de présenter des exemples tirés de leur propre expérience, en particulier dans le domaine de la politique sur les maladies non transmissibles.

17. Lors de cette réunion également, on a créé un groupe de rédaction composé de représentants de huit pays et chargé d'élaborer la stratégie. Ce groupe est équilibré sur les plans de la géographie et de la répartition homme-femme. Il comprend des membres des pays suivants : Croatie, Fédération de Russie, Géorgie, Italie, Lituanie, Roumanie, Royaume-Uni et Suède ; la présidence du groupe est assurée par Bosse Pettersson (Suède). Le représentant de la Lituanie est également président du Comité de gestion international du Programme intégré à l'échelle d'un pays sur les maladies non transmissibles (CINDI), ce qui permet de tirer parti de l'expérience considérable de ce programme. La première réunion de ce groupe a eu lieu au cours de la réunion des homologues nationaux en avril. Une deuxième réunion a eu lieu en Suède les 13 et 14 juin 2005 ; six des huit membres y ont participé. Les résultats de cette réunion ont été les suivants : orientations détaillées pour l'élaboration de la première version de la stratégie, y compris son orientation et sa portée ; définition des domaines d'activité exigeants des compétences techniques extérieures ; et propositions concernant l'établissement d'autres inventaires de travaux connexes nécessaires pour l'élaboration du document.

18. À la suite de cette réunion, une assistance extérieure relative à certains domaines sera demandée et une première version de la stratégie (de 10 à 15 pages) sera élaborée pour distribution aux membres du groupe de rédaction d'ici à la fin du mois d'août. Une version révisée incorporant leurs observations fera l'objet d'une discussion lors de la troisième réunion du groupe de rédaction, qui se tiendra à la mi-septembre. L'intention est de disposer de la première version complète prête à être traduite en russe et à être diffusée aux homologues nationaux d'ici à la mi-octobre. La deuxième réunion des homologues nationaux pour les maladies non transmissibles aura lieu en novembre ou décembre 2005. Une troisième consultation de pays devrait avoir lieu d'ici à la fin du mois de mars 2006.

Collaboration avec des organes intergouvernementaux et non gouvernementaux et d'autres partenaires appropriés

19. La Commission européenne et d'autres éléments de l'OMS s'intéressent et adhèrent aux travaux accomplis jusqu'à présent. Le directeur du Département des maladies chroniques et de la promotion de la santé du Siège de l'OMS et le chef de l'Unité des déterminants de la santé de la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne ont participé à la première réunion des homologues nationaux et ont annoncé qu'ils soutenaient fermement l'élaboration de la stratégie. D'autres régions de l'OMS ont été tenues au courant lors des réunions mondiales semestrielles des conseillers régionaux pour les maladies non transmissibles et du Forum mondial sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques, qui ont également offert la possibilité d'échanger des informations d'expérience avec d'autres régions. Le Bureau régional de l'Europe a également été invité à présenter les évolutions récentes concernant la stratégie lors de la réunion organisée par la Société européenne de cardiologie, en collaboration avec la présidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne et la Commission européenne, en vue de donner suite aux conclusions du Conseil sur la santé cardiaque du 2 juin 2004.

20. Lors de la première réunion des homologues nationaux, il a été décidé qu'une consultation plus large sur la stratégie n'aurait pas lieu tant qu'une version déjà avancée n'aurait pas été élaborée et fait l'objet de discussions avec les États membres par le biais du mécanisme des homologues à la fin 2005. Une proposition concernant le processus relatif à cette consultation plus large sera également examinée avec les États membres à la fin 2005. Entre-temps, le Bureau régional a été contacté par plusieurs membres de l'industrie alimentaire en vue de discussions sur la Stratégie européenne pour les maladies non transmissibles et sur la mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Une première réunion a eu lieu en mars 2005 avec des représentants de la Confédération des industries alimentaires et des boissons de l'Union européenne. Unilever a également demandé une réunion, qui est programmée provisoirement pour août 2005.

Engagements préexistants des États membres et stratégies pertinentes

21. Un inventaire des engagements existants et des stratégies pertinentes des États membres a été établi et est utilisé en vue de l'élaboration de la stratégie.

22. Au cours de la période 2004–2006 pendant laquelle a lieu l'élaboration de la Stratégie européenne pour les maladies non transmissibles, il est prévu que le Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005, la Stratégie européenne pour la lutte antitabac et le premier Plan d'action européen pour la politique alimentaire et nutritionnelle fassent l'objet d'un réexamen. Parallèlement, la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents a été établie et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe a été rendu public. Le Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS sera présenté au Comité régional à sa cinquante-cinquième session, tandis qu'un rapport d'étape sur la Stratégie de lutte contre le tabagisme sera présenté lors de la cinquante-sixième session, au cours de laquelle la Stratégie européenne pour les maladies non transmissibles sera également présentée pour examen. Pour favoriser des synergies entre ces divers domaines d'activités, le responsable de l'élaboration de la Stratégie européenne pour les maladies non transmissibles a participé à des réunions d'homologues nationaux pour l'alcool, le

tabac, et la santé des enfants et des adolescents, ainsi qu'à la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, et au processus d'élaboration de différents documents du Comité régional. Pour faciliter encore la communication et la coopération au sein du Bureau régional, on a mis en place un mécanisme interne de synergie entre les différents programmes qui contribuent à la prévention et au contrôle des maladies non transmissibles.

Mise en œuvre dans une Europe diversifiée

23. Lors de la réunion des homologues nationaux pour les maladies non transmissibles, des intervenants de sept pays ont présenté des exposés sur la façon dont ils font actuellement face aux problèmes posés par les maladies non transmissibles, notamment en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nationales relatives aux maladies non transmissibles. Une séance générale a également été consacrée aux difficultés de mise en œuvre particulières que les pays rencontrent. Sur la base de ces discussions, une liste préliminaire d'outils et de produits destinés à aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre la stratégie a été dressée.

24. Le Bureau régional participe à une enquête mondiale de l'OMS sur les maladies non transmissibles en 2005, dont l'objet est d'obtenir une vue d'ensemble à jour sur les politiques mise en œuvre dans ce domaine. Il conviendra de remplir un questionnaire et de participer ensuite à un entretien. Il est également prévu que des documents d'orientation seront rassemblés et mis à la disposition des États membres grâce à un portail faisant partie du site Web du Bureau régional, parallèlement à des informations sur les facteurs de risque des maladies transmissibles et à d'autres informations pertinentes. Grâce aux informations reçues des pays, on établira une série d'études de cas sur des politiques reposant sur des bases factuelles. Enfin, les programmes du Bureau régional collaborent entre eux et avec le Siège de l'OMS pour rassembler des données à jour, accessibles et comparables sur les pays en ce qui concerne les facteurs de risque des maladies transmissibles et pour examiner la démarche qui préside à la surveillance des maladies non transmissibles.

25. Le Bureau régional a également joué un rôle actif dans l'établissement du rapport mondial sur les maladies non transmissibles intitulé *La prévention des maladies transmissibles : un investissement vital*, qui sera publié en octobre 2005. Ce rapport argumentera en faveur d'un investissement dans la prévention et rassemblera les informations disponibles relatives aux mesures à prendre pour aider les décideurs à élaborer une politique selon une démarche progressive. Les homologues nationaux soutiennent également l'idée d'établir un rapport européen sur les maladies non transmissibles, qui accompagnera le document de travail ou d'information qui sera élaboré en vue de la cinquante-sixième session du Comité régional. Cette version européenne du rapport mondial donnera des informations et exemples plus précis concernant la situation européenne. On établira une proposition au cours de l'été de cette année, une fois que la première version du document sur la Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles aura été rédigée et que le texte du rapport mondial sur les maladies non transmissibles aura été reçu.

C. Amplification de l'action contre le VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS : mise en œuvre de la résolution EUR/RC52/R9

Tendances épidémiologiques du VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS

26. L'épidémie de VIH/sida dans la Région a continué à croître à un rythme très rapide au cours des trois dernières années. À la fin de mai 2005, les États membres européens avaient signalé au Bureau régional 856 338 cas d'infection à VIH (contre 584 000 en 2001), 298 297 cas de sida (contre 263 000 en 2001) et 170 387 décès dus au sida (contre 152 000 en 2001).

27. L'OMS et le programme commun des Nations Unies contre le VIH/sida (ONUSIDA) estiment que 2,01 millions de personnes étaient atteintes d'infection à VIH ou de sida dans la Région à la fin de 2004 (fourchette de 1,4 à 2,86 millions), la prévalence estimée étant de 0,2–0,6 % de la population. Cela représente une augmentation de près de 30 % par rapport à l'estimation de 1,55 millions à la fin de 2001. Cependant, les taux de prévalence de l'infection à VIH varient d'un groupe de pays à l'autre, de moins de 0,1 % en Europe centrale et du sud-est à pas moins de 1,05 % dans les pays de la partie occidentale de la Communauté des États indépendants (Biélorus, Fédération de Russie, République de Moldova et Ukraine).

28. L'épidémie d'infection à VIH et de sida reste concentrée dans des groupes de population à haut risque de l'ensemble de la Région. Il s'est produit une augmentation lente mais constante du nombre de femmes infectées par le VIH, mais l'épidémie touche principalement les hommes des zones urbaines. En Europe occidentale, le VIH/sida est principalement transmis sexuellement et la majorité des nouveaux cas signalés se rapportent à des homosexuels masculins et à des immigrants (dont plus de la moitié sont des femmes) de pays où il existe une épidémie généralisée de VIH. En Europe orientale, l'injection de drogues est la voie de transmission dans plus de 80 % des cas signalés lorsque la voie est connue. Les femmes représentent 28 % des cas d'infection à VIH. Cinq pour cent des cas notifiés d'infection à VIH concernent des enfants de moins de 15 ans au moment du diagnostic de l'infection.

Prévention et traitement du VIH/sida

29. Il est estimé que 557 000 personnes avaient besoin d'un traitement antirétroviral hautement actif (HAART) en Europe au milieu de 2005 et que 330 000 le recevaient effectivement. De mars 2003 au milieu de 2005, le nombre de patients bénéficiant du HAART en Europe occidentale a augmenté de 32 %, passant de 235 000 à 311 000, et de 157 % en Europe centrale et orientale, passant de 7 000 à 18 000. Sur le total, 378 000 personnes ayant besoin du HAART résident en Europe occidentale, centrale ou du sud-est et 159 000 en Europe orientale ou en Asie centrale. Quarante États membres (tous ceux d'Europe occidentale et la plupart des pays d'Europe centrale) offrent un accès universel au HAART, ce qui représente une multiplication par dix depuis 2004. Huit États membres n'offrent qu'un accès partiel au traitement. Le nombre de pays qui ne fournissent pas de HAART ou seulement dans moins de 1 % des cas est passé de 14 à 4.

30. Selon les plans nationaux d'amplification, il est estimé que 49 des 52 États membres européens de l'OMS offriront un accès universel au HAART d'ici à la fin 2005 (le Turkménistan n'assure pas de HAART, et la Fédération de Russie et l'Ukraine n'offrent qu'un accès partiel) et que le nombre de personnes bénéficiant du HAART sera d'environ 368 500 (332 000 en Europe occidentale et 36 500 en Europe centrale et orientale).

31. Les résultats préliminaires d'une enquête menée dans tous les États membres européens de l'OMS concernant le traitement antirétroviral (TARV) à la fin de 2004 montrent que les femmes représentent 32 % des personnes bénéficiant du TARV (28 % des cas d'infection à VIH signalés) et que les enfants de moins de 15 ans représentent 5 % des personnes qui reçoivent un TARV (5 % des cas signalés d'infection à VIH). Environ un tiers des personnes recevant un traitement sont également infectées par le virus de l'hépatite B ou C. L'accès au TARV pour les personnes qui s'injectent de la

drogue s'est beaucoup amélioré ces deux dernières années, puisqu'une proportion croissante des personnes infectées par le VIH à la suite de l'injection de drogue ont accès au TARV, y compris des consommateurs de drogue actifs qui ont aussi accès à un traitement de substitution des opioïdes dans un nombre croissant de pays.

32. La prévention, le traitement et les soins font partie intégrante de bonnes mesures de santé publique face à l'épidémie de VIH/sida, et se renforcent mutuellement. L'OMS a surtout axé ses efforts, au cours de la période biennale en cours, sur l'amplification de l'accès au traitement et aux soins, parce que ceux-ci étaient négligés dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale ; cependant, la prévention mérite un intérêt particulier.

33. Un accès accru au TARV incite à adopter un comportement favorable à la santé parmi les personnes qui risquent de contracter l'infection à VIH et ceux qui sont atteints de VIH/sida ; il favorise un accès plus large et un recours accru aux services de conseil et de dépistage en matière de VIH et donc un accès à des moyens de prévention tels que les préservatifs. Cependant, si des programmes de prévention faciles d'accès et efficaces ne sont pas disponibles sur une grande échelle en particulier pour ceux qui risquent le plus de contracter le VIH/sida, tels que les personnes qui s'injectent de la drogue et les homosexuels masculins, le nombre de personnes nouvellement infectées en Europe continuera d'augmenter à une allure très rapide. Il en résultera une pression considérable sur les systèmes de soins de santé pour qu'ils développent les services destinés aux personnes atteintes de VIH/sida et augmentent de façon importante les dépenses de santé dans ce domaine.

34. Le Bureau régional continue de coopérer étroitement avec les États membres en préconisant l'amplification de programmes de prévention efficaces, fondés sur des bases factuelles et équitables qui ciblent les personnes qui courent le plus de risques, en particulier les personnes qui s'injectent de la drogue en Europe orientale. Une assistance a été fournie à des pays tels que l'Estonie, la Lituanie et l'Ukraine pour évaluer les besoins, recommander des interventions appropriées de réduction des risques et évaluer l'expérience acquise dans le cadre de programmes destinés aux personnes qui s'injectent de la drogue.

Adaptation des services du Bureau régional aux besoins des États membres

35. À sa cinquante-deuxième session, le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC52/R9, intitulée « Amplifier l'action contre le VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS », qui fait du VIH/sida l'une des principales priorités et met en place les bases des activités du Bureau régional dans ce domaine.

36. Depuis lors, le nombre des fonctionnaires et l'ampleur des activités du Bureau consacrés aux VIH/sida ont été accrus de façon considérable, ce qui est allé de pair avec une assistance aux réseaux de ressources techniques des États membres, notamment en ce qui concerne la surveillance du VIH/sida et l'adaptation de directives et de protocoles de traitement. En juin 2005, 34 fonctionnaires à temps plein travaillaient dans le domaine du VIH/sida au Bureau régional à Copenhague et dans 12 bureaux de pays.

37. Les capacités accrues du Bureau régional dans le domaine du VIH/sida ont permis au secrétariat d'accroître nettement l'assistance technique directe aux États membres. Ces efforts ont porté dans une large mesure sur l'élaboration de plans nationaux d'amplification des moyens de traitement, la conception de principes directeurs sur la prévention, le traitement et les soins, l'assistance à l'élaboration et à l'exécution de projets financés par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et le développement des capacités du secteur sanitaire à assurer des services nouveaux et élargis de prévention, de traitement et de soins, à surveiller l'épidémie, et à suivre et évaluer les résultats de ces interventions.

Action de sensibilisation et partenariats au niveau régional

38. En 2002–2003, le Bureau régional s'est positionné comme organisme technique chef de file, non seulement en fournissant des outils techniques essentiels (principes directeurs, protocoles et recommandations, par exemple) aux pays et aux partenaires, mais également en menant une action vigoureuse de sensibilisation en faveur d'un développement de la prévention, du traitement et des soins. Le fait que le Bureau régional continue à soutenir fermement des pratiques optimales reposant sur des bases factuelles, mais parfois contestées sur le plan politique (telles que la réduction des risques dans le cas des personnes qui s'injectent de la drogue) a suscité du respect pour l'Organisation parmi les États membres, la société civile et d'autres partenaires.

39. La résolution EUR/RC52/R9 a servi de base pour l'élaboration de recommandations destinées aux États membres et la prise d'engagements par ceux-ci à d'autres occasions, telles que la Conférence ministérielle sur le VIH/sida en Europe (Dublin, février 2004) et la conférence qui lui a fait suite à Vilnius en septembre 2004. Lors de ces deux réunions, les déclarations adoptées ont demandé un accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins.

40. Le 1^{er} décembre 2003, un document stratégique de l'OMS intitulé « Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : comment y parvenir » a été rendu public. Il montrait comment, grâce à des ressources appropriées, l'OMS pouvait contribuer à des activités accélérées à tous les niveaux qui aideraient les pays à développer le traitement et les soins en matière de VIH/sida. Cette initiative arrive à son terme et, bien qu'un accès universel ait été réalisé dans 40 pays, il faudra renforcer les partenariats et les efforts nationaux pour réduire l'insuffisance considérable des services de traitement en Europe orientale, car elle continuera à croître au cours des prochaines années plus rapidement que l'amplification actuelle du TARV.

41. Il a été possible de renforcer les partenariats avec des organisations non gouvernementales (ONG), des militants du traitement et des personnes atteintes de VIH/sida en associant activement les communautés aux travaux de l'OMS aux niveaux régional et national. Le Bureau régional a mis en place et maintenu des partenariats actifs avec le Réseau de réduction des risques d'Europe centrale et orientale, la Fondation sida Est-Ouest et des associations nationales de personnes infectées par le VIH telles que le Réseau pan-ukrainien des personnes vivant avec le VIH, American International Health Alliance et le Groupe d'action européen pour le traitement.

42. La collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies, sous la coordination générale de l'ONUSIDA, et avec d'autres partenaires a été renforcée aux niveaux régional et national, conformément aux « trois principes directeurs », c'est-à-dire une seule politique-cadre de pays, un seul organisme de coordination national pour le VIH/sida et un seul cadre commun de suivi et d'évaluation.

43. Des partenariats techniques et de financement étroits ont été mis en place et maintenus avec l'Agence allemande de coopération technique (GTZ) le ministère du Développement international du Royaume-Uni (DfID), l'Agency for International Development des États-Unis (USAID), la Commission européenne et d'autres organismes d'aide bilatéraux, les gouvernements allemand, français, italien, néerlandais et d'autres États membres, et des partenaires internationaux. L'Agence canadienne pour le développement international a été, pour le Bureau régional, le principal bailleur de fonds concernant le VIH/sida en 2004–2005, grâce à sa contribution à l'Initiative « Trois millions d'ici 2005 » via le Siège de l'OMS.

Orientation normative et de la politique

44. Les protocoles de traitement et de soins de l'OMS pour les personnes atteintes de l'infection à VIH ou du sida dans les pays de la Communauté des États indépendants, conçus en 2004, font l'objet d'une actualisation et d'un élargissement, de façon à ce qu'ils conviennent à l'ensemble de la Région européenne. L'OMS a tenu en 2005 des réunions de consultation sur l'élaboration de nouveaux protocoles dans des domaines tels que les services de santé reproductive pour les personnes séropositives

VIH, la co-infection VIH et hépatite, le traitement et les soins pour les personnes atteintes du VIH/sida qui s'injectent de la drogue et la vaccination des personnes vivant avec le VIH/sida.

45. L'OMS a organisé un atelier de consensus européen sur la stadification clinique de l'OMS concernant le VIH/sida et les définitions de cas de sida pour la surveillance, en collaboration avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et le Centre européen pour le suivi épidémiologique du sida (EuroHIV).

46. En collaboration avec les homologues nationaux, le Bureau régional a établi des documents stratégiques qui présentent les options permettant d'obtenir des réductions de prix pour le traitement antirétroviral ; ces documents conviennent pour tous les pays de la CEI. Une réunion régionale a été organisée (avec le concours de l'ONUSIDA) sur le thème des stratégies de réduction de prix pour les antirétroviraux en faveur des pays de la CEI, en Azerbaïdjan en février 2005, et une réunion similaire aura lieu pour l'Europe centrale en septembre 2005.

Informations stratégiques

47. Le Bureau régional a coopéré avec les 52 États membres concernant une surveillance régulière des infections sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH et du sida à l'échelle de l'ensemble de la Région, en collaboration avec EuroHIV.

48. Des données provenant de la surveillance épidémiologique ont été régulièrement recueillies, analysées et publiées. La formation concernant la surveillance de deuxième génération a été assurée pour les États membres et elle a été de mieux en mieux acceptée comme norme dans l'ensemble de la Région. Les autres activités menées dans le domaine de la surveillance ont été la formation à la modélisation épidémiologique du VIH/sida pour tous les États membres, la production de modèles épidémiologiques et d'estimation concernant le VIH/sida, des enquêtes sur l'accès aux soins et au traitement, et d'importantes études sur la surveillance relatives à la prévalence du VIH et aux comportements à risque dans certains pays et certaines populations.

49. Les données recueillies, analysées et résumées par le Bureau régional ont été utilisées dans d'importantes publications telles que le rapport d'étape « Trois millions d'ici 2005 » du Siège de l'OMS, la mise à jour sur l'épidémie de sida (ONUSIDA) et les profils de pays établis par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. L'OMS a rédigé des articles originaux sur l'épidémie pour le *British Medical Journal*, *Choices*, *Business Briefing*, *Long-term Healthcare 2005*, le *Journal of Clinical Medicine*, le *Scandinavian Journal of Public Health* et le *Sensoa Yearbook*. Des fonctionnaires du Bureau régional ont participé activement, en rédigeant des résumés, en faisant des exposés et en présentant des communications affichées lors de nombreuses réunions et conférences scientifiques, telle que la quinzième Conférence internationale sur le sida, la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, la conférence de l'International AIDS Society, la Conférence internationale sur la réduction des risques, les conférences ministérielles de Dublin et de Vilnius, et la Conférence internationale sur les infections sexuellement transmissibles.

50. En 2004–2005, le Bureau régional a mis à jour des feuillets documentaires épidémiologiques et des estimations régionales et nationales des besoins en matière de traitement antirétroviral et de couverture pour les 52 États membres. Il a poursuivi des activités relatives à une collecte plus systématique et plus complète de données sur l'accès au traitement du VIH/sida et aux résultats de ces traitements, la mortalité liée au VIH et des maladies liées au VIH telles que la co-infection tuberculose et infection à VIH et la morbidité due à l'hépatite C.

51. Le Bureau régional établit actuellement un livre sur les 25 années d'épidémie de VIH/sida en Europe et lui accorde un degré élevé de priorité ; il sera publié en décembre 2005. Cet ouvrage présentera des enseignements retirés de deux décennies et demie d'action contre l'épidémie dans la Région, en montrant comment cette épidémie a influé sur l'action de santé publique contre l'une des

principales menaces infectieuses, ce qui est efficace en matière de prévention, de traitement et de soins, et les effets de l'épidémie dans la Région.

D. Rapport annuel du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES)

Résumé

52. Ce rapport est présenté conformément au paragraphe 23 b) de la Déclaration adoptée lors de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, juin 2004), qui prévoit l'établissement d'un rapport annuel destiné au Comité régional de l'OMS pour l'Europe et au Comité des politiques de l'environnement de la Commission économique pour l'Europe de l'Organisation des Nations Unies (CEE), et en application des dispositions de la résolution EUR/RC54/R3. Il résume les travaux accomplis et les décisions prises par le CEES depuis la Conférence.

Introduction

53. La Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé tenue à Budapest en juin 2004, a prolongé de cinq années le mandat du Comité européen de l'environnement et de la santé (CEES). Ce dernier doit se réunir deux fois par an et, en conséquence, une réunion a eu lieu à Paris, au ministère français de la Santé, les 26 et 27 janvier 2005, et une autre à Copenhague à l'Agence européenne pour l'environnement, avec le soutien financier du ministère danois de la Santé, les 2 et 3 juin 2005³.

54. À la cinquante-quatrième session du Comité régional, l'Arménie, la Bulgarie, la Fédération de Russie, la France et la Norvège ont été choisies comme membres du CEES. De même, à la onzième session du Comité des politiques de l'environnement de la CEE, l'Autriche, la Finlande, la Géorgie, l'Italie et la Serbie-et-Monténégro ont été sélectionnées. Les organisations intergouvernementales et internationales suivantes sont représentées au CEES : la Commission européenne, l'Agence européenne pour l'environnement (AEE), l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE), le Centre écologique régional pour l'Europe centrale et orientale, la CEE, le Programme des Nations Unies pour l'environnement et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. La société civile est représentée par l'Alliance européenne pour la santé publique, ECOforum, la Confédération internationale des syndicats libres et le World Business Council for Sustainable Development. Tous les membres du Comité désignés en 2004 siégeront jusqu'à l'examen intergouvernemental à mi-parcours en 2007. Le président du CEES est le professeur William Dab (France) et le vice-président est M. Zaal Lomtadze (Géorgie).

55. Le site Web du CEES (www.euro.who.int/eehc) est régulièrement mis à jour et contient les documents de travail et les rapports des réunions du CEES, un calendrier des prochaines manifestations relatives à l'environnement et la santé en Europe, et des informations pertinentes.

Principales missions du CEES et mécanismes lui permettant de s'en acquitter

56. Lors d'une discussion sur la meilleure façon de s'acquitter de son mandat, le CEES a estimé que deux missions principales lui étaient dévolues. La première est le suivi et l'établissement de rapports, en vue non seulement de réunir des informations sur les activités menées dans les pays et par des organisations pour donner suite à la Conférence de Budapest, mais également de les diffuser largement. La seconde mission principale est l'action de promotion et de sensibilisation, qui est essentielle pour une bonne mise en œuvre des résultats de la Conférence de Budapest, grâce à une stratégie de communication bien conçue, à un échange d'informations d'expérience et de pratiques optimales, et à la création de partenariats entre secteurs et avec diverses parties prenantes. Pour faciliter le suivi et l'établissement

³ Le CEES, qui a été créé en 1995, a obtenu une prolongation de son mandat de cinq ans en 1999 (Troisième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé) et en 2004 (Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé). En conséquence, le CEES est convenu, à sa réunion de juin 2005, de modifier la numérotation de ses réunions. Les réunions des 26 et 27 janvier et 2 et 3 juin 2005 deviennent donc les 18^e et 19^e réunions du CEES.

de rapports, et pour communiquer et diffuser ces informations à un large cercle de destinataires, les mécanismes décrits ci-après ont été mis en place.

Correspondants pour l'environnement et la santé

57. Vers la fin de l'année 2004, l'OMS a demandé aux ministères de la Santé et aux ministères de l'Environnement de désigner un correspondant pour la santé et un correspondant pour l'environnement, ou un seul correspondant pour l'environnement et la santé, afin de faciliter la coordination entre les activités nationales et internationales à la suite de la Conférence de Budapest (voir le mandat reproduit dans l'appendice 3). Le CEES a estimé que les correspondants joueraient un rôle crucial dans la suite donnée à la Conférence de Budapest. Jusqu'à présent, 77 correspondants pour l'environnement et la santé ont été désignés par 50 États membres.

Réunions thématiques

58. Le CEES consacre une partie de chaque réunion de 2005 et de 2006 à l'une des questions prioritaires suivantes mises en avant lors de la Conférence de Budapest :

- les maladies respiratoires dues à la pollution de l'air extérieur et intérieur (juin 2005) ;
- les maladies et les incapacités résultant de l'exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques dangereux et à des cadres de travail dangereux (12 et 13 décembre 2005) ;
- les conséquences sanitaires des accidents et des traumatismes (printemps 2006) ;
- les maladies gastro-intestinales et les autres effets sanitaires de la consommation d'eau non potable (automne 2006).

59. On examinera les données scientifiques nouvelles sur chaque question prioritaire, ainsi que l'action menée par les pays en conséquence. Les questions énumérées ci-dessus correspondent aux buts prioritaires régionaux du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants pour l'Europe, mais elles se rapportent également aux paragraphes pertinents de la Déclaration de la Conférence de Budapest. Les États membres et les organisations sont invités à participer activement à ces réunions thématiques.

60. Lors de la réunion de juin 2005, au cours de laquelle la démarche thématique a été utilisée pour la première fois, 63 participants de 28 pays et 8 organisations ont participé. Les rapports sur la mise en œuvre par les pays et les organisations sont disponibles sur la carte Web (voir paragraphe 67).

61. La prochaine réunion du CEES aura lieu à Helsinki (Finlande), les 12 et 13 décembre 2005 et portera sur les maladies et les incapacités résultant de l'exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques dangereux et à des milieux de travail dangereux.

Équipe spéciale du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe

62. À l'invitation des ministres lors de la Conférence de Budapest, le CEES a créé une équipe spéciale chargée de l'aider à suivre la mise en œuvre du Plan d'action. Elle comprend les correspondants pour l'environnement et la santé officiellement désignés ou d'autres représentants nommés par les pays. La première réunion de cette équipe spéciale, qui a eu lieu les 28 et 29 avril 2005 à Vienne au ministère fédéral autrichien de l'Agriculture, des Forêts, de l'Environnement et de la Gestion de l'eau, a réuni 48 participants de 33 pays, ainsi que des représentants de trois organisations. M. Robert Thaler (Autriche) a été élu président. Les participants ont adopté leur mandat de correspondants pour l'environnement et la santé, ainsi que le mandat et le plan de travail de l'équipe spéciale (voir appendice 4). Celle-ci se réunira deux fois par an. Comme cela est indiqué dans le plan de travail, chaque réunion de l'équipe spéciale comprendra un compte rendu sur le but prioritaire régional du Plan d'action qui sera examiné lors de la réunion suivante du CEES.

63. Les outils du Plan d'action pour la mise en œuvre et le suivi comprend le tableau des actions relatives aux enfants, qui est en cours d'actualisation et de révision, et le catalogue d'études de cas sur les mesures prises par les États membres, qui sera publié en 2006. En outre, des indicateurs pour le Plan d'action sont en cours d'élaboration. Les rapports sur la mise en œuvre par les pays et les organisations sont disponibles sur la carte Web (voir paragraphe 67).

64. Des informations plus détaillées sur les travaux de l'équipe spéciale sont disponibles sur Internet (www.euro.who.int/eehc/20050407_1).

Suivi de la conception d'un système d'information sur l'environnement et la santé

65. Le groupe de travail sur le Système d'information sur l'environnement et la santé (SIES), qui s'est réuni à Bonn le 10 novembre 2004, s'est mis d'accord sur le plan-cadre d'actions nécessaire pour la mise en œuvre du SIES et a demandé au CEES d'assurer le suivi d'ensemble des activités et de fournir un mécanisme de direction de haut niveau pour la conception du SIES. Un groupe de coordination international a été créé pour aider le CEES à s'acquitter de sa fonction de suivi. Il comprend des représentants des pays, de la Commission européenne, de l'AEE, de la CEE et du PNUE, et l'OMS en assure le secrétariat. Les travaux techniques sur la conception du SIES sont réalisés dans le cadre d'une série de projets internationaux et nationaux. Pour renforcer ces travaux techniques, il existe un projet intitulé « Mise en œuvre du Système d'information sur l'environnement et la santé en Europe », coparrainé par la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne. Ce projet est axé sur la conception des éléments du système qui soutiennent le suivi des questions pertinentes pour le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants.

66. Des informations plus détaillées sur le SIES se trouvent sur Internet (www.euro.who.int/EHindicators).

Carte de mise en œuvre Web

67. Les informations des États membres et des organisations sur leur mise en œuvre des engagements pris dans la Déclaration de la Conférence de Budapest et le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants seront disponibles sur le site Web du CEES. On y trouvera une carte et il suffira de cliquer sur un pays pour obtenir toutes ces informations sur ce dernier. Cette carte vise également à encourager l'échange de bonnes pratiques et à favoriser la mise en place de partenariats multilatéraux et de projets communs. Elle sera régulièrement mise à jour grâce aux informations communiquées au CEES et à l'équipe spéciale du Plan d'action, ainsi qu'aux contributions des correspondants pour l'environnement et la santé. Les utilisateurs disposeront de diverses autres informations pertinentes fournies par ou sur le pays en question.

Représentation et participation des jeunes

68. La représentation des jeunes au CEES et dans l'équipe spéciale du Plan d'action, et la participation des jeunes au processus de mise en œuvre ont été soutenues par les ministres lors de la Conférence de Budapest. Une stratégie-cadre sur la façon d'assurer cette représentation et cette participation de façon démocratique et transparente a été élaborée sous les auspices de l'Office irlandais des enfants. Un atelier visant à traduire ce document dans les faits aura lieu à Dublin les 27 et 28 septembre 2005 et tous les pays seront invités à y participer.

Besoins financiers du CEES

69. Les dépenses de fonctionnement annuel du CEES sont estimées à environ 300 000 dollars des États-Unis. La collecte de fonds est réalisée avec le concours des États membres, de façon à trouver

les ressources nécessaires pour répondre aux besoins. Des contributions généreuses ont été offertes par le Danemark, la France et l'Italie.

Appendice 3

Mandat des correspondants pour l'environnement et la santé

1. Être le principal chargé de liaison et d'information (par exemple, pour la diffusion d'informations et de conseils sur de bonnes pratiques, des études de cas, des activités de mise en œuvre, etc.) au sein des ministères et entre ministères, et avec d'autres organismes nationaux, régionaux et locaux, des homologues techniques nationaux, la société civile (c'est-à-dire des organisations non gouvernementales, des entreprises, des représentants de l'industrie et des syndicats), etc. dans le pays en ce qui concerne la mise en œuvre des engagements pris lors de la Conférence de Budapest.
2. Informer régulièrement le CEES sur les mesures prises dans leur pays respectif sur cette mise en œuvre.
3. Contribuer à transmettre aux correspondants pour l'environnement et la santé d'autres pays des informations sur les bonnes pratiques, des études de cas, des activités de mise en œuvre, etc.
4. À la demande du CEES, faire partie de l'équipe spéciale du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe.

Appendice 4

Mandat et plan de travail 2005–2007 de l'équipe spéciale du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe

Mandat

Le paragraphe 28 du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe, adopté à la Quatrième Conférence ministérielle de Budapest, se lit comme suit :

« Nous appelons l'OMS et nous nous engageons nous-mêmes, à assurer la mise en place d'un mécanisme de suivi approprié du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe. À cette fin, nous invitons le Comité européen de l'environnement et de la santé à créer une équipe spéciale avec la participation des États membres, d'organisations internationales et d'ONG, en vue de faciliter et de stimuler l'application du Plan d'action. Une attention particulière sera accordée au partage des meilleures pratiques et à la diffusion d'informations et de données d'expérience entre les États membres. »

En réponse à cette invitation, le CEES a décidé, à sa première réunion (26 et 27 janvier 2005) de créer une équipe spéciale du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe dotée du mandat ci-après :

1. Promouvoir la réalisation des quatre buts prioritaires régionaux et identifier des États membres qui peuvent souhaiter jouer un rôle de chef de file dans le cadre de ce processus.
2. Servir de source de connaissances et d'expérience pratique, et constituer une instance pour le partage de politiques, de bonnes pratiques et d'outils qui facilitent la réalisation des buts prioritaires régionaux dans les États membres.
3. Définir les nouveaux besoins en matière de recherche et promouvoir la coordination des programmes de recherche sur la santé et l'environnement des enfants entre États membres.
4. Proposer des projets internationaux et interpays sur la santé et l'environnement des enfants et aider à identifier des partenaires et des bailleurs de fonds.
5. Promouvoir l'action de sensibilisation, l'information, la formation (y compris le renforcement des capacités) et la communication en ce qui concerne les effets de l'environnement et de la santé sur la santé des enfants.
6. Faire rapport lors de chaque réunion du CEES sur les éléments précités du mandat.
7. Contribuer à l'établissement d'un rapport complet et d'un exposé de position pour la réunion d'examen intergouvernementale à mi-parcours de 2007, en indiquant les progrès accomplis, les difficultés rencontrées, les lacunes repérées dans l'élaboration des politiques et les recommandations futures sur la poursuite de la mise en œuvre et de l'élaboration du Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe.

Plan de travail de l'équipe spéciale du Plan d'action 2005–2007

Dates	Thèmes
Automne 2005 (octobre)	Faire rapport sur le but prioritaire régional 4 Faire rapport sur les faits nouveaux concernant le but prioritaire régional 3 depuis la réunion précédente Participation des jeunes Législation sur la santé et l'environnement des enfants
Printemps 2006 (avril)	Faire rapport sur le but prioritaire régional 2 Faire rapport sur les faits nouveaux concernant le but prioritaire régional 4 depuis la réunion précédente Législation sur l'environnement et la santé des enfants Tableau révisé des actions se rapportant aux enfants Vue d'ensemble de la collaboration internationale
Automne 2006 (octobre)	Faire rapport sur le but prioritaire régional 1 Faire rapport sur les faits nouveaux concernant le but prioritaire régional 2 depuis la réunion précédente Sensibilisation, information, formation et communication Indicateurs Études de cas révisées
Printemps 2007 (février)	Contribution de l'équipe spéciale du Plan d'action au rapport global destiné à la réunion d'examen intergouvernementale à mi-parcours de 2007

E. Santé au travail

Problèmes de santé dans le monde du travail

70. Il y a plus de 400 millions de travailleurs dans la Région européenne de l'OMS et ils ont tous droit à des conditions de travail justes et favorables, et à un accès égal à des services de santé préventifs sur le lieu de travail. Cependant, l'importance des risques sanitaires dans de nombreux lieux de travail reste encore inacceptable. Les dangers sanitaires traditionnels sur le lieu de travail, tels que les particules en suspension dans l'air, les produits chimiques, les facteurs de stress ergonomiques, les substances cancérigènes, le bruit et les accidents du travail, touchent encore une grande partie de la main-d'œuvre européenne et, selon les estimations les plus prudentes, sont responsables d'au moins 1,6 % de la charge de morbidité totale. Dans la Région européenne, les mauvaises conditions de travail sont à l'origine de 102 000 décès prématurés par an et de plus de 100 000 nouveaux cas de maladies professionnelles. L'absence de mesures de santé et de sécurité au travail cause des pertes économiques qui s'élèvent à 4 % du produit intérieur brut de la Région (de l'ordre de centaines de milliards de dollars des États-Unis).

71. La mondialisation et le passage d'une société industrielle à une société de l'information entraînent l'apparition de nouveaux types d'emplois et de technologies, ainsi que des migrations internationales de la main-d'œuvre. Ces changements engendrent eux-mêmes de nouveaux risques provenant du stress professionnel, de la mauvaise organisation du travail et du matériel malsain, qui menacent la santé et le bien-être, et accroissent la charge de morbidité, notamment sur les plans des maladies cardiovasculaires, des problèmes de santé mentale et des troubles musculosquelettiques. Le vieillissement de la main-d'œuvre modifie également la façon dont les risques professionnels affectent la santé. En outre, un appauvrissement massif de groupes sociaux dans certains États membres a provoqué le recours au travail dangereux des enfants, qui était pratiquement inconnu précédemment. À mesure que l'inégalité sociale s'accroît, les risques professionnels se différencient entre pays, industries, classes sociales, sexes et groupes ethniques. En raison de ces modifications profondes de l'activité professionnelle, il faut accorder plus d'attention aux politiques et aux services de santé au travail, en particulier dans les secteurs à risque, et au sein de populations mal desservies et de groupes vulnérables, et il est nécessaire d'adopter de nouvelles méthodes de prévention des risques et de promotion de la santé sur le lieu de travail.

L'action menée par l'OMS

72. Actuellement, l'action menée en Europe dans le domaine de la santé au travail repose sur la stratégie mondiale de l'OMS pour la santé au travail pour tous (résolution WHA49.12 de l'Assemblée mondiale de la santé de 1996). Ces travaux sont soutenus par un important réseau de 29 centres collaborateurs de l'OMS, qui sont situés pour la plupart en Europe. Ces centres mènent des activités à la demande de l'OMS et favorisent la collaboration internationale. Cependant, cette stratégie mondiale est en cours de révision, de façon à l'adapter aux nouveaux problèmes décrits plus haut et sa version actualisée sera présentée aux organes directeurs de l'OMS, peut-être en 2006.

73. À la cinquante-quatrième session du Comité régional, plusieurs délégations nationales ont demandé un renforcement des activités dans le domaine de la santé au travail en Europe. En raison de problèmes budgétaires, il avait été mis fin au programme correspondant en 2001. Pour répondre à cette demande, le directeur régional a identifié, en octobre 2004, des ressources pouvant être utilisées pour employer un responsable de programme de santé au travail dans le cadre du programme spécial sur la santé et l'environnement jusqu'à la fin de la période biennale 2004–2005. Le nouveau programme de santé au travail a une ampleur limitée et vise principalement à aider les États membres à s'acquitter des engagements internationaux de santé publique qui ont trait à la santé au travail, tels que ceux pris à la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, 2004) et lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale (Helsinki, 2005).

74. Dans ce cadre, les activités suivantes ont été menées :

- Pour donner suite à la Conférence de Budapest, on a conçu un module spécial dont l'objet est de former des professionnels de santé pour qu'ils puissent déceler et prendre en charge des risques professionnels des enfants.
- Une panoplie d'outils sur la gestion des risques en matière de santé mentale au travail a été élaborée et diffusée, comme suite à la manifestation parallèle sur la santé mentale et la vie professionnelle de la Conférence d'Helsinki.
- Cinq pays ont reçu une assistance dans le cadre de leur accord de collaboration biennal 2004–2005 avec l'OMS pour l'élaboration de leur politique nationale de santé au travail et le renforcement des services de santé au travail. En conséquence, des stratégies nationales de santé et de sécurité au travail ont été élaborées en Fédération de Russie, en Ukraine et dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, et un plan de mise en place de services de santé au travail est en cours d'élaboration en Arménie.
- À l'initiative du Bureau régional et avec l'aide du Réseau sanitaire pour l'Europe du Sud-Est, la santé et la sécurité au travail ont été incorporées dans un programme général relevant de l'Initiative de cohésion sociale du Pacte de stabilité. Ce programme réunit l'OMS, l'Organisation internationale du travail (OIT) et des organisations internationales d'employeurs et de travailleurs, pour renforcer le dialogue social en vue d'améliorer les conditions de travail et la santé des travailleurs dans les huit pays de l'Europe du Sud-Est. Cette action a été également menée pour donner suite aux conclusions de la treizième session du Comité OIT-OMS sur la santé au travail, qui demandait un renforcement de la collaboration entre les deux organisations, aux niveaux tant mondial et régional.

75. Dans les limites de ses capacités et de ses ressources financières, le réseau des centres collaborateurs de l'OMS a soutenu les activités en matière de santé au travail du Bureau régional, en particulier dans quatre domaines : 1) les risques professionnels pour les enfants et les générations futures ; 2) le stress professionnel et les risques psychosociaux ; 3) des services de santé au travail ; et 4) les bases factuelles d'interventions en matière de santé au travail.

L'avenir

76. Les activités entamées au cours de la seconde moitié de la période biennale 2004–2005 ont été bien accueillies par les États membres et devraient se poursuivre en vue de faire face aux graves problèmes de santé publique liés à la santé au travail dans la Région. Il est en particulier nécessaire d'aborder les questions de santé des travailleurs de la partie orientale de la Région, où des problèmes anciens coexistent avec des menaces nouvelles liées à l'évolution du cadre de travail. Cela ne sera pas possible sans ressources humaines et financières suffisantes et durables pour que le programme puisse fonctionner de façon efficace, sans dépendre d'un soutien occasionnel et limité. L'aide professionnelle reçue du réseau de centres collaborateurs de l'OMS est très appréciée, mais elle n'est pas et ne sera pas suffisante en l'absence d'un bon mécanisme de coordination et de mise en œuvre géré par le Bureau régional.

77. Pour donner un cadre cohérent aux activités menées en matière de santé au travail en Europe, la nécessité d'élaborer une stratégie régionale pourrait être examinée par les organes directeurs européens de l'OMS. À cet effet, tant les États membres que les parties prenantes devraient coopérer dans le cadre d'un véritable processus participatif. Si cette option est choisie, la stratégie régionale devra être liée au processus visant à élaborer un plan d'action mondial concernant la santé au travail 2006–2015, qui sera présenté à l'Assemblée mondiale de la santé en 2006, ainsi qu'à la stratégie de la Commission européenne concernant la santé et la sécurité au travail.

F. Santé reproductive

78. Au cours du débat qui a suivi son allocation lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional, en 2004, le directeur général a fait observer que les ressources de l'OMS étaient orientées vers un soutien technique et scientifique et des conseils sur la politique à mener, de façon à jouer un rôle de catalyseur et à permettre à l'OMS de maximiser les effets de son action au niveau des pays.

79. Au cours de la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la santé, la même année, les 52 États membres de la Région européenne de l'OMS ont approuvé la stratégie mondiale de santé reproductive de l'OMS en vue d'accélérer les progrès vers la réalisation de buts et d'objectifs internationaux de développement, exprimant ainsi leur engagement à l'égard du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994). Un an plus tard, la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé a invité instamment les États membres « à investir des ressources et à intensifier leurs efforts au niveau national en vue de promouvoir l'accès universel aux et la couverture universelle par les interventions de santé maternelle, néonatale et infantile, par le biais de soins de santé génésique » et a prié le directeur général « d'intensifier l'appui technique aux États membres pour qu'ils renforcent leur capacité institutionnelle de réalisation des buts et des cibles fixés au niveau international moyennant l'accès universel aux et la couverture universelle par les programmes de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, dans le contexte du renforcement des systèmes de santé » (résolution WHA58.31).

80. Pour mesurer les progrès accomplis vers les buts et objectifs des stratégies mondiale (2004) et régionale européennes (2001) de santé reproductive de l'OMS, les indicateurs de santé reproductive disponibles sont constamment analysés par le programme de santé et de recherche reproductives du Bureau régional. Les résultats sont présentés dans *Entre Nous*, la revue européenne de santé sexuelle et reproductive, et aux États membres du Conseil consultatif régional sur la recherche et la formation en santé reproductive dans la Région européenne.

81. Au cours des dix dernières années, des progrès remarquables ont été réalisés dans la réduction de la **mortalité maternelle** dans de nombreux États membres européens de l'OMS. Par exemple, de 1994 à 2003, le taux de mortalité maternelle est tombé de 40 à 17 pour 100 000 naissances vivantes en Albanie, de 15 à 4 en République tchèque, de 56 à 8 en Estonie, de 57 à 14 en Lettonie, de 21 à 3 en Lituanie et de 69 à 36 au Kazakhstan. Cependant, aucun progrès n'a été accompli dans certains pays (Arménie, Bélarus, Ouzbékistan et Turkménistan), tandis que dans quelques autres le taux de mortalité maternelle a en fait augmenté (en Géorgie, passant de 39 à 49, et en Slovénie, passant de 10 à 17 en 2002). Bien qu'une partie de cette augmentation puisse être expliquée par un meilleur enregistrement des décès maternels et par la disponibilité de données plus fiables, il est nécessaire de trouver les causes réelles des décès maternels et de les prévenir. Malgré les progrès accomplis, la fourchette de taux reste importante. En 2004–2005, l'Initiative pour une grossesse plus sûre du Bureau régional a aidé 14 pays.

82. Pour répondre aux besoins et aux demandes d'États membres, le Bureau régional a élaboré un projet de proposition de stratégie régionale pour l'amélioration de la santé maternelle et périnatale. Ce projet a été examiné et soutenu par les représentants des ministères de la Santé et les partenaires de l'OMS au cours d'une réunion consacrée aux politiques et stratégies nationales pour la santé familiale et communautaire qui s'est tenue en avril 2005. Le Comité régional souhaitera peut-être examiner l'importance d'activités visant à élaborer une stratégie régionale européenne dans ce domaine.

83. L'un des problèmes inquiétants qui subsiste tient au fait que jusqu'à 30 % des décès maternels dans certains pays (30,3 % en République de Moldova (moyenne sur les 10 dernières années), 20 % au Kazakhstan (2004), 16 % dans la Fédération de Russie (2004)) sont dus à des **avortements**. Le programme de santé et de recherche reproductives du Bureau régional a traduit en russe la publication de l'OMS *Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* ; il a organisé un atelier sur l'application de ces directives par l'utilisation de la « démarche stratégique » ; il a commencé à exécuter un projet sur l'évaluation stratégique de la politique, les

questions de qualité et d'accès liées aux services de régulation de la fertilité en République de Moldova ; il aide les homologues de la Fédération de Russie à élaborer des principes directeurs nationaux sur un avortement sûr ; et, grâce à l'aide financière du réseau européen de la Fédération internationale de planning familial, il a publié le numéro 59 d'*Entre Nous*, consacré à l'avortement en Europe. La prévention des grossesses non désirées et les mesures garantissant des avortements sûrs demeurent parmi les priorités du programme de santé et de recherche reproductives en Europe pour 2006–2007, comme cela a été approuvé par les membres du Comité consultatif régional lors de sa réunion de 2005.

84. La **santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes** pose également des problèmes. Le nombre de grossesses non désirées et de cas d'infection sexuellement transmise demeure élevé dans ce groupe d'âge dans de nombreux pays, tant en Europe orientale qu'en Europe occidentale, ce qui se traduit par des problèmes de santé qui durent toute l'existence. L'OMS aide des États membres (Biélorus, Lettonie, Turquie et Ukraine) qui accorde un degré élevé de priorité à ce domaine. D'une manière générale, ces activités sont menées en collaboration avec les programmes du Bureau régional concernant la santé des enfants et des adolescents et les systèmes de santé. La stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents qui a été élaborée contribuera aussi à améliorer la santé reproductive des jeunes en Europe.

85. Le programme de santé et de recherche reproductives, en collaboration avec le réseau européen de la Fédération internationale de planning familial et l'Université de Lund (Suède), a reçu une subvention de l'Union européenne pour un projet intitulé : L'avenir : partenariat européen pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive et les droits des jeunes. Les représentants des ministères de la Santé seront informés des résultats de ce projet en 2007.

86. La prévention du **cancer du col de l'utérus** et l'amélioration de la **santé reproductive des groupes vulnérables** (migrants, réfugiés et demandeurs d'asile, notamment) constituent également deux problèmes qui figurent en bonne position dans la liste des priorités de la Région européenne de l'OMS.

87. Le budget ordinaire utilisé par le programme de santé et de recherche reproductives pour les activités menées à l'échelle des pays et à celle de la Région tout entière a été ramené de 420 614 dollars des États-Unis en 2002–2003 à 112 960 dollars en 2004–2005. Tant le Siège de l'OMS que le Bureau régional ont essayé d'obtenir des fonds pour résoudre les importants problèmes de santé reproductive qui sont observés en Europe ; cependant, l'augmentation des contributions volontaires a été marginale par comparaison avec la période biennale précédente.

88. L'OMS aide des États membres à mettre en œuvre les stratégies régionales et à élaborer leur propre stratégie nationale de santé reproductive (Kazakhstan, Kirghizistan, République de Moldova, Tadjikistan) et des plans d'action nationaux (Biélorus, Lettonie, Ukraine) en étroite collaboration avec des spécialistes des systèmes de santé du Biélorus, de Kirghizistan et de Lettonie, étant donné que leurs connaissances sont cruciales pour le succès dans le contexte des réformes des systèmes de santé qui ont lieu dans de nombreux États membres de la Région.

89. Il existe dans la Région européenne 16 centres collaborateurs de l'OMS qui coopèrent avec le Siège et le Bureau régional dans le domaine de la santé reproductive. Au cours des quatre années écoulées, un nouveau système de désignation et de redésignation a été adopté et a déjà amélioré l'efficacité et les résultats de la collaboration. Pour renforcer les activités en réseau pour des travaux de recherche, des programmes et des formations réalisés par les centres, le programme de santé et de recherche reproductives planifie la première réunion commune des centres collaborateurs de l'OMS en 2006.

90. La consultation de haut niveau sur la collaboration entre l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a approuvé en 2003 le programme de partenariat stratégique en santé reproductive, et des progrès satisfaisants sont accomplis en ce qui concerne les activités communes menées dans le cadre de ce programme en Europe, la traduction en russe des principes directeurs de

l'OMS sur le planning familial, sur la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmises et sur une grossesse plus sûre, et l'amélioration de la mise en œuvre de ces principes directeurs dans les États membres. Le FNUAP reste le principal partenaire de l'OMS dans le domaine de la santé reproductive en Europe.

91. Le programme de santé et de recherche reproductives coopère étroitement avec des organisations professionnelles européennes telles que la Société européenne pour la contraception, l'Association européenne du cancer du col de l'utérus, la Société européenne de reproduction et d'embryologie humaine, ainsi que d'autres organisations non gouvernementales (le réseau européen de la Fédération internationale de planning familial, par exemple) et des associations de planning familial d'États membres.

G. Bases factuelles pour la santé publique

Résumé

92. Le Bureau régional tient à utiliser les meilleures bases factuelles disponibles lorsqu'il donne des conseils et des recommandations aux États membres.

Progrès accomplis dans les activités relatives aux bases factuelles de 2001 à 2004

93. Le Comité consultatif européen de la recherche en santé (CCERS), qui a été reconstitué, a été chargé de conseiller le directeur régional sur la façon de mieux utiliser les bases factuelles pour l'élaboration de politiques. Le Comité a souligné la nécessité de transformer les méthodes de travail pour utiliser systématiquement les bases factuelles. Conformément aux conseils du CCERS, le Bureau régional utilise une définition plus large et plus opérationnelle (axée sur l'action) des bases factuelles pour englober un champ plus vaste que les simples résultats de la recherche scientifique : « Les conclusions de travaux de recherche et les autres connaissances qui peuvent servir de base utile pour la décision en santé publique et en matière de soins de santé ».

94. Cette définition plus large a incité le Bureau régional à élaborer un plan d'action pour l'utilisation d'une méthode de travail fondée sur des bases factuelles. Un document d'orientation interne, intitulé *Evidence policy for the WHO Regional Office for Europe*, a été rédigé, en vue de servir de base aux travaux futurs, et on a mis en œuvre la nouvelle démarche en formant des fonctionnaires, et en établissant et en diffusant un manuel sur les bases factuelles qui comprend un certain nombre d'outils pour une évaluation rapide des bases factuelles. Le Bureau régional est devenu progressivement une organisation fondée sur des bases factuelles, grâce à l'acceptation de cette notion plus large de bases factuelles par le personnel.

Quels résultats ont été obtenus ?

95. On a lancé plusieurs initiatives parallèles pour mettre en œuvre la démarche reposant sur les bases factuelles :

- collecte d'informations sanitaires et de bases factuelles fondamentales et gestion des bases de données correspondantes ;
- analyse et interprétation des informations et des bases factuelles recueillies ;
- partage et diffusion des informations et des bases factuelles de façon coordonnée.

96. Le Réseau des bases factuelles en santé a été lancé en 2003. Son site Web, régulièrement mis à jour et dont tout le contenu peut faire l'objet de recherches, répond aux besoins des décideurs en matière d'informations accessibles et fiables susceptibles d'éclairer leurs décisions dans le domaine de la santé publique. Il offre non seulement des rapports évalués scientifiquement et examinés par les pairs, mais également des descriptions fiables d'autres sites Web, bases de données et documents d'orientation pertinents. Le Réseau reçoit maintenant des questions directement des décideurs de plusieurs pays. Plus de 35 rapports sur des bases factuelles établis en réponse à ces questions sont maintenant disponibles et de nouveaux rapports sont publiés chaque mois.

97. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé soutient fermement les efforts accomplis par le Bureau régional pour promouvoir l'utilisation de bases factuelles grâce à ses travaux analytiques de portée large. Il suit l'évolution des systèmes de santé de l'ensemble de la Région et au-delà, et produit une série de rapports intitulés « Les systèmes de soins de santé en transition ». Des études approfondies, y compris des aide-mémoire sur les politiques, portent sur des questions essentielles pour l'élaboration d'une politique de santé en Europe. Les thèmes abordés sont les aspects financiers, les hôpitaux, les produits pharmaceutiques, l'élargissement de l'Union européenne, et l'assurance maladie publique et privée. Les études qui seront prochainement publiées analyseront des questions telles que les

soins de santé primaires, la santé mentale, les maladies transmissibles et les ressources humaines pour la santé. Comme l'Observatoire privilégie les ateliers, les séminaires et les dialogues stratégiques axés sur les pays, les décideurs ont la possibilité d'échanger des informations d'expérience et de discuter d'options relatives à des réformes aux niveaux international, national et local. Les conclusions de l'Observatoire sont diffusées sur un site Web, ainsi que dans des revues dont les articles font l'objet d'un examen par les pairs.

Le système intégré de bases factuelles

98. Le système intégré de bases factuelles rassemble un certain nombre de bases de données complémentaires, les rapports consacrés aux « systèmes de soins de santé en transition », les « panoramas de la santé » et d'autres outils et produits. Le Bureau régional gère une base de données statistique complète sur la Santé pour tous, ainsi que des bases de données sur les maladies infectieuses, le tabagisme et l'alcool. La base de données statistique de la Santé pour tous est l'une des principales sources d'informations générales pour les différents produits décrits ci-après (rapports sur les systèmes de soins de santé en transition, panoramas de la santé, etc.).

99. Les rapports sur les systèmes de soins de santé en transition analysent de façon approfondie l'organisation et le financement du système de santé, les structures de prestation de soins de santé et les initiatives de réforme du système de santé d'un pays déterminé, selon un schéma unique. Cette série de rapports porte sur tous les États membres européens de l'OMS, ainsi que sur certains autres pays qui sont membres de l'Organisation de coopération et développement économiques. Ces rapports sont établis dans le cadre d'un programme permanent et ils informent les décideurs sur l'expérience acquise à l'étranger susceptible de présenter un intérêt pour leur propre pays et peuvent être intégrés dans des analyses comparatives des systèmes de soins de santé. Des résumés de ces rapports diffusés sur le Web rendent ces informations disponibles et servent de base à des mises à jour régulières des informations sur les pays.

100. Les panoramas de la santé offrent des « instantanés » sur les pays et, notamment, des informations comparatives sur les principales causes de décès et de maladies, ainsi que sur les facteurs de risque. Ces rapports contribuent à informer les décideurs en établissant des liens entre des constatations importantes sur les pays et des politiques de santé publique appropriées élaborées par le Bureau régional, d'autres organismes et les pays eux-mêmes. L'utilisation récente du Web permet une navigation aisée vers les documents mentionnés et d'autres sources d'informations, ainsi qu'une consultation facile ; elle rend également possibles des mises à jour lorsque des informations nouvelles deviennent disponibles. Au cours de la présente période biennale, le Bureau régional aura achevé l'actualisation des panoramas sur une majorité des États membres européens.

101. Le *Rapport sur la santé en Europe 2005* décrit les aspects essentiels de la santé des populations de la Région et les interprète de façon à informer les responsables de la politique de santé. Ce rapport soutient également la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents, qui sera présentée au Comité régional à sa cinquante-cinquième session, cette année. Il a été établi en étroite collaboration avec le Siège de l'OMS et est lié au *Rapport sur la santé dans le monde* grâce à des données et des indicateurs communs, tout en mettant en avant les caractéristiques propres à la Région européenne.

Vers des informations utilisables sur la santé

102. Le Bureau régional a décidé de développer et de regrouper ses activités sur l'information et les bases factuelles, afin d'offrir un ensemble plus large encore d'informations sur la santé utilisables par les décideurs. Cette initiative repose sur le raisonnement suivant :

- Le Bureau doit renforcer sa capacité à répondre aux besoins d'informations et de bases factuelles des décideurs.

- Le problème fondamental actuel consiste à comprendre la façon dont le Bureau régional peut faire en sorte que des informations utiles parviennent aux décideurs.
- Il faut donc adopter une démarche d'anticipation pour fournir les bonnes informations et bases factuelles aux décideurs.

103. Dans l'avenir, le Bureau régional intégrera davantage les initiatives connexes importantes relevant de plusieurs programmes et projets, dont le Réseau des bases factuelles en santé, l'Observatoire et les panoramas sur la santé, pour être en mesure de fournir des connaissances et des bases factuelles sur la santé publique lorsqu'elles sont nécessaires. À cette fin, il faudra essentiellement anticiper les questions et les besoins des décideurs, et adapter et placer en contexte les réponses et les conseils fournis. Cela permettra de partager les connaissances tant au sein du Bureau régional que par l'intermédiaire de voies de communication externes.

104. Les actions menées au cours de la prochaine période biennale comprendront les éléments suivants :

- renforcer les réseaux, anticiper les besoins et diffuser les données, les informations et les bases factuelles opérationnelles principales compte tenu de ces besoins ;
- mettre en place un système pour transmettre les questions des décideurs et les demandes d'informations ;
- concevoir un système permettant de catégoriser les besoins d'informations par degré d'urgence (par exemple, « réponse urgente », « discussion d'orientation » ou « réponse à long terme »), pour utiliser de façon optimale les informations disponibles au Bureau régional et dans d'autres organisations ;
- développer les compétences du Bureau régional pour qu'elles incorporent une large diversité de qualifications dans le domaine de la santé publique, y compris des compétences en journalisme, en communication, en diffusion, etc. afin de soutenir ce processus de fourniture d'informations utilisables sur la santé.

H. Centres collaborateurs de l'OMS

Résumé

105. À la suite de discussions lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional et à la demande formulée par le CPR à sa session tenue à Copenhague du 21 au 23 mars 2005, la présente section donne des informations sur le statut de centre collaborateur de l'OMS et le processus actuel de désignation. Elle rend compte également des discussions du Comité de sélection mondial lors de sa réunion du 20 janvier 2005.

Le concept

106. L'OMS a besoin d'avis d'experts pour pouvoir donner des orientations scientifiques et techniques générales, et soutenir directement la coopération technique mondiale, interrégionale et régionale pour le développement sanitaire national. Les centres collaborateurs de l'OMS sont considérés comme un mécanisme essentiel et financièrement avantageux qui permet à l'Organisation de s'acquitter de sa mission et d'obtenir des ressources qui dépassent largement les siennes propres. Les centres collaborateurs donnent à l'OMS accès à des centres d'excellence dans le monde entier et lui confèrent la capacité institutionnelle de garantir la validité scientifique des activités sanitaires mondiales.

107. La désignation en tant que centre collaborateur de l'OMS donne à l'institution concernée une visibilité et une reconnaissance accrues. Au niveau national, le statut de centre collaborateur peut contribuer à attirer l'attention de la population sur les questions de santé qui font l'objet des travaux de cette institution. Ce statut ouvre également des possibilités d'échange d'informations et de coopération technique avec d'autres institutions, en particulier au niveau international.

108. Les centres collaborateurs de l'OMS doivent être capables de fournir à l'Organisation, en étroite coordination avec le programme technique homologue de l'OMS, une aide qui réponde à deux besoins principaux :

- exécuter les activités dont l'OMS est chargée et atteindre les objectifs des programmes ;
- développer et renforcer les capacités institutionnelles dans les pays et les régions.

Examen de la gestion des centres collaborateurs de l'OMS

109. Les centres collaborateurs font partie de l'OMS presque depuis la fondation de l'Organisation. À la fin des années 90, leur gestion a fait l'objet de discussions qui ont débouché sur la mise en place d'un nouveau cadre de gestion⁴. Les nouvelles modalités de gestion sont résumées ci-après.

Critères de sélection des centres collaborateurs de l'OMS

110. Il convient de choisir des centres collaborateurs dans des domaines qui correspondent aux programmes de l'OMS. Les autres critères de sélection sont la réputation scientifique et technique de l'institution, l'intérêt qu'elle manifeste aux niveaux national, régional et international, et son aptitude à renforcer les capacités nationales et régionales pour le développement sanitaire. Les centres collaborateurs doivent posséder la capacité et la stabilité institutionnelle nécessaires pour pouvoir nouer des relations avec d'autres institutions. Ils doivent être disposés à utiliser leurs propres ressources pour mener les activités collaboratives proposées dans les plans de travail.

⁴ *Research strategy and mechanisms for cooperation (follow up)*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (document EB105/21).

Procédure de désignation des centres collaborateurs de l'OMS

111. La procédure de désignation est la même pour tous les éléments de l'Organisation et est respectée sur le plan mondial. La désignation repose sur un examen rigoureux des prestations et des plans de travail futurs. L'évaluation est considérée comme une opération constructive qui vise à renforcer les capacités de tous les partenaires. La décision finale de désignation d'un centre collaborateur de l'OMS appartient au directeur général. La désignation d'un centre collaborateur s'effectue pour une période limitée, qui est généralement de quatre ans. L'institution doit avoir collaboré efficacement et activement avec l'OMS pendant au moins deux ans lors de la réalisation d'activités planifiées en commun avant qu'une procédure de désignation puisse commencer.

Comités de sélection

112. Dans le cadre du nouveau mode de gestion des centres collaborateurs, il a été recommandé de créer des comités de sélection de centres collaborateurs aux niveaux mondial et régional. Cela a été chose faite au milieu de 2000.

113. **Le Comité de sélection mondial (CSM)** est un organisme interrégional qui conseille le directeur général sur les questions relatives aux centres collaborateurs. Il lui incombe de formuler des recommandations aux directeurs régionaux concernant l'acceptation ou le rejet de propositions de désignation d'une institution en tant que centre collaborateur. Le CSM est présidé par un haut fonctionnaire du Siège de l'OMS, actuellement le sous-directeur général du groupe Bases factuelles et informations à l'appui des politiques.

114. Après la création du CSM, des **comités de sélection régionaux** ou des mécanismes équivalents de sélection officielle ont dû être créés au niveau régional. Dans la Région européenne, le comité de sélection régional est composé des membres de la direction du Bureau régional.

Administration des centres collaborateurs

115. Au cours de l'examen de la question des centres collaborateurs, il est apparu nécessaire de rendre plus rigoureuses les règles applicables à la désignation, à la redésignation et à la suppression du statut de centre collaborateur. Pour assurer une cohérence de l'ensemble de l'OMS, il a été décidé de désigner, dans chaque bureau régional et au Siège, des responsables chargés d'assurer la liaison et les communications entre les services techniques du Siège et des régions, les bureaux de pays de l'OMS, les centres collaborateurs et les gouvernements. Les responsables des centres collaborateurs gèrent et coordonnent les informations nécessaires et les procédures administratives concernant les centres collaborateurs.

116. Pour faciliter la gestion, la coopération et le travail en réseau, on a mis en place un système mondial d'information sur tous les centres collaborateurs⁵, accessible aux fonctionnaires de l'OMS, aux centres collaborateurs, aux États membres et à la communauté de la santé publique dans son ensemble.

117. Les nouvelles procédures administratives sont entrées en vigueur en août 2001, sans allocation de fonds centraux aux régions qui supporteraient la principale charge de travail administratif. Le coût total de gestion des centres collaborateurs a été estimé de façon prudente à 1,5 million de dollars des États-Unis par période biennale.

Processus de nettoyage

118. Peu après la création de la base de données mondiale sur les centres collaborateurs, il est devenu clair qu'il existait un grand nombre de centres collaborateurs apparemment inactifs avec lesquels l'OMS n'entretenait pas de collaboration véritable. Pour régulariser cette situation, un nettoyage a été entamé.

⁵ <http://whocc.who.int>

Incidences pour le Bureau régional

119. Cent huit centres collaborateurs de 22 pays de la Région européenne ont été supprimés au cours de la première phase de ce nettoyage. Ce dernier a été difficile et a suscité un certain émoi au sein de services techniques, des centres collaborateurs concernés et de gouvernements. En fait, ce qui était considéré comme une action administrative assez simple concernant les centres dont les accords avaient expiré depuis longtemps a créé plus de problèmes que prévu, et des représentants de plusieurs États membres sont intervenus à ce sujet lors de la dernière session du Comité régional, en septembre 2004.

Situation actuelle

120. Le processus a entraîné une réduction importante du nombre de centres, en particulier dans la Région européenne. Cependant, le nombre de centres collaborateurs fluctue constamment ; alors que le processus de nettoyage est toujours en cours, de nouveaux centres sont désignés.

Tableau 1. Centres collaborateurs de l'OMS par région, 2002 et 2005

Année	Afrique	Amériques	Méditerranée orientale	Europe	Asie du Sud-Est	Pacifique occidental	Total
2002	36	264	56	483	88	210	1137
2005 (1 ^{er} juin)	27	197	58	350	78	193	903
<i>Tendance</i>	<i>-9</i>	<i>-67</i>	<i>+2</i>	<i>-133</i>	<i>-10</i>	<i>-17</i>	<i>-234</i>

121. Sur les 350 centres collaborateurs actuels de la Région européenne, 264 coopèrent principalement avec le Siège de l'OMS, 85 avec le Bureau régional de l'Europe et un avec un autre bureau régional (celui de l'Asie du Sud-Est).

Tableau 2. Situation des centres collaborateurs de l'OMS de la Région européenne, 1^{er} juin 2005

	Initié par	Siège	SEARO	EURO	Total
Actifs		242	1	75	318
En cours d'examen (redésignation ou suppression)		22	–	10	32
Total		264	1	85	350

Stratégie future

122. De 1999 à maintenant, des améliorations importantes ont été apportées aux aspects administratifs de la gestion des centres collaborateurs. Actuellement, le processus administratif a été rationalisé, étant donné que des protocoles et des outils électroniques communs ont été conçus pour le processus de désignation et de redésignation.

123. Cependant, un certain nombre de déficiences demeurent dans les relations de l'Organisation avec les centres collaborateurs, en raison de l'absence de stratégie et de plan d'ensemble concernant la coopération entre l'OMS et ces centres.

L'avenir

124. Dans le cadre réglementaire d'évaluation de l'OMS, le CMS a proposé que l'évaluation thématique pour la période biennale 2006–2007 porte sur les centres collaborateurs, avec la participation de toutes les régions. Les résultats de cette évaluation seraient examinés par les organes directeurs de l'OMS, aux niveaux mondial et régional, et des mesures seraient prises pour élaborer une stratégie concernant les centres collaborateurs, compte tenu des recommandations qui découleraient de cette évaluation.