

## Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.

### États membres

Albanie  
Allemagne  
Andorre  
Arménie  
Autriche  
Azerbaïdjan  
Biélarus  
Belgique  
Bosnie-Herzégovine  
Bulgarie  
Chypre  
Croatie  
Danemark  
Espagne  
Estonie  
Ex-République yougoslave de Macédoine  
Fédération de Russie  
Finlande  
France  
Géorgie  
Grèce  
Hongrie  
Irlande  
Islande  
Israël  
Italie  
Kazakhstan  
Kirghizistan  
Lettonie  
Lituanie  
Luxembourg  
Malte  
Monaco  
Monténégro  
Norvège  
Ouzbékistan  
Pays-Bas  
Pologne  
Portugal  
République de Moldova  
République tchèque  
Roumanie  
Royaume-Uni  
Saint-Marin  
Serbie  
Slovaquie  
Slovénie  
Suède  
Suisse  
Tadjikistan  
Turkménistan  
Turquie  
Ukraine

L'investissement dans la prévention des maladies non transmissibles et dans la lutte contre celles-ci améliorerait la qualité de vie et le bien-être des individus et des sociétés. Pas moins de 86 % des décès et de 77 % de la charge de morbidité dans la Région européenne de l'OMS sont causés par ce grand groupe de maladies, qui sont liées par des facteurs de risque communs, des déterminants fondamentaux et des possibilités d'intervention. Une répartition plus équitable des avantages résultant d'interventions efficaces aurait les effets les plus importants et procurerait des gains sanitaires et économiques importants à tous les États membres.

La stratégie axée sur l'action proposée dans ce document préconise de recourir à une démarche globale et formant un tout cohérent pour lutter contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS.

Organisation mondiale de la santé  
Bureau régional de l'Europe

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Tél. : +45 39 17 17 17 Fax : +45 39 17 18 18

Courriel : [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)

Site Web : [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)



## Améliorer la santé

Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte



EUROPE



# **Améliorer la santé**

**Stratégie européenne  
contre les maladies non transmissibles :  
prévention et lutte**

**Mots clés**

CHRONIC DISEASE - prevention and control  
STRATEGIC PLANNING  
HEALTH PROMOTION  
DELIVERY OF HEALTH CARE - organization and administration - trends  
HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY  
PATIENT PARTICIPATION  
HEALTH POLICY  
EUROPE

ISBN 92-890-2186-1

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications  
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest>).

**© Organisation mondiale de la santé 2006**

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. L'expression « pays ou zone » utilisée comme en-tête dans certains tableaux, désigne aussi bien des pays, des territoires, des villes que des zones. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

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

L'Organisation mondiale de la santé ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication sont complètes ou exactes, et ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable de dommages qui pourraient découler de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs ou rédacteurs ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou sa politique.

Mise en page : Sven Lund. Couverture : Lars Møller  
Printed in Denmark

# Sommaire

<b>Résumé</b>	<b>1</b>
<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>Défis</b>	<b>4</b>
Défis en matière de santé et d'équité	4
Défis pour les sociétés et les systèmes de santé	8
<b>Possibilités d'amélioration de la santé</b>	<b>11</b>
<b>Principes directeurs</b>	<b>16</b>
<b>Démarche stratégique</b>	<b>17</b>
<b>Le cadre d'action</b>	<b>22</b>
Sensibilisation	22
Les connaissances	24
Réglementation et financement	26
Capacités	29
Soutien de communautés	30
Prestation de services de santé	32
<b>Agir</b>	<b>35</b>
Situation actuelle en Europe	35
Aller de l'avant	37
<b>L'avenir</b>	<b>42</b>
<b>Références</b>	<b>44</b>
<b>Annexe 1.</b>	<b>47</b>
Résolution EUR/RC56/R2 du Comité régional sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS	
<b>Annexe 2.</b>	<b>50</b>
Stratégies, plans d'action et déclarations de conférences ministérielles de l'OMS	



# Résumé

**Il est possible d'améliorer la santé des populations européennes.** Il y a moyen de réduire de façon appréciable la charge que représentent les décès prématurés, les maladies et les incapacités en Europe, grâce à une action globale portant sur les principales causes et maladies. L'investissement dans une meilleure prévention des maladies non transmissibles et dans une lutte plus efficace contre celles-ci améliorerait la qualité de vie et le bien-être des populations et des sociétés. En raison de l'important gradient social qui va de pair avec la morbidité et la mortalité prématurée résultant des maladies non transmissibles, une répartition plus équitable des avantages résultant d'interventions efficaces aurait des effets très importants et procurerait des gains sanitaires et économiques considérables aux pays.

**La majeure partie de la charge de morbidité en Europe est due aux maladies non transmissibles,** qui constituent un ensemble de maladies comprenant les maladies cardiovasculaires, le cancer, les problèmes de santé mentale, le diabète sucré, les maladies respiratoires chroniques et les troubles musculo-squelettiques. Ce grand groupe est lié à des facteurs de risque communs, à des déterminants fondamentaux et à des possibilités d'intervention.

**La Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles préconise une démarche globale et intégrée à l'égard des maladies transmissibles,** qui simultanément :

- favorise des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies au niveau de la population,
  - cible activement les groupes et les individus à risque,
  - maximise la couverture de la population en matière de traitement et de soins efficaces,
- tout en intégrant systématiquement des politiques et des mesures visant à réduire les inégalités de santé.

**Le but de cette Stratégie** est d'éviter les décès prématurés et de réduire de façon sensible la charge de morbidité résultant des maladies non transmissibles, améliorant ainsi la qualité de vie et rendant l'espérance de vie en bonne santé plus équitable dans les États membres européens et entre ces derniers. Les **objectifs de cette Stratégie** sont de combiner une action intégrée portant sur les facteurs de risque et leurs déterminants fondamentaux dans les différents secteurs avec des efforts destinés à renforcer les systèmes de santé en vue d'une meilleure prévention et d'une lutte plus efficace.

**Six messages essentiels guident l'action :**

- La prévention d'un bout à l'autre de la vie est efficace et doit être considérée comme un investissement dans la santé et le développement.
- La société doit créer des environnements favorables à la santé, pour que les choix sains deviennent également les choix les plus faciles.
- Les services sanitaires et médicaux doivent être adaptés à leur objet, en faisant face à la charge de morbidité actuelle et en développant les actions de promotion de la santé.
- Il faut responsabiliser les individus vis-à-vis de leur propre santé, d'interagir efficacement avec les services de santé et d'être des partenaires actifs dans la prise en charge de la maladie.
- L'accès universel à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux services de santé est essentiel pour parvenir à l'équité en matière de santé.
- Les pouvoirs publics à tous les niveaux sont tenus de mettre en place des politiques publiques favorables à la santé et de veiller à ce que des mesures soient prises dans tous les secteurs concernés.

La Stratégie présente un **cadre d'action, pour aider les pays** à concevoir des interventions contre les maladies non transmissibles, en s'appuyant sur les stratégies et actions déjà en place. Elle réaffirme l'importance de l'action intersectorielle et du rôle de direction du ministère de la Santé, en recensant toutes les mesures qu'un pays pourrait prendre d'abord en évaluant leurs méthodes actuelles et ensuite en les améliorant en vue d'élaborer ou de renforcer leur politique de santé publique afin de s'attaquer aux maladies non transmissibles de façon globale et intégrée. Tous les pays européens sont différents et les problèmes posés par les maladies non transmissibles varient d'un pays à l'autre, de même que leurs ressources et leurs capacités, mais il est possible à tous d'agir de façon efficace. Cette Stratégie convient à l'ensemble de l'Europe.

# Introduction

Cette Stratégie globale et axée sur l'action pour la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre celles-ci a été conçue à la demande des États membres, formulée lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2004<sup>1</sup>. Elle a été élaborée dans le cadre d'un vaste processus de consultation avec les pays, des experts, des organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres partenaires. Conformément à la résolution EUR/RC54/R4, elle fait partie intégrante de la politique actualisée de la Santé pour tous, tient compte des engagements pris par les États membres lors de conférences ministérielles de l'OMS, des stratégies et des résolutions pertinentes, et de l'expérience acquise dans le cadre du Programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI).

Ce document est structuré en huit sections et commence par présenter la raison d'être des mesures à prendre, compte tenu des défis que les pays de la Région européenne de l'OMS doivent relever et des possibilités d'amélioration de la santé qui existent déjà. Il présente une démarche stratégique d'action comportant une vision, des buts et des objectifs clairs et six messages essentiels destinés à orienter l'action. On propose un cadre stratégique pour aider les États membres à renforcer les mesures qu'ils prennent pour agir plus vigoureusement contre les maladies non transmissibles, en s'appuyant sur les stratégies et les actions déjà en place. Des informations plus détaillées, des illustrations et des exemples d'actions seront présentés dans le prochain rapport européen de l'OMS sur les maladies non transmissibles, qui sera publié au début de l'année 2007.

---

<sup>1</sup> Elle a été approuvée par la résolution EUR/RC56/R2 adoptée le 11 septembre 2006 lors de la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (annexe 1).



### Défis en matière de santé et d'équité

Quelques maladies, liées par des facteurs de risque et des déterminants fondamentaux communs, sont à l'origine d'une grande partie de la charge de morbidité en Europe (voir tableau 1). Ces grandes maladies, leurs facteurs de risque et leurs déterminants sont plus ou moins les mêmes dans chaque partie et dans chaque pays d'Europe, et ont pris plus d'importance que les maladies transmissibles sur le plan de la charge de morbidité ; certains pays doivent du reste supporter une « double charge », constituée à la fois par les maladies non transmissibles et les maladies transmissibles. Les maladies cardiovasculaires sont celles qui causent le plus de décès en Europe, soit plus de la moitié de l'ensemble des décès dans l'ensemble de la Région ; les maladies cardiaques ou les accidents vasculaires représentent la cause principale de

Tableau 1. Charge de morbidité et décès résultant de maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS, par cause (estimations de 2005).

Groupe de causes (certaines maladies non transmissibles importantes)	Charge de morbidité (AVCI <sup>a</sup> ) (en milliers)	% de toutes les causes	Décès (en milliers)	% de toutes les causes
Maladies cardiovasculaires	34 421	23 %	5 067	52 %
Troubles neuropsychiatriques	29 370	20 %	264	3 %
Cancer (néoplasmes malins)	17 025	11 %	1 855	19 %
Maladies digestives	7 117	5 %	391	4 %
Maladies respiratoires	6 835	5 %	420	4 %
Troubles des organes des sens	6 339	4 %	0	0 %
Maladies musculo-squelettiques	5 745	4 %	26	0 %
Diabète sucré	2 319	2 %	153	2 %
Troubles stomatologiques	1 018	1 %	0	2 %
<b>Ensemble des maladies non transmissibles</b>	<b>115 339</b>	<b>77 %</b>	<b>8 210</b>	<b>86 %</b>
<b>Ensemble des causes</b>	<b>150 322</b>		<b>9 564</b>	

<sup>a</sup> AVCI : années de vie corrigées de l'incapacité.

Source : *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital (1)*.

décès dans les 52 États membres<sup>2</sup>. Lorsque des données ventilées par sexe sont disponibles, il apparaît que la situation en matière de maladies non transmissibles n'est pas la même chez les femmes et les hommes.

**Près de 60 % de la charge de morbidité en Europe, mesurée en AVCI, sont dus à sept facteurs de risque principaux :** hypertension artérielle (12,8 %), tabagisme (12,3 %), consommation d'alcool (10,1 %), hypercholestérolémie (8,7 %), surpoids (7,8 %), faible consommation de fruits et de légumes (4,4 %) et manque d'activité physique (3,5 %). Il faut également prendre conscience du fait que le diabète est un important facteur de risque et facteur déclenchant pour les maladies cardiovasculaires. Ces facteurs de risque principaux sont les mêmes dans toutes les sous-régions épidémiologiques de l'Europe (Eur-A, Eur-B, Eur-C<sup>3</sup>) et dans la plupart des pays européens, bien que leur place dans leur classement puisse varier (2). Dans 37 des 52 États membres européens de l'OMS, le principal facteur de risque sur le plan des décès est l'hypertension artérielle ; dans 31 États membres, le tabagisme est le principal facteur de risque sur le plan de la charge de morbidité. La consommation d'alcool est le principal facteur de risque tant pour les incapacités que pour les décès parmi les jeunes d'Europe.

Ces facteurs de risque principaux sont les mêmes pour un grand nombre des maladies les plus fréquentes en Europe. Chacun de ces sept facteurs de risque principaux, par exemple, est lié à au moins deux des maladies principales et, inversement, chacune des maladies principales est liée à au moins deux facteurs de risque. En outre, chez de nombreuses personnes, en particulier celles qui sont défavorisées sur le plan social, les facteurs de risque se regroupent et interagissent les uns avec les autres, souvent en se multipliant.

**En outre plusieurs maladies frappent certaines personnes, de sorte qu'il peut exister plusieurs comorbidités.** Au moins 35 % des hommes de plus de 60 ans sont atteints de plusieurs maladies chroniques et le nombre de comorbidités augmente progressivement avec l'âge, des niveaux plus élevés étant observés chez les femmes. Il existe des corrélations fortes entre la santé physique et la santé mentale, l'une et l'autre étant liées par des déterminants communs tels qu'une mauvaise qualité du logement, une mauvaise alimentation, un faible niveau d'instruction ou des facteurs de risque communs tels que la consommation

---

<sup>2</sup> Le Monténégro est devenu le 53e État membre le 29 août 2006. Les données et groupements de pays présentés dans cette publication sont antérieurs à cet événement et il n'est tenu compte à cet égard que d'un seul État, la Serbie-et-Monténégro.

<sup>3</sup> Eur-A : 27 pays enregistrant une très faible mortalité chez les enfants et les adultes.

Eur-B : 16 pays connaissant une faible mortalité chez les enfants et les adultes.

Eur-C : 9 pays caractérisés par une faible mortalité chez les enfants et une mortalité élevée parmi les adultes.

excessive d'alcool. La dépression, par exemple, est plus fréquente chez les personnes atteintes de maladies physiques que parmi les personnes en bonne santé, la prévalence de la dépression sévère atteignant jusqu'à 33 % des cancéreux, 29 % des hypertendus et 27 % des diabétiques.

**Les maladies non transmissibles ont des causes multifactorielles** et résultent d'interactions complexes entre les individus et leur environnement, y compris leurs possibilités de bénéficier d'actions de promotion de la santé et de lutter contre leur vulnérabilité à certains risques. Des caractéristiques individuelles (telles que le sexe, l'appartenance ethnique ou une prédisposition génétique) et des facteurs protégeant la santé (tels que la résilience émotionnelle), ainsi que des déterminants sociaux, économiques et environnementaux (tels que le revenu, l'instruction et les conditions de vie et de travail) engendrent des différences d'exposition et de vulnérabilité des individus à l'égard de situations qui portent atteintes à la santé. Ces déterminants fondamentaux, ou « causes de causes », influent sur les possibilités de santé, la propension à recourir aux soins et le mode de vie, ainsi que sur l'apparition, l'expression et les conséquences des maladies.

Le patrimoine génétique d'un individu influe généralement beaucoup sur la probabilité d'être atteint de certaines maladies, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers, la schizophrénie et la maladie d'Alzheimer. Bien que les modalités d'action de l'hérédité ne soient pas définies de façon claire, des interactions entre les gènes et l'environnement peuvent jouer un rôle important. De plus, les caractéristiques pathologiques diffèrent selon le groupe ethnique : le diabète sucré de type 2 est jusqu'à six fois plus fréquent chez les personnes d'origine d'Asie du Sud et jusqu'à trois fois plus fréquent parmi celles qui sont d'origine africaine ou afro-caribéenne, par exemple.

**Le sexe influence l'apparition et l'évolution de facteurs de risque et de maladies** tels que l'obésité, les maladies cardiovasculaires et les problèmes de santé mentale. D'un bout à l'autre de la vie, des rôles différents dans la société sont attribués aux hommes et aux femmes, et assumés par eux, et sont évalués de façons différentes. Cela a des incidences sur le comportement en matière de prise de risques, l'exposition à des risques et la propension à recourir aux soins ; cela détermine également la mesure dans laquelle les femmes et les hommes peuvent obtenir et maîtriser les ressources et la possibilité de prendre les décisions nécessaires pour protéger leur santé. Il en résulte des répartitions inévitables des risques en matière de santé, de l'accès aux services de santé, de l'utilisation des services de santé et des résultats sur le plan de l'état de santé.

**Les fondements de la santé des adultes sont mis en place très tôt dans l'existence**, même avant la naissance, et un bon début dans la vie est fondamental pour le développement ultérieur. Les mères jeunes, les mères

pauvres et celles qui n'ont qu'un faible niveau d'instruction risquent davantage de donner naissance à un enfant de faible poids et allaitent ce dernier moins fréquemment ; pour sa part, un faible poids de naissance est lié à un risque accru de coronaropathie, d'accident vasculaire cérébral, d'hypertension artérielle et de diabète de type 2. De bonnes habitudes en matière de santé, telles qu'un régime alimentaire rationnel, l'activité physique et le refus du tabagisme, sont prises au cours des premières années de la vie et sont influencées par les exemples donnés par les parents et le groupe de pairs. Une croissance lente et un soutien émotionnel de mauvaise qualité au cours de l'enfance se traduisent par un risque de mauvaise santé physique et mentale au cours de l'ensemble de l'existence. Des études ont montré que la maltraitance et d'autres événements violents et négatifs au cours de l'enfance, par exemple, sont liés à un risque accru de tabagisme, d'inactivité physique, d'obésité sévère et d'alcoolisme au cours de la vie ultérieure.

**Il existe une distribution inégale des maladies et de leurs causes dans l'ensemble de la population**, celles-ci étant plus fréquentes chez les défavorisés et les personnes vulnérables. Les individus qui appartiennent à des groupes socioéconomiques peu élevés courent un risque au moins double de grave maladie et de décès prématuré par rapport à ceux qui appartiennent à des groupes socioéconomiques élevés (3). Des inégalités de santé entre personnes caractérisées par un niveau d'instruction, une catégorie professionnelle et un niveau de revenu peu élevés ont été observées dans tous les pays européens dans lesquels elles ont été mesurées. La concentration croissante des facteurs de risque dans les groupes socioéconomiques peu élevés entraîne un écart de plus en plus important en matière d'état de santé futur.

**Lorsque des améliorations de la santé se produisent, elles ne sont pas réparties de façon égale dans la société**, à quelques exceptions près. Quand tous les groupes de la société bénéficient dans une certaine mesure d'interventions sanitaires, les personnes qui appartiennent aux groupes socioéconomiques élevés ont tendance à en profiter davantage. Les taux de mortalité baissent proportionnellement de façon plus rapide dans les groupes socioéconomiques élevés que dans les groupes socioéconomiques plus bas, en particulier en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, ce qui accroît encore les différences d'espérance de vie entre les deux groupes (4). Ainsi, en Lituanie, une augmentation des inégalités (selon le niveau d'instruction) sur le plan de la mortalité due aux grandes causes des décès pour les hommes et les femmes a été observée de 1989 à 2001, ce qui est dû à une baisse considérable de la mortalité parmi les personnes ayant bénéficié d'une formation universitaire et à une forte augmentation de la mortalité chez ceux qui n'ont qu'un niveau d'instruction primaire ou n'ont bénéficié d'aucune scolarité.

**Ces maladies et leurs causes contribuent à des différences en matière d'espérance de vie en bonne santé dans les pays européens et entre ceux-ci.** Les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires ont baissé

en Europe occidentale au cours des décennies récentes, mais il existe une différence caractérisée par un rapport pouvant atteindre jusqu'à 1 à 10 en matière de mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire entre l'Europe occidentale et les pays d'Europe centrale et orientale, les taux les plus élevés étant observés à l'Est. Des maladies courantes susceptibles d'être prévenues contribuent à une différence de 20 ans en matière d'espérance de vie en bonne santé en Europe et à des différences à l'intérieur des pays.

### **Défis pour les sociétés et les systèmes de santé**

**Les maladies non transmissibles ont des effets importants sur les systèmes de santé et de protection sociale**, en raison des décès prématurés, des maladies de longue durée ou des incapacités. Dans des pays tels que le Danemark, on estime que 40 % de la population souffrent de maladies de longue durée ; il est probable que cette proportion augmentera parallèlement au vieillissement de l'Europe. De 70 à 90 % des dépenses de soins de santé sont affectés aux maladies chroniques, et les patients atteints de maladies de longue durée utilisent beaucoup les services de santé. Les dépenses de santé et le risque d'admission évitable dans les établissements de santé augmentent spectaculairement avec le nombre de comorbidités. Au Royaume-Uni, il a été estimé que 8 des 11 principales causes d'hospitalisation étaient les maladies de longue durée et que 5 % des personnes hospitalisées, dont un grand nombre sont atteintes de maladies de longue durée, représentent 42 % des journées d'occupation de lits hospitaliers réservés aux malades en phase aiguë (5).

Les décès à un âge jeune ou les maladies ou incapacités de longue durée ont des incidences économiques pour les familles et la société. Les employeurs et la société subissent les conséquences néfastes de l'absentéisme, de la réduction de la productivité et de la rotation des salariés. Les familles et les sociétés doivent supporter une charge due aux dépenses de santé (directes et indirectes), à une baisse du revenu, à la retraite anticipée et au recours accru à la protection sociale et à la prise en charge des personnes dépendantes. En Suède, le coût total estimé des troubles musculo-squelettiques était largement indirect, c'est-à-dire qu'il prenait la forme de congés de maladie (31,5 %) et de la retraite anticipée (59 %). En 2005, la perte de revenu national due aux maladies cardiaques, aux accidents vasculaires cérébraux et au diabète en Fédération de Russie a atteint 11 milliards de dollars internationaux.

**Un traitement peut ne pas être accessible, disponible ou financièrement possible, et les dépenses peuvent accroître la pauvreté des familles.** Un inhalateur de salbutamol (pour le traitement de l'asthme) peut coûter l'équivalent de 15 jours de traitement pour les fonctionnaires les moins bien rémunérés dans certaines régions d'Europe. En raison de l'accumulation des comorbidités chez les personnes défavorisées et du

nombre potentiel de médicaments nécessaires pour un traitement efficace, il n'est pas étonnant que l'observance d'un traitement de longue durée soit difficile (6). En outre, la stigmatisation et la discrimination qui vont de pair avec certaines maladies telles que le diabète et les troubles mentaux peuvent empêcher certaines personnes de trouver un emploi, ce qui renforce encore le lien entre la pauvreté et la mauvaise santé.

**Les changements démographiques en Europe créeront de nouvelles difficultés économiques, budgétaires et sociales** au cours des prochaines décennies, car les individus vivent plus longtemps et il pourrait se produire une réduction de la main-d'œuvre en raison d'une diminution du taux de natalité. Dans la partie occidentale de la Région, le nombre de personnes âgées de plus de 64 ans a plus que doublé depuis les années 50, tandis que le nombre de ceux qui ont plus de 80 ans a quadruplé. À bien des égards, cela peut être considéré comme un très grand succès pour la santé publique, mais cette évolution pose un problème particulier au secteur sanitaire et social. Il est prévu que le rapport entre le nombre de personnes âgées et économiquement inactives (plus de 65 ans) par rapport aux personnes en âge de travailler pourrait plus que doubler de 2005 à 2050 dans l'Union européenne (UE). Il est plus important que jamais que les personnes restent en bonne santé et indépendantes pendant une période de leur vie aussi longue que possible, de façon à ce que les décès prématurés parmi la population d'âge mûr en âge de travailler soient évités et que la morbidité soit concentrée vers la fin de l'existence.

**La mondialisation et l'urbanisation posent des problèmes particuliers à la société.** La mondialisation va de pair avec la tendance, dans la population des pays à revenu inférieur et intermédiaire, à avoir des régimes alimentaires malsains riches en énergie, en graisses saturées, en sel et en sucre. Dans de nombreux pays, les individus sont tributaires d'un petit nombre de détaillants pour leurs achats quotidiens d'aliments, et les marchés locaux sont en voie de disparition. Cette tendance a commencé en Europe occidentale et est maintenant observée dans certaines zones d'Europe orientale. L'augmentation du nombre d'accords commerciaux et de marchés communs, et le développement de la promotion transnationale du tabac et de l'alcool sapent les efforts déployés par les pouvoirs publics pour limiter de façon efficace leur distribution et leur disponibilité. Les populations urbaines deviennent de plus en plus sédentaires, par exemple à cause de la progression accélérée du transport motorisé, de l'expansion anarchique des villes et de la diminution des possibilités d'activité physique quotidienne dans les logements, sur le lieu de travail et dans les écoles. Nos environnements modernes favorisent l'obésité, sous l'effet de régimes alimentaires malsains et de l'inactivité physique, ce qui a des répercussions graves sur l'incidence de l'obésité, en particulier parmi les enfants, et contribue à d'autres maladies non transmissibles, telles que le diabète.

**La promotion de la santé et la prévention des maladies non transmissibles n'obtiennent qu'une part relativement faible du budget du système de santé.** Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en moyenne seulement 3 % des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE sont affectées à des programmes de prévention et de santé publique s'adressant à l'ensemble de la population, alors que l'essentiel des dépenses est consacré aux soins de santé. En outre, les organismes donateurs et les efforts internationaux d'aide sont principalement orientés vers les maladies transmissibles, ce qui détourne l'attention des principaux facteurs de décès et de maladie dans une région telle que l'Europe. Les maladies cardiovasculaires causent 46 fois plus de décès que le sida, la tuberculose et le paludisme en Europe, ainsi qu'une charge de morbidité 11 fois supérieure que celle qui résulte de ces maladies.

**Les services de santé sont souvent orientés vers les soins et non la prévention,** et vers des modèles de soins aigus plutôt que chroniques, ce qui réduit les possibilités de prévention, et de détection et traitement précoces. Il se peut que le diabète sucré ne soit pas diagnostiqué dans 50 % des cas. Lorsque le diagnostic est posé, il se peut que 50 % des diabétiques n'aient pas un bon contrôle métabolique, lipidique et sanguin, alors qu'il est connu que jusqu'à 80 % des diabétiques mourront de maladies cardiovasculaires. La qualité des soins aux personnes atteintes de certaines maladies courantes reste encore très déficiente et les capacités en matière de santé publique sont peut-être insuffisantes par rapport aux problèmes qui se posent. La mise en œuvre d'interventions efficaces laisse beaucoup à désirer. Par exemple, 30 000 femmes meurent chaque année du cancer du col de l'utérus en Europe, et les taux de mortalité sont deux à quatre fois plus élevés dans les pays d'Europe centrale et orientale qu'en Europe occidentale. Ces décès pourraient en grande partie être empêchés par un diagnostic et un traitement précoces.

# Possibilités d'amélioration de la santé

**Il existe déjà des interventions efficaces pour prévenir les maladies non transmissibles et lutter contre celles-ci.** Il est déjà possible de prévenir ou de modifier les facteurs de risque, de prévenir l'apparition ou la progression des maladies, de prévenir les incapacités, et d'empêcher des décès précoces ou douloureux. Il est possible d'améliorer l'état de santé grâce à une détection précoce, à un traitement approprié et à une réadaptation efficace. Pour cela, il faut appliquer les connaissances existantes de façon plus efficace et plus équitable, afin que tous en bénéficient. Des résultats importants ont été obtenus dans certains pays, mais les écarts relevés à l'échelle nationale ou internationale démontrent qu'il y a un potentiel énorme d'amélioration de la santé en Europe.

**Les plus grandes possibilités d'amélioration de la santé résident dans la prévention.** Si l'on prend l'exemple de la coronarite, une réduction de 80 % de la mortalité due à cette maladie a été obtenue en Finlande de 1972 à 1992 grâce à une réduction des principaux facteurs de risque. De même, en Irlande, près de la moitié (48,1 %) de la réduction des taux de mortalité par coronarite de 1985 à 2000 parmi les personnes âgées de 25 à 84 ans a été attribuée à des tendances favorables des facteurs de risque au sein de la population. Dans ces deux pays, les bénéfices les plus importants semblent résulter de réductions moyennes de la cholestérolémie, de la prévalence du tabagisme et de l'hypertension.

**Globalement, une action de prévention menée au sein de la population est la stratégie la plus durable à long terme,** et permet de lutter contre un certain nombre de maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque communs en même temps. Il existe divers exemples d'interventions efficaces pour réduire la prévalence globale de facteurs de risque dans la population, par exemple la taxation des produits à base de tabac ou la réduction du taux de matières grasses, de sel et de sucre dans les aliments transformés. Les interventions axées sur des facteurs de risque multiples au niveau de la population peuvent provoquer des changements dans les profils de facteurs de risque qui, s'ils sont modestes au niveau individuel, peuvent avoir des incidences appréciables sur la mortalité par maladies non transmissibles au niveau de la population. En ce qui concerne le Royaume-Uni, par exemple, il a été prévu que la mortalité par coronarite pouvait être divisée par deux grâce à de petits changements des facteurs de risque cardiovasculaires ; par exemple, une baisse de 1 % de la cholestérolémie dans la population pourrait entraîner une réduction de 2 à 4 % de la mortalité par coronarite ; une réduction de 1 % de la prévalence du tabagisme pourrait se traduire par 2 000 décès par coronarite de moins chaque année ; et une réduction de 1 % de la pression



artérielle diastolique dans la population du Royaume-Uni pourrait prévenir environ 1 500 décès par coronarite chaque année.

**Il faut porter son attention sur la réduction des inégalités de santé.** La morbidité due aux complications du diabète est 3,5 fois plus élevée parmi les plus pauvres au Royaume-Uni que parmi les plus riches. Des études ont également montré que les hommes âgés de 20 à 64 ans exerçant un métier manuel n'exigeant aucune qualification ou peu de qualifications courent un risque trois fois plus élevé de décès prématuré par maladie cardiovasculaire que les cadres et les membres de professions libérales. Il existe des preuves convaincantes des incidences des gradients sociaux et des inégalités de santé. Des interventions reposant sur la mise en œuvre de politiques portant sur des déterminants de la société plus généraux tels que la croissance économique, les inégalités de revenu et la pauvreté, ainsi que l'instruction, le cadre de travail, le chômage et l'accès aux soins de santé, représentent les principales options d'amélioration sensible de la santé. Cette large gamme de mesure à l'échelle de l'ensemble de la population exige un important effort de la société, auquel doivent participer les secteurs sanitaire et non sanitaires dans le cadre d'une action menée en coopération. Le secteur sanitaire doit aller au devant des différents secteurs de la société pour les sensibiliser au rôle qu'ils jouent dans la cause de certaines maladies et à la responsabilité qu'ils doivent assumer pour une amélioration de la situation à cet égard. Par leur nature même, les efforts visant à réduire les inégalités sociales de santé doivent être considérés principalement comme faisant partie intégrante des politiques sociales et économiques, et non comme des activités distinctes ciblant les inégalités de santé.

**La prévention doit avoir lieu simultanément au niveau de la population et au niveau individuel.** Si les personnes à risque ne sont pas traitées, on n'obtiendra que des résultats limités en matière de morbidité et de mortalité par maladies non transmissibles à court et à moyen termes. Chez les personnes ayant une tolérance déficiente au glucose, qui risquent fort de devenir diabétiques, un programme intense de modification du mode de vie peut réduire le risque de diabète de 58 % et une intervention pharmacologique peut le diminuer de 31 %. Par exemple, une thérapie médicamenteuse combinée (aspirine, bêtabloquant, diurétique et statine, en particulier) peut réduire de 75 % le nombre d'infarctus du myocarde (crises cardiaques) parmi les personnes qui risquent un tel accident. Or un grand nombre de ces mesures efficaces ne sont pas prises. Par exemple, l'étude EUROASPIRE II a permis de conclure qu'il existe en Europe des possibilités considérables de réduire le risque de coronarite récurrente grâce à des modifications du mode de vie, à une maîtrise rigoureuse d'autres facteurs de risque et à une utilisation plus efficace de médicaments qui ont fait leurs preuves ; par exemple, environ la moitié des personnes atteintes de coronarite en Europe devrait bénéficier d'une prise en charge plus intensive de la pression artérielle.

**Le dépistage peut prévenir des incapacités et des décès, et améliorer la qualité de la vie**, s'il est mis en œuvre de façon performante et si un traitement efficace, financièrement abordable et acceptable peut être offert aux personnes qui en ont besoin. Le nombre de tests de dépistage d'efficacité prouvée permettant d'identifier les personnes à risque élevé de maladies est limité et ceux qui existent exigent des capacités suffisantes du système de santé pour une mise en œuvre efficace. Le dépistage et, ensuite, le traitement des personnes courant un risque élevé de maladies cardiovasculaires, selon une démarche axée sur le risque global, qui tient compte en même temps de plusieurs facteurs de risque, est plus économique qu'une action orientée uniquement sur les différents facteurs de risque ou sur des facteurs de risque déterminés sur la base de mesures arbitraires de facteurs de risque isolés (7). Dans les pays dotés de ressources suffisantes pour être en mesure de fournir un traitement approprié, il est également efficace de faire passer aux individus des tests de dépistage pour la détection précoce du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, en particulier si ce dépistage a lieu dans le cadre de programmes de dépistage organisés et mis en œuvre au niveau de l'ensemble de la population (8,9). La rétinopathie diabétique est une complication du diabète facile à détecter et à traiter, alors qu'elle représente une cause importante de déficience visuelle en Europe ; un dépistage régulier et, le cas échéant, un traitement des personnes courant un risque élevé à cet égard pourraient prévenir de nombreux cas de cécité.

**Tant les démarches reposant sur la population que celles qui ciblent les individus à haut risque conviennent à l'Europe au XXI<sup>e</sup> siècle**, bien que leur potentiel d'amélioration de la santé et d'applicabilité varie sans doute d'un pays à l'autre et dans le temps. Pour les pays européens dans lesquels des stratégies relativement simples et peu coûteuses telles que la taxation du tabac et le remplacement des matières grasses saturées par des matières grasses insaturées, n'ont pas encore été appliquées sur une grande échelle, il est probable que les stratégies axées sur la population aient le plus d'effets, bien que des stratégies ciblant les patients à risque élevé doivent être mises en œuvre parallèlement. En revanche, dans les pays européens où des stratégies sont mises en œuvre au niveau de la population depuis des décennies pour lutter contre des facteurs de risque avec de bons résultats, un potentiel croissant d'amélioration *supplémentaire* de la santé peut résider dans des stratégies individuelles ciblant des patients à haut risque, bien qu'il soit nécessaire de continuer à appliquer des démarches axées sur la population.

**Le risque personnel de contracter des maladies peut dépendre de l'interaction entre l'individu, ses prédispositions personnelles et l'environnement.** Si la réduction et la maîtrise des facteurs de risque plus facilement modifiables et des déterminants pris au sens large restent la pierre angulaire de l'action de prévention des maladies non transmissibles et de la lutte contre celles-ci, il est probable qu'au cours des 5 à 10 prochaines années, il sera possible de mettre au point un nombre de plus en plus élevé de tests relatifs à des troubles

14 dus à des gènes uniques et à des prédispositions génétiques à être atteint de maladies courantes. Il sera possible de faire subir des examens à des personnes asymptomatiques pour détecter des troubles génétiques et identifier celles qui courent un risque génétique relativement élevé, ce qui permettra de procéder plus précocement à des interventions plus ciblées avant l'apparition des symptômes. Il sera également possible de faire subir des tests à des personnes symptomatiques pour confirmer un diagnostic et offrir des traitements nouveaux. Le potentiel d'amélioration de la santé qui découle de ces progrès scientifiques n'est pas encore connu, mais il est probable qu'il aura des incidences appréciables sur l'organisation, la dotation en personnel et la fourniture de services sanitaires, et soulèvera des questions d'éthique et d'équité d'accès.

**Les interventions préventives doivent être combinées avec un renforcement des facteurs de protection de la santé** de nature à accroître la résilience des individus et à améliorer leur résistance aux facteurs de risque et à la maladie (10). Les mesures favorisant un bon départ dans la vie grâce à un attachement précoce et à un soutien approprié aux parents et aux jeunes enfants représentent un important investissement dans le développement physique et émotionnel, qui a des conséquences durant toute l'existence. L'appartenance à un réseau social et le sentiment d'être lié aux autres peuvent avoir des effets protecteurs puissants sur la santé. Un bon soutien social peut contribuer à donner aux individus les ressources émotionnelles et pratiques dont ils ont besoin, en particulier pour faire face aux transitions difficiles de la vie. Les interventions efficaces sont notamment l'amélioration de l'environnement social à l'école, sur le lieu de travail et dans le cadre de vie local, l'amélioration du soutien social aux personnes âgées, et la mise en place de programmes visant à équiper les individus de compétences sociales et d'aptitudes à résoudre les problèmes, notamment celles qui permettent de maîtriser le stress.

**L'action privilégiant les interventions efficaces sur le plan économique et reposant sur des informations factuelles, et l'amélioration de la qualité des interventions** peuvent représenter un moyen efficace d'utiliser les ressources et de maximiser les possibilités d'amélioration de la santé. Dans le domaine de la prise en charge des maladies, il existe des interventions efficaces pour réduire la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée, bien qu'elles reposent souvent sur une détection précoce et des systèmes organisés de soins pour avoir le succès maximal (11). Le traitement des accidents vasculaires cérébraux, par exemple, grâce à des soins dispensés dans des unités d'urgence neurovasculaires, a permis de réduire de 25 % le nombre de personnes qui décèdent ou sont tributaires d'autrui pour les activités essentielles de la vie quotidienne. La difficulté réside dans le fait que les systèmes de santé doivent être capables de mettre en œuvre des interventions efficaces sur une grande échelle, bien qu'il soit possible d'améliorer la qualité des soins même là où les ressources sont peu importantes.

Pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques, **il faut que les programmes tiennent compte d'approches courantes des soins chroniques et d'approches propres à certaines maladies pour obtenir les meilleurs résultats.** Les modèles qui sont axés sur l'amélioration des soins en cas de maladie chronique existent et sont mis en œuvre dans un certain nombre de pays, tels que l'Angleterre et le Danemark. En outre, il existe des cadres ou principes directeurs pour les soins relatifs à certaines maladies. Compte tenu du degré élevé de comorbidité, les soins axés sur les besoins globaux des patients ont de bonnes chances d'être plus efficaces que des soins axés sur des maladies déterminées. Les principes directeurs applicables à la prise en charge de maladies déterminées peuvent ne pas tenir compte de l'ampleur et des incidences de la comorbidité. À cet égard, le médecin de soins primaires joue un rôle important dans la fourniture de soins intégrés. Une participation active du patient à la prise en charge de la maladie peut améliorer les résultats au niveau de l'état de santé ; par exemple, une formation à des stratégies de soins auto-administrés chez les personnes atteintes de diabète sucré de type 2 permet d'améliorer la glycémie à jeun, l'hémoglobine glycosylée et la connaissance du diabète, et de réduire la pression artérielle systolique, le poids et les besoins en médicaments pour diabétique.

**L'investissement dans la lutte contre les maladies non transmissibles aurait des effets importants sur la santé et l'économie dans de nombreux pays à revenu peu élevé et intermédiaire.** En ce qui concerne les pays d'Europe orientale et issus de l'ex-URSS, par exemple, la réduction de la mortalité des adultes jusqu'aux niveaux observés dans l'UE, grâce à une action portant plus particulièrement sur les maladies non transmissibles et les causes externes, aurait des conséquences importantes sur l'espérance de vie à la naissance, permettant d'obtenir un gain de huit ans (12). Il a été estimé que la Fédération de Russie pourrait obtenir des gains économiques susceptibles d'atteindre jusqu'à 29 % du produit intérieur brut (PIB) de 2002 si ce pays parvenait à atteindre les taux de l'UE-15<sup>4</sup> d'ici à 2025 (13). De même, une action privilégiant la prévention et les déterminants plus généraux de la santé en vue d'améliorer la santé de l'ensemble de la population et de réduire les inégalités de santé est jugée essentielle dans les pays à revenu élevé qui s'efforcent de maîtriser des dépenses de soins de santé de plus en plus élevées (14).

**En résumé, globalement, le principal potentiel d'amélioration de la santé réside dans une stratégie globale** qui favorise simultanément une promotion de la santé au niveau de la population et des programmes de prévention des maladies, et cible activement des groupes et des individus en situation de risque élevé, tout en maximisant la couverture de la population en matière de traitement et de soins efficaces. L'action relative aux déterminants plus généraux de la santé et à la réduction des inégalités dans les pays et entre ceux-ci peut contribuer à d'importantes améliorations.

---

<sup>4</sup> L'UE, lorsqu'elle comprenait 15 États, jusqu'en 2004.

## Principes directeurs

Cette Stratégie européenne s'intègre pleinement dans la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS (15). En conséquence, comme celle-ci, elle conçoit la santé comme un droit fondamental, se fonde sur les valeurs essentielles d'équité, de solidarité et de participation, et demande aux responsables politiques de lier ces valeurs à une action sur le plan de la gouvernance éthique du système de santé. Dans cette optique, la Stratégie réaffirme cinq principes fondamentaux qui doivent guider l'élaboration de la politique à tous les niveaux dans un pays :

- le but final de la politique de santé est de réaliser l'intégralité du potentiel de santé de chacun ;
- il est essentiel, sur le plan de la santé publique, de combler l'écart de santé entre pays et à l'intérieur des pays (solidarité) ;
- la participation de la population est cruciale pour le développement sanitaire ;
- le développement sanitaire passe par des stratégies multisectorielles et des investissements intersectoriels qui agissent sur les déterminants de la santé ;
- chaque secteur de la société est responsable des incidences sanitaires de ses propres activités.

Conformément à la conception qui préside à la Santé pour tous et à la définition de la santé qui figure dans la Constitution de l'OMS, la santé est un état de bien-être et « ne consiste pas seulement en une absence de maladie », de sorte que la politique de santé dépasse largement le cadre des soins aux patients. La santé conçue comme un droit ne se limite pas à des soins appropriés prodigués en temps utiles, mais suppose une action sur les déterminants fondamentaux de la santé. L'État est tenu d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et, à cette fin, d'adopter une politique, pour réunir les conditions qui offrent à tous la possibilité d'être en bonne santé et, en définitive, garantissent une bonne santé indépendamment de l'âge, du sexe, de l'appartenance ethnique, etc. En conséquence, conformément à la démarche qui préside à la Santé pour tous, cette Stratégie porte sur les quatre types d'action qu'exige l'amélioration de la santé : agir sur les déterminants de la santé ; faire la promotion de modes de vie sains ; mettre en place des programmes de prévention et de détection précoce ; et organiser des soins au patient centrés sur la santé.

# Démarche stratégique

**La Stratégie est axée sur la prévention des maladies non transmissibles et sur la lutte contre celles-ci.** Elle vise à tenir la balance égale entre une action équilibrée sur les causes évitables de maladie, d'incapacité et de décès prématuré et des mesures visant à améliorer l'état de santé et la qualité de vie des malades. Elle doit prévenir ou modifier les facteurs de risque, empêcher l'apparition ou la progression de maladies, prévenir les incapacités et empêcher des décès douloureux ou prématurés.

**La Stratégie porte sur toutes les maladies non transmissibles qui sont liées à des facteurs de risque communs, à des déterminants fondamentaux et à des moyens de prévention.** On considère qu'il s'agit d'une méthode plus efficace et plus efficiente, étant donné que ces grandes maladies sont multifactorielles et qu'une concentration des facteurs de risque et comorbidités se produit chez les individus, en particulier les plus vulnérables.

Une démarche globale nécessite des actions menées à tous les niveaux : promotion de la santé, prévention des maladies et prise en charge de celles-ci, car les interventions doivent cibler l'ensemble de la population, les personnes à risque et celles qui sont atteintes d'une maladie depuis peu de temps ou une période plus longue. **La démarche stratégique comprend plusieurs éléments essentiels (voir encadré 1).**

## **Encadré 1. Démarche stratégique**

Il s'agit d'une démarche globale qui vise simultanément :

- à mettre l'accent sur des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies au niveau de la population,
  - à cibler activement des groupes et des individus à risque,
  - à traiter et soigner efficacement une proportion maximale de la population,
- tout en veillant systématiquement à ce que la politique et l'action constituent un ensemble cohérent dans la perspective d'une réduction des inégalités de santé.

Pour être efficace, une telle démarche nécessite une action intégrée portant sur les facteurs de risque et leurs déterminants fondamentaux dans les différents secteurs, combinée à des efforts visant à renforcer les

systèmes de santé dans le sens d'une meilleure prévention et d'une prise en charge plus efficace. **La vision, le but et les objectifs de la Stratégie sont énoncés dans l'encadré 2.**

### **Encadré 2. Vision, but et objectifs**

#### **Vision**

Une Europe recourant à la promotion de la santé et réussissant à éliminer les maladies non transmissibles susceptibles d'être prévenues, les décès prématurés et les incapacités évitables.

#### **But**

Éviter les décès prématurés et réduire de façon appréciable la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles en prenant des mesures intégrées, en améliorant la qualité de la vie et en rendant l'espérance de vie en bonne santé plus équitable dans les États membres et entre États membres.

#### **Objectifs**

Prendre des mesures intégrées contre les facteurs de risque et leurs déterminants fondamentaux dans les différents secteurs.

Renforcer les systèmes de santé en vue d'une meilleure prévention des maladies non transmissibles et d'une lutte plus efficace contre celles-ci.

L'action est guidée par les **messages essentiels** de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (voir encadré 3).

Pour aider les États membres à examiner et à renforcer les mesures visant à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles, on propose un cadre comportant plusieurs sous-ensembles pour l'organisation de l'action et la prise de mesures visant à donner suite aux engagements pris. **Le cadre d'action contre les maladies non transmissibles** (voir figure 1) s'inspire de deux instruments particulièrement pertinents, la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (16) et le cadre de l'OMS relatif aux services de santé (17) ; il combine donc la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins de santé. Ce cadre d'action s'inspire également des développements relatifs à la mise en œuvre présentée dans le rapport du Siège de l'OMS *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital* (1) et de la « CINDI vision » (18), avec lesquels il est compatible.

**Encadré 3. Messages essentiels**

1. La prévention d'un bout à l'autre de la vie est efficace et doit être considérée comme un investissement dans la santé et le développement.
2. La société doit créer des environnements favorables à la santé, en veillant également à faire en sorte que les choix sains soient les choix les plus faciles.
3. Les services sanitaires et médicaux doivent être adaptés à leur objet, et faire face à la charge de morbidité actuelle et aux possibilités croissantes qui existent en matière de promotion de la santé.
4. Il faut mettre les individus en mesure de mener une action de promotion de leur propre santé, d'avoir des relations efficaces avec les services sanitaires et d'être des partenaires actifs dans la prise en charge des maladies.
5. Un accès universel à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux services de santé est essentiel pour parvenir à l'équité en matière de santé.
6. Les pouvoirs publics, à tous les niveaux, sont tenus de mettre en place des politiques publiques favorables à la santé et d'assurer la prise de mesures dans tous les secteurs concernés.

La Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles donne aux États membres la possibilité de rassembler, dans un cadre cohérent dont les éléments se renforcent mutuellement, les stratégies et plans d'action qui permettent de s'attaquer globalement aux maladies non transmissibles d'un bout à l'autre de la vie (figure 2 et annexe 2). Il ne vise pas à répéter ou à remplacer ces stratégies et plans d'action, mais plutôt à s'inspirer des enseignements qui en ont été tirés, à améliorer leur mise en œuvre et à coopérer pour atteindre un but commun. Une combinaison de démarches horizontales et verticales est nécessaire, mais elles doivent être bien coordonnées et intégrées en vue de concrétiser les synergies potentielles.

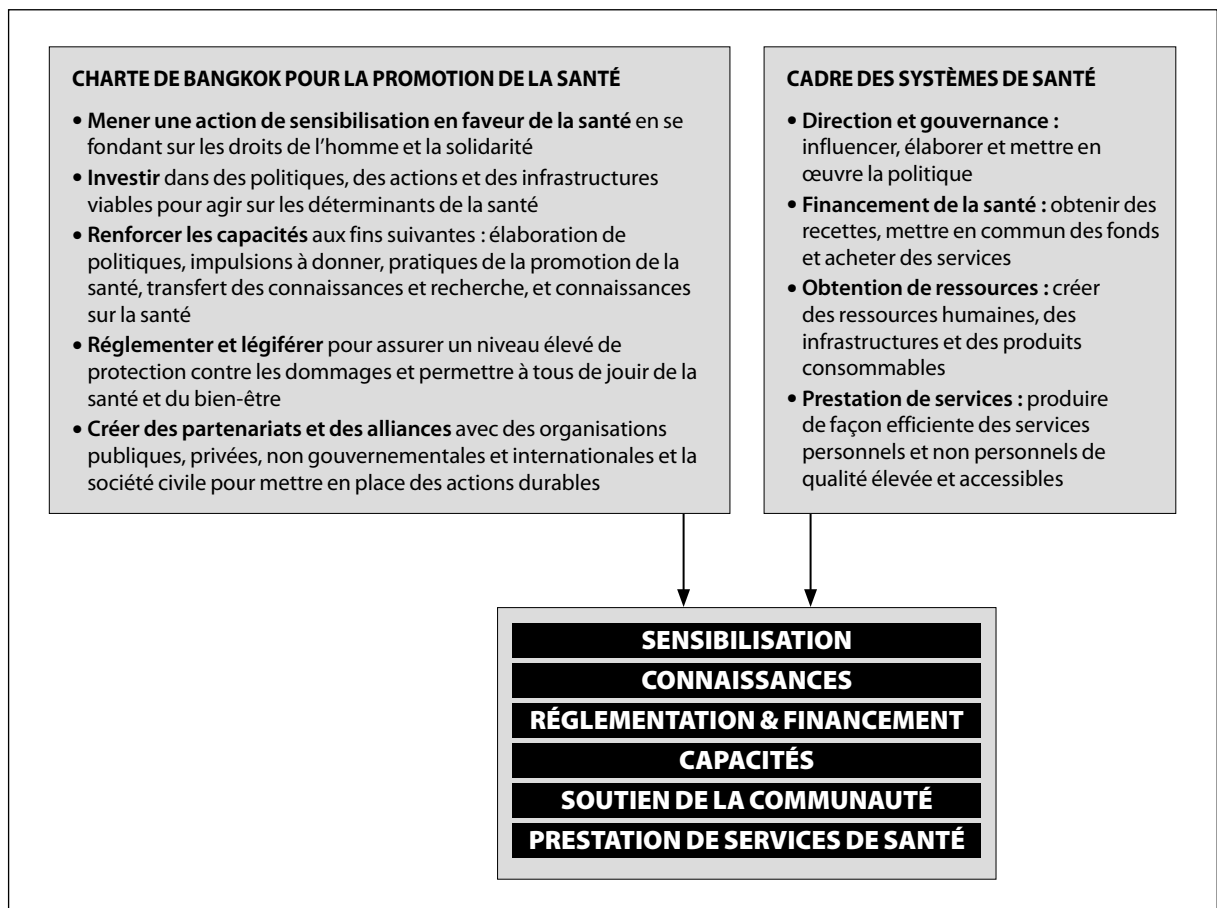
Dans la section suivante, intitulée « Le cadre d'action » (p. 22 à 34), les six domaines présentés dans les figures 1 et 2 sont précisés et des exemples d'action sont donnés pour montrer comment ces domaines peuvent être combinés. Le cadre d'action permet également de répondre aux messages essentiels, de déterminer ce qui n'est pas encore pris en compte par d'autres stratégies et plans d'action, et de souligner l'importance des déterminants de la santé et la nécessité de réduire les inégalités de santé.

La Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles invite tous les gouvernements et les autres organes de décision concernés à étudier et à déterminer quelles sont les options qui permettent le mieux d'atteindre les buts de la Stratégie. Bien que tous les pays européens soient différents et qu'ils doivent faire



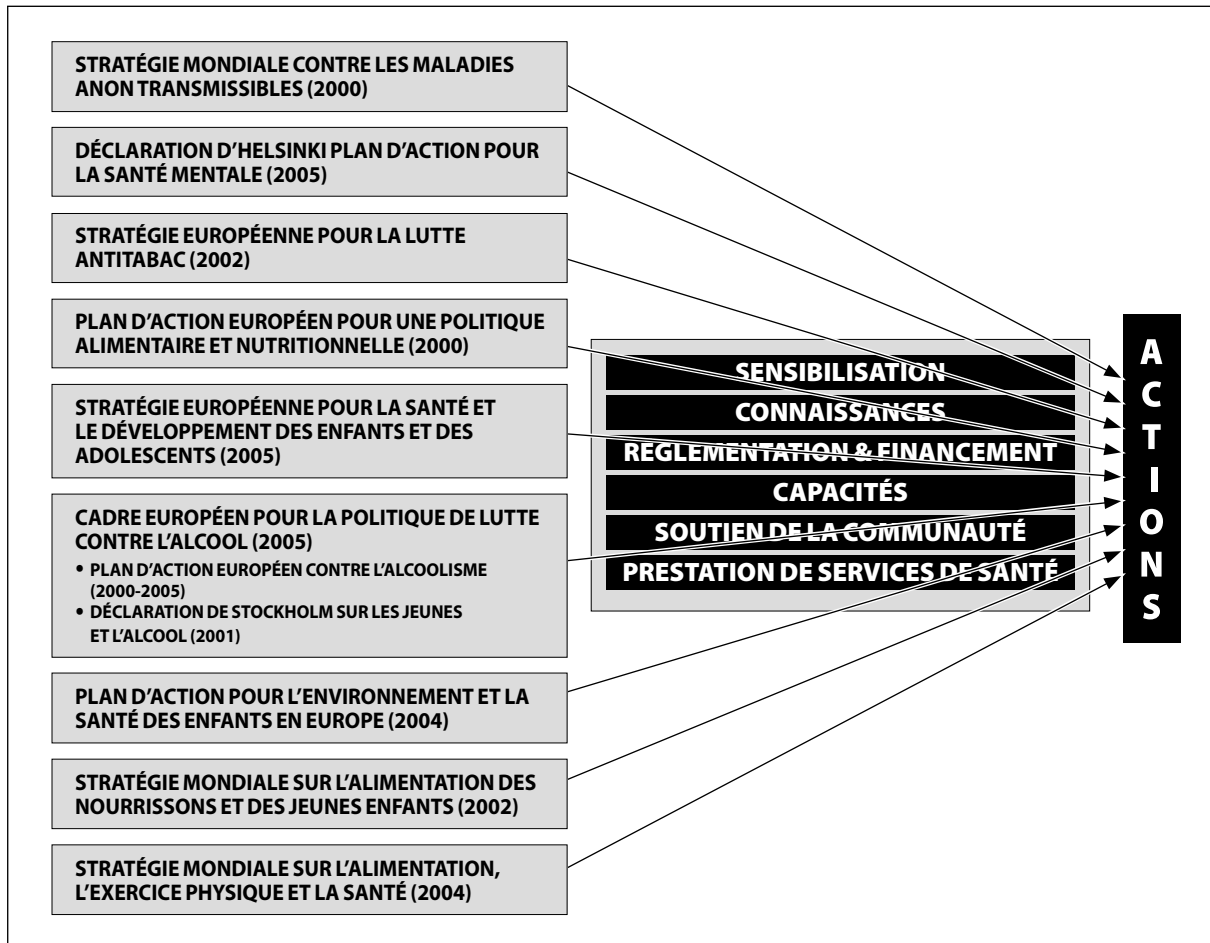
face à des problèmes très variables en ce qui concerne les maladies non transmissibles, alors qu'ils disposent de ressources et de capacités différentes, tous peuvent agir efficacement. Cette stratégie doit d'abord aider les États membres à évaluer leurs méthodes actuelles et, ensuite, leur permettre de les perfectionner en vue d'élaborer ou de renforcer leur politique de santé publique pour s'attaquer aux maladies non transmissibles de façon globale. La plupart des actions exigent des instruments, des acteurs et des cadres dont il sera question dans les deux sections suivantes. La section intitulée « Agir » (p. 35 à 41) abordera de façon plus approfondie le rôle des pouvoirs publics et, en particulier, du ministère de la Santé, dans l'élaboration,

Figure 1. Cadre d'action contre les maladies non transmissibles



la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique visant à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles. Une volonté politique est essentielle pour toute action à mener.

Figure 2. Démarche globale axée sur l'action



## Le cadre d'action

Cette section examine chacun des six domaines du cadre présenté dans la section intitulée « Démarche stratégique » (p. 17 à 21), en précisant à quoi correspond chaque domaine et en donnant des exemples d'actions qui pourraient être menées. Elle s'inspire de stratégies et de plans d'action de l'OMS, ainsi que d'autres documents, tels que les rapports établis pour la prochaine Conférence ministérielle européenne de l'OMS contre l'obésité (par exemple, *La promotion d'une saine activité physique – cadre d'action dans la Région européenne de l'OMS*), le futur plan d'action européen de l'OMS pour l'alimentation et la nutrition, et la proposition relative à la prochaine étape de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : renforcer les systèmes de santé (19). La présente section s'adresse principalement aux ministères de la Santé et aux responsables de l'élaboration de la politique de santé publique, bien que d'autres parties intéressées, telles que les ONG, le secteur privé et les associations puissent y trouver des exemples qui présentent un intérêt pour leurs propres activités.

### Sensibilisation

La sensibilisation aux questions de santé combine des actions individuelles et sociales pour obtenir un engagement politique, un soutien aux politiques, une acceptation sociale et un soutien systémique pour un but ou programme sanitaire déterminé. Il s'agit de créer des conditions de vie favorables à la santé et à des modes de vie sains. Importante stratégie de promotion de la santé, la sensibilisation peut prendre de nombreuses formes, telles que le recours aux médias, l'action de persuasion politique directe et la mobilisation de la population, par exemple dans le cadre de coalitions centrées sur certaines questions. Les responsables de l'élaboration de la politique de santé publique, en particulier les ministères de la Santé, doivent mener une action de sensibilisation et donner des impulsions visibles en faveur de la santé dans l'ensemble des administrations et auprès d'autres secteurs, en particulier en défendant des politiques qui influent sur la santé et ses déterminants.

Des exemples précis d'action sont présentés ci-après.

- Mettre l'accent sur le lien entre les déterminants de la santé et cette dernière, sur le fait que la plupart de ces déterminants ne se trouvent pas dans le secteur de la santé et sur le fait que tous les secteurs doivent jouer un rôle à l'égard de ces déterminants.
- Argumenter en faveur de la prévention des maladies non transmissibles, considérée comme un investissement ayant des retombées favorables dans d'autres secteurs et sur le développement dans son ensemble, notamment en matière de productivité, d'emploi, de cohésion sociale et de développement économique.
- Mettre en place des mécanismes pour faciliter des activités communes dans l'ensemble des administrations publiques, notamment en créant des comités intersectoriels, en fixant des buts, en définissant des ressources communes et en adoptant un système de valeurs commun.
- Encourager des stratégies au niveau global pour réduire les risques pour la santé et améliorer la qualité de la vie, par exemple en améliorant l'accès à un régime alimentaire sain et à une meilleure nutrition, au logement, à l'éducation, à un environnement facilitant l'activité physique, au cadre de travail, à la sécurité économique, etc.
- Utiliser l'évaluation d'impact sur la santé pour juger des effets potentiels d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé d'une population, et de la répartition de ces effets au sein de la population.
- Préconiser des politiques du travail favorable à la famille, notamment en aidant les femmes qui travaillent à allaiter.

***Préconiser une action sur les déterminants sociaux de la santé en jouant un rôle de chef de file dans le secteur de la santé***

- Faire en sorte que les choix entre les investissements visant à promouvoir la santé de la population soient hiérarchisés en fonction de leurs contributions potentielles au développement économique et social.
- Examiner les politiques et les services pour déterminer si ils tiennent compte de l'âge, du sexe, de l'appartenance ethnique et des besoins des différents groupes vulnérables (par exemple, en réalisant des études sur l'équité en vue d'évaluer l'accès aux soins de santé des différents groupes socioéconomiques).
- Renforcer les facteurs protecteurs dans les services de soins de santé (par exemple, en accroissant le soutien social et la participation aux décisions professionnelles des équipes de soignants).

- Réduire les conséquences de la maladie sur les pauvres, en facilitant la reprise du travail des personnes souffrant de maladies chroniques.
- Mettre en place des services destinés aux groupes difficiles à atteindre, tels que les sans-abri et les immigrés.

### **Les connaissances**

Les responsables politiques sont de plus en plus encouragés à fonder la politique de santé, les activités de santé publique et la prestation de services sur des connaissances, des informations et des bases factuelles fiables : la mise en œuvre d'interventions inefficaces gaspille des ressources et pourrait nuire aux individus et aux populations (20). Pour s'acquitter de leur fonction de direction et de gouvernance, les ministères de la Santé ont besoin de bons systèmes d'information régulière qui les aident à prendre des décisions, facilitent l'évaluation des besoins sanitaires et la fixation de priorité, et les mettent en mesure de suivre les activités et leurs résultats. Le recueil d'un large ensemble d'indicateurs et la ventilation des données au niveau d'importantes catégories de la population (niveau de revenu, âge, sexe, appartenance ethnique, etc.) permettent aux responsables politiques d'évaluer la répartition des bénéfices sanitaires entre les différents groupes de la population et d'analyser les progrès accomplis vers l'équité.

Pour prendre des décisions concernant la politique de santé à l'échelle de l'ensemble de la population, il faut obtenir des informations factuelles d'excellente qualité en puisant dans des sources très diverses. L'absence de données définitives et concluantes ne justifie pas l'inaction, en particulier lorsque les risques pour la santé sont élevés. La prise de décision en matière de santé publique doit avoir lieu d'une façon transparente et démocratique, compte tenu de la complexité et de l'incertitude qui l'entourent et, au cours de ce processus, le principe de précaution peut être un instrument utile pour la gestion des risques.

L'amélioration des connaissances en matière de santé – et donc l'accès des individus à des informations sanitaires et leur aptitude à les comprendre et à les utiliser de façon efficace pour améliorer leur santé – est essentielle pour prendre des décisions en connaissance de cause et donner des moyens d'agir à la population. De nombreuses personnes ont du mal à s'y retrouver parmi les divers services de santé, à s'auto-administrer des soins et à participer à la prise de décision, en particulier lorsqu'elles se sentent vulnérables, sont malades, ressentent des douleurs ou éprouvent des craintes concernant leur santé.

Des exemples de mesures précises sont présentés ci-après.

### ***Mieux utiliser les connaissances***

- Indiquer les cas dans lesquels des interventions fondées sur des informations factuelles et très efficaces par rapport à leur coût pourraient être mieux utilisées et les cas dans lesquels il pourrait être moins recouru à des interventions dont la faible efficacité a été prouvée.
- Mettre en place des mécanismes pour appliquer la recherche de façon plus rapide et plus efficace.
- Incorporer des connaissances fondamentales sur la prévention des maladies dans les programmes de formation initiale et continue des professionnels de santé, car les modèles de soins aigus ou curatifs sont encore souvent privilégiés.

### ***Créer de nouvelles connaissances et informations***

- Procéder systématiquement à l'évaluation et au suivi des politiques et services.
- Créer ou renforcer des institutions chargées de concevoir des politiques, de donner des conseils sur les grandes orientations ou de procéder à des évaluations et à des travaux de recherche sur les politiques.
- Repérer les lacunes dans la recherche sur les interventions publiques et y remédier, en modifiant en conséquence l'affectation des ressources.
- Mettre en place des systèmes de surveillance de la santé publique pour suivre des données générales (et ventilées) sur la santé de la population, les risques sanitaires et les déterminants de la santé.
- Accroître les connaissances sur les liens entre les déterminants sociaux et l'état de santé.
- Lors du financement de nouveaux travaux de recherche, faire en sorte que tant les femmes que les hommes soient pris en compte (sauf s'il est justifié d'exclure l'un ou l'autre sexe pour des raisons fondées sur des informations factuelles ou cliniques), que tous les sous-groupes de la population soient pris en considération lors de l'échantillonnage et qu'il soit rendu compte des différences observées dans les résultats diffusés.

### ***Faciliter l'utilisation des connaissances lors de l'élaboration des politiques***

- Faciliter la communication entre les scientifiques, les conseillers en matière de politique, les responsables de l'élaboration des politiques et les personnalités politiques, par exemple en renforçant ou en créant des instituts nationaux de recherche sur la santé publique.
- Développer les compétences en matière d'utilisation et d'évaluation de l'information sanitaire en vue de l'évaluation des besoins sanitaires et de la mise au point de politiques.

**Utiliser les connaissances pour donner des moyens d'agir à la population et faire participer celle-ci**

- Coopérer avec les médias pour mieux faire connaître les risques et les informations en matière de santé à la population.
- Faire participer la population à la fixation des priorités et à la décision en santé publique.
- Veiller à ce que la population ait accès aux informations sanitaires importantes qui touchent leur santé, et encourager et faciliter la recherche d'informations.
- Informer la population sur les progrès accomplis en technique génétique, les options offertes par ces progrès et leurs implications éthiques.
- Utiliser des moyens d'accroître les connaissances de la population en matière de santé, tels que des outils d'aide à la décision pour les patients et des cours d'auto-administration de soins, et aborder les problèmes d'analphabétisme et de langue qui entravent l'acquisition de connaissances en matière de santé.
- Développer les connaissances et les aptitudes en matière de santé parmi les personnes qui ne sont pas des professionnels de santé mais dont les actions ont des effets sur la santé et ses déterminants, tels que les enseignants, les policiers, les urbanistes, les travailleurs sociaux et les journalistes.

**Réglementation et financement**

Les dispositions réglementaires et législatives constituent des éléments fondamentaux de la politique et de la pratique de santé publique. Il est largement reconnu que l'activité réglementaire relève du ministère de la Santé et consiste à élaborer des règles régissant le comportement des acteurs du système de santé – et non uniquement celui du ministère de la Santé ou du secteur public – et à assurer leur respect. La mise en place de cadres réglementaires peut représenter des interventions de santé publique très efficaces par rapport à leur coût, tandis qu'une absence de volonté d'agir et un manque de ressources peuvent entraver l'aptitude des pouvoirs publics à s'acquitter de leurs responsabilités réglementaires et à veiller au respect de la réglementation.

Le financement de la santé peut être un moyen important de traduire les politiques et les plans en actions. Le financement de la santé recouvre trois fonctions : a) l'obtention de recettes ; b) la mise en commun des fonds et l'action relative aux risques dans l'ensemble de la population en vue de favoriser la solidarité ; et c) l'achat de services, grâce à l'affectation de ressources aux prestataires de soins et à des interventions de santé qui améliorent autant que possible la santé de la population. Il est possible d'utiliser divers mécanis-

mes financiers pour apporter des changements en matière de prévention des maladies non transmissibles et de lutte contre celles-ci : création d'incitations en vue d'une amélioration de la qualité des soins et des services, atténuation de la charge que représentent les paiements directs des patients pour des soins de santé, et réduction des obstacles financiers à l'accès à des soins nécessaires.

Des exemples de mesures précises aux niveaux international, national ou local sont présentés ci-après.

***Mettre en place et faire respecter des cadres réglementaires (législation, réglementation, décrets, traités)***

- Limiter la publicité, le parrainage et la promotion portant sur des produits tels que le tabac, l'alcool et certains aliments, en particulier auprès des jeunes et dans le cadre des activités éducatives et sportives.
- Protéger des individus contre la fumée de tabac ambiante en interdisant le tabagisme dans tous les lieux publics, y compris les véhicules de transport en commun, les lieux de travail, les cafés, les restaurants, et les établissements d'enseignement et de santé.
- Utiliser la législation concernant la vente et l'autorisation de points de vente pour limiter la disponibilité du tabac et de l'alcool, particulièrement pour les jeunes.
- Faire respecter la législation actuelle en matière de santé publique, notamment les dispositions concernant la conduite en état d'ivresse.
- Utiliser la législation relative aux droits de l'homme à des fins de santé publique, par exemple en défendant la santé en tant que droit de l'homme, en limitant le ciblage des enfants par les agents économiques, en luttant contre la discrimination fondée sur l'âge, le sexe ou l'appartenance ethnique, et en mettant fin au traitement dégradant des personnes atteintes de troubles mentaux.
- Contrôler la qualité et l'information des consommateurs au sujet de certains produits, tels que les aliments, le tabac, l'alcool et les médicaments, au moyen d'une réglementation et d'une surveillance du contenu, de l'emballage et de la promotion.
- Prévoir un étiquetage nutritionnel clair et compréhensible pour aider les consommateurs à faire des choix alimentaires plus sains.
- Coopérer avec l'industrie dans le cadre d'accords volontaires ou obligatoires pour qu'elle réduise les taux de sel, de matières grasses et de sucres ajoutés dans les aliments transformés, et fasse moins de promotion pour des aliments et boissons énergétiques, et contenant peu de nutriments auprès des enfants.
- Réglementer l'environnement bâti, par exemple au moyen de l'évaluation des effets sur la santé, des propositions concernant les transports et l'urbanisme, afin de favoriser la marche et l'utilisation du vélo, de réduire le surpeuplement et de multiplier les possibilités de contacts sociaux.



- Favoriser la sécurité du travail et de l'environnement grâce à la lutte contre la pollution atmosphérique et l'exposition à des fumées et produits chimiques, physiques et biologiques, en particulier au cours de la grossesse, de l'enfance et de l'adolescence.

#### ***Recourir à des mesures fiscales pour favoriser des choix plus sains***

- Coopérer avec les agents économiques, en particulier le monde agricole, sur les plans international, national et local, pour accroître la disponibilité de fruits, de légumes et d'autres aliments sains à des prix abordables.
- Coopérer avec les autorités locales et d'autres prestataires pour améliorer l'accès à des services financièrement abordables qui favorisent l'activité physique.
- Utiliser des subventions pour influencer sur le comportement, notamment dans les écoles et les lieux de travail.
- Supprimer les subventions à la production de produits malsains tels que le tabac et transférer graduellement les subventions à la viande et aux produits laitiers vers les fruits et légumes.
- Élaborer une politique fiscale qui fasse en sorte que le prix réel de l'alcool et du tabac soit élevé.
- Élaborer une politique fiscale qui favorise des transports viables et plus propres, en prévoyant des incitations en faveur de la marche, du cyclisme et du recours aux transports en commun.
- Étudier les taxes sur les aliments et d'autres mesures fiscales en vue d'influer sur la consommation d'aliments et le comportement alimentaire.

#### ***Utiliser des mécanismes de financement de la santé pour réaliser des changements***

- Étudier l'affectation des fonds afin de redistribuer les ressources en fonction des besoins, de la charge de morbidité, du rapport coût-efficacité des interventions et des possibilités d'améliorer la santé, tout en reconnaissant la « double charge » que représentent les maladies transmissibles et non transmissibles dans certains pays.
- Envisager d'utiliser les recettes produites par les taxes sur des produits tels que le tabac et l'alcool pour financer des activités de promotion de la santé, en affectant les ressources aux domaines où existe la plus grande charge de morbidité et en finançant des interventions visant à s'attaquer efficacement à un certain nombre de facteurs de risque et de comportements nocifs, en ne se contentant pas de lutter contre la consommation de tabac et d'alcool.
- Recourir à certains modèles de financement de la santé pour réduire les obstacles financiers aux soins et assurer un accès universel à un ensemble fondamental de mesures efficaces de prévention et de traitement.

- Étudier l'utilisation d'incitations fiscales pour améliorer les services de prévention des maladies et la qualité des soins prodigués aux malades chroniques, par exemple au moyen des modalités de rémunération des généralistes.

## Capacités

Au sein d'un système de santé, il existe trois ressources principales : les ressources humaines (professionnels de santé, spécialistes de santé publique, etc.), l'infrastructure (bâtiments, établissements, etc.) et les produits consommables (médicaments, technologies, etc.). Il est nécessaire d'investir dans ces ressources pour réaliser des interventions sanitaires de qualité élevée et fournir différents services de santé.

Sur le plan des ressources humaines, il est essentiel de former des professionnels de santé en nombre suffisant et appartenant à des catégories appropriées, de les affecter là où ils sont le plus utiles et de veiller à ce qu'ils entretiennent leurs compétences, fassent un travail de qualité et maintiennent leur productivité. L'équilibre fluctuant entre les problèmes aigus et chroniques crée des besoins nouveaux et différents en ce qui concerne le personnel de santé, dont les compétences doivent être développées afin de soutenir un modèle de soins intégrés et centrés sur les patients (21). En Europe, il est notamment nécessaire de maintenir la disponibilité, les compétences et la motivation dans le système de santé publique, compte tenu en particulier des options plus attrayantes que permettent les migrations. Au sein de la profession de santé, certains pensent que les cliniciens ont un prestige social supérieur à celui des professionnels de santé publique, et le travail « invisible » des personnes qui assurent la prévention et la promotion de la santé n'est fréquemment pas suffisamment reconnu sur les plans de la formation initiale, des politiques relatives au personnel de santé et des possibilités de carrière.

Des exemples de mesures précises sont présentés ci-après.

### *Investir dans les ressources humaines pour la santé*

- Former les professionnels de santé actuels et futurs pour améliorer leurs connaissances et développer leurs compétences en matière de prévention de maladies non transmissibles et de lutte contre celles-ci, et en vue de la prestation de services tenant compte du sexe et de l'appartenance ethnique des patients.
- Renforcer les capacités et les infrastructures de santé publique en accordant de l'importance à la formation dans les domaines de l'élaboration des politiques, de la recherche et des compétences en

matière de santé publique, et en étudiant des moyens d'améliorer la disponibilité, la motivation et la répartition des professionnels de santé publique.

- Veiller à ce que les patients constituent une ressource pour eux-mêmes et autrui en matière de prise en charge et de prévention des maladies, par exemple en adoptant le modèle du « patient expert ».
- Mieux utiliser les ressources humaines existantes, par exemple en améliorant les possibilités de promotion de la santé et de prévention dans le cadre des activités professionnelles des infirmiers, des dentistes et des pharmaciens.

#### ***Améliorer les établissements, les laboratoires, le matériel, les technologies et les médicaments***

- Veiller à ce que le matériel de base nécessaire pour la prévention, notamment les appareils de mesure de la pression artérielle, les balances, les appareils de mesure de débit de pointe et les lecteurs de glycémie, soient précis, financièrement abordables et faciles à obtenir.
- Utiliser l'évaluation des technologies sanitaires pour passer de technologies de santé coûteuses à des technologies plus économiques et plus appropriées.
- Assurer une formation adéquate à l'utilisation et au maintien de technologies plus coûteuses afin d'obtenir le meilleur rendement sur les investissements.
- Aider les patients à se conformer au traitement médicamenteux (pour qu'ils bénéficient de soins plus efficaces) et les former à l'utilisation correcte de technologies de santé telles que les lecteurs de glycémie, afin de faciliter l'auto-administration de soins.

#### **Soutien de communautés**

Les individus peuvent appartenir à diverses communautés, définies par la géographie, la profession, le groupe social, les activités de loisirs et les centres d'intérêt. Ils peuvent avoir une culture, des valeurs et des normes communes et être unis par un centre d'intérêt ou un but commun. Les communautés peuvent soutenir les individus par la mise en place de réseaux sociaux et l'obtention d'un soutien social qui, ensemble, favorisent la cohésion entre les individus et peuvent aider ces derniers lors de transitions de la vie et de périodes de vulnérabilité. Dans le cadre de l'action des communautés pour la santé, les individus agissent collectivement pour accroître leur influence et leur maîtrise sur les déterminants de la santé et sur la qualité de la vie et le bien être dans leur communauté. Le lieu dans lequel les individus mènent leurs activités quotidiennes, tels que l'école ou le lieu de travail, leur permet de modeler leur environnement et de résoudre leurs problèmes de santé. Les communautés peuvent s'être organisées de façon à ce que les individus

et les familles assument une certaine responsabilité pour leur santé et leur bien-être et ceux de la communauté. Par exemple, les clubs ou groupes de soutien de patients peuvent venir en aide aux familles et aux personnes qui souffrent leur vie durant de maladies chroniques. L'autonomisation des communautés pour faciliter leur organisation et leur participation au débat public et à la prise de décision est essentielle pour progresser vers une plus grande équité en matière de santé.

Des exemples de mesures précises sont présentés ci-après.

#### ***Veiller à ce que les communautés offrent un soutien en renforçant les facteurs de protection de la santé***

- Mettre les individus en mesure de mener une action de promotion de leur propre santé et celle de leur famille.
- Encourager la participation sociale et renforcer les moyens de soutien social, par exemple en créant des réseaux communautaires ou des lieux de contacts sociaux.
- Favoriser la responsabilité sociale, la tolérance et la compréhension de la diversité sociale et ethnique, afin de favoriser l'intégration des groupes ethniques et d'autres groupes minoritaires.

#### ***Coopérer systématiquement dans les différents secteurs pour réduire les facteurs de stress et accroître la résilience***

- Favoriser un bon démarrage dans la vie et soutenir les relations parents-enfants dès la naissance, en aidant les parents de jeunes enfants et les jeunes mères à acquérir des compétences parentales.
- Réduire la maltraitance et la négligence à l'égard des enfants, et lutter contre la violence liée à l'appartenance à l'un ou l'autre sexe, étant donné que ces maux engendrent, notamment, un risque accru de maladies physiques et mentales au cours de la vie ultérieure.

#### ***Développer le potentiel de promotion de la santé de lieux tels que les écoles, les hôpitaux et les lieux de travail***

- Favoriser des « transports actifs », en particulier pour se rendre à l'école et au lieu de travail, et en revenir.
- Améliorer les services de restauration à l'école et sur le lieu de travail, en proposant un choix d'aliments plus sains.
- Adapter les lieux de travail et favoriser des changements de l'environnement urbain pour favoriser l'activité physique.

***Permettre à tous les membres d'une communauté de réaliser pleinement leur potentiel***

- Assurer l'équité sur le plan de la possibilité d'améliorer la santé de tous dans la communauté.
- Développer les possibilités d'instruction et d'emploi des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.
- Supprimer les obstacles à l'emploi, tels que la discrimination injuste contre les personnes atteintes d'incapacités et de maladies à long terme (diabète, par exemple).
- Aider les personnes âgées à rester physiquement actives et indépendantes pendant une période aussi longue que possible.

**Prestation de services de santé**

La fonction de prestation de services d'un système de santé a trait à la façon de produire avec efficacité et de rendre accessible le meilleur dosage de services nécessaires. Les principales difficultés consistent à faire en sorte que les populations bénéficient des services de santé nécessaires, que ces services soient axés sur le patient, et que la qualité, la sécurité et la réactivité des services soient surveillées et améliorées. Une organisation appropriée des services et une gestion des systèmes d'information peuvent soutenir ce processus.

Pour faire face efficacement à la charge de morbidité, il faut modifier profondément l'orientation des systèmes de santé, pour passer d'un modèle de soins médicaux et curatifs qui pourrait ne fournir que des soins réactifs, non planifiés et épisodiques, à un modèle plus structuré pour les patients atteints de maladies chroniques. Il faut recourir à une démarche systématique plus efficace qui adapte les soins aux besoins, en partenariat avec les personnes atteintes de maladies chroniques ou de longue durée. Ces soins adaptés doivent être prodigués dans un environnement favorable à la santé.

Des suggestions relatives à des mesures précises sont présentées ci-après.

***Passer du modèle de soins actuel à un modèle de soins destiné aux malades chroniques***

- Mieux intégrer les soins dans les différents établissements (lieux de soins de santé primaires, hôpitaux, cadres de soins d'urgence, etc.) au sein des services de santé, notamment grâce à la prise en charge coordonnée et à des équipes de soins de santé multidisciplinaires.

***Veiller à ce que les services de santé soient plus axés sur la promotion de la santé***

- Utiliser les instruments déjà mentionnés (éducation, formation et financement) pour développer les possibilités de promotion de la santé et de prévention des maladies.
- Veiller à ce que le personnel, les méthodes et les procédures des hôpitaux continuent d'encourager les femmes à commencer et à poursuivre l'allaitement.

***Améliorer la qualité des soins***

- Utiliser des indicateurs de performance du système de santé et des mécanismes d'assurance qualité pour mesurer et surveiller la qualité, et établir des comptes rendus à ce sujet.
- Utiliser des instruments de décision reposant sur des informations factuelles pour aider les cliniciens dans leurs pratiques cliniques et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques.
- Utiliser les facultés des personnes atteintes de maladies chroniques pour améliorer la qualité des soins qu'elles reçoivent et les résultats sur le plan de l'état de santé, par exemple en soutenant, en autonomisant et en équipant les patients de façon à ce qu'ils maîtrisent mieux leur propre maladie.
- Utiliser des incitations financières telles que l'attribution de primes proportionnelles à l'amélioration des performances cliniques.

***Améliorer la planification et la prestation des services***

- Créer des réseaux et des cheminements de services qui transcendent les cloisonnements en matière de santé et de prise en charge de personnes dépendantes et les séparations sectorielles pour fournir des services de proximité qui soient plus utiles aux personnes atteintes de maladies de longue durée et leur offrent un soutien de meilleure qualité.
- Concevoir et mettre en œuvre des cadres nationaux de services pour s'attaquer aux principales maladies causant une importante charge de morbidité, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires, lorsqu'il existe des caractéristiques spécifiques, en tenant compte des besoins des patients déjà atteints de la maladie, de leur famille et des professionnels de santé.
- Concevoir des services spécialisés pour faire face aux problèmes des jeunes et des autres personnes, et de questions liées au sexe.
- Concevoir les services de façon à accroître l'équité, l'accessibilité économique et l'accès aux services pour les groupes marginalisés et vulnérables.

- Assurer une représentation des utilisateurs des services et des aidants dans les groupes de personnes chargées de planifier, de fournir, de surveiller et d'inspecter les services.
- Veiller à ce que tous les programmes de prévention et de traitement tiennent compte des questions liées au sexe en faisant participer des hommes et des femmes à leur élaboration.

## Situation actuelle en Europe

L'Europe est diverse et les pays se trouvent à différents stades en matière d'action contre les maladies non transmissibles. La plupart des pays ont déjà mis en place une série de mesures de lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque (tableau 2). Il existe en effet une grande diversité en ce qui concerne les problèmes que les maladies non transmissibles représentent pour les pays et leur capacité à y faire face. Au cours des cinq dernières années, des tendances positives ont été observées, puisqu'un plus grand nombre de pays élaborent des politiques et des dispositions législatives précises en matière de prévention des maladies non transmissibles et de lutte contre celles-ci, en leur affectant des crédits budgétaires spéciaux. Cependant, les pays ont plus souvent adopté des protocoles, des principes directeurs ou des

Tableau 2. Politiques, programmes et dispositions législatives concernant les maladies non transmissibles dans les pays européens.

	Politique nationale de santé	Programme national	Loi, règlement, décret ministériel
Prévention des maladies non transmissibles et lutte contre celles-ci	28	28	--
Lutte contre le tabagisme	28	25	37
Nutrition et alimentation	24	20	35
Activité physique	19	17	13
Lutte contre l'abus d'alcool	19	17	28
Hypertension	15	16	--
Diabète	20	29	--
Maladies cardiaques	20	20	--
Accident vasculaire cérébral	17	14	--
Cancer	23	23	--
Maladie respiratoire chronique	13	10	--
Autres maladies chroniques	10	10	--

Source : Enquête de l'OMS sur les politiques et les capacités en matière de maladies non transmissibles en Europe, 2005-2006 (38 des 52 pays ont répondu).



normes nationales pour des maladies telles que le diabète, les maladies cardiaques et le cancer que ce n'est le cas pour le surpoids et le manque d'activité physique.

**Les pays ont eu recours à différents moyens pour parvenir au stade où ils se trouvent aujourd'hui.** Un pays commence souvent par accorder une attention particulière à un facteur de risque déterminé ou à une certaine maladie, peut-être sous l'effet de l'intérêt d'un ministre ou du monde universitaire pour ce facteur. Il n'est pas rare que des pays qui ont adopté un plan de prévention du cancer ou des maladies cardiaques prennent également des mesures de lutte contre le tabagisme ou d'amélioration du régime alimentaire. Au stade initial, les activités peuvent être d'ampleur limitée et relativement isolées, mais progressivement l'action menée peut être élargie et devenir plus intersectorielle ; cependant, si ces programmes principalement verticaux ne sont pas liés horizontalement, des occasions sont manquées, des efforts peuvent être répétés de façon inutile et des ressources sont gaspillées.

Dans certains pays, la prévention des maladies non transmissibles peut être davantage intégrée dans la prise en compte d'une série de facteurs de risque ou de maladies. Il se peut qu'existe une stratégie unique pour la nutrition, l'activité physique et la prévention de l'obésité, par exemple. Des progrès importants ont été accomplis en matière de prévention au niveau de la population, mais on risque de ne pas saisir des occasions de faire participer ou de réorienter le système de santé ou d'établir un lien avec des efforts plus généraux de la société pour agir sur les déterminants de la santé. Il se peut que des principes directeurs nationaux visant à prévenir les maladies cardiovasculaires selon une démarche multifactorielle existent, par exemple, mais que les modifications du système de santé nécessaires pour les mettre en œuvre avec succès, particulièrement dans le cadre des soins de santé primaires, ne soient pas apportées. De même, une attention peut être accordée, au niveau national, à la nécessité de réduire les inégalités de santé ou d'améliorer la situation sur le plan des effets de l'environnement sur la santé, mais en l'absence de lieu explicite avec l'action sur les maladies non transmissibles.

Il semble qu'une démarche globale et intégrée à l'égard de la prévention des maladies non transmissibles et de la lutte contre celles-ci n'existe que dans un nombre relativement peu élevé de pays. Là où elle a été mise en place, on peut envisager le scénario suivant : une approche multifactorielle de la prévention des maladies non transmissibles s'attaquant aux facteurs de risque communs est solidement établie et cible aussi bien l'ensemble de la population que les groupes à risque. On saisit alors les occasions de renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies dans le cadre des services de santé, et ces activités sont renforcées grâce à un développement des soins de santé primaires, à une réforme du système de santé et à des mécanismes appropriés de financement de la santé. Toute déficience de la qualité des soins aux mala-

des de longue durée a été prise en compte et des programmes ont été mis en place pour y remédier et l'on veille à surveiller les performances des utilisateurs et des soignants et leur participation à la planification et à la prestation des services. Les efforts visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé sont rationalisés et liés entre eux : des politiques nationales de santé prévoyant une action en amont et des objectifs relatifs aux déterminants de la santé apparaissent et remplacent (ou complètent) les démarches centrées sur la maladie, de façon à définir des options pour réduire systématiquement les inégalités de santé ; l'évaluation des effets sur la santé est institutionnalisée et la notion de politique fondée sur la Santé pour tous se renforce.

### **Aller de l'avant**

**Le rôle des pouvoirs publics est essentiel dans la lutte contre les maladies non transmissibles.** Dans leur fonction de direction, les pouvoirs publics sont investis du rôle dirigeant principal dans l'action à mener, et les ministères de la Santé ont une mission et une responsabilité particulière : il leur incombe de préconiser le changement (voir p. 22 à 24), et de coordonner et de faciliter les contributions d'autres administrations et secteurs. Il faut considérer que la prévention des maladies non transmissibles est un investissement dans la santé et le développement, et joue un rôle essentiel dans la réduction des inégalités de santé ; il s'agit donc d'une responsabilité essentielle de tous ceux qui font partie des pouvoirs publics. Les conséquences de l'inaction sont ressenties par tous. Au sommet de l'État, il faut être décidé à améliorer la santé et à réduire le manque d'équité, afin de guider et diriger toutes les actions tendant vers un but commun. Il faut investir dans la santé tant dans le secteur sanitaire qu'en dehors de celui-ci, et procéder à une réaffectation des ressources, si nécessaire, pour atteindre ce but. Afin d'obtenir un engagement soutenu à un niveau élevé en vue d'une action commune, les pouvoirs publics peuvent être tenus de créer un cabinet ou comité de haut niveau de décideurs, investi du pouvoir d'affecter les ressources et d'une autorité suffisante sur le plan collectif, pour réaliser des changements, coordonner la politique, surveiller les résultats et assumer la responsabilité de la réalisation du but. Il faut désigner un responsable principal chargé de s'assurer de la mise en œuvre de la politique, et des moyens proportionnels à la tâche sont essentiels pour l'application de la Stratégie.

**Il faut faire participer des parties intéressées très diverses à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une action visant à lutter contre les maladies non transmissibles** à tous les niveaux. Les personnes avec lesquelles les pouvoirs publics doivent coopérer sont d'autres acteurs nationaux et internationaux, tels que les responsables de la santé, de l'alimentation, de l'agriculture, des finances, de l'environnement et des transports, de

l'éducation et de la jeunesse, des sports et des loisirs ; les planificateurs des services sanitaires et sociaux, les prestataires et les salariés ; les organismes de santé publique et les centres de recherche ; les urbanistes ; le secteur privé, les entreprises et les employeurs ; les ONG et les associations professionnelles ; la société civile (patients, soignants et population dans son ensemble) ; et les médias. Les entreprises industrielles peuvent être des acteurs importants dans la promotion de modes de vie, de choix et d'options sains, pour autant qu'elles soient attachées aux objectifs sanitaires en cause et ne contrecarrent pas ces intentions par d'autres pratiques économiques. La contribution potentielle des entreprises va de la fabrication et de la promotion de leurs produits à leur rôle d'employeur responsable et aux effets de leurs activités sur les communautés locales. Un organe de partenariat, un forum national, une plateforme ou une alliance regroupant les principales parties intéressées peut contribuer à faciliter une coopération multisectorielle.

**Les principales améliorations de la santé qu'il est possible d'obtenir consistent à réduire les inégalités sociales liées aux maladies non transmissibles.** Dans tous les pays, il existe un important gradient social en matière de morbidité et de mortalité dues aux maladies non transmissibles. Si l'on néglige cette réalité, on ne fera que reporter les progrès qu'il est possible d'accomplir pour améliorer la santé de la population. En élaborant une stratégie globale pour prévenir les maladies non transmissibles et lutter contre elles dans le cadre du secteur sanitaire et en adoptant des démarches multisectorielles pour agir sur les déterminants sociaux plus généraux, il est possible de définir des options appropriées et efficaces pour réduire les inégalités de santé, et de leur accorder une priorité.

**La prise de décision par les pouvoirs publics doit être transparente,** faire l'objet d'une surveillance et d'un débat publics, reconnaître les incertitudes et les limites des connaissances actuelles, mais mettre en balance ces dernières avec l'ampleur des risques. Une consultation large et ouverte sur les propositions et les plans peut améliorer leur qualité et favoriser leur acceptation et leur mise en œuvre. Cela peut exiger de nouveaux mécanismes, tels que l'utilisation régulière d'évaluations des effets sur la santé, afin de faciliter un débat public sur les questions soulevées. Les médias ont un rôle important à jouer auprès de la population par la communication relative aux questions principales. La société civile et les ONG peuvent également jouer un rôle important en attirant l'attention des consommateurs sur les problèmes qui se posent, en stimulant l'action, en influençant les pouvoirs publics dans le sens du changement, en veillant à ce que les pouvoirs publics rendent compte de leur action et en jouant le rôle d'observateurs critiques de la mise en œuvre de la Stratégie.

**Les pays doivent agir en s'appuyant sur les fondations qu'ils ont déjà établies et les progrès qu'ils ont déjà accomplis :** un grand nombre d'initiatives et d'approches existent déjà, mais se trouvent à différents stades

d'élaboration et de mise en œuvre, ont un succès variable ou n'assurent pas la synergie et la cohérence des efforts. Il peut être nécessaire de renforcer les liens entre les engagements déjà pris en matière de tabagisme, d'alcool, de santé mentale, d'environnement et de santé des enfants et des adolescents, par exemple. Une équipe spéciale ou un plan d'action intergouvernemental peuvent jouer un rôle utile en coordonnant les divers programmes et stratégies de l'OMS dans le domaine de la prévention des maladies non transmissibles, y compris les activités menées par les différents homologues nationaux de l'OMS. Certains États membres ont estimé utile de créer des instituts nationaux de santé publique chargés de préconiser, de catalyser, de surveiller et d'évaluer les stratégies contre les maladies non transmissibles et de fournir un soutien professionnel à l'élaboration des politiques.

**La Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles peut unifier** les différents éléments existants en vue d'atteindre un but commun. Pour accomplir des progrès, les pays pourraient envisager de prendre les mesures suivantes :

- rassembler les principales parties prenantes de la santé, qui font partie du système de santé et de la société dans son ensemble, y compris les représentants d'autres secteurs des pouvoirs publics dont les politiques ont des effets sur la santé ;
- procéder à une analyse de la situation pour évaluer l'ampleur du problème et sa répartition sur les plans de la catégorie socioéconomique, du sexe, de l'appartenance ethnique et de la situation géographique, et pour définir les options et les domaines d'action prioritaires ;
- évaluer les mesures déjà prises, les capacités et les ressources actuelles, les points forts et les faiblesses, les lacunes et les chances à saisir ;
- choisir parmi les différentes interventions possibles fondées sur des informations factuelles celles qui présentent le plus d'intérêt et sont le plus réalisables compte tenu de la situation du pays considéré ;
- fixer des buts et objectifs clairs et précis qui établissent un lien entre les besoins du pays considéré et ses priorités, en définissant des objectifs pertinents sur le plan local et des étapes explicites ;
- élaborer un plan de mise en œuvre qui indique ce qu'il convient de faire, qui doit le faire et quand, en utilisant les rôles des différentes parties prenantes et en définissant qui doit plaider en faveur du changement ;
- mettre en place des systèmes pour suivre et évaluer systématiquement les interventions relevant de politiques et de programmes, et transmettre les informations obtenues à des organismes responsables.

**Les questions concernant le suivi, l'évaluation et la surveillance revêtent une importance particulière.** Trente-deux des 38 pays européens qui ont répondu à l'enquête mentionnée plus haut (voir tableau 2) ont

mis en place un système national d'information sanitaire qui porte sur les maladies non transmissibles et ses principaux facteurs de risque ; 35 de ces 38 pays incluent les maladies non transmissibles dans leur système de rapport annuel sur la santé ; et 29 de ces 38 pays incluent les maladies non transmissibles dans leur système de surveillance systématique ou régulière. Cependant, le nombre de pays qui incluent le diabète, les maladies cardiaques et le cancer dans leur système de surveillance des maladies non transmissibles est généralement plus élevé que celui des pays qui incluent des facteurs de risque tels que le tabagisme, un régime alimentaire malsain, le manque d'activité physique et la consommation d'alcool. Les points suivants présentent un intérêt particulier pour les gouvernements dans la perspective de l'action :

- les services d'information et de connaissances sanitaires doivent avoir une capacité et une qualité suffisantes pour guider la prise de décision, la fixation de priorités et l'affectation des ressources ;
- des systèmes de surveillance systématique doivent être en place, en vue de suivre la santé de la population ; l'évaluation doit faire partie intégrante des interventions ; et il faut financer de façon suffisante la recherche en santé publique, particulièrement les études qui portent sur les mesures du rapport coût-efficacité et sur les interventions au niveau de la population ;
- les systèmes de surveillance doivent tenir compte de toutes les informations pertinentes recueillies dans les différents secteurs et il convient de collecter et d'analyser des données ventilées par âge, sexe et appartenance ethnique afin de faciliter le suivi des inégalités ;
- compte tenu de la largeur de la Stratégie et du caractère multifactoriel des causes des maladies non transmissibles, il importe d'utiliser un ensemble large d'indicateurs qui permette de suivre les interventions et les résultats, et d'accorder de l'attention aux déterminants de la santé, aux facteurs de risque et aux maladies ;
- il peut être nécessaire de renforcer les organismes de santé publique et les centres de recherche et d'accroître leurs capacités pour qu'ils puissent jouer un rôle nouveau et élargi dans le domaine du soutien technique.

**Tous les pays de l'ensemble de la Région, malgré les grandes différences entre leurs revenus et leurs capacités, peuvent lutter efficacement contre les maladies non transmissibles.** Les interventions dont on sait qu'elles sont efficaces peuvent aller d'actions relativement peu coûteuses (taxation du tabac et de l'alcool, par exemple) à des mesures relativement chères (prescriptions de statines, par exemple) et de mesures relativement simples (suivi et contrôle de la pression artérielle, par exemple) à des mesures plus avancées (création d'unités d'urgence cérébrovasculaires, par exemple) (22). Tous les pays ont intérêt à utiliser leurs ressources limitées de façon plus rationnelle. Il peut être nécessaire de réduire l'ampleur des interventions dont les effets sont peu importants ou qui ont un rapport coût-efficacité peu élevé, si elles sont déjà large-

ment utilisées, ou d'accroître leur ampleur si elle n'est pas importante actuellement. Les interventions qui ont des effets importants ou sont très efficaces par rapport à leur coût doivent être largement utilisées ; si leur ampleur actuelle est faible, il s'agit d'une occasion manquée. La gamme de mesures qu'un pays prend dépend du contexte : certaines interventions dépendent davantage que d'autres du niveau de capacité institutionnelle et organisationnelle du système de santé, par exemple. Les facteurs épidémiologiques, médicaux, politiques, éthiques et culturels revêtent une grande importance lorsque des décisions sont prises en ce qui concerne l'affectation des ressources et la fixation de priorités entre des maladies ou des interventions déterminées.

Le principal défi que l'Europe doit relever aujourd'hui en matière de santé publique consiste à réduire de façon appréciable les menaces représentées par les maladies non transmissibles et les inégalités de santé qui en découlent. La présente Stratégie décrit une démarche globale et orientée vers l'action à l'égard de la prévention des maladies non transmissibles et de la lutte contre celles-ci. Les pays européens diffèrent entre eux et les problèmes auxquels ils doivent faire face en matière de maladies non transmissibles varient considérablement, de même que le niveau de leurs ressources et capacités, mais tous peuvent agir de façon efficace.

L'OMS peut aider les États membres dans leurs efforts en agissant de la façon indiquée ci-après.

### **Renforcer la coopération internationale, bilatérale et multilatérale**

- Favoriser une volonté politique en mettant l'accent sur l'investissement dans la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre celles-ci car il s'agit d'une question importante parmi les priorités politiques.
- Mettre en place des mécanismes pour influencer sur les déterminants de la santé dans le cadre d'une démarche multisectorielle, en particulier pour les questions supranationales.
- Établir une alliance pour la sensibilisation et l'action relative aux maladies non transmissibles et aux inégalités de santé qui en découlent, qui unisse les principaux partenaires internationaux en Europe, y compris les organisations intergouvernementales et non gouvernementales.
- Créer un réseau d'homologues nationaux qui serve de mécanisme consultatif de l'OMS pour poursuivre la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles.

### **Faciliter l'échange d'informations, la coopération technique et le renforcement des capacités**

- Renforcer le rôle d'organisme de centralisation de l'information que l'OMS joue pour aider les pays dans leurs efforts.
- Accroître la coordination, la cohérence et la synergie entre les programmes qui portent sur les différents aspects de la prévention des maladies non transmissibles et de la lutte contre celles-ci.
- Élaborer un rapport européen sur les maladies non transmissibles pour soutenir la Stratégie européenne

contre ces maladies et concevoir les autres outils nécessaires à la mise en œuvre, la communication et le suivi.

- Publier des études de cas et des exemples de bonnes pratiques.

#### **Recherche, suivi et surveillance**

- S'allier avec d'autres organisations pour améliorer la surveillance des maladies non transmissibles dans les pays et dans l'ensemble de l'Europe.
- Concevoir et adapter des indicateurs pour le suivi et la mesure des progrès, qui tiennent explicitement compte des différences socioéconomiques, de sexe et autres.
- Déceler les lacunes en matière de recherche sur des questions de santé publique importantes et les moyens de les combler.



1. *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 ([http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/fr/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/)).
2. *Rapport sur la santé en Europe 2005. Action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des populations*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/E88069.pdf>).
3. Wilkinson R, Marmot M (sous la dir. de). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits. Deuxième édition*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/E82519.pdf>).
4. Mackenbach JP. *Health inequalities: Europe in profile*. Bruxelles, Commission européenne, 2006 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf)).
5. *Supporting people with long-term conditions. An NHS and social care model to support local innovation and integration*. Londres, ministère de la Santé, 2005 (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/98/68/04099868.pdf>).
6. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 ([http://www.who.int/chronic\\_conditions/adherencereport/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/)).
7. Third Joint European Societies' Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European Guidelines for CVD Prevention. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2003, 10: Supplement 1.
8. *National cancer control guidelines: policies and managerial guidelines, 2nd edition*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>).
9. *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 ([http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical\\_cancer\\_gcp/](http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gcp/)).
10. *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)).

---

<sup>5</sup> Les documents électroniques ont été consultés le 10 juillet 2006.

11. *European action towards better musculoskeletal health. A public health strategy to reduce the burden of musculoskeletal conditions.* Lund, University Hospital Department of Orthopedics, 2000 ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2000/promotion/fp\\_promotion\\_2000\\_frep\\_15\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_15_en.pdf)).
12. Rechel B, Shapo L, McKee M. *Millennium Development Goals for health in Europe and central Asia: relevance and policy implications.* Washington DC, Banque mondiale, 2004 (World Bank Working Paper no. 33).
13. *Dying too young: addressing premature mortality and ill health among the Russian working population.* Washington DC, Banque mondiale, 2005 (World Bank Report no. 32377-RU).
14. Wanless D. *Securing good health for the whole population. Final report.* Londres, HM Treasury, 2004 ([http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations\\_and\\_legislation/wanless/consult\\_wanless04\\_final.cfm](http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm)).
15. *La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : version actualisée de 2005.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 7, <http://www.euro.who.int/Document/E88126.pdf?language=French>).
16. *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 ([http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_fr.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf)).
17. *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/fr/index.html>).
18. *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E83057.pdf>).
19. *Prochaine étape de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : renforcer les systèmes de santé* (document EUR/RC55/9, <http://www.euro.who.int/document/RC55/fdoc09rev1.pdf>) et *Le renforcement des systèmes de santé européens dans le prolongement de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins »* (résolution EUR/RC55/R8 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, [http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920\\_2?language=French](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2?language=French)). Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005.
20. *The Mexico Statement on Health Research. Knowledge for better health: strengthening health systems.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (annexe du document A58/22 de l'Assemblée mondiale de la santé, [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/A58\\_22-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_22-en.pdf)).

21. *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 ([http://www.who.int/chronic\\_conditions/resources/workforce\\_report.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/resources/workforce_report.pdf)).
22. Jamison DT et al. (sous la dir. de). *Disease control priorities in developing countries, 2nd edition.* Washington DC, BIRD/Banque mondiale et Oxford University Press, 2006 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?call=bv.View..ShowTOC&rid=dcp2.TOC&depth=2>).

# Annexe 1

## **Résolution EUR/RC56/R2 du Comité régional sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS**

Le Comité régional,

Rappelant la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA53.17 sur la Stratégie mondiale pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, et les résolutions WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et WHA55.25 sur la Stratégie mondiale pour la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, ainsi que les résolutions adoptées récemment sur les problèmes de santé provoqués par l'usage nocif de l'alcool (WHA58.26), la prévention et la lutte anticancéreuses (WHA58.22), les incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris (WHA58.23) et la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (EB117.R9) ;

Reconnaissant les engagements pris par les États membres et les activités en cours dans le cadre de la Stratégie européenne pour la lutte antitabac (EUR/RC52/R12), le Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC55/R1), le Plan d'action européen pour l'alimentation et la nutrition (EUR/RC50/R8), le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe (EUR/RC54/R3), le Plan d'action sur la santé mentale en Europe (EUR/RC55/R2) et la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents (EUR/RC55/R6) ;

Rappelant sa résolution EUR/RC54/R4, dans laquelle il est demandé au directeur régional de préparer une stratégie européenne globale et centrée sur l'action sur les maladies non transmissibles ;

Reconnaissant que 86 % de l'ensemble des décès et que 77 % de la charge de morbidité sont imputables aux maladies non transmissibles dans la Région européenne, sachant que ces dernières représentent le principal problème de santé publique, au présent comme à l'avenir, dans tous les États membres de la Région ;

Reconnaissant les progrès déjà accomplis, quoique toujours préoccupé par les conséquences sanitaires et la répartition des maladies non transmissibles dans la société à l'origine d'une perte immense de la qualité de vie, particulièrement chez les groupes socioéconomiquement défavorisés et dans les pays pauvres ;

Reconnaissant l'impact négatif important des maladies non transmissibles sur le développement économique et social d'une société donnée et l'aggravation des disparités sanitaires ;

Reconnaissant que la charge des maladies non transmissibles peut être nettement réduite par le biais d'activités de promotion sanitaire et d'interventions de prévention des maladies menées à grande échelle, conjointement avec le déploiement continu et systématique d'efforts visant à maîtriser les déterminants de la santé et les facteurs de risques au sens plus large, et la lutte efficace contre les maladies chroniques ;

Reconnaissant la nécessité, pour les pouvoirs publics, de jouer un rôle mobilisateur afin de renforcer les efforts visant à réduire la charge de morbidité évitable due aux maladies non transmissibles et, étant donné les causes multiples et sous-jacentes de ces maladies, d'investir dans des activités multisectorielles et intégrées à des niveaux appropriés dans la société ;

Réaffirmant les valeurs et principes fondamentaux repris dans la version actualisée de la politique-cadre de la Santé pour tous et adoptée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en sa cinquante-cinquième session de 2005 ;

Ayant examiné le document EUR/RC56/8 dans lequel il est proposé d'élaborer une stratégie européenne pour les maladies non transmissibles avec l'objectif d'éviter les décès prématurés et de réduire de manière significative la charge de morbidité imputable à ces maladies et ce, par la mise en œuvre d'une action intégrée permettant d'améliorer la qualité de vie et assurant une plus grande équité en matière d'espérance de vie en bonne santé entre les États membres et au sein de ceux-ci ;

1. ADOPTE la Stratégie européenne pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles en tant que cadre d'action stratégique permettant, aux États membres de la Région européenne, de mettre en œuvre leurs politiques nationales et de s'engager dans des efforts de coopération internationale ;
2. DEMANDE INSTAMMENT aux États membres :
  - a) d'élaborer ou, le cas échéant, de renforcer leurs stratégies nationales de santé publique afin de lutter contre les maladies non transmissibles, de manière à mener une action intégrée sur les facteurs de risque et leurs déterminants sous-jacents par le biais d'une démarche intersectorielle, s'il y a lieu ;

- b) de renforcer les systèmes de santé en vue d'améliorer la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, de manière à ce que les services de santé puissent assumer leurs responsabilités à cet égard, faire face à la charge de morbidité actuelle et développer les possibilités de promotion de la santé et de lutte contre ces maladies ;
- c) de considérer la prévention tout le long de l'existence de l'individu comme un investissement efficace exerçant un impact majeur sur le développement social et économique de la société, et de réaffecter les ressources en conséquence ;
- d) d'assurer un accès universel à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux services de santé comme moyen fondamental d'atteindre l'équité sanitaire ;
- e) de mettre en place des mécanismes multisectoriels responsables aux niveaux appropriés des pouvoirs publics afin d'assurer l'application et le suivi régulier des stratégies de santé publique mentionnées ci-dessus, impliquant les principales parties prenantes et prévoyant l'utilisation systématique des évaluations de l'impact sanitaire ;

### 3. PRIE le directeur régional :

- a) de soutenir activement la mise en œuvre de la Stratégie dans la Région et d'élaborer des mécanismes permettant d'agir sur les déterminants par le biais d'une démarche multisectorielle ;
- b) d'aider les États membres à mettre en œuvre la Stratégie par un renforcement de la coopération bilatérale et multilatérale :
  - création d'une alliance pour la sensibilisation et la lutte contre les maladies non transmissibles avec les principaux partenaires ;
  - établissement d'un réseau d'homologues nationaux comme ressource internationale et mécanisme consultatif dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ;
  - échanges facilités d'informations sur les bases factuelles et les meilleures pratiques, notamment en ce qui concerne l'élaboration de politiques et l'adoption de la Stratégie ;
  - renforcement de la recherche sur l'intervention et la mise en œuvre ;
  - mise en place d'un mécanisme de suivi afin d'évaluer les progrès accomplis dans la formulation et la mise en application de politiques, et leur impact sur le développement de la santé, et de procéder au recueil et rendre compte régulièrement d'indicateurs communs sur la morbidité relative aux maladies non transmissibles dans la Région ;
- c) de faire rapport au Comité régional en sa cinquante-huitième session de 2008 sur la mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.

## Annexe 2

### Stratégies, plans d'action et déclarations de conférences ministérielles de l'OMS<sup>6</sup>

#### **Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (A53/14)**

([http://ftp.who.int/gb/pdf\\_files/WHA53/fa14.pdf](http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA53/fa14.pdf)).

Approuvée en mai 2000 lors de la Cinquante-troisième Assemblée mondiale de la santé (résolution WHA53.17) ([http://ftp.who.int/gb/pdf\\_files/WHA53/ResWHA53/f17.pdf](http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA53/ResWHA53/f17.pdf)).

#### **Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé (annexe à la résolution WHA57.17)**

([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-fr.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-fr.pdf)).

Approuvée en mai 2004 lors de la Cinquante-septième Assemblée mondiale de la santé (résolution WHA57.17) ([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-fr.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-fr.pdf)).

#### **Stratégie mondiale pour la nutrition du nourrisson et du jeune enfant (A55/15)**

([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/fa5515.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/fa5515.pdf)).

Approuvée en mai 2002 lors de la Cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la santé (résolution WHA55.25) ([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/fwha5525.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/fwha5525.pdf)).

#### **Stratégie européenne pour la lutte antitabac (EUR/RC52/11)**

(<http://www.euro.who.int/Document/RC52/fdoc11.pdf>).

Approuvée en septembre 2002 lors de la cinquante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (résolution EUR/RC52/R12) ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_1?language=French)).

#### **Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC55/11)**

(<http://www.euro.who.int/Document/RC55/fdoc11.pdf>).

Approuvé en septembre 2005 lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (résolution EUR/RC55/R1) ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920\\_10?language=French](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_10?language=French)).

---

<sup>6</sup> Les références électroniques ont été consultées le 27 septembre 2006.

**Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000-2005**

(<http://www.euro.who.int/document/E67947.pdf>).

Approuvé en septembre 1999 lors de la quarante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (résolution EUR/RC49/R8) ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/1999/20030225\\_7?language=French](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/1999/20030225_7?language=French)).

Rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action européen contre l'alcoolisme, et notamment les suites données à la **Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool** (EUR/RC51/10) (<http://www.euro.who.int/Document/RC51/fdoc10.pdf>).

Approuvé en septembre 2001 lors de la cinquante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (résolution EUR/RC51/R4) ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2001/20011123\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2001/20011123_1?language=French)).

**Premier Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition. Région européenne de l'OMS 2000-2005**

(<http://www.euro.who.int/Document/E74104.pdf>).

Approuvé en septembre 2000 lors de la cinquantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (résolution EUR/RC50/R8) ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2000/20010914\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2000/20010914_1?language=French)).

**Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe. Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, Budapest (Hongrie), 23-25 juin 2004**

(<http://www.euro.who.int/document/e83339.pdf>).

Approuvé en septembre 2004 lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (résolution EUR/RC54/R3) ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2004/20040913\\_7?language=French](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2004/20040913_7?language=French)).

**Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents (EUR/RC55/6)**

(<http://www.euro.who.int/Document/RC55/fdoc06.pdf>).

Approuvée en septembre 2005 lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (résolution EUR/RC55/R6) ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920\\_4?language=French](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_4?language=French)).



**Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe.** Relever les défis, trouver des solutions. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki (Finlande), 12-15 janvier 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/MNH/fdoc07.pdf>).

Approuvé en septembre 2005 lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (résolution EUR/RC55/R2) ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920\\_9?language=French](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_9?language=French)).

**La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.** Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Bangkok (Thaïlande), 7-11 août 2005 ([http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_fr.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf)).